



Landelijk Platform GGz

LPGGz

PerSaldo

Ministerie van VWS
Staatssecretaris drs. M.J. van Rijn
Postbus 20350
2500 EJ Den HAAG

Datum 24 oktober 2013
Kenmerk 13-131/nvdw/ivz
Onderwerp Inbreng LPGGz en Per Saldo op wet LIZ

Geachte heer Van Rijn,

Op 28 augustus jl. heeft het Landelijk Platform GGz met u overleg gevoerd over het voornemen van het kabinet om de intramurale ggz in zijn geheel over te hevelen naar de Wmo en Zvw. U heeft het LPGGz toen uitgenodigd om alle vragen en kritiekpunten ten aanzien van deze overheveling op een rij te zetten. Dit overzicht zou voor u als basis kunnen dienen voor wet- en regelgeving, voor het implementatietraject en voor de communicatie richting cliënten en naastbetrokkenen.

De overheveling van de langdurende intramurale ggz is ook onderwerp van gesprek geweest tijdens uw bezoek aan de algemene ledenvergadering van Per Saldo. Bij die gelegenheid zijn ook veel kritiekpunten en zorgen geuit.

In de afgelopen weken hebben LPGGz en Per Saldo overleg gehad met ambtenaren van uw ministerie en de problematiek nader verkend. Naar aanleiding daarvan sturen beide organisaties in deze brief een overzicht van zorg- en kritiekpunten ten aanzien van de overheveling langdurende intramurale ggz. Waar mogelijk vertalen wij deze punten ook in concrete voorwaarden voor overheveling.

Vooraf: intramurale ggz en wet LIZ

Het Landelijk Platform GGz en Per Saldo blijven principieel van mening dat cliënten die zeer langdurig aangewezen zijn op toezicht en zorg binnen een beschermde woonomgeving recht moeten hebben op een plek binnen de nieuwe wet LIZ. Wij betreuren het dat het kabinet een andere keuze lijkt te maken. Het gericht buitensluiten van mensen met ggz-problematiek in de LIZ vinden wij een onbegrijpelijke keuze die we niet aan onze achterban kunnen uitleggen. Zolang het besluit niet vast staat, blijven wij hierover graag met u in gesprek. Zet het kabinet die lijn door, dan zullen we andere wegen moeten bewandelen om een plek voor deze doelgroep binnen de wet LIZ te trachten te realiseren. Tegelijk willen we graag met u in overleg over voorwaarden voor langdurende intramurale zorg die in de toekomst vanuit de Wmo of Zvw geleverd zal worden. Daarbij gaan we ook in op voorwaarden die in het huidige systeem nog niet goed geregeld zijn. Het betreft voorwaarden die deels bij wet of regelgeving gerealiseerd kunnen worden deels door middel van convenanten, richtlijnen of implementatietrajecten.

Continuïteit van zorg

Het kabinet wil intramurale zorg waarin behandeling centraal staat overhevelen naar de Zvw en zorg waar op participatie gerichte begeleiding centraal staat overhevelen naar de Wmo. Wij wijzen erop dat die scheidslijn in de praktijk niet altijd goed te trekken is en dat de zorgbehoefte van een cliënt ook in

de tijd nogal eens kan fluctueren. Passende zorg en continuïteit van zorg dienen in het nieuwe stelsel gewaarborgd zijn. Wij noemen de volgende voorwaarden:

- Maak de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer verplichtend en verzeker u ervan dat cliënten- en familieorganisaties als volwaardige partners bij regionaal overleg worden betrokken. Een mogelijkheid is dit in wet- en regelgeving vast te leggen; dit heeft onze voorkeur. Een alternatief is dat u zich actief inzet voor een landelijk convenant tussen ZN, VNG, GGZ Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang en LPGGz om dit te realiseren.
- Neem prikkels weg die bij gemeenten of zorgverzekeraars tot afwentelgedrag kunnen leiden. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen bijvoorbeeld op regionaal niveau werken met een gezamenlijk budget of een flexibel budget (communicerende vaten); de rijksoverheid kan dit faciliteren door belemmeringen in wet- en regelgeving weg te nemen.
- Neem in de Wmo 2015 en de Zvw op dat bij langdurende intramurale zorg samen met de cliënt en zijn naaste omgeving een integraal zorgplan voor alle levensgebieden wordt opgesteld dat leidend is voor de te leveren zorg. De opzet van dit zorgplan dient vergelijkbaar te zijn met de opzet van zorgplannen die nu al in de Zvw en AWBZ worden gehanteerd, zodat bij overgang van Wmo naar Zvw of andersom continuïteit zo veel mogelijk gewaarborgd is.
- Geef ook aandacht aan continuïteit bij overgangen van en naar de Jeugdwet en de forensische zorg. Ook hier kan een integraal zorgplan een belangrijk instrument zijn.
- Voorkom (groei van) wachtlijsten bij RIBW's en waarborg overbruggingszorg wanneer sprake is van wachtlijsten. Wachtlijsten bij RIBW's zijn in het huidige systeem al een probleem. Dit kan erger worden wanneer gemeenten beperkt plaatsen inkopen.

Rechtspositie en medezeggenschap

In de huidige AWBZ zijn individuele en collectieve medezeggenschap op diverse manieren gewaarborgd. Overheveling naar Wmo of Zvw mag er niet toe leiden dat de rechtspositie van cliënten verslechtert. Met name binnen de Wmo ontbreken nog essentiële voorwaarden. Waar versterking van de rechtspositie van cliënten binnen de Wmo in algemene zin gewenst is, geldt dat nog sterker voor de kwetsbare doelgroep van mensen met zware psychiatrische problematiek. Wij verwijzen hier naar onze algemene reacties op de conceptwet Wmo. Tevens verwijzen wij met instemming naar het oordeel van de Raad voor de Rechtspraak en naar de voorwaarden die het CVZ genoemd heeft in zijn recente advies voor overheveling langdurige intramurale ggz.

Meer specifiek noemen wij nog de volgende voorwaarden:

- Leg binnen de nieuwe wet Goed bestuur en medezeggenschap vast dat collectieve medezeggenschap in de vorm van cliëntenraden en familieraden verplicht blijft/wordt binnen instellingen voor intramurale zorg, ongeacht de wijze van financiering.
- Stimuleer dat via het eerdergenoemde convenant cliënt- en familievertegenwoordigers een volwaardige inbreng hebben bij regionale samenwerking en afspraken tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorginstellingen.
- Waarborg de functies van patiëntenvertrouwenspersoon en familievertrouwenspersoon. Wij adviseren het vertrouwenswerk voor patiënten en familie binnen de ggz conform de huidige praktijk binnen de ggz te blijven regelen. Dit betekent onder meer dat de kwaliteit, de toegankelijkheid en beschikbaarheid en de organisatie van het vertrouwenswerk op landelijk niveau en bij een door de rijksoverheid gefinancierde, onafhankelijke rechtspersoon belegd wordt.
- Zorg voor behoud van het recht op PGB binnen de nieuwe Wmo.
- Borg het klachtrecht in de nieuwe Wmo.

Borging van kwaliteit

De zorgbehoeften van mensen die intramurale ggz-zorg ontvangen zijn zeer uiteenlopend. Het gaat om een combinatie van behoeften op het gebied van veiligheid, participatie en gezondheid, waarbij het zwaartepunt verschillend kan zijn. In het algemeen gaat het om hooggekwalificeerde 24-uurs zorg. Gezien de ambulantisering zal de gemiddelde zorgzwaarte alleen maar toenemen. De overheveling

mag onder geen beding ten koste gaan van de kwaliteit (deskundigheid behandelaars en hulpverleners, veiligheid, 24-uurs toezicht, enzovoort).

Waar zorg vanuit de Wmo of Zvw geleverd wordt dient een eenzijdige focus op participatie respectievelijk gezondheid/behandeling vermeden te worden.

Met name bij de overheveling van zorg naar de Wmo bestaat het risico op grote kwaliteitsverschillen als gevolg van de beleidsvrijheid van gemeenten. Een minimum kwaliteit op diverse onderdelen van zorg en verblijf moet gewaarborgd zijn.

Wij noemen de volgende voorwaarden:

- Stel ook in de Wmo en Zvw een integraal zorgplan verplicht (zie hierboven).
- Neem in de Wmo 2015 een bredere doelstelling voor beschermd wonen op die recht doet aan de essentie van beschermd wonen, namelijk het bieden van een veilige omgeving. De conceptwettekst focust eenzijdig op maatschappelijk herstel. Concreet is ons voorstel om artikel 2.1.2. lid 3b (concept wettekst versie 16-8-2013) te vervangen door 1. het bieden van een veilige omgeving, ondersteuning bij kwaliteit van leven en het bevorderen van persoonlijk herstel 2. waar mogelijk het bevorderen van maatschappelijk herstel en terugkeer naar zelfstandig wonen.
- Geef in het kader van het stimuleringsprogramma cliëntondersteuning en overheveling MEE-middelen een extra impuls aan cliëntondersteuning ggz. Betrek het LPGGz en steunpunten ggz hierbij.
- Zorg dat kwaliteitsstandaarden ten aanzien van verblijf in combinatie met zorg en ondersteuning bij participatie landelijk worden vastgelegd en regel toezicht hierop. Deze standaarden dienen ook richting te geven voor beslissingen over wel of geen (medische) noodzaak tot verblijf.
- Stimuleer en faciliteer dat verzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties afspraken maken over kwaliteitsonderzoek vanuit cliënt- en familieperspectief, waarbij een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve instrumenten wordt ingezet. De toevoeging van kwalitatief onderzoek is noodzakelijk om naast verantwoordingsinformatie ook verbeterinformatie te krijgen.

Kennis bij gemeenten

Overheveling van langdurige intramurale ggz naar gemeenten betekent een extra nieuwe taak voor gemeenten naast vele andere nieuwe taken. Gezien onze huidige ervaringen met gemeenten hebben wij onvoldoende vertrouwen dat zij de kennis en affiniteit hebben om deze nieuwe taak uit te voeren. Dit geldt voor de kennis van de ggz in het algemeen, maar eens te meer voor kennis van zeer ernstige ggz-problematiek. Gemeenten kunnen in het algemeen deze problematiek en de reikwijdte voor naasten en de omgeving onvoldoende inschatten. Onderschatting dreigt. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat mogelijkheden voor zelfstandig wonen of maatschappelijke participatie te positief worden ingeschat. Daarnaast ligt de focus bij gemeenten vaak nog te eenzijdig op overlast en/of sociale problematiek. Onze zorgen op dit punt worden versterkt door het hoge tempo waarin wijzigingen worden doorgevoerd en de korte termijn die gemeenten hebben om zich voor te bereiden. Hoewel centrumgemeenten volgens de kabinetsvoorstellen een centrale rol in de uitvoering zullen krijgen, dient in *alle* gemeenten voldoende kennis en affiniteit aanwezig te zijn. Elke gemeente zal immers zelf een taak hebben in signalering, in het beoordelen van hulpvragen, in het doorverwijzen naar een centrumgemeente.

Gebrek aan kennis kan ook leiden tot fouten bij de zorginkoop. Wij vragen ons af of (centrum)gemeenten wel voldoende zicht hebben op de variëteit binnen vraag en aanbod van beschermd wonen. Vooral cliënten met specifieke zorgvragen en kleinschalige voorzieningen kunnen het slachtoffer worden. We zien nu al een neiging bij sommige gemeenten om zich eenzijdig te richten tot de grote, reguliere ggz-aanbieders.

Wij noemen de volgende voorwaarden:

- Besteed in het transitieplan AWBZ-Wmo expliciet aandacht aan ontwikkeling van kennis en vaardigheden bij gemeenten en loketmedewerkers (medewerkers onderzoek of keukentafelgesprek) ten aanzien van de ggz-doelgroep. Betrek dit ook bij de ontwikkeling van

kwaliteitsinstrumenten voor keukentafelgesprek (onderzoek n.a.v. meldingen ondersteuningsvraag) en beoordeling aanvragen. De inzet van ervaringsdeskundigheid van cliënten en familieleden kan hierbij van grote meerwaarde zijn. Het LPGGz en Per Saldo zijn graag bereid hieraan bij te dragen.

- Waarborg ook dat genoemde kennis en vaardigheden regelmatig getoetst worden.
- Formuleer nadere criteria voor de taakverdeling en samenwerking tussen centrumgemeenten en regiogemeenten bij beschermd wonen. Deze dienen bij voorkeur in een AMvB te worden vastgelegd, minimaal in een richtlijn waaraan gemeenten zich committeren en die getoetst wordt door de inspectie. Zaken die geregeld moeten worden zijn:
 - signaleringsplicht gemeenten; in het wetsvoorstel Wmo 2015 (versie 16 augustus 2013) is ons inziens nog onvoldoende vastgelegd dat gemeenten mensen die zelf moeilijk een hulpvraag formuleren actief moeten benaderen;
 - consultfunctie: regiogemeenten moeten gebruik kunnen maken van een consultfunctie als zij hulpvragen krijgen die zij door gebrek aan kennis zelf onvoldoende kunnen beoordelen;
 - voorwaarden voor onderzoek en beoordeling van aanvragen maatwerkvoorziening bij cliënten die (mogelijk) beschermd wonen nodig hebben;
 - (extra) voorwaarden voor versterking positie cliënten en familie in het proces van aanvragen, toekennen en intrekken van een beschermd-wonenvoorziening.
- Besteed in het transitieplan AWBZ-Wmo aandacht aan kleinschalige(woon) initiatieven, al of niet met inbreng van cliënten of familie ontwikkeld. Deze innovatieve zorgaanbieders leveren vaak ondersteuning op maat die de cliënt elders moeilijk krijgt. Belangrijk is dat (centrum)gemeenten hun zorginkoop en aanbestedingen zodanig inrichten dat zij flexibel kunnen inspelen op specifieke zorgvragen en een-op-een kunnen inkopen, ook bij aanbieders buiten de eigen regio.

Ambulantisering

Veldpartijen in de ggz hebben in het bestuurlijk akkoord gezamenlijk een ambitieuze doelstelling geformuleerd voor ambulantisering, ofwel minder zorg binnen de instelling en meer zorg in de thuissituatie. Ze hebben daarbij duidelijke voorwaarden benoemd, zoals goede huisvesting, versterking ambulante zorg en ruimte voor regio's om tempo en inhoud van de ambulantisering op maat te bepalen. Zoals bekend zijn gemeenten geen partij in het bestuurlijk akkoord. Het LPGGz benadrukt dat er altijd een groep cliënten blijft die het meest gebaat is bij een (langdurig) verblijf binnen een instelling. Voorkomen moet worden dat gedwongen ambulantisering ontstaat vanwege financiële prikkels of vanwege onvoldoende kennis ten aanzien van de doelgroep. Wij zijn blij dat in het begrotingsakkoord 11 miljoen euro per jaar is toegezegd voor mantelzorg, maar maken ons buitengewoon grote zorgen over de druk die extra zal worden gelegd op mantelzorgers van mensen met ggz-problematiek. Van alle mantelzorgers is deze groep het zwaarst belast maar veruit het minst in beeld. Wanneer sprake is van erfelijke belasting en psychische beperkingen ook bij naaste familie aanwezig zijn, is het risico van overbelasting extra groot.

Wij noemen de volgende voorwaarden:

- Zorg voor een goede risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet; voorkom prikkels bij zorgverzekeraars om overhaast te ambulantiseren.
- Zorg voor een goed verdeelmodel binnen de WMO met aandacht voor (centrum)gemeenten met een hoge concentratie van cliënten beschermd wonen. Zorg voor voldoende ruimte binnen het verdeelmodel zodat knelpunten zoals groeiende wachtlijsten kunnen worden opgelost.
- Geef langdurende verblijfszorg een apart benoemde binnen de ZVW. Omschrijf langdurende verblijfszorg met behandeling hierbij zodanig dat ook aspecten van persoonlijk herstel, ondersteuning bij kwaliteit van leven, zinvolle dagbesteding goed verankerd zijn; waarborg een blijvende plek binnen het basispakket van de Zvw
- De overstap naar (meer) zelfstandig wonen is minder beladen indien cliënten een (tijdelijke) terugkeergarantie wordt gegeven voor het geval zij onverhoopt zouden terugvallen. Dit is in het belang van cliënten en hun omgeving, maar ook van gemeenten. Wij zien een dergelijke terugkeergarantie graag opgenomen in de Zvw.

- Benoem mantelzorgers ggz in het Plan van Aanpak informele zorg als groep die bijzondere aandacht nodig heeft en faciliteer familieorganisaties in de ggz en andere zelfinitiatieven om hierin een ondersteunende rol te kunnen spelen.
- Leg in de Wmo vast dat individuele mantelzorgers ook een beroep kunnen doen op mantelzorgondersteuning indien hun naaste is opgenomen. In reactie op de conceptwetten Wmo 2015 en LIZ hebben wij reeds aangegeven dat de verantwoordelijkheid voor mantelzorgondersteuning bij intramurale zorg in het nieuwe stelsel nog niet goed geregeld is.

Keuzevrijheid en eigen regie

In het nieuwe stelsel zal keuzevrijheid ten aanzien van zorginstelling, woonsituatie en dagbesteding gewaarborgd moeten zijn. Wij tekenen hierbij aan dat die keuzevrijheid ook in de huidige situatie niet altijd optimaal geregeld is. Zo bestaan binnen de psychiatrische ziekenhuizen weinig mogelijkheden om dagbesteding buiten de instelling te volgen. Wij voorzien dat de stelselwijziging zal leiden tot nog minder keuzevrijheid. Risico's zien wij vooral in het feit dat (centrum)gemeenten zich bij de inkoop zullen beperken tot de enkele instellingen in hun eigen regio en in het feit dat zorgverzekeraars steeds selectiever inkopen.

Wij noemen de volgende voorwaarden:

- Waarborg voldoende keuzevrijheid van cliënten ten aanzien van instellingen voor beschermd wonen, ook buiten de eigen regio. Mogelijk kan dit via een AMvB of via een richtlijn waaraan gemeenten zich committeren.
- Maak cliëntvolgende financiering in Wmo en Zvw mogelijk. Hieronder verstaan wij: het koppelen van een bedrag aan de hulpvraag (of indicatie) van een persoon en het vervolgens één op één contracteren van de benodigde begeleiding of behandeling voor deze persoon, via een organisatie die de persoon vertegenwoordigt of door de gemeente of verzekeraar zelf. De keus is aan de hulpvrager die al of niet wordt bijgestaan door familie of mensen in zijn directe omgeving. Hierdoor kan de benodigde begeleiding of behandeling op maat gerealiseerd worden en kunnen bv zorgaanbieders die geen contract met de gemeente of verzekeraar hebben gecontracteerd worden.
- Bevorder de betrokkenheid van woningcorporaties bij afspraken die verzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties samen regionaal maken. Dit kan bijvoorbeeld door het eerder genoemde convenant.
- Waarborg dat cliënten die langdurig intramurale zorg vanuit de Zvw ontvangen recht hebben op dagbesteding en deze binnen redelijke marges naar eigen inzicht mogen invullen, binnen of buiten de instelling. (NB: bij verblijf op een gesloten afdeling is het begrijpelijk dat er extra beperkingen kunnen zijn.)

Bijzondere groepen / grensgroepen

Bij sommige cliëntgroepen is sprake van een meervoudige grondslag. Naast een psychiatrische aandoening is bijvoorbeeld ook sprake van een verstandelijke beperking of dementie. Het zwaartepunt binnen een meervoudige grondslag kan bovendien met de tijd verschuiven. Zo ziet men bijvoorbeeld bij oudere cliënten soms dat de psychiatrische problematiek afneemt en de ouderdomsproblematiek toeneemt. Het Landelijk Platform GGz en Per Saldo sluiten zich op hoofdlijnen aan op wat het CVZ hierover in zijn advies Overheveling langdurige intramurale zorg heeft geschreven: de individuele zorgbehoefte dient leidend te zijn en een strakke indeling naar dominante grondslag is niet gewenst. Wij noemen de volgende voorwaarden:

- Mocht de Wet LIZ niet toegankelijk zijn voor mensen met een enkelvoudige psychiatrische grondslag, dan zou ze in ieder geval niet uitgesloten mogen zijn voor mensen met een meervoudige grondslag, ook wanneer de psychiatrische grondslag dominant is.
- Leg voor bovengenoemde gevallen in de Wet LIZ een procedure vast die waarborgt dat cliënt, familie en behandelaar een zwaarwegende invloed hebben bij beslissingen over toelating tot de LIZ.

Communicatietraject

Wij maken graag gebruik van uw aanbod om de communicatie naar onze achterbannen te faciliteren om onnodige misverstanden en onzekerheid weg te nemen. Gezien de reeds ontstane onrust bij onze achterbannen is het belangrijk dat die communicatie niet te lang op zich laat wachten. Wij zien twee hoofddoelen voor die communicatie:

- Mensen duidelijk maken waarom het kabinet ertoe besloten heeft cliënten ggz als enige doelgroep geen plek in de LIZ te geven.
- Cliënten en familie een antwoord geven op de vraag wat de veranderingen voor henzelf betekenen, c.q. hen te helpen om de juiste informatie en ondersteuning te krijgen. Hierbij hoort ook informatie over de rol van behandelaars bij verwijzing naar gemeenten en bij het onderzoek dat een gemeente uitvoert.

Uiteraard zal er een integraal communicatieplan moeten komen dat ook zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten bedient. Wij concentreren ons hier op de communicatie naar onze achterbannen. Hiervoor geven wij alvast de volgende suggesties mee:

- Gezien het belang van het onderwerp en de omstredenheid van het kabinetsbesluit bij onze achterban heeft het onze voorkeur dat u als bewindspersoon persoonlijk zichtbaar bent in het communicatietraject. Te denken valt bijvoorbeeld aan een filmpje waarin u uitleg geeft over de gemaakte keuzes en ingaat op mogelijke onrust en vragen.
- Een aantal bijeenkomsten met (kader)leden van (lidorganisaties van) LPGGz en Per Saldo aangevuld met cliëntondersteuners ggz. Deze bijeenkomsten kunnen twee doelen dienen:
 - Toerusting van mensen die een belangrijke rol vervullen in de informatievoorziening en ondersteuning van eindgebruikers.
 - Verder inventariseren van lastige vragen en mogelijke knelpunten die om een oplossing in de sfeer van beleid of communicatie vragen.
- Het opstellen van FAQ-lijsten in samenwerking met bureaus van LPGGz en Per Saldo.
- Ontwikkeling voorlichtingsmateriaal, inclusief filmpjes.
- Een communicatietraject via lidorganisaties en aangesloten regionale cliëntenorganisaties van het LPGGz.
- (In samenwerking met zorginstellingen en Per Saldo) Individuele communicatie op maat voor alle cliënten die voor de overgang een zzp hebben en zorg in natura of met een pgb vanuit de AWBZ ontvangen.
- Indien het communicatietraject voor een belangrijk deel loopt via (lidorganisaties van) het LPGGz en Per Saldo gaan wij er overigens van uit dat deze werkzaamheden financieel worden gefaciliteerd.

Tot slot

Graag blijven wij de komende weken en maanden met u in overleg, zowel om noodzakelijke voorwaarden bij overheveling nader uit te werken als om het communicatietraject ten behoeve van onze achterban te ontwikkelen.

De zorgvuldigheid gebiedt ons wel te zeggen dat wij ons vrij voelen om parallel hieraan acties te ondernemen om de overheveling naar Zvw en Wmo (gedeeltelijk) te voorkómen.

Met vriendelijke groet,



Mevrouw drs. M.J. ter Avest
Directeur Landelijk Platform GGz



Mevrouw mr. A.W.D. Saers
Directeur Per Saldo