



Position Paper Langdurige verblijfszorg ggz

Aanleiding

In het kader van de hervorming langdurige zorg wil het kabinet de verblijfszorg ggz uit de AWBZ halen en enerzijds bij de Zorgverzekeringswet en anderzijds bij de WMO onderbrengen. Zorgverzekeraars worden dan verantwoordelijk voor de zorg aan mensen bij wie behandeling centraal staat, centrumgemeenten voor de zorg aan mensen bij wie begeleiding centraal staat. Het Landelijk Platform GGz is van mening dat de zwaarste groep patiënten recht moet houden op zorg uit de kern AWBZ. Daarnaast stelt het LPGGz duidelijke voorwaarden aan de overheveling van de overige verblijfszorg naar ZVW en WMO. Bovenal pleit het LPGGz voor een betere kwaliteit in de langdurige verblijfszorg.

Kern-AWBZ

'In de nieuwe kern-AWBZ wordt mogelijk gemaakt dat mensen in een instelling zorg kunnen krijgen als zij niet langer met steun van hun omgeving thuis kunnen wonen', zo stelt het kabinet. Duidelijke taal, die er automatisch toe leidt dat ook de zwaarste groep ggz-patiënten een plek in deze nieuwe kern-AWBZ zou moeten krijgen. Het is voor het LPGGz dan ook volstrekt onlogisch dat juist voor deze kwetsbaarste groep patiënten van de ggz zonder onderbouwing een uitzondering wordt gemaakt: in de plannen van het kabinet krijgen zij geen toegang tot de kern-AWBZ. Het LPGGz vindt dat onbestaanbaar.

Maximaal 10.000 patiënten

In de ggz is een groep van maximaal 10.000 patiënten die zeer langdurig of levenslang is aangewezen op een beschermde woonomgeving. Het gaat om patiënten met blijvende psychotische stoornissen en/of ernstige gedragsproblematiek, en/of chronische verslaving. Zij hebben doorgaans een zvp 5, 6, of 7. Deze groep mensen kan niet zelfstandig wonen. De zorg die zij ontvangen is primair gericht op kwaliteit van leven. Behandeling vindt vaak nog wel plaats, maar is van secundair belang. Indien herstel wordt nagestreefd, beperkt dit zich tot kleine, soms uiterst subtiele wijzigingen die het leven draaglijker en de moeite waard maken. Daarmee onderscheidt deze zorg zich niet wezenlijk van die van andere patiënten met een zeer zware zorgvraag in bijvoorbeeld verpleeghuizen of instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking.

Waarom hoort deze groep in de kern-AWBZ?

- De kern AWBZ is bedoeld voor de kwetsbaarste mensen in de samenleving. Er is er geen reden om onderscheid te maken tussen verschillende groepen kwetsbare burgers en ggz-patiënten uit te sluiten.
- De zorg voor deze groep dient primair gericht te zijn op kwaliteit van leven, niet op behandeling (ZVW) of maatschappelijke participatie (WMO).
- Het betreft onverzekerbare zorg. Daar past geen uitvoering bij door risicodragende verzekeraars of centrumgemeenten.
- Waarborgen voor keuzevrijheid, medezeggenschap en dergelijke zijn het best in de kern-AWBZ gewaarborgd.

Overheveling naar Zorgverzekeringswet en WMO

Volgens cijfers van het CIZ waren er in 2012 circa 45.000 ggz-patiënten met een AWBZ-indicatie voor intramurale ggz-zorg. Voor een groot deel van hen is er perspectief om op kortere of iets langere termijn weer zelfstandig te gaan wonen. Voor deze patiënten kan de zorg overgeheveld worden naar de ZVW of WMO, zij het onder strikte voorwaarden. Het gaat immers nog steeds om zorg voor een zeer kwetsbare groep mensen die (tijdelijk) niet in staat is om thuis te wonen.

Grensvlak ZVW – WMO

Het kabinet heeft het voornemen enerzijds om de op behandeling gerichte verblijfszorg over te brengen naar de Zorgverzekeringswet en anderzijds het begeleid wonen dat gericht is op participatie en het bijsturen van risicovol gedrag over te brengen naar de WMO. In de praktijk zal die scheidslijn niet altijd makkelijk te



trekken zijn. Het bestaande onderscheid tussen b- en c-pakketten is te willekeurig. Het risico is dat patiënten heen en weer geschoven zullen worden tussen verschillende systemen. Het LPGGz vindt het belangrijk dat de financiering zo veel mogelijk cliëntvolgend plaatsvindt. Dat wil zeggen: patiënten hebben keuzevrijheid bij de instelling en woonlocatie waar zij verblijven en bij hun dagbesteding; het geld volgt de cliënt. Op collectief niveau kunnen afschuifmechanismen voorkomen worden door verzekeraars en centrumgemeenten wettelijk te verplichten tot een gezamenlijk (inkoop)beleid, waarin patiënten- en familieorganisaties ook een belangrijke inbreng hebben.

Voorwaarden voor overheveling

Bij overheveling van verblijfszorg naar de ZVW of WMO dienen enkele strikte voorwaarden te gelden:

- De zorg wordt geleverd op basis van een persoonlijk zorgleefplan of herstelplan dat met de cliënt en zo mogelijk met de naaste omgeving is opgesteld. Dit plan omvat alle relevante leefgebieden.
- De cliënt heeft keuzevrijheid ten aanzien van de plek waar hij of zij woont en de invulling van dagbesteding. Dagbesteding bij een andere instelling dan die de verblijfszorg biedt is mogelijk.
- Er is een zorgvuldig overgangstraject voor overheveling naar centrumgemeenten. In dat traject zijn waarborgen voor continuïteit van zorg en opbouw van benodigde expertise bij gemeenten.
- Er is een landelijk kwaliteitskader voor zorg die naar centrumgemeenten overgaat.
- Collectieve medezeggenschap is gewaarborgd op een gelijke wijze als in de AWBZ.
- Toezicht door IGZ blijft gehandhaafd.
- Behoud van de mogelijkheid van een PGB.

Beschermd wonen

Overgang van beschermd wonen naar de WMO is alleen dan mogelijk wanneer sprake is van:

- Een landelijk kwaliteitskader.
- Goede spreiding over de stad en niet voornamelijk in de slechtere wijken.
- Personeel dat 24 uur per dag beschikbaar is.
- 1 traject en 1 plan waarin cliënt zelf regie heeft (vergelijk de Stedelijke Kompassen).

Kwaliteit (langdurige) verblijfszorg

Los van de inrichting van het stelsel zijn stimuleringsmaatregelen voor de kwaliteit van de langdurige verblijfszorg ggz dringend gewenst. Deze kwaliteit laat vaak veel te wensen over en ook nu nog kenmerkt het verblijf binnen een ggz-instelling zich nog vaak als 'een keten van lege zondagen'.

Anderzijds zijn er voldoende voorbeelden die aantonen dat het beter kan. Verbeteringen in de langdurige verblijfszorg zijn onder meer gewenst op de volgende terreinen:

- Aandacht voor (persoonlijk) herstel en ontwikkeling, ook voor de zwaarste groep patiënten.
- Zingeving en een zinvolle daginvulling; waar mogelijk toeleiding in de richting van (betaald) werk.
- Behoud en versterking van het sociale netwerk van de cliënt.
- Betrokkenheid van de naaste omgeving in de zorg.
- Kwaliteit van de huisvesting.
- Kwaliteit van de somatische zorg.
- Terugdringen van dwang- en drangmaatregelen.

Investeren in familie

Investeren in familie en naaste omgeving is zowel in de verblijfszorg als in de ambulante zorg van groot belang. Ook bij een opname willen en kunnen zij vaak een waardevolle bijdrage leveren aan de zorg. Daarmee wordt de afstand tussen instelling en thuis of samenleving verkleind. Daarnaast dient familie betrokken te zijn bij (beslissingen over) de overgang van intramurale naar ambulante zorg. Als zij voor opvang in de eigen omgeving zorgen, moeten ze kunnen beschikken over de juiste kennis en vaardigheden, en een vangnet hebben voor als het fout dreigt te gaan. Mantelzorgers in de ggz zijn het zwaarst belast van alle mantelzorgers.