



Evaluatie Openstelling Wlz voor mensen met een psychische aandoening



Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Langdurige Zorg

Auteurs

Patrick Jansen

Louise Pansier

Lieset Jenneboer

Moniek Kamphuis

Anouk van der Veen

Kenmerk

PJ/26/0290/evowlz

Publicatiedatum

Februari 2026

© Bureau HHM

Inhoud

Samenvatting	4
1. Aanpak evaluatie	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Evaluatiekader	8
1.3 Onderzoeksvragen	10
1.4 Onderzoeksmethoden	11
1.5 Logica's van passende zorg	13
1.6 Leeswijzer	13
2. Beleidsdoel	14
2.1 Aanleiding	14
2.2 Doel openstelling Wlz	15
2.3 Uitgangspunten openstelling Wlz	15
3. Strategie	17
3.1 Overwegingen openstelling Wlz	17
3.2 Alternatieven	18
4. Uitvoering van de Wlz-openstelling	20
4.1 Afwegingen bij indienen aanvraag	20
4.2 Criteria toegang Wlz en zorgprofielen	23
4.3 Afbakening toegang Wlz en andere domeinen	28
4.4 Aansluiting en uitvoering uitgangspunten Wlz	30

5. Resultaat van de Wlz-openstelling	32
5.1 Verbetering van het zorgaanbod	32
5.2 Grondslagen	35
5.3 Passende zorg	36
5.4 Onbedoelde (neven)effecten	37
5.5 Externe dynamiek	39
5.6 Leren en verbeteren	40
6. Conclusies	42
6.1 Inleiding	42
6.2 Conclusies	43
6.3 Zorglogica	44
6.4 Regelloogica	47
6.5 Verdeellogica	48
6.6 Afsluiting	49
Bijlage 1. Bronnenlijst	50
Bijlage 2. Definities relevante begrippen indicatiestelling Wlz	52
Bijlage 3. Cijfermatige weergave doelgroep en Wlz-toelating	53

Samenvatting

Aanleiding en beleidsdoel

Sinds 1 januari 2021 kunnen mensen met een psychische aandoening die intensieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) nodig hebben, toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij de invoering van de Wlz in 2015 was een psychische aandoening niet als grondslag opgenomen (met uitzondering van de ggz-B-profielen), omdat – vanwege de mogelijkheid tot herstel voor deze doelgroep – de blijvende behoefte aan permanent toezicht of zorg in de nabijheid moeilijk was vast te stellen. Kritiek op deze keuze leidde in 2015 tot onderzoek en een advies van het Zorginstituut om aan alle mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid toegang te bieden tot de Wlz, ongeacht de aard van hun aandoening. Het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' nam dit op, met het voornemen om de Wlz open te stellen voor mensen in de ggz met langdurige zorgbehoefte.

Het doel van de openstelling in 2021 was om mensen met een psychische aandoening – al dan niet in combinatie met andere aandoeningen – toegang te geven tot de Wlz, mits zij voldoen aan de zorginhoudelijke criteria. Door de toegang tot de Wlz voor deze mensen mogelijk te maken, werd beoogd dat (beter) passende langdurige zorg kan worden geregeld die bijdraagt aan een stabiele situatie voor de persoon.

Aanpak evaluatie

In opdracht van het ministerie van VWS hebben wij de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening geëvalueerd. Het doel van de evaluatie is om in beeld te krijgen in hoeverre de openstelling van de Wlz heeft opgeleverd wat vooraf werd beoogd. Hiervoor hebben we

gebruikgemaakt van een beleidsevaluatiemodel waarin we afzonderlijk aandacht hebben besteed aan het doel, de strategie, de uitvoering en de resultaten van de Wlz-openstelling.

Per onderdeel van het beleidsevaluatiemodel hebben we een aantal onderzoeksvragen beantwoord. Dit hebben we gedaan op basis van een documentstudie, analyse van beschikbare data en interviews met 75 personen vanuit de perspectieven van mensen met een psychische aandoening (of hun naasten), zorgaanbieders, gemeenten, zorgkantoren, CIZ, ministerie van VWS en het Zorginstituut. Vervolgens hebben we een crossperspectiefanalyse uitgevoerd aan de hand van drie logica's voor passende zorg van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS):

- **Zorglogica:** passende hulp voor het individu bij behoeften die met de tijd kunnen veranderen.
- **Regellogica:** rechtmatigheid en gelijkheid door de manier waarop wetten/regels worden uitgevoerd.
- **Verdeellogica:** duurzame toegankelijkheid door rechtvaardige verdeling van schaarse middelen.

Met behulp van deze drie logica's evalueren we in hoeverre met de Wlz-openstelling voor mensen met een psychische aandoening drie dimensies van passende zorg zijn gerealiseerd: zorg op maat, rechtsgelijkheid en doelmatigheid.

Gedurende het onderzoek hadden we regelmatig overleg met het ministerie van VWS als opdrachtgever en met de klankbordgroep, bestaande uit een vertegenwoordiging van MIND, CIZ, Valente, de Nederlandse ggz, Zorginstituut, ZN, NZa en de VNG.

Hierna geven we een samenvatting van onze bevindingen over de strategie, uitvoering en resultaten en sluiten af met enkele conclusies.

Strategie

De openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening is als strategie ingegeven door het doel om te streven naar passende zorg, stabiliteit en rechtsgelijkheid voor een kwetsbare doelgroep. Onder de Wmo 2015 werden deze mensen regelmatig herbeoordeeld, dat werd als belastend ervaren. De Wlz biedt eenmalige indicatiestelling, wat stabiliteit en rust geeft. Daarnaast was een argument voor de Wlz-openstelling dat de druk op participatie en herstel wegvalt, waardoor voor een deel van de mensen rust en ruimte ontstaat om binnen hun mogelijkheden stappen te zetten op het gebied van herstel en ontwikkeling. Verder speelde mee dat voor mensen met een combinatie van aandoeningen waarbij de psychische aandoening voorliggend is, toegang tot Wlz-zorg ook mogelijk moest zijn. Jeugdigen zijn uitgesloten van de openstelling.

Uitvoering

Diverse afwegingen spelen een rol bij de keuze voor het best passende wettelijk kader (Wlz, Wmo of Zvw) bij de zorg- en ondersteuningsbehoefte van mensen met een psychische aandoening. De Wlz is bedoeld voor mensen met behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om ernstig nadeel te voorkomen, voor wie (volledig) herstel niet (meer) haalbaar is. Zij hebben vaak een lange behandelgeschiedenis achter de rug en behoefte aan continuïteit, veiligheid en stabiliteit. Beschermd wonen binnen de Wmo is primair bedoeld voor mensen die ondersteuning nodig hebben om zelfredzaamheid en participatie te bevorderen, met uitzicht op zelfstandig wonen. De Zvw richt zich op medische behandeling en herstel, voor deze doelgroep vaak aanvullend op Wmo-ondersteuning.

Het CIZ onderzoekt op basis van het afwegingskader uit de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2026 of iemand is aangewezen op de Wlz. Dit doen ze onder andere door vast te stellen of er behoefte is aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid en of de zorgbehoefte blijvend is. Deze beoordeling kan complex zijn door het vaak grillige verloop van psychische aandoeningen. Het vaststellen van de blijvendheid is een uitdaging, in het bijzonder bij jongvolwassenen.

Hoewel de criteria helder zijn vastgelegd, vinden respondenten de afbakening tussen de Wlz en Wmo niet altijd duidelijk. Dit leidt tot verschillen in uitvoering en interpretatie tussen gemeenten, zorgkantoren en zorgaanbieders. Bijvoorbeeld als het gaat over de voorliggendheid van de Wlz op de Wmo, waar gemeenten volgens de respondenten verschillend mee omgaan.

De informatievoorziening bij de overheveling werd door mensen met een psychische aandoening en hun naasten als onvoldoende ervaren, en het aanvraagproces wordt als zwaar ervaren omdat het de nadruk legt op beperkingen. Er bestaan zorgen over stigmatisering en institutionalisering bij een Wlz-indicatie, terwijl anderen de Wlz zien als een kans voor stabiliteit, rust en herstelondersteunende zorg. Tegelijkertijd spelen soms financiële prikkels (voor gemeenten en/of zorgaanbieders) een rol bij het aanvragen van een Wlz-indicatie, hoewel dit niet overal wordt herkend.

Resultaten

De openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening heeft geleid tot betere toegankelijkheid van zorg door een integrale beoordeling van de zorgbehoefte. De overgang naar de Wlz biedt voor de mensen met een psychische aandoening meer stabiliteit en rust, doordat herindicaties en uitstroomdruk verminderen en de zorg blijvend beschik-

baar is. Mensen kunnen ook gemakkelijker verhuizen naar een andere gemeente als daar zorgaanbod is dat beter past bij hun zorgbehoefte of hun sociale contacten. Daarnaast biedt de Wlz de flexibiliteit om binnen een zorgprofiel op- en af te schalen. Voor een deel van de doelgroep betekende de overgang een verandering van wettelijk kader, waarbij de zorg inhoudelijk niet is veranderd (omdat dat niet nodig was) en werd gecontinueerd, terwijl anderen zijn doorgestroomd naar beter passende woonvormen.

Een deel van de zorgaanbieders kon de Wlz-tarieven benutten om te investeren in kwaliteit, zoals uitbreiding van personeel, deskundigheid en huisvesting, maar anderen hadden deze ruimte niet vanwege financiële en personele beperkingen. Tegelijkertijd blijven knelpunten bestaan: er is onvoldoende passend aanbod voor mensen in complexe zorgsituaties, zoals combinaties van psychiatrische problematiek, verstandelijke beperking en verslaving. In de samenwerking tussen woonzorgaanbieders en behandelaars is weinig veranderd (alleen de regierol ligt nu bij de woonzorgaanbieder). Ook is verbetering mogelijk in de infrastructuur voor samenwerking tussen domeinen, zodat minder mensen tussen wal en schip vallen. De instroom in de Wlz is hoger dan waar het ministerie van VWS vooraf rekening mee heeft gehouden, wat leidt tot financiële druk en verschuivingen in het stelsel.

Hoewel Wlz-zorg in principe aansluit bij het streven naar passende zorg, zijn er discussies over de indicatie van lichtere zorgprofielen en over hoe 24-uurszorg in de praktijk wordt ingevuld. Mensen ervaren de levenslange indicatie als geruststellend, maar soms ook als confronterend. Onbedoelde effecten zijn onder meer regionale verschillen in indicatiestelling en beperkte kwaliteitsverbetering.

Sinds de openstelling zijn diverse verbeteringen doorgevoerd, zoals de nadere duiding van de instroomcriteria, het Kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz, regionale casuïstiektafels en de Werkagenda 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening'. Deze verbeteringen kunnen bijdragen aan beter passende en kwalitatief goede zorg voor mensen met een langdurige psychische aandoening. Toch blijven uitdagingen bestaan rond samenwerking en het realiseren van passende voorzieningen voor de meest complexe doelgroepen.

Conclusies

In relatie tot het beleidsdoel dat met de Wlz-openstelling werd beoogd om (beter) passende langdurige zorg te regelen die bijdraagt aan een stabiele situatie voor de persoon, komen we tot de hoofdconclusie, dat

- voor een groot deel van de mensen met een psychische aandoening een Wlz-indicatie aansluit op de behoefte aan een stabiele situatie en
- voor een kleine groep mensen in complexe zorgsituaties de Wlz-openstelling niet heeft geleid tot (beter) passende zorg.

Door het ontbreken van betrouwbare data was het niet mogelijk om een kwantitatief beeld te geven van de omvang van deze groepen. Indien hier wel behoefte aan bestaat is een ander type onderzoek nodig dat specifiek is gericht op het verzamelen van data uit databases en dossiers bij zorgaanbieders, zorgkantoren en gemeenten.

In aanvulling op deze hoofdconclusie hebben we aan de hand van de drie logica's een aantal deelconclusies geformuleerd. Deze zijn hieronder samenvat.

Zorglogica

Op het gebied van de zorglogica kunnen we concluderen dat een grote groep mensen met een psychische aandoening door de openstelling van de Wlz (beter) passende zorg ontvangt. Voor deze groep mensen passen de uitgangspunten van de Wlz, waarmee stabiliteit, rust, en continuïteit kan worden geboden, bij hun (zorg)behoefte. Hierbij biedt de Wlz niet altijd de mogelijkheid om zorg te bieden die past bij de grilligheid van de zorgbehoefte van deze mensen. Voor een kleine groep mensen is zorg die aansluit bij hun fluctuerende behoefte nog niet gerealiseerd. Er zijn nog steeds mensen die, ondanks dat zij een indicatie hebben voor ggz-wonen, door verschillende redenen geen passende (woon)plek hebben (bijvoorbeeld mensen met een combinatie van problematiek). Verder zijn er zorgen of er voldoende aandacht is voor herstelmogelijkheden in de Wlz. De Wlz biedt keuzevrijheid en de mogelijkheid om integrale zorg te bieden; dit draagt echter niet per definitie bij aan (beter) passende zorg.

Regellogica

Vanuit de regellogica gezien krijgen mensen met een psychische aandoening die aan de Wlz-criteria voldoen nu rechtmatig en (in vergelijking tot mensen met andere type problemen) op een gelijke manier toegang tot de Wlz. Zij worden nu op dezelfde manier beoordeeld als andere doelgroepen bij de toegang tot langdurige zorg. Ook hebben zij dezelfde rechten en keuzemogelijkheden voor zorg, waarbij ze van alle leveringsvormen gebruik kunnen maken. De openstelling van de Wlz heeft dus de beoogde rechtsgelijkheid gebracht. Tegelijkertijd is duidelijk dat het vaststellen van de blijvendheid van de behoefte aan 24/7 zorg in de

nabijheid lastig kan zijn, vanwege de grilligheid in het verloop van de aandoening en in de zorgbehoefte. Dit was oorspronkelijk de reden dat de ggz buiten de Wlz bleef en is nu vanuit verschillende invalshoeken genoemd als knelpunt (in het algemeen en voor sommige groepen in het bijzonder, zoals jongvolwassenen). Door het ontbreken van de juiste informatie blijven sommige mensen buiten de Wlz, terwijl deze zorg wel passend zou zijn. Andersom is er een groep die nu in de Wlz zit, voor wie Wmo-ondersteuning ook passend zou kunnen zijn.

Verdeellogica

Vanuit het oogpunt van de verdeellogica hebben we enkele (onbedoelde) neveneffecten van de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening geconstateerd. Zoals een financiële prikkel die kan leiden tot strategisch gedrag van aanbieders of gemeenten om te sturen op een Wlz-aanvraag waardoor de houdbaarheid van het Wlz-systeem onder druk staat. Tegelijkertijd is sprake van druk op het Wmo-systeem, door een afname van het aantal plekken voor beschermd wonen in de Wmo, een blijvende instroom in de Wmo en weinig mogelijkheid tot uitstroom.

Daarbij hebben we in hoofdstuk 6 in blauwe kaders een aantal aanknopingspunten beschreven die we de betrokken partijen meegeven voor de uitwerking van vervolgstappen in samenhang met andere uitdagingen binnen de ggz (zoals beschreven in Uit balans – IBO mentale gezondheid en ggz).

1. Aanpak evaluatie

Dit hoofdstuk beschrijft de aanleiding van de evaluatie, het kader dat we hebben gebruikt om de onderzoeksvragen te categoriseren en de methoden die we hebben gebruikt om gegevens te verzamelen. Hierbij besteden we ook aandacht aan het onderscheid in drie logica's van passende zorg die we als kapstok gebruiken voor de conclusies.

1.1 Aanleiding

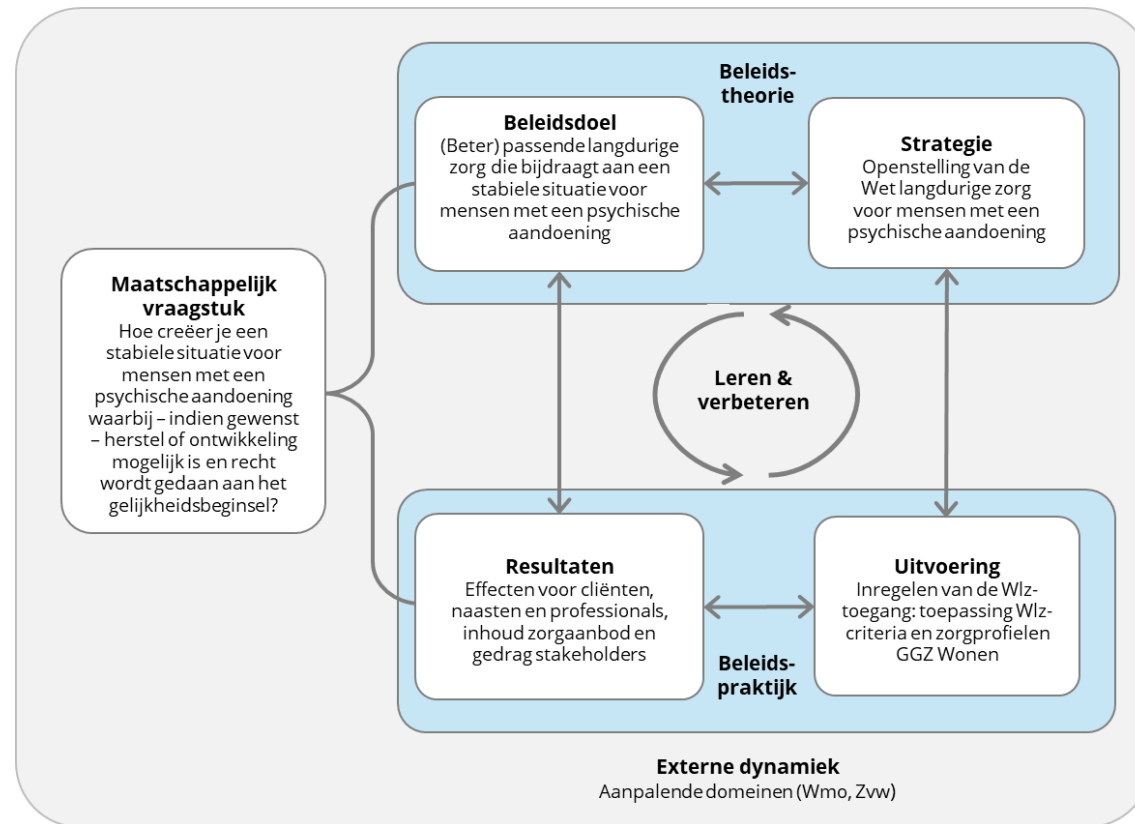
Sinds 1 januari 2021 kunnen mensen met een psychische aandoening die geestelijke gezondheidszorg (ggz) nodig hebben, toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz). De implementatie van de wetwijziging 'Openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening' is in 2021 al geëvalueerd. Deze evaluatie ging zowel in op het proces (implementatie-activiteiten, communicatie) als op de inhoud (omvang en aard van de doelgroep) [18]. Het evalueren van de gemaakte inschatting van de omvang van de doelgroep is daarmee geen onderdeel van het huidige evaluatie-onderzoek.

De eerdere evaluatie had als doel om lessen te trekken uit het implementatietraject. Voorliggende evaluatie is bedoeld om in beeld te krijgen in hoeverre de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening ruim vier jaar na de ingangsdatum heeft opgeleverd wat hiermee werd beoogd. De insteek van voorliggende evaluatie is uitgewerkt in de onderzoeksvragen (zie paragraaf 1.3). De evaluatie is onderdeel van de werkagenda 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening', die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met Valente, de Nederlandse ggz, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en MIND heeft vastgesteld. Zij gebruiken de uitkomsten van de evaluatie voor het bepalen van eventuele vervolgstappen.

1.2 Evaluatiekader

Voor de evaluatie hanteren we een beleidsevaluatiemodel (zie figuur 1). Het model helpt om op gestructureerde wijze de juiste vragen te stellen en goed zicht te krijgen op factoren die van invloed zijn op de resultaten van beleidskeuzes en de ervaringen van betrokkenen. Deze modelmatige benadering

zorgt ervoor dat we geen relevante aspecten vergeten en alle relevante aspecten in onderlinge samenhang bezien.



Figuur 1. Evaluatiekader

Toegepast op de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening zien we het volgende maatschappelijk vraagstuk: Hoe kan een stabiele situatie worden gecreëerd voor mensen met een psychische aandoening waarbij – indien gewenst – herstel of ontwikkeling mogelijk is en recht wordt gedaan aan het gelijkheidsbeginsel? Door het Rijk is als strategie gekozen voor een wetswijziging van de Wlz. Hiermee wil men het beleidsdoel bereiken dat mensen met een psychische aandoening (beter) passende zorg ontvangen die bijdraagt aan een stabiele situatie. De uitvoering brengen we in beeld aan de hand van de wijze waarop het CLZ de toegang tot de Wlz bepaalt en de keuze voor een zorgprofiel maakt. Ook kijken we naar de rol die andere professionals, mensen met een psychische aandoening en naasten bij de aanvraag hebben. Bij de resultaten kijken we naar de effecten voor mensen met een psychische aandoening, naasten en professionals, de inhoud van het zorgaanbod en het gedrag van de stakeholders die betrokken zijn bij de doelgroep. Om te kunnen bepalen in hoeverre het beleidsdoel daadwerkelijk is gerealiseerd, spiegelen we de resultaten aan het beleidsdoel. Hierin betrekken we ook de externe dynamiek door te kijken naar de uitvoering van en effecten op aanpalende domeinen zoals de Wmo en Zvw. Tot slot kijken we of sinds de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening is geleerd en verbeterd (zijn er bijvoorbeeld tussentijds wijzigingen doorgevoerd in procedures of werkwijzen) en wat op basis van de inzichten uit de evaluatie in de toekomst kan worden verbeterd.

1.3 Onderzoeksvragen

Tabel 1 bevat een overzicht van de onderzoeksvragen, geordend naar de onderdelen uit het evaluatiekader.

Tabel 1. Onderzoeksvragen per aspect van het evaluatiemodel met onderzoeksmethode

Beleidsdoel Methoden: documentstudie, interviews Wat is het doel en wat zijn de uitgangspunten van de openstelling van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een psychische aandoening?
Strategie Methoden: documentstudie, interviews - Wat waren overwegingen voor de keuze voor de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening? - Welke alternatieven zijn overwogen en waarom zijn deze niet gekozen?
Uitvoering Methoden: documentstudie, interviews - Welke afwegingen spelen een rol bij de keuze voor de Wlz, Wmo of Zvw en hoe verloopt dit afwegingsproces? - Hoe stelt het CIZ vast dat mensen met een psychische aandoening voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz? - Welke criteria worden gehanteerd om aan mensen met een psychische aandoening een bepaald zorgprofiel toe te wijzen? - In hoeverre is de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening en onderliggende regelgeving (zoals de

Uitvoering

Methoden: documentstudie, interviews

zorgprofielen en toegangscriteria) helder en uitvoerbaar voor deze mensen, hun naasten en professionals?

- In hoeverre is de afbakening van de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening met ondersteuning en zorg vanuit andere domeinen (Wmo, Zvw), en de voorliggendheid van de Wlz op de Wmo, helder en uitvoerbaar voor deze mensen, hun naasten en professionals?
- In hoeverre sluiten de uitgangspunten van de Wlz (zoals de blijvendheid van de zorgbehoefte en 24/7 zorg in de nabijheid) aan bij de problematiek en zorgbehoefte van mensen met een langdurige psychische aandoening, waarbij vaak sprake is van een fluctuerende zorgbehoefte?
- Hoe wordt in de praktijk uitvoering gegeven aan de uitgangspunten van de Wlz?

Resultaten

Methoden: documentstudie, interviews, data-analyse

- Op welke manier heeft de Wlz-openstelling bijgedragen aan (een verbetering van) het zorgaanbod voor mensen met een psychische aandoening die blijvend behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht?
- Hoe vaak is sprake van alleen de grondslag psychische aandoening en welke combinaties van grondslagen komen voor?
- Op welke manier heeft de Wlz-openstelling bijgedragen aan (een verbetering van) het zorgaanbod voor mensen met een psychische aandoening in combinatie met andere beperkingen?

Resultaten*Methoden: documentstudie, interviews, data-analyse*

- Sluit de geleverde Wlz-zorg aan bij de behoeften van de doelgroep, is de zorg passend en wat zijn de knelpunten?
- In hoeverre heeft de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening geleid tot onbedoelde (neven)effecten, vanuit verschillende perspectieven?

Externe dynamiek*Methoden: documentstudie, interviews, data-analyse*

- Wat voor effect heeft de Wlz-openstelling voor mensen met een psychische aandoening voor andere domeinen (Wmo en Zvw)?
- Welke gevolgen heeft de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening in het stelsel van (langdurige) ondersteuning en zorg voor mensen met een psychische aandoening, en hoe kunnen deze gevolgen worden verklaard?

Leren en verbeteren*Methoden: documentstudie, interviews, data-analyse*

- Welke wijzigingen zijn sinds de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening doorgevoerd?
- Welke onderzoeken hebben geleid tot welke verbeteringen?

1.4 Onderzoeksmethoden

Hieronder geven we een toelichting op de onderzoeksmethoden die we hebben gebruikt.

Documentstudie

Met de documentstudie hebben we informatie verzameld over wat bekend is over het vraagstuk, het doel, de strategie, de uitvoering en de resultaten. Dit hebben we gestructureerd aangepakt met het programma ATLAS.ti. Hierin hebben we labels gemaakt en gekoppeld aan verschillende aspecten uit het evaluatiemodel en de deelvragen. Op deze manier markeerden we in ieder document wat hierover werd gezegd. Vervolgens hebben we per aspect en deelvraag de gevonden informatie weergegeven, zodat we een beeld kregen van overeenkomsten, verschillen en eventuele tegenstrijdigheden per aspect en deelvraag. Bijlage 1 bevat de documenten die we hebben geraadpleegd. Deze lijst is (naast de inventarisatie door de onderzoekers) tot stand gekomen op basis van suggesties van het ministerie van VWS, leden van de klankbordgroep en de geïnterviewden.

Analyse van beschikbare data

We hebben een analyse verricht van kwantitatieve data uit landelijk beschikbare databases. Deze data geven inzicht in de ontwikkeling (door de jaren heen) in aantallen Wlz-ggz-geïndiceerden en zorgprofielen, met eventuele uitsplitsingen naar regio's. In bijlage 1 zijn de databronnen opgenomen die we hebben geraadpleegd. De beschikbare data geven geen inzicht in de mate van passendheid van de verschillende zorgvormen. In overleg met de opdrachtgever zijn in dit onderzoek geen nieuwe kwantitatieve gegevens verzameld. Vanwege het ontbreken van specifieke kwantitatieve gegevens over de ggz in de Wlz zou hiervoor een uitgebreide aanpak met bijvoorbeeld dossieronderzoek nodig zijn. Dit vraagt een langere doorlooptijd dan beschikbaar was voor het onderzoek.

Ook zou het veel tijdinzet van de betrokken partijen vragen om betrouwbare gegevens over cliëntreizen te verzamelen bij personen met een psychische aandoening, zorgaanbieders en zorgkantoren.

Interviews

We hebben interviews gebruikt om de bevindingen uit de documentstudie en analyse van beschikbare data te duiden en aan te vullen en daarmee goed zicht te krijgen op de diverse perspectieven. We hebben interviews gehad met 75 personen vanuit de volgende perspectieven: mensen met een psychische aandoening (of hun naaste) (N=16), zorgaanbieders (N=12 medewerkers van 10 organisaties), gemeenten (N=19 medewerkers van 14 gemeenten), zorgkantoren (N=12 medewerkers van 5 zorgkantoren), CIZ (N=8), het ministerie van VWS (N=6) en het Zorginstituut (N=2). Deze personen zijn afkomstig uit alle streken van Nederland, de meesten van hen hebben (vrijwel) dagelijks te maken met de doelgroep en ervaring met diverse cliëntsituaties. Hierdoor hebben ze een breed beeld van diverse aspecten van de Wlz-openstelling. Met betrekking tot de mensen met een psychische aandoening merken we op dat dit vooral personen waren met een zorgprofiel ggz-wonen 1, 2 of 3. Dit betekent dat het cliëntperspectief vanuit zorgprofiel ggz-wonen 4 en 5 onvoldoende aanwezig is. Vanuit andere perspectieven is in de interviews wel aandacht geweest voor deze groep. De mensen met een Wlz-ggz-wonen indicatie zijn geworven via panels; dit zijn vaak beter geïnformeerde mensen dan de 'gemiddelde' Wlz-geïndiceerde. Voor de interviews hebben we een semigestructureerde leidraad gebruikt die we in afstemming met het ministerie van VWS en de klankbordgroep hebben opgesteld. De deelnemers aan de interviews hebben deze leidraad van tevoren ontvangen zodat zij zich goed konden voorbereiden. Daarnaast konden respondenten zelf aangeven wat zij in het gesprek van belang vonden.

Crossperspectief analyse

Naar aanleiding van de interviews hebben we voor de verschillende onderwerpen uit de onderzoeksvragen de perspectieven van de geïnterviewde partijen met elkaar vergeleken om zicht te krijgen op overeenkomsten en verschillen. Dit hebben we uitgewerkt in effecten van de Wlz-openstelling en verklaringen hiervoor, die we hebben besproken tijdens drie online groepsessies met een groot deel van de respondenten van de interviews en leden van de klankbordgroep.

Rapportage

De bevindingen van de documentstudie, analyse van beschikbare data, interviews en crossperspectiefanalyse hebben we opgenomen in deze rapportage en uitgewerkt in een aantal conclusies en aanknopingspunten voor het vervolg. Het ministerie van VWS kan deze rapportage gebruiken om in overleg met de betrokken partijen een vervolgaanpak te bepalen en waar nodig verbeteringen door te voeren.

Gedurende het onderzoek hadden we regelmatig overleg met het ministerie van VWS als opdrachtgever om de voortgang te bespreken. Daarnaast hebben we een klankbordgroep ingesteld, bestaande uit een vertegenwoordiging van MIND, CIZ, Valente, de Nederlandse ggz, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). We hebben de klankbordgroep geraadpleegd bij de start van het onderzoek, de crossperspectiefanalyse, de bespreking van de conclusies en aanknopingspunten voor het vervolg en de conceptrapportage.

1.5 Logica's van passende zorg

Om tot een overzichtelijke analyse te komen van de verschillende perspectieven hebben we gebruik gemaakt van de drie logica's die de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) onderscheidt voor de benadering van vraagstukken over passende zorg voor mensen met complexe hulpbehoeften: de logica van het zorgen, de logica van de regels en de logica van het verdelen [27] en door het Trimbos-instituut zijn toegepast in het rapport Perspectief in de langdurige ggz [20]. We gebruiken deze logica's om de informatie die we binnen de beleidspraktijk (de 'uitvoering' en de 'resultaten' in ons evaluatiekader, zie Figuur 1) ophalen te onderscheiden naar verschillende dimensies van passende zorg.

- In de *zorglogica* staat het zorgen voor het individu of het gezin met complexe hulpvragen centraal (met als kernwaarde: zorg op maat voor het individu). Het is hun belang om passende hulp te krijgen, met zoveel mogelijk behoud van autonomie. De kernwaarde in de *zorglogica* is passende hulp bieden bij behoeften die met de tijd kunnen veranderen. De vraag welke zorg of ondersteuning passend is, kan alleen in de context van een specifieke zorg- of hulpvraag beantwoord worden.
- De *regellogica* betreft de manier waarop in de zorg de wetten, regels en kaders toegepast en nageleefd worden (met als kernwaarde: het gelijkheidsprincipe, iedereen heeft recht op dezelfde zorg). Regels helpen om te beslissen wie wel en wie niet recht heeft op een voorziening of behandeling. Regels zorgen er ook voor dat beslissingen te controleren zijn, dat willekeur wordt voorkomen en dat rechtspersonen bescherming van de wet genieten. De kernwaarde in de *regellogica* is rechtmatigheid. Deze juridische term betekent handelen in lijn met geldende regels en besluiten. In deze logica gaat het om de verhouding tussen verschillende burgers met een zorg- of ondersteuningsbehoefte.

- De *verdeellogica* betreft de verdeling van collectieve middelen (met als kernwaarde: duurzaamheid, het moet betaalbaar blijven). Het gaat om geld maar ook om personele inzet en beschikbare voorzieningen. Deze middelen zijn niet onuitputtelijk. De *verdeellogica* bevat het streven dat zorg en ondersteuning ook op termijn toegankelijk blijven, dus dat het stelsel duurzaam is. Bovendien moeten de Nederlandse burgers erop kunnen rekenen dat schaarse middelen rechtvaardig verdeeld worden.

Samengevat betekent dit dat we met behulp van deze drie logica's evalueren in hoeverre met de Wlz-openstelling voor mensen met een psychische aandoening de volgende drie dimensies van passende zorg zijn gerealiseerd: zorg op maat, rechtsgelijkheid en doelmatigheid.

1.6 Leeswijzer

In dit rapport besteden we eerst aandacht aan het beleidsdoel (hoofdstuk 2) en de strategie (hoofdstuk 3) van de Wlz-openstelling. Vervolgens geeft hoofdstuk 4 een beeld van de wijze waarop de (toegang tot de) Wlz wordt uitgevoerd voor de doelgroep en hoofdstuk 5 van het resultaat hiervan. Dit leidt tot een aantal conclusies en aanknopingspunten voor het vervolg (hoofdstuk 6).

2. Beleidsdoel

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding, het doel en de uitgangspunten van de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening. De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de Memorie van Toelichting bij de wetswijziging [1] en de interviews. De blauw-cursieve tekst waarmee sommige paragrafen beginnen, zijn de onderzoeksvragen die in dit hoofdstuk worden beantwoord.

2.1 Aanleiding openstelling Wlz

Bij de invoering van de Wlz in 2015 is bewust gekozen om psychische aandoeningen niet als grondslag op te nemen. De belangrijkste reden hiervoor was de veronderstelling dat mensen een zekere mate van herstel kunnen doormaken waardoor ze niet meer voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Daarnaast speelde mee dat het bij psychische aandoeningen vaak lastig is om vast te stellen of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid blijvend is. De wetgever wilde voorkomen dat mensen langdurige zorg zouden krijgen via de Wlz, terwijl hun situatie mogelijk zou verbeteren.

Al voor de invoering van de Wlz waren er vragen bij deze keuze, vanuit het oogpunt van rechtsgelijkheid voor mensen met een psychische aandoening en het kunnen leveren van passende, integrale zorg. De motie Keijzer/Bergkamp van 16 januari 2014 vormde een belangrijke impuls voor het onderzoek naar het onderbrengen van langdurige ggz in de Wlz. Dit leidde tot de introductie van het 'voortgezet verblijf' in de Wlz na drie jaar ggz-behandeling met verblijf onder de Zvw. In december 2015 adviseerde het Zorginstituut Nederland om mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, toegang te geven tot de Wlz, ongeacht de aard van hun aandoening. Het advies benadrukte het belang van het totaalbeeld van beperkingen en de noodzaak van integrale zorgverlening.

Het kabinet-Rutte II liet het besluit over de openstelling over aan een volgend kabinet. In het regeerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst' uit 2017 werd opgenomen dat, mits de effecten geen belemmering vormen voor zorgvuldige uitvoering, een wetsvoorstel zou volgen om de Wlz toegankelijk te maken voor mensen met een psychische aandoening.

2.2 Doel openstelling Wlz

Wat is het doel van de openstelling van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een psychische aandoening?

In de Memorie van Toelichting staat dat het wetsvoorstel tot doel heeft om mensen met een psychische aandoening, al dan niet in combinatie met een andere aandoening, beperking of handicap, en bij wie sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid op zorginhoudelijke gronden toegang te geven tot de Wlz.

Een andere formulering in de Memorie van Toelichting is dat het wetsvoorstel tot doel heeft om een persoon recht op zorg op grond van de Wlz te geven indien hij voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Door het toevoegen van de grondslag psychische aandoening aan de zorginhoudelijke toegangscriteria kan voortaan bij de indicatiestelling gekeken worden naar het totaalbeeld van de beperkingen en de ernst en blijvendheid van de zorgbehoefte die daaruit voortkomt.

In de Memorie van Toelichting staat beschreven dat met de Wlz-openstelling voor deze mensen werd beoogd dat (beter) passende langdurige zorg kan worden geregeld die bijdraagt aan een stabiele situatie voor de persoon. Sinds 2021 kunnen mensen, ongeacht hun grondslag, een Wlz-indicatie krijgen waardoor zij recht hebben op Wlz-zorg en eventuele opname in een instelling.

In de interviews gaven de meeste respondenten aan dat zij de aanleiding en het doel herkenden als wat werd beoogd met de openstelling. Vanuit de zorgkantoren werd hierbij aangegeven dat het doel van de openstelling niet alleen op de persoon met een psychische aandoening gericht zou zijn, maar ook als systeemoplossing is ingezet om (financiële) knelpunten in de Wmo op te lossen, waar de langdurige zorg niet goed functioneerde en de

behoefte aan blijvende nabijheid van zorg onvoldoende ingevuld kon worden. Dit werd onder andere door gemeenten en aanbieders niet herkend; zij gaven aan dat financiële druk bij gemeenten geen rol speelde bij de keuze voor het openstellen van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening.

2.3 Uitgangspunten openstelling Wlz

Wat zijn de uitgangspunten van de openstelling van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een psychische aandoening?

Er zijn diverse uitgangspunten en randvoorwaarden geformuleerd bij de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening. Hieronder staan deze uitgangspunten en randvoorwaarden beschreven en aangevuld met reacties vanuit de interviews.

- Het CIZ is aangewezen als partij die beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg. De indicatiesteller betreft bij het nemen van het besluit de diagnose(s), de behandelgeschiedenis, het ziekteverloop en de levensloop van de persoon. Het gaat bij de indicatiestelling niet om de aandoening zelf, maar om de vraag of de daaruit voortkomende stoornissen en beperkingen en het missen van het vermogen om op relevante momenten hulp in te roepen, leiden tot een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om ernstig nadeel te voorkomen. Eventuele verbeteringen in het ziektebeeld brengen hier geen verandering in en maken dus niet dat deze zorgbehoefte vervalt.
- Diverse partijen en particulieren hebben voorafgaand aan de Wlz-openstelling vragen gesteld over het begrip blijvendheid en over de indicatiestelling door het CIZ. Het CIZ heeft een uitvoeringstoets gedaan, waarna het begrip is verduidelijkt in de Memorie van Toelichting. Om de indicatiestelling zorgvuldig te kunnen uitvoeren zijn medewerkers tijdig geworven en opgeleid, zodat de indicatiestelling al

in 2020 kon starten. In hoofdstuk 4 komen de uitvoering van de indicatiestelling en de toepassing van het begrip blijvendheid uitgebreid aan bod.

- Voor de zorgvorm 'behandeling' is aangesloten bij de bestaande Wlz-praktijk sinds 2015. In de inkoop door de Wlz-uitvoerder wordt onderscheid gemaakt in zorgprofielen met en zonder behandeling. Indien het gaat om verblijf zonder behandeling zal de specifieke behandeling wel vanuit de Wlz bekostigd worden. Bij de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening zijn de aanspraken zodanig verduidelijkt dat onder deze specifieke behandeling voor de doelgroep ook ggz-behandeling wordt verstaan. Tot op heden geldt hiervoor echter nog een overgangsrecht op grond waarvan de ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een ggz-wonen profiel die verblijf en behandeling niet van dezelfde zorgaanbieder ontvangen, nog uit de Zvw wordt gefinancierd.
- Alle leveringsvormen zijn mogelijk voor mensen die op basis van de grondslag psychische aandoening toegang krijgen tot de Wlz. Er waren geen redenen van zorginhoudelijke aard die dit in de weg stonden. Bij zorg in natura (vpt en mpt) is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Bij het pgb is de budgethouder hiervoor verantwoordelijk; vanwege zorgen over de eigen regie van verzekerden, waren er twijfels over het toestaan van een pgb. Men heeft besloten dit – behalve voor zorgprofiel ggz-wonen 5 [32] – wel toe te staan, waarbij per individueel geval door het zorgkantoor wordt gezien of zorg met een pgb verantwoord is (zoals ook gebruikelijk bij cliënten uit andere sectoren).
- Er is voorafgaande aan de Wlz-openstelling door diverse partijen aandacht gevraagd voor de beschikbaarheid van voldoende middelen en de juistheid van ramingen. De Memorie van Toelichting is op dit punt nader uitgewerkt. Mogelijke perverse prikkels zijn beoordeeld in een

fraudetoets en risico's zijn meegenomen in het implementatietraject. Ook is onderzocht wat de financiële effecten zijn van de eigenbijdragesystematiek voor mensen die overgaan van Wmo 2015 naar Wlz.

- De relatie met de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte ggz (Wvggz) is voorafgaand aan de Wlz-openstelling aangekaart door diverse partijen en particulieren. Deze wetten regelen de procedures voor gedwongen zorg en blijven van toepassing op hun respectieve doelgroepen. Gegevensuitwisseling tussen uitvoeringsorganisaties is meegenomen in het implementatieplan, met als doel het verminderen van administratieve lasten en het versnellen van procedures.
- De openstelling van de Wlz geldt niet voor jeugdigen, omdat zij op grond van de Jeugdwet jeugdhulp kunnen ontvangen, die onder meer kan bestaan uit zorg vanwege een psychische aandoening.

In de interviews gaven alle respondenten aan dat dit de uitgangspunten waren voor de openstelling van de Wlz. Aanvullend hierop is aangegeven dat bij de openstelling van de Wlz werd beoogd dat mensen met een psychische aandoening zoveel mogelijk en waar passend op hun huidige woonplek konden blijven wonen, zodat de impact van de openstelling voor deze groep zo klein mogelijk zou zijn.

3. Strategie

We beschrijven in dit hoofdstuk de overwegingen voor de keuze voor de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening en de alternatieven die zijn overwogen. De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de Memorie van Toelichting bij de wetswijziging [1] en de interviews. De blauw-cursieve zinnen zijn de onderzoeksvragen die in de paragrafen worden beantwoord.

3.1 Overwegingen openstelling Wlz

Wat waren overwegingen voor de keuze voor de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening?

Aan de openstelling van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor mensen met een psychische aandoening liggen verschillende overwegingen en signalen ten grondslag, die zowel in documenten als in de interviews naar voren zijn gekomen. Deze hebben te maken met het verbeteren van de continuïteit, passendheid en stabiliteit van zorg én de rechtsgelijkheid voor een kwetsbare doelgroep:

- Mensen met een psychische aandoening die onder de Wmo 2015 vallen, worden periodiek opnieuw beoordeeld om vast te stellen of hun ondersteuningsbehoefte nog aanwezig is. Deze herbeoordelingen worden door deze mensen en hun omgeving als belastend ervaren, zeker wanneer sprake is van een blijvende aandoening of diagnose, zoals autisme of schizofrenie. De Wlz kent een eenmalige indicatiestelling, waarbij herindicatie alleen plaatsvindt bij een wijziging in de zorgbehoefte en in principe alleen gericht is op de hoogte van het zorgprofiel. Dit draagt bij aan rust en stabiliteit voor de persoon. In de interviews werd dit onderschreven door bijna alle partijen. Het belang hiervan werd ook duidelijk aangegeven door de mensen met een psychische aandoening zelf en hun naasten. In vergelijking tot de periodieke beoordelingen in de Wmo werden met name door gemeenten zorgen geuit over het gebrek aan monitoring in de Wlz met betrekking tot de fluctuerende zorgbehoefte. De indruk bestond dat een deel van de mensen na verloop van tijd dusdanig kan herstellen dat er geen aanspraak meer op Wlz-zorg hoeft te worden gemaakt en dat van deze mogelijkheid niet voldoende gebruik zou worden gemaakt.
- Mensen ervaren binnen het kader van beschermd wonen onder de Wmo 2015 druk om zelfstandig te participeren. Hoewel dit een

waardevol streven is, bleek het voor sommige mensen met een psychische aandoening niet haalbaar en/of te belastend. Binnen de Wlz hebben zorgverleners aandacht voor ontwikkeling binnen de mogelijkheden van de persoon, zonder de nadruk op het toewerken naar zelfredzaamheid en participatie zoals die binnen de Wmo 2015 aanwezig is. In de interviews gaven de mensen met een psychische aandoening, hun naasten en zorgaanbieders aan dat de Wlz veel rust geeft doordat de druk van doelen en herindicaties weg is en dat daarmee juist ruimte ontstaat voor herstel en ontwikkeling (zonder dat de 24 uren behoefte aan nabijheid van zorg verdwijnt).

- Voor mensen met een combinatie van beperkingen, zoals een licht verstandelijke beperking in combinatie met een psychische aandoening, was het niet mogelijk om een Wlz-indicatie te krijgen als de psychische aandoening de dominante grondslag was (terwijl het wel om complexe zorgsituaties gaat). Met de openstelling van de Wlz kunnen deze mensen een indicatie krijgen voor Wlz-gefinancierde zorg, ongeacht welke grondslag op de voorgrond staat. In de interviews is aangegeven dat er nu geen belemmeringen meer zijn in de toegang tot de Wlz, maar dat voor een deel van deze groep het vervolgens wel lastig is om passende zorg te vinden, omdat passend aanbod ontbreekt.
- Bij beschermd wonen op basis van de Wmo 2015 kan 24 uur per dag zorg in de nabijheid worden geboden, maar dit is niet altijd het geval, omdat er ook tussenvormen zijn ontstaan. Binnen de Wlz is 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht het uitgangspunt, maar ook hier kan de mate van nabijheid in de praktijk verschillen (dit wordt verder toegelicht in paragraaf 4.4 en 5.1). Het beeld dat de Wlz noodzakelijkerwijs meer kan bieden dan de Wmo wat betreft nabijheid is volgens de respondenten van de interviews niet terecht. Hét verschil

tussen Wmo en Wlz is de duur waarin deze nabijheid nodig is voor de persoon.

- Hoewel diverse partijen hebben gepleit voor toegang tot de Wlz voor jeugdigen met een psychische aandoening, is besloten hen uit te sluiten van deze openstelling. Vanuit het oogpunt van integrale zorg voor jeugdigen en hun ouders/gezin en vanwege alle inspanningen die al gepleegd werden om dit binnen het gemeentelijk domein goed te organiseren, zijn jeugdigen niet meegenomen in de wetswijziging. Alle respondenten vonden het een logische keuze om de zorg voor jeugdigen met een psychische aandoening via de Jeugdwet te blijven organiseren. De *blijvende* behoefte aan 24/7 nabijheid van zorg is voor jeugdigen met een psychische aandoening namelijk moeilijk vast te stellen vanwege het grillige verloop in combinatie met de ontwikkelingen die jeugdigen nog doormaken. Daarbij gaven sommige respondenten aan dat deze redenering ook wordt toegepast op jongvolwassenen, terwijl volgens hen wel degelijk kan worden aangetoond dat de Wlz voor deze doelgroep van toepassing kan zijn. Anderen zeiden over jongvolwassenen juist dat een kleine groep wel toegang krijgt tot de Wlz, terwijl zij dit met het oog op ontwikkelperspectief en herstel mogelijkheden op de langere termijn niet passend vinden.

3.2 Alternatieven

Welke alternatieven zijn overwogen en waarom zijn deze niet gekozen?

We hebben in de documenten geen alternatieve strategieën gevonden voor de openstelling van de Wlz om het beleidsdoel te bereiken. Er was destijds bij alle betrokken partijen consensus over het feit dat een groep mensen met een psychische aandoening voldoet aan de criteria van de Wlz en dat deze groep daarom toegang moest krijgen tot de Wlz. Daarnaast was het een breed gedragen politieke wens. Hierdoor was het niet relevant om alternatieven te overwegen.

Dit is ook bevestigd in de interviews. Aanvullend is in de interviews genoemd dat de mogelijkheid om uit de Wlz te stappen (wanneer de persoon niet meer aan de Wlz-criteria voldoet en een ander alternatief wellicht beter passend is) voor een deel van de doelgroep relevant kan zijn en meer onder de aandacht moet worden gebracht. Deze mogelijkheid bestaat in de wet op basis van artikel 3.2.4 waarin staat dat een indicatiebesluit kan worden herzien of ingetrokken indien de verzekerde niet langer op de geïndiceerde zorg is aangewezen. Echter, in de praktijk blijkt hier weinig gebruik van te worden gemaakt (dit wordt verder toegelicht in paragraaf 4.4).

4. Uitvoering van de Wlz-openstelling

In dit hoofdstuk beschrijven we op basis van de documentstudie en interviews hoe de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening wordt uitgevoerd en hoe dat wordt ervaren. We geven in blauw-cursieve tekst weer welke onderzoeksvraag in het gedeelte wordt beantwoord.

4.1 Afwegingen bij indienen aanvraag

Welke afwegingen spelen een rol bij de keuze voor de Wlz, Wmo of Zvw en hoe verloopt dit afwegingsproces?

Uit de documentstudie blijkt dat diverse afwegingen een rol spelen bij de keuze welk wettelijk kader (Wlz, Wmo en/of Zvw) het best passend is bij de zorg- en ondersteuningsbehoefte van de persoon met een psychische aandoening. De afwegingen zijn vooral gebaseerd op kenmerken van de zorg- en ondersteuningsbehoefte, maar de keuze voor een wettelijk kader wordt ook bepaald door de aansprakelijkheid van een zorgvorm (wanneer heb je er recht op). Volgend op de aansprakelijkheid kunnen er financiële prikkels zijn. We beschrijven in deze paragraaf verschillende afwegingen. Een aandachtspunt hierbij is dat de afbakening tussen zorg uit de Wlz en Wmo niet zwart-wit is, waardoor sommige mensen zowel in het ene als het andere stelsel passen. Hierbij zijn de regels leidend; als iemand niet voldoet aan de Wlz-criteria kan diegene geen Wlz-indicatie krijgen, ook al is het Wlz-aanbod passend [26].

Kenmerken zorg- en ondersteuningsbehoefte

Per wettelijk kader zijn in diverse documenten kenmerken van de zorg- en ondersteuningsbehoefte beschreven, die – naast de rechten op aansprakelijkheid van zorg – helpen in de afweging bij de keuze voor een wettelijk kader. Deze kenmerken hebben we aangevuld met de bevindingen uit de interviews.

Aanvraag bij de Wlz

Bij mensen voor wie een aanvraag voor de Wlz-ggz wordt ingediend is volgens Wlz artikel 3.2.1 eerste lid vanwege de psychische aandoening behoefte aan permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de persoon zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en – om ernstig

nadeel voor hemzelf te voorkomen – door fysieke of zware regie-problemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft. In andere documenten wordt dit nader geduid als mensen met complexe, langdurige en intensieve zorgsituaties (levenslang en levensbreed). Voor hen is (volledig) herstel niet (meer) haalbaar waardoor zij niet zelfstandig kunnen meedraaien in de samenleving. Zij kennen vaak een lange zorg-historie of behandelgeschiedenis, waarbij allerlei mogelijkheden op het gebied van zorg en ondersteuning zijn geprobeerd zonder dat dit heeft geleid tot een zorgbehoefte die anders is dan 24 uur zorg in de nabijheid. Ook kan sprake zijn van ernstig verstoorde zelfregulatie en/of problemen op het gebied van het sociale netwerk, de woonomgeving en de financiële situatie van de persoon; deze zijn niet leidend voor het bepalen van de toegang maar spelen in het totaalbeeld wel een rol. Deze mensen hebben behoefte aan blijvende zorg en ondersteuning, stabiliteit, zekerheid, veiligheid, continuïteit en rust en dit kan vanuit de Wlz geboden worden. De Wlz is namelijk gericht op het individu en herstel van een zingevend leven met ruimte voor ontwikkeling binnen de mogelijkheden van de persoon. In de Wlz is doorgaans sprake van nauwe samenwerking tussen behandeling en begeleiding en door de inzet van een cyclische werkwijze kan behandeling inspringen of opschalen. [2, 14, 20, 22, 23, 26].

In de interviews werden deze afwegingen herkend. Aanvullend geven medewerkers van gemeenten en zorgaanbieders aan dat zij verwijzen naar de Wlz of een Wlz-aanvraag doen als er geen ontwikkeling richting zelfstandig meedraaien in de samenleving mogelijk is en als tijdens herindicaties in de Wmo wordt gesignaleerd dat 24 uurszorg langdurig nodig blijft. Verder zijn niet-planbare zorg, focus op stabiel blijven in plaats van ontwikkeling, de wens voor meer rust en continuïteit en niet passende zorg en ondersteuning in andere domeinen factoren die meespelen in de afweging voor een aanvraag bij de Wlz. Een kanttekening die hierbij is

geplaatst is dat alleen de behoefte aan meer rust (door het verminderen van herindicaties en creëren van stabiliteit op de woongroep) geen reden mag zijn om een Wlz-indicatie aan te vragen; dit kan volgens hen ook binnen de Wmo worden opgelost met indicaties die langer geldig zijn dan één of twee jaar (zie ook de pagina [Passend beschikken](#) van de VNG). In de interviews is ook aangegeven dat meerdere partijen in het afwegingsproces voor een aanvraag voor een Wlz-indicatie succesvol gebruikmaken van het hulpmiddel [Duiding instroomcriteria](#) bij het inschatten van de kansrijkheid van een Wlz-aanvraag voor mensen met een psychische stoornis, ontwikkeld vanwege onduidelijkheid over de Wlz-toegangscriteria (zie paragraaf 4.2 voor een uitgebreidere toelichting op dit punt).

Aanvraag bij de Wmo

Mensen komen volgens artikel 1.2.1 Wmo 2015 in aanmerking voor beschermd wonen als ze vanwege psychische of psychosociale problemen niet in staat zijn zich op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit hun sociale netwerk te handhaven in de samenleving. In documenten wordt dit nader geduid als mensen die met ondersteuning structuur in hun leven kunnen brengen en kunnen werken aan herstel van functioneren als dit teveel onder druk staat. Verder kunnen zij op den duur zelfstandig wonen (al dan niet met ondersteuning). Juist voor deze mensen wordt de Wlz als niet passend gezien, omdat het hen belemmert in het voeren van eigen regie en keuzevrijheid. Het voordeel van de Wmo is dat de optie naar zelfstandig wonen vanzelfsprekender openblijft dan bij de Wlz [14, 20, 23, 26].

In de interviews werden deze afwegingen voor een aanvraag van een Wmo-beschikking herkend. Aanvullend geven respondenten aan dat voor een Wmo-aanvraag wordt gekozen als bij de persoon met een psychische

aandoening geen blijvende noodzaak is tot 24 uur per dag zorg in de nabijheid en als de zorg planbaar is (ook al is de frequentie hoog).

Aanvraag bij de Zvw

De Zvw regelt volgens de documenten medische zorg die is gericht op genezing, herstel of voorkomen van ziekte en gezondheidsrisico's. Voor mensen met een psychische aandoening kan ggz-behandeling worden ingezet op verwijzing van de huisarts. Dit kan de enige vorm van zorg zijn, of in aanvulling op de Wmo of op zorg zonder behandeling uit de Wlz (onder het overgangsrecht – zie paragraaf 2.3). Ggz-behandeling uit de Zvw kan ambulant worden geboden of met verblijf [14, 20, 22, 23].

In de interviews is aangegeven dat veel van de mensen met een ggz-wonen indicatie zorg ontvangen van een zorgaanbieder die gericht is op woonbegeleiding. Een deel van deze zorgaanbieders heeft (in tegenstelling tot zorgaanbieders van andere doelgroepen) zelf geen of zeer weinig behandelaren in dienst. Het gevolg hiervan is dat veel mensen woonzorg en ggz-behandeling van verschillende zorgaanbieders ontvangen, en dat zorgaanbieders vanwege het overgangsrecht de ggz-behandeling in de Zvw financieren. Uit de monitor ggz-behandeling voor mensen met een ggz-wonen zorgprofiel blijkt dat circa 4.000 mensen verblijf inclusief behandeling vanuit de Wlz ontvangen. Voor circa 26.000 mensen kan ggz-behandeling vanwege het geldende overgangsrecht uit de Zvw worden bekostigd. De helft van deze laatste groep heeft in 2023 ggz-behandeling ontvangen vanuit de Zvw. Bij zorgprofielen 3 en 5 was dit percentage hoger in vergelijking tot de andere zorgprofielen. De andere helft heeft geen ggz-behandeling ontvangen. Het is mogelijk dat deze cliënten wel andere vormen van behandeling hebben gekregen, bijvoorbeeld via de huisarts, de poh-ggz, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten [28].

Verder is in interviews genoemd dat er discussies zijn over wat onder begeleiding en wat onder behandeling valt, mede door het overgangsrecht waarbij behandeling en wonen gescheiden kunnen worden gefinancierd. De positie van ggz-behandeling in de langdurige ondersteuning en zorg voor mensen met een psychische aandoening is mede daarom als thema opgenomen in de Werkagenda 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening'.

Financiële redenen

Een andere afweging die in documenten wordt genoemd is dat gemeenten mensen soms adviseren om een aanvraag bij de Wlz te doen vanuit een financiële overweging. Zoals wanneer het Wmo-budget voor gemeenten niet toereikend is om de zorg en ondersteuning te leveren, of als gemeenten in algemene zin voor een grote bezuinigingsoperatie staan [16].

Uit onderzoeken [34, 35] blijkt dat op dit moment voor gemeenten een financiële prikkel bestaat om mensen met een relatief zware zorgbehoefte richting de Wlz te laten bewegen. De gemeente kan de bespaarde middelen aan andere zaken uitgeven. Omdat de Wlz voorliggend is, is er geen reden voor gemeenten om iemand zo lang mogelijk vanuit de Wmo te blijven ondersteunen. Uit cijfers in deze onderzoeken blijkt dat de Wlz-instroom systematisch hoger is in gemeenten met een relatief zwakke financiële positie.

Verder kan volgens documenten het verschil in tarieven tussen de Wmo en de Wlz een prikkel zijn voor zorgaanbieders om voor een persoon een Wlz-indicatie aan te vragen [14, 15, 16, 20, 26]. Uit een vergelijking van financiële besluiten van enkele gemeenten met Wmo-tarieven en de Wlz-tarieven, blijkt dat de Wlz-tarieven hoger zijn dan de Wmo-tarieven. De tarieven zijn niet zondermeer met elkaar te vergelijken, omdat op basis

van de prestatiebeschrijvingen met het Wlz-tarief veelal meer moet worden geboden dan op basis van de Wmo-producten met bijbehorende Wmo-tarieven.

In de interviews komt een divers beeld naar voren over financiële prikkels. Gemeenten en zorgaanbieders zeggen over elkaar dat financiële aspecten (zoals bezuinigingen in de Wmo of hogere tarieven in de Wlz) een reden zijn voor aanbieders of gemeenten om mensen door te verwijzen naar de Wlz. Als we deze geluiden teruggeven aan gemeenten en zorgaanbieders geven meerdere respondenten aan dat ze dit niet herkennen en de afweging voor een Wlz-aanvraag puur op grond van de zorg- en ondersteuningsvraag wordt gedaan.

Afwegingen om geen Wlz-indicatie aan te vragen

Aanvullend komt uit de documenten een principiële reden naar voren waarom geen Wlz-indicatie wordt aangevraagd. Wlz-gefinancierde zorg wordt door sommigen opgevat als ondersteuningsvorm met eenzijdige nadruk op stabilisatie, “pappen en nathouden”. Dit heeft een negatieve invloed op de beeldvorming over mogelijkheden van mensen met langdurige psychische problemen, zeker bij jongvolwassenen. Een Wlz-indicatie wordt dan niet aangevraagd omdat men bang is dat dit stigmatiserend werkt en dat het vormgeven van herstelondersteunende zorg wordt belemmerd [20, 26].

In de interviews wordt dit beeld herkend. Respondenten zien bij een Wlz-indicatie een risico op toename van hospitalisatie en afhankelijkheid. Ook is voor mensen bij wie het herstelperspectief nog niet duidelijk is (zoals jongvolwassenen) mogelijk te weinig focus op ontwikkeling. Ook een deel van de mensen met een Wlz-indicatie heeft moeite met het stempel ‘levenslang’. Dit geeft hen het gevoel afgeschreven te zijn. Overigens zijn er

ook Wlz-cliënten die niet weten wat hun indicatie inhoudt, dus voor hen speelt het stempel ‘levenslang’ geen rol.

Tot slot kunnen volgens respondenten bij mensen met een psychische aandoening ook financiële afwegingen spelen, met het oog op de eigen bijdrage die in de Wlz aanzienlijk kan zijn. In principe is de eigen bijdrage voor beschermd wonen in de Wmo en Verblijf in de Wlz gelijk. Er is echter een groot verschil tussen de eigen bijdrage voor ambulante begeleiding in de Wmo (het abonnementstarief) en de ambulante leveringsvormen in de Wlz (vpt of mpt); de eigen bijdrage voor Wlz is dan hoger. Als mensen overgaan van ambulante begeleiding in de Wmo naar verzilvering zonder verblijf in de Wlz kan het verschil in eigen bijdrage dus groot zijn. De Wlz kan financieel ook gunstiger zijn, wanneer sprake is van een integraal pakket. In die situatie komt alle behandeling ten laste van de Wlz; dit betreft vormen van behandeling waarvoor mensen met ambulante begeleiding het eigen risico van de Zvw moeten betalen.

4.2 Criteria toegang Wlz en zorgprofielen

Hoe stelt het CIZ vast dat mensen met een psychische aandoening voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz?

Welke criteria worden gehanteerd om aan mensen met een psychische aandoening een bepaald zorgprofiel toe te wijzen?

Indicatiestelling door het CIZ

Het CIZ onderzoekt op basis van het afwegingskader uit de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2026 [11] of iemand is aangewezen op de Wlz.

Hiervoor voeren zij de volgende stappen uit:

1. *De aanvraag:* Het CIZ stelt vast of ze de aanvraag in behandeling kunnen nemen op basis van de aanwezigheid van de volgende gegevens: naam en adres, gewenste zorg, Burgerservicenummer,

handtekening van de verzekerde of de benoemde vertegenwoordiger, of familie in het geval van besluit tot opname en verblijf, informatie over de ziekte, aandoening en het functioneren van de persoon. Als deze informatie onvoldoende aangeleverd is (nadat het CIZ aanvullende informatie heeft opgevraagd) is een volledig onderzoek niet mogelijk en kan het CIZ besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen.

2. *In kaart brengen van de zorgsituatie:* het CIZ onderzoekt welke ziekte(n), aandoening(en), stoornis(sen) en/of beperking(en) de persoon heeft, evenals lopende behandelingen en ziektebiografie. Het CIZ bekijkt de objectieve aard en mate van de beperkingen, waarbij het gaat om activiteiten die relevant zijn voor de zorgvraag. Op grond hiervan wordt bepaald of sprake is van geen, één of meerdere grondslagen voor de Wlz. Het CIZ baseert zich in het onderzoek op (inter)nationale erkende classificatie-instrumenten, zoals ICD-10, DSM-IV en DSM-5 en ICF¹. Voor de grondslag 'psychische stoornis' moet de diagnose door een ter zake deskundige worden gesteld volgens de binnen de beroepsgroep vigerende richtlijnen.
3. *Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid':* het CIZ stelt vast of de persoon vanwege de in stap 2 vastgestelde ziekte(n), aandoening(en), stoornis(sen) en/of beperking(en) is aangewezen op:
 - a. permanent toezicht om escalatie of ernstig nadeel te voorkomen, of
 - b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat hij niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,

- i. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
 - ii. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.
4. *Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is:* het CIZ onderzoekt of de persoon vanwege zijn ziekte, aandoening, stoornissen en beperkingen blijvend (levenslang) is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Er is geen toegang tot de Wlz als er mogelijkheden zijn voor zodanige (functionele) verbetering of (gedeeltelijk) herstel dat (nog) niet kan worden vastgesteld of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid blijvend is. De blijvendheid kan worden onderbouwd met informatie over de ziekte, aandoening en het functioneren van de persoon.
5. *Uitzonderingen op de toegangscriteria:*
 - a. Verpleging en verzorging voor kinderen vanuit de Zvw
 - b. Palliatieve terminale zorg
 - c. Jeugdwet
 - d. Gebruikelijke zorg (alleen van toepassing bij jonge kinderen)
6. *Vaststellen van het recht op Wlz-zorg:* als het CIZ beoordeelt dat de persoon op basis van de vorige stappen recht heeft op Wlz-zorg, wordt vastgesteld welke zorgprofiel het beste past, of het kenmerk 'meerzorg' van toepassing is, wat de ingangsdatum voor de Wlz-zorg is en hoe lang het zorgprofiel geldig is. De persoon ontvangt het indicatiebesluit met een deugdelijke motivering voor de beslissing.

De sociale context wordt bij de indicatiestelling niet meegenomen, maar speelt voor zorgkantoren en zorgaanbieders wel mee bij de keuze voor een leveringsvorm en de inrichting van het zorgarrangement [1].

¹ ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10), DSM-IV en DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Bijlage 2 bevat de definitie van een aantal van bovengenoemde begrippen, op basis van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2026 [11].

Vanuit de interviews is er overeenstemming dat de blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid bepalend is voor het afgeven van een Wlz-indicatie én dat het voor de doelgroep lastig is om de blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vast te stellen. Dit komt voornamelijk door de fluctuerende zorgbehoefte en het grillige verloop van psychische aandoeningen. Dit waren precies de redenen dat de grondslag psychische aandoening in eerste instantie buiten de Wlz werd gehouden. Psychische aandoeningen kunnen qua verloop wezenlijk verschillen van andere aandoeningen. Bijvoorbeeld bij psychogeriatrische problematiek is het logisch te verwachten dat vanwege ouderdom de problematiek in de toekomst gaat toenemen en bij mensen met een verstandelijke beperking is duidelijk dat deze blijvend is. Daarnaast kan het volgens respondenten in de praktijk lastig zijn om in te schatten hoe een ziektebeeld verandert naarmate iemand ouder wordt en welke verbeteringen met behandeling kunnen worden bereikt, vooral bij jonge mensen.

Ook wordt benoemd dat het inschatten van het beloop van een psychische aandoening lastig kan zijn doordat psychische aandoeningen beïnvloed worden door een complex samenspel van genetische, biologische, psychologische en sociale factoren (het bio-psychosociale model).

Hoewel de context (zoals de hoeveelheid informele zorg die een persoon krijgt) bij de afweging voor een Wlz-indicatie niet wordt meegewogen, geeft het CIZ in de interviews aan dat bij mensen met een psychische aandoening – in vergelijking met fysieke aandoeningen – meerdere factoren mee kunnen spelen in de ernst en het beloop van psychische

problemen. Dit maakt in specifieke gevallen het vaststellen van de blijvendheid complex. Respondenten verschillen van mening of de context van de persoon wel of niet meegenomen zou moeten worden bij het vaststellen van de toegang tot de Wlz (omdat dit volgens het wettelijk kader niet mogelijk is, maar inhoudelijk wel meerwaarde kan hebben).

Afwijzing Wlz-aanvragen

Tijdens de interviews geven respondenten aan dat vanaf het begin de druk op het indicatietraject groot was en hiervoor in korte tijd extra CIZ-medewerkers zijn aangetrokken, wat de beoordelingen in het begin mogelijk heeft beïnvloed (de ervaring was dat in de beginperiode veel aanvragen werden goedgekeurd). Daarnaast is door verschillende partijen genoemd dat in hun beleving het CIZ in de loop der jaren strenger is gaan indiceren. Het CIZ geeft aan dat ze vanaf het begin met dezelfde criteria werkt en niet strenger is geworden.

Uit de cijfers in bijlage 3 komt naar voren dat het landelijk gemiddelde afwijzingspercentage van Wlz-aanvragen voor ggz-wonen sinds 2022 rond de 25% ligt. Bij de openstelling van de Wlz (in 2020 en 2021) was het afwijzingspercentage lager. Een verklaring is dat in het begin veel aanvragen kwamen van mensen, die in verblijfsinstellingen verbleven waarvan het heel duidelijk was dat zij toegang zouden krijgen tot de Wlz. Na de Wlz-openstelling zijn er in grotere mate aanvragen gekomen van personen die niet in een verblijfsinstelling verblijven. Mogelijk is als gevolg van casuïstiekbesprekingen, reviews en toetsing ook een leercurve bij het CIZ, waardoor aanvragen die in de beginperiode werden toegekend later tot een afwijzing leidden.

In aanvulling op het voorgaande blijkt uit de cijfers in bijlage 3 blijkt dat er wel regionale verschillen in afwijzingspercentages zijn. Deze verschillen

kunnen diverse redenen hebben, bijvoorbeeld het aandeel zelfaanmelders, de beschikbaarheid aan Wmo-voorzieningen en de samenwerking in de regio tussen Wmo- en Wlz aanbieders.

Het CIZ geeft in de interviews aan dat afwijzingen van Wlz-ggz aanvragen vaak te maken hebben met onduidelijkheid over de blijvendheid, of omdat – ondanks de blijvendheid van de zorgbehoefte – geen sprake is van noodzaak van 24-uurs zorg in de nabijheid. Dit wordt door andere respondenten herkend, maar ze kunnen zich op casusniveau niet altijd vinden in de conclusie van het CIZ.

Het CIZ heeft in de interviews aangegeven dat door casuïstiekbesprekingen, reviews en toetsingen het CIZ landelijke uniformiteit waarborgt in indicatiestelling en de keuze voor een zorgprofiel. Casuïstiekbesprekingen omvatten zes bijeenkomsten per jaar, waar medewerkers in groepjes sparren over een casus uit o.a. de review en toetsing, om daarvan te leren. Voor de review wordt 15% van alle dossiers (dus alle Wlz-aanvragen) willekeurig geselecteerd en door collega's van het CIZ nagekeken. De indicatiesteller die het dossier heeft beoordeeld krijgt feedback van de collega en samen bespreken zij of het voorgenomen besluit voor de aanvrager verandert of niet. In het kader van toetsing toetst het CIZ landelijk ongeveer 10% van de aanvragen op basis van willekeurige selectie nadat een indicatiebesluit is afgegeven. Het CIZ geeft de indicatiesteller een terugkoppeling, waarin zij aangeven of zij het eens zijn met het besluit. Het besluit kan niet worden veranderd, omdat de aanvrager het besluit al heeft ontvangen. Het CIZ streeft ernaar dat 95% van alle getoetste Wlz-dossiers juist is. In Q3 2025 was 92% van de getoetste Wlz-dossiers juist². Het is niet bekend hoe dit percentage verdeeld is over de verschillende

doelgroepen binnen de Wlz. Tussen 2021 en 2024 is het percentage (gemiddeld genomen van alle kwartalen) rond de 89%.³ Het gemiddelde in 2025 (Q1 t/m Q3) is ongeveer 90%, dus is redelijk vergelijkbaar. Deze percentages hebben betrekking op alle Wlz-aanvragen, inclusief Wlz-ggz. De uitkomsten van deze toetsing koppelt het CIZ terug naar de individuele medewerker en bespreken ze binnen de teams, zodat ze als medewerker en organisatie hiervan kunnen leren met als doel het aantal niet-juiste dossiers zo klein mogelijk te maken².

De beoordeling door het CIZ wordt in de praktijk door een aantal respondenten anders ervaren dan in het beleidsdoel staat omschreven. Een deel van de respondenten stelt dat het CIZ de criteria te strikt toepast of dat de criteria niet goed aansluiten op de praktijk. Zo wordt ervaren dat afwijzingen een gevolg zijn van ontwikkelmogelijkheden die het CIZ nog ziet bij de persoon, maar die volgens respondenten de blijvende behoefte aan zorg in de nabijheid niet uitsluiten. Ook zijn er respondenten die het CIZ te streng vinden bij mensen waarbij een diagnose ontbreekt of niet gesteld kan worden, maar waarbij op basis van observatierapporten en behandelgeschiedenis duidelijk is dat ze wel aan de Wlz-criteria voldoen. Een deel van de respondenten vindt dat er te weinig oog is voor de behandelgeschiedenis van mensen.

Aan de andere kant zijn er respondenten die zich afvragen of de criteria wel streng genoeg zijn en of de blijvendheid wel goed ingeschat wordt. De reden hiervoor is dat deze respondenten een groep mensen zien binnen de Wlz waarvan zij zich afvragen of dit passend is vanwege de lage zorgvraag. Bijvoorbeeld mensen die zelfstandig wonen met slechts enkele uren begeleiding per week. Deze respondenten geven aan dat ze van mening

² ciz.nl/over-het-ciz/kwaliteit

³ ciz.nl/informatie-over-het-netto-kwaliteitscijfer

zijn dat de Wlz is bedoeld voor een doelgroep in zwaar complexe zorg-situaties waarbij al veel verschillende dingen geprobeerd zijn en waarbij het zicht op voldoende verbetering en herstel niet meer aanwezig is. Het CIZ geeft aan dat indicatiestellers een zorgvuldig proces doorlopen en juist bij de grondslag psychische aandoening kritischer kijken en vaker een consult vragen, waarna de indicatiesteller een besluit neemt.

Er is dus overeenstemming over welke criteria het CIZ hanteert, maar respondenten verschillen van mening of deze goed worden toegepast en of ze goed aansluiten op de kenmerken van mensen met een psychische aandoening.

Zorgprofielen ggz binnen de Wlz

Het CIZ wijst een passend zorgprofiel toe op basis van de zorgbehoefte. Voor mensen met een psychische aandoening zijn er vijf zorgprofielen voor ggz-Wonen:

1. Intensieve begeleiding
2. Intensieve begeleiding en verzorging
3. Intensieve begeleiding en gedragsregulering
4. Intensieve begeleiding en intensieve verpleging/verzorging
5. Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

De persoon met de psychische aandoening en/of naaste kiest vervolgens, in overleg met het zorgkantoor, de best passende leveringsvorm in de Wlz: intramurale zorg via een zzp, volledig pakket thuis, modulair pakket thuis of persoonsgebonden budget [20, 26].

Het CIZ geeft in de interviews aan dat het voor een deel van de aanvragers lastig is om te bepalen in welk zorgprofiel zij vallen, onder meer vanwege de grilligheid van de zorgbehoefte. Andere respondenten herkennen deze

moeilijkheid en merken op dat ongeveer de helft van de doelgroep in ggz-wonen 3 zit en dat ggz-wonen 5 vrijwel niet wordt afgegeven [28]. Zij ervaren dat het zorgprofiel niet altijd iets zegt over de daadwerkelijke zorgbehoefte, omdat sprake is van een breed spectrum en grilligheid binnen de doelgroep.

Hoewel in elk zorgprofiel een bandbreedte is om op- en af te schalen, wordt dit voor de doelgroep in ggz-wonen 3 door de respondenten van de zorgaanbieders niet altijd als voldoende ervaren. Dit betreft een grote groep met een grote mate van diversiteit. Een herindicatie voor een hoger zorgprofiel is vaak niet passend, omdat daarbij behoefte moet zijn aan somatische zorg (ggz-wonen 4) of beveiligd wonen (ggz-wonen 5) en Meerzorg is niet mogelijk bij ggz-wonen 3. Ook bleek in de praktijk dat partijen de term 'beveiliging' in het zorgprofiel ggz-wonen 5 verschillend interpreteren. Daarom heeft het ministerie van VWS in 2023 een Bredere zienswijze [33] op dit zorgprofiel gepubliceerd, om de drempel voor de overstap van zorgprofiel ggz-wonen 3 naar ggz-wonen 5 te verlagen, wanneer ggz-wonen 3 niet passend is. In deze Bredere zienswijze staat dat het begrip 'beveiliging' breed moet worden opgevat en gericht is op het voorkomen van ernstig nadeel. Beveiliging kan bijvoorbeeld bestaan uit 1-op-1 begeleiding, het aanbieden van een gestructureerd leefklimaat en/of prikkelarme ruimtes, een specifieke bouwkundige setting, zoals een gecontroleerde in- en uitgang of een specifiek beveiligingsklimaat, zoals ondersteuning en overname van taken op alle levensterreinen. Uit de interviews blijkt echter dat deze Bredere zienswijze niet voldoende toereikend is en bovengenoemd knelpunt niet volledig oplost.

In hoeverre is de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening en onderliggende regelgeving (zoals de zorgprofielen en toegangscriteria) helder en uitvoerbaar voor deze mensen, hun naasten en professionals?

De informatievoorziening richting mensen met een psychische aandoening en hun naasten was tijdens de overheveling van 2020 naar 2021 onvoldoende en niet proactief, blijkt uit de documentstudie. Veel mensen waren niet tijdig of volledig geïnformeerd over de overheveling naar de Wlz en de gevolgen daarvan. [18]

Tevens werden interpretatieproblemen ervaren bij zorgprofielen en toegangscriteria: professionals ervoeren dat de Wlz-criteria niet concreet genoeg waren, waardoor het lastig was om in te schatten wie in aanmerking komt voor Wlz-zorg. [18] Daarom is in 2023 door de Argumentenfabriek het hulpmiddel Duiding instroomcriteria ontwikkeld.

Tijdens de interviews gaven respondenten aan dat de manier waarop Wlz-aanvragen geschreven moeten worden het lastig maakt voor een deel van de mensen met een psychische aandoening om Wlz-zorg te accepteren. Een Wlz-aanvraag wordt negatief beschreven vanuit wat een persoon niet kan (nadruk op de beperkingen) en wat er gebeurt als geen passende hulp wordt geboden. Dit voelt voor een deel van deze mensen (en hun naasten) als het aandikken van de problematiek. Hierdoor herkennen zij zich niet altijd in de beschrijving van de aanvraag, met name als zij in een stabiele periode zitten (als gevolg van de hulp en ondersteuning die ze ontvangen).

Er is een handtekening nodig van de persoon of diens wettelijk vertegenwoordiger bij de aanvraag. Mensen die zorg mijden en daarom niet willen tekenen, kunnen geen Wlz-zorg ontvangen, omdat er geen outreachende Wlz-zorg (zonder indicatie) bestaat; proactieve benadering waarbij

zorgprofessionals zelf contact zoeken met mensen kan niet zonder Wlz-indicatie. Het aanstellen van een curator kan een oplossing vormen voor ondertekening van een aanvraag, maar het is de vraag of de situatie dit rechtvaardigt. Inmiddels is een wetswijziging in voorbereiding, die het mogelijk maakt dat familieleden een Wlz-aanvraag namens de persoon met een psychische aandoening kunnen ondertekenen, ook als hier geen machtiging voor is afgegeven. Hiermee lijkt het genoemde knelpunt opgelost, hoewel er ook kritiek op is door enkele respondenten vanwege het in het geding komen van de eigen regie van de mensen met een psychische aandoening. Daarnaast biedt dit geen oplossing voor mensen die geen contact hebben met familieleden (wat bij mensen met een psychische aandoening vaker lijkt voor te komen dan bij andere doelgroepen).

De geïnterviewde mensen met een psychische aandoening gaven aan dat voor hen niet altijd duidelijk is wat het verschil is tussen de Wlz, Wmo en Zvw, de criteria die daarbij horen en wie waarvoor in aanmerking komt. Daarnaast geven ze aan dat ze het proces onduidelijk vinden en dat niet iedereen dit zelf kan uitvoeren. Sommigen ervaren het als prettig dat het proces begeleid wordt door de zorgaanbieder omdat zij daardoor niet zelf met het CIZ in gesprek hoeven, wat veel spanning geeft. Andere mensen en organisaties zijn van mening dat de mensen met een psychische aandoening niet altijd voldoende worden betrokken bij de aanvragen.

4.3 Afbakening toegang Wlz en andere domeinen

In hoeverre is de afbakening van de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening met ondersteuning en zorg vanuit andere domeinen (Wmo, Zvw), en de voorliggendheid van de Wlz op de Wmo, helder en uitvoerbaar voor deze mensen, hun naasten en professionals?

De afbakening van de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening ten opzichte van ondersteuning vanuit de Wmo en Zvw is niet altijd helder en uitvoerbaar voor deze mensen, hun naasten en professionals, zo blijkt uit een aantal documenten. Dit komt onder meer door:

- Beleidsverschillen: Sommige gemeenten stellen dat verblijf in beschermd wonen via de Wmo maximaal twee jaar mag duren (hoewel dit niet in de Wmo is beschreven), omdat de Wlz dan als voorliggend wordt beschouwd. Andere gemeenten hanteren een dergelijk criterium niet. Dit leidt tot verschillen in uitvoering en interpretatie, waardoor mensen met een psychische aandoening en professionals niet altijd weten wanneer de Wlz van toepassing is.
- Complexiteit en gebrek aan kennis: Er is een duidelijke behoefte aan praktische en toepasbare kennis over de overgang tussen domeinen. Mensen met een Wlz-indicatie willen soms terug naar ondersteuning via de Wmo, maar weten niet goed wat de gevolgen zijn [2, 20].

Verder sluit de Wlz niet altijd aan bij herstelgerichte zorg volgens sommigen, terwijl anderen hiervoor wel mogelijkheden zien in de Wlz. Zorgkantoren erkennen deze uiteenlopende interpretaties en zetten (mede op basis van het kwaliteitskader 'Woonzorg in de langdurige ggz') in op het vergroten van bekendheid met herstelondersteunende zorg binnen de Wlz. Gemeenten menen dat te weinig zicht wordt gehouden op de kwaliteit van zorg binnen de Wlz, met name als mensen met een psychische aandoening overgaan van Wmo naar Wlz en dezelfde zorg houden [18].

In de Wmo wordt de sociale context meegewogen, in de Wlz is dit juist niet de bedoeling (zie paragraaf 4.2, onderdeel Indicatiestelling door het CIZ). Dit maakt dat sommige mensen in de Wlz terechtkomen terwijl ze met de

juiste context heel goed binnen de Wmo ondersteund kunnen worden (ondanks dat ze aan de Wlz-toegangscriteria voldoen) [14, 20].

Het CIZ geeft in de interviews aan dat de afbakening met andere domeinen voor hen heel helder is, maar ze ervaren dat dit niet voor alle partijen geldt. Volgens hen weten andere partijen niet altijd welke andere mogelijkheden er zijn dan een Wlz-ggz indicatie bij andere domeinen of sectoren, bijvoorbeeld een ggz-b of lvg-indicatie. Een deel van de respondenten geeft aan dat zij een grijs gebied ervaren tussen Wmo en Wlz, waarbij het niet duidelijk is waar de persoon precies thuishoort.

Voorliggendheid Wlz

De Wlz is voorliggend op de Wmo. Dit betekent dat als iemand recht heeft op zorg vanuit de Wlz, deze zorg verleend en betaald wordt via de Wlz, en niet meer via de Wmo. Een gemeente mag een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo weigeren of beëindigen, als:

- een persoon aanspraak heeft op verblijf en bijbehorende zorg op grond van de Wlz (bijvoorbeeld als de zorgbehoefte van een persoon zodanig is dat de thuissituatie niet langer veilig en verantwoord is, en ondersteuning vanuit de gemeente dat niet kan verbeteren),
- er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat de persoon aanspraak kan maken op de Wlz. Het college mag de persoon verzoeken een Wlz-onderzoek te ondergaan en ondersteunen bij het aanvragen van een indicatie. Als de persoon weigert mee te werken aan het verkrijgen van een indicatiebesluit vindt in het uiterste geval weigering of beëindiging van de maatwerkvoorziening plaats, mits een redelijke termijn wordt gehanteerd.

Belangrijke uitgangspunten hierbij:

- De gemeente blijft verantwoordelijk totdat een Wlz-indicatie is afgegeven.
- De persoon kan niet afdwingen dat de gemeente blijft ondersteunen als hij bewust geen indicatie aanvraagt terwijl dit wel noodzakelijk is.
- De gemeente moet actief signaleren en ondersteunen, maar mag in uitzonderlijke gevallen ook weigeren of beëindigen. (Wettekst Wmo, artikel 2.3.5, 6^e lid).

In elk interview was de voorliggendheid een belangrijk gespreksonderwerp. Door respondenten werd aangegeven dat hier heel verschillend mee om wordt gegaan in de praktijk. Zij gaven bijvoorbeeld aan dat er gemeenten zijn die pas een Wmo-aanvraag in behandeling nemen als er een Wlz-afwijzing is geweest. Ook gaven zij voorbeelden van gemeenten die standaard na twee jaar Wmo-beschermd wonen mensen doorverwijzen naar de Wlz. Er zijn ook situaties door respondenten beschreven waarin zij juist de Wmo als voorliggend beschouwen, omdat ze eerst willen kijken wat allemaal mogelijk is met behulp van ondersteuning uit de Wmo. Pas als binnen de Wmo niets passends wordt gevonden, doen ze een Wlz-aanvraag.

4.4 Aansluiting en uitvoering uitgangspunten Wlz

In hoeverre sluiten de uitgangspunten van de Wlz (zoals de blijvendheid van de zorgbehoefte en 24/7 zorg in de nabijheid) aan bij de problematiek en zorgbehoefte van mensen met een langdurige psychische aandoening, waarbij vaak sprake is van een fluctuerende zorgbehoefte?

Hoe wordt in de praktijk uitvoering gegeven aan de uitgangspunten van de Wlz?

De Wlz is gericht op stabiliteit, veiligheid en continuïteit, met een vaste woonplek en intensieve zorg. Dit sluit aan bij de behoefte van mensen met een psychische aandoening voor wie (volledig) herstel en zelfstandig

meedraaien in de samenleving niet (meer) haalbaar is. Tegelijk is er discussie over de geschiktheid van langdurige zorg voor een deel van de doelgroep. Voor mensen met een sterk fluctuerende zorgbehoefte, in het bijzonder jongvolwassenen (18–27 jaar) of mensen die eerder ambulante zorg ontvingen, is het moeilijk te bepalen of de 24/7 nabijheid van zorg blijvend nodig is. Herstel in de Wlz draait om een zingevend leven, terwijl de Wmo inzet op maatschappelijke participatie en zelfstandig meedraaien in de samenleving. Een eenzijdige focus op stabilisatie en het risico op institutionalisering binnen de Wlz kan het imago/stigma van mensen met langdurige psychische zorgvragen negatief beïnvloeden en herstel belemmeren. Anderzijds biedt de Wlz rust en ruimte om herstel-ondersteunende zorg te organiseren, mits goed afgestemd op de persoon met een psychische aandoening [14, 17, 20].

Enkele geïnterviewde mensen met een psychische aandoening en hun verwanten geven aan dat behoefte is aan periodieke evaluatie, bijvoorbeeld elke vijf jaar. Om te kijken of de indicatie nog passend is, maar zonder de stress van jaarlijkse herbeoordeling. Sommigen geven aan op de lange termijn uit de Wlz te willen als dit mogelijk is. Aan de andere kant is een deel van hen bang dat zij zomaar hun indicatie weer kunnen verliezen. Deze angst is niet gegrond, omdat een Wlz-indicatie levenslang geldig is.

Wanneer op een later moment blijkt dat iemand niet meer aan de criteria voldoet, kan diegene de Wlz verlaten. Die mogelijkheid kent de Wlz onder artikel 3.2.4 [2]. Het CIZ gaf in de interviews aan dat een aanvraag voor beëindiging van een Wlz-indicatie bij hoge uitzondering voorkomt. Tussen 2021 en half december 2025 is het in totaal 106 keer voorgekomen dat iemand met een GGZ-wonen profiel uit de Wlz is gegaan, waarbij de aantallen per jaar iets zijn opgelopen (zie tabel 2).

Tabel 2 Uitstroom vanuit een GGZ-wonen zorgprofiel per jaar

	2021	2022	2023	2024	2025
Uitstroom uit Wlz	10	19	23	23	31*
Totale doelgroep GGZ-W	16.155	24.370	28.525	31.500	33.375
Aandeel uitstroom ten opzichte van totale doelgroep	0,06%	0,08%	0,08%	0,07%	0,09%

* jaar 2025 is t/m 15-12-2025 en dus incompleet

Het is de respondenten bekend dat het mogelijk is om de Wlz te verlaten, maar deze mogelijkheid wordt nauwelijks toegepast. Vanwege de onvoorspelbaarheid en grilligheid van de psychische aandoening is er een drempel voor cliënten en aanbieders om de stabiliteit van een Wlz-indicatie op te geven, omdat de Wlz-indicatie de mensen stabiliteit (en meer zekerheid op een woonplek) biedt tijdens de onvoorspelbaarheid en grilligheid. Daarnaast is het een ingewikkeld proces om de Wlz te verlaten. Iemand moet zelf aangeven dat hij/zij geen Wlz-zorg meer wil en met een behandelaar aantonen dat hij/zij niet meer voldoet aan de Wlz-criteria. Dit betekent dat bij het CIZ een aanvraag moet worden ingediend waarbij als onderbouwing diverse documenten moeten worden aangeleverd. Pas bij een negatief besluit van het CIZ kan iemand de Wlz verlaten. In de praktijk blijkt dat het proces (zoals het aanleveren van relevante informatie door behandelaren en begeleiders) hiervoor niet passend is ingericht (de processen zijn ingericht op het verkrijgen van indicaties en niet op het beëindigen van indicaties).

Huidige wet- en regelgeving gaat ervan uit dat uitstroom uit de Wlz in beginsel niet of nauwelijks voorkomt, omdat de criteria voor de Wlz zo zijn geformuleerd dat in beginsel geen sprake kan zijn van zodanige verbetering van de gezondheidssituatie van de verzekerde, dat hij daardoor niet langer aan de voorwaarden voor Wlz-zorg zou voldoen [37].

De manier waarop uitvoering wordt gegeven aan permanent toezicht is volgens documenten via actieve observatie gedurende het hele etmaal. 24 uur per dag zorg in de nabijheid omvat vooral aanwezigheid en beschikbaarheid op geplande en ongeplande momenten [20, 22]. Gemeenten geven aan dat een tijdelijke behoefte aan 24 uur per dag toezicht vanuit de Wmo gerealiseerd kan worden, waarbij iemand op afroep aanwezig kan zijn. Wlz-aanbieders hebben de 24 uur per dag zorg vaak dichterbij de persoon georganiseerd, bijvoorbeeld via extra nachtdiensten. Hierdoor kan de blijvend benodigde 24 uur per dag zorg in de nabijheid ingezet worden [26].

In de interviews is door zorgaanbieders aangegeven dat in de praktijk van 24 uur per dag zorg in de nabijheid kan betekenen dat de zorg overdag zo goed is ingeregeld dat cliënten hun hulpvraag kunnen uitstellen, of dat alleen de mogelijkheid om te kunnen bellen al rust geeft. Nabijheid hoeft niet altijd fysiek te zijn; het kan ook via telefonische bereikbaarheid of een nachtdienst geregeld worden. Het onderscheid tussen Wmo en Wlz zit vooral in de structurele en blijvende behoefte aan deze nabijheid, niet in de intensiteit van het daadwerkelijke contact. Er is discussie over de invulling van nabijheid, vooral bij ambulante Wlz-cliënten die thuis wonen (vpt) en waar 's nachts soms geen zorg wordt geleverd, maar de indicatie toch op nabijheid is gebaseerd.'

5. Resultaat van de Wlz-openstelling

Dit hoofdstuk beschrijft het resultaat van de Wlz-openstelling op basis van de bestudeerde documenten en uitgevoerde interviews. We De blauw-cursieve zinnen zijn de onderzoeksvragen die in de paragrafen worden beantwoord.

5.1 Verbetering van het zorgaanbod

Op welke manier heeft de Wlz-openstelling bijgedragen aan (een verbetering van) het zorgaanbod voor mensen met een psychische aandoening en mensen met een psychische aandoening in combinatie met andere beperkingen, die blijvend behoefte hebben aan 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht?

De openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening (eventueel in combinatie met andere beperkingen) die blijvend behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, heeft volgens eerdere onderzoeken bijgedragen aan een verbetering van het zorgaanbod, onder andere doordat meer integraal gekeken wordt naar de zorgbehoefte, doordat de zorg beter aansluit op deze behoefte, doordat de zorg flexibeler kan worden geboden en doordat investeringen in kwaliteit zijn gedaan. We lichten deze punten hieronder toe en staan daarna stil bij enkele knelpunten die worden ervaren.

Verbeterde toegankelijkheid door integrale beoordeling van zorgbehoefte

De toevoeging van de grondslag psychische aandoening in de Wlz maakt het volgens documenten mogelijk om bij indicatiestelling te kijken naar het totaalbeeld van beperkingen, ongeacht de achterliggende aandoening. Dit leidt tot een meer passende en integrale beoordeling van de zorgbehoefte [22]. Mensen met een dubbele diagnose of multiproblematiek kregen voorheen vaak geen toegang tot de Wlz, doordat de psychische aandoening als voorliggend werd beschouwd en niet werd meegewogen in de indicatiestelling. De openstelling van de Wlz biedt de doelgroep in principe meer mogelijkheden wat betreft het zorgaanbod [26].

De verbreding van mogelijkheden in het zorgaanbod wordt herkend in de interviews, waarbij is aangegeven dat hier nieuwe ontwikkelingen hebben plaatsgevonden of plaatsvinden. Echter zien niet alle respondenten dat de

openstelling van de Wlz direct tot ander of nieuw aanbod heeft geleid. Dat is ook niet voor alle mensen nodig omdat niet direct behoefte is aan andere zorg; het gaat vaak vooral om de blijvendheid van nabijheid van zorg waardoor ze overgaan van Wmo naar Wlz. In de praktijk blijven deze mensen vaak op dezelfde plek wonen en bestaande voorzieningen worden voortgezet met een andere financiering. Een voordeel van het Wlz-aanbod is volgens een aantal respondenten dat integrale zorg (begeleiding, dagbesteding, verpleging en verzorging) kan worden geboden, terwijl bij de Wmo voor verpleging en verzorging de Zvw aanvullend nodig is. Tegelijk zijn daarin ook verbeterpunten. Enkele aanbieders geven aan dat de functiemix (met name de verzorgende functies) nog niet altijd is afgestemd op de zorgprofielen. Ook geven enkele respondenten aan dat de beoogde integraliteit tussen ggz-behandeling en woonzorg niet veel is veranderd ten opzichte van de Wmo, omdat veel zorgaanbieders gericht zijn op de woonbegeleiding en de behandeling veelal afzonderlijk wordt ingezet en gefinancierd. De verantwoordelijkheid voor afstemming is wel duidelijk belegd bij de zorgaanbieder waar de persoon met een psychische aandoening woont.

Betere aansluiting op behoefte

Mensen met een intensieve zorgvraag en/of een combinatie van beperkingen ervaren volgens documenten nu binnen de Wlz meer rust en stabiliteit ten opzichte van de Wmo, doordat de zorg continu beschikbaar is en beter aansluit op hun langdurige behoeften [14, 26]. Dit wordt bevestigd in de interviews (ook door de mensen met een psychische aandoeningen zelf en hun naasten) en komt volgens de respondenten vooral door de verminderde herindicaties en verminderde uitstroomdruk.

Meer flexibiliteit en beter passend zorgaanbod

Uit de documentstudie komt naar voren dat door de openstelling van de Wlz meer flexibiliteit kan worden geboden in het zorgaanbod. De Wlz biedt namelijk mogelijkheden tot op- en afschalen van zorg binnen zorgprofielen, waardoor het aanbod beter kan meebewegen met de fluctuerende zorgbehoefte van mensen met een psychische aandoening [26]. Echter wordt in de interviews aangegeven dat deze op- en afschaling niet altijd voldoende is voor deze doelgroep met een fluctuerende zorgbehoefte. Mensen met een psychische aandoening ervaren wel meer mogelijkheden voor op- en afschalen binnen de Wlz in vergelijking met de Wmo, omdat dit binnen de Wlz binnen het zorgprofiel kan en in de Wmo hiervoor een nieuwe aanvraag moet worden gedaan als er een hogere zorgbehoefte is. Zij hebben behoefte aan flexibiliteit in het zorgaanbod, zodat zij ook als het beter met hen gaat passende zorg kunnen krijgen zonder de Wlz-indicatie te verliezen (de angst daarvoor is bij sommigen groot, hoewel dit niet gegrond is, zie paragraaf 4.4).

Daarnaast blijkt uit de documentstudie dat mensen gemakkelijker kunnen verhuizen naar een andere gemeente als daar zorgaanbod is dat beter past bij hun zorgbehoefte of hun sociale contacten. Dit komt doordat zorgkantoren regionaal inkopen en de Wlz-indicatie onafhankelijk van de woonplaats verzilverd kan worden [20, 26]. In de interviews wordt het beeld over verhuizen bevestigd en mensen met een psychische aandoening geven aan dat zij hierdoor minder stress ervaren, omdat er meer mogelijkheden zijn voor het vinden van een passende plek.

Verder komt in de documentstudie naar voren dat een deel van de mensen met een psychische aandoening naar aanleiding van de openstelling doorgestroomd is naar een beter passende woonplek, zoals een zorgboerderij of zelfstandig wonen met zorg via een vpt/mpt.

Voor anderen is alleen het wettelijk kader veranderd, waarbij de zorg die iemand kreeg werd gecontinueerd. De zorg bleef dus op dezelfde plek (vaak een intramurale beschermd wonen-voorziening) plaatsvinden [26]. In de interviews wordt dit herkend. Bij sommige respondenten roept dit wel twijfel op of 24 uur zorg in de nabijheid voldoende wordt ingevuld. Vooral bij mensen met een Wlz-indicatie die ergens wonen met een vpt waar 's nachts geen zorg wordt geleverd. Sommigen vinden dat deze mensen ofwel geen passende zorg ontvangen bij hun Wlz-indicatie, ofwel niet in de Wlz thuishoren. Anderen geven aan dat juist door de Wlz-indicatie de zorg die nodig is kan worden geleverd in verschillende leveringsvormen, mensen zich daarvoor gezien voelen en vanuit dat vertrouwen minder beroep hoeven te doen op bijvoorbeeld nachtzorg.

Verder ziet de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) knelpunten bij zorg via een pgb aan deze doelgroep. Mensen met een psychische aandoening (of hun gevolmachtigde) die gebruik maken van een pgb weten vaak niet waar goede zorg aan moet voldoen, maar zijn wel verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit en continuïteit van zorg. Verder ziet de IGJ Wlz-solisten (mensen die als zelfstandige werken) die niet altijd een passende opleiding, geen ervaring of onvoldoende kennis van kwaliteitseisen hebben om te werken met deze doelgroep. Ook worden problemen gezien bij kleine zorgaanbieders die via het pgb zorg leveren. Wanneer zo'n aanbieder failliet gaat, zijn mensen met een psychische aandoening zelf verantwoordelijk voor het vinden van vervangende zorg. Dit leidt tot risico's voor de kwaliteit van zorg en de veiligheid van mensen met een psychische aandoening [32]. In de interviews hebben enkele partijen ook hun twijfels geuit over het inzetten van een pgb voor deze doelgroep, vanwege de verantwoordelijkheid van de budgethouder voor zorg van goede kwaliteit. Meerdere mensen met een psychische aandoening

gaven juist aan heel blij te zijn met de mogelijkheid om via een pgb zelf passende zorg te kunnen regelen.

Tot slot zijn in de interviews verschillende meningen geuit over inhoudelijke verschillen in het zorgaanbod tussen de Wmo en Wlz. Sommigen zien geen verschil tussen Wmo-beschermd wonen en het Wlz-aanbod, zowel in uren als in benadering; dit komt doordat sommige aanbieders zowel in de Wmo als in de Wlz werken vanuit principes van herstelondersteunende zorg, waardoor het aanbod op elkaar lijkt. Anderen zien dat de doelgroep in de Wlz een andere zorgbehoefte heeft en ook andere zorg ontvangt dan in de Wmo beschikbaar is.

Investerings in kwaliteit

Uit documenten komt het beeld naar voren dat zorgaanbieders de Wlz-tarieven hebben benut om de zorg passend te maken voor onder meer mensen met dubbelproblematiek door te investeren in kwaliteit van dienstverlening, uitbreiding van personeel en deskundigheid (o.a. somatische zorg), opzetten of intensiveren van nachtzorg en verbeterde huisvesting en aanpassingen voor permanent verblijf, zoals rolstoel-toegankelijkheid [26]. De investering in en daarmee verbetering van de kwaliteit van zorg wordt in de interviews door enkelen onderschreven. Anderen zien dat door de Wlz-openstelling aanbieders wel meer mensen met een Wlz-indicatie in zorg krijgen, maar de investeringen in kwaliteit achterblijven. De reden die hiervoor wordt genoemd is dat zij vóór de openstelling niet uit konden met de Wmo-tarieven voor de doelgroep en nu een beter passend tarief ontvangen voor de geboden zorg. Dit biedt echter geen ruimte voor aanvullende investeringen.

Knelpunten

Naast de positieve effecten van de openstelling van de Wlz, spelen volgens verschillende onderzoeken ook knelpunten:

- Er is behoefte aan ggz-wonen 5 voorzieningen voor mensen die zorg mijden in complexe zorgsituaties, omdat in alle regio's onvoldoende plekken zijn. Daarnaast zijn er zorgaanbieders die deze mensen niet op willen of kunnen nemen (door gebrek aan deskundig personeel en/of geschikt pand), waardoor plannen voor passende voorzieningen dreigen stuk te lopen. Dit wordt als een gemiste kans gezien, omdat juist deze doelgroep aanleiding was voor de wetwijziging [16]. Er zijn landelijk geen duidelijke kwantitatieve gegevens beschikbaar over de omvang van de hiervoor genoemde groep in een complexe zorgsituatie.
- Vanuit het Actieplan Passende langdurige zorg voor dakloze mensen wordt geschat dat circa 600 Wlz-cliënten (circa 2%) per jaar in de maatschappelijke opvang zitten [29]. Tijdens de interviews schatten enkele zorgaanbieders deze groep op maximaal 5% van de ggz-wonen groep. Daarnaast beschrijft het Actieplan dat andersom beredeneerd 3,4% van de geregistreerde opvangbewoners in 2024 een Wlz-indicatie had [29]. Het is niet bekend hoe veel Wlz-ggz-indicaties dit betreft.
- Bij ouder wordende mensen met een psychische aandoening neemt de lichamelijke zorgbehoefte toe, maar hiervoor zijn onvoldoende geschikte plekken beschikbaar [26].
- De instroom vanuit jeugdzorg en forensische zorg vergroot de druk op de Wlz, terwijl er onvoldoende beveiligde zorgplekken zijn [26].

De knelpunten werden bevestigd in de interviews, behalve het punt dat de instroom vanuit jeugdzorg en forensische zorg de druk op de Wlz vergroot. Daarnaast gaven alle partijen aan dat er mensen zijn waarvoor het heel moeilijk is om passende zorg te organiseren en dat dit ook niet in de Wlz is

gelukt. Het betreft mensen in een complexe zorgsituatie als gevolg van een combinatie van psychiatrische problematiek, licht verstandelijke beperking, actieve verslaving, ouder worden en/of onbegrepen gedrag. De mensen die zich in een complexe zorgsituatie bevinden vragen veel van begeleiders en medebewoners waardoor ze niet langdurig op een woonplek kunnen blijven wonen, andere zorgaanbieders ze niet willen opnemen en ze zich vervolgens melden bij de maatschappelijke opvang of op straat belanden. Voor deze groep mensen ontbreekt een passende zorginfrastructuur met samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgkantoren. Het tekort aan woningen wordt hierbij mede als een belangrijk knelpunt gezien. Ook wordt hierbij weinig aanpassing en ontwikkeling van het zorgaanbod gezien (zowel in de Wmo als in de Wlz). Omdat sectoren en financieringsstromen gescheiden blijven, is het lastig om voor deze mensen een passende plek te vinden.

5.2 Grondslagen

Hoe vaak is sprake van alleen de grondslag psychische aandoening en welke combinaties van grondslagen komen voor?

In 2021 (kwartaal 3) was van het totaal aantal afgegeven Wlz-ggz-indicatiebesluiten bij 36% van de mensen met een psychische aandoening ook minimaal één andere grondslag vastgesteld en geregistreerd (zoals een somatische ziekte of verstandelijke beperking). In 2024 (kwartaal 3) was dit 48%. De CIZ-registraties lijken erop te wijzen dat in toenemende mate sprake is van multiproblematiek [20]. Uit onderzoek blijkt dat bij gemiddeld 40% van de patiënten in de ggz een vermoeden is van een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Dit percentage loopt op tot 67% bij de meest intensieve behandelsettings [30]. In de interviews wordt het beeld van de toenemende mate van multiproblematiek bij de doelgroep in de Wlz herkend.

In de Wlz is 43% van de ggz-doelgroep 57 jaar of ouder, tegenover 16% van de beschermd wonen-doelgroep in de Wmo. De hogere en steeds hoger wordende leeftijd zijn deels een verklaring voor het samengaan van psychische en somatische problematiek bij de mensen in de Wlz. Daarnaast treden ouderdomsklachten eerder op bij mensen met een psychische aandoening dan bij mensen zonder deze problematiek, bijvoorbeeld door het gebruik van medicatie [26].

5.3 Passende zorg

Sluit de geleverde Wlz-zorg aan bij de behoeften van de doelgroep, is de zorg passend en wat zijn de knelpunten?

Wlz-zorg sluit in principe aan bij het streven naar passende zorg: zorg die effectief is, betaalbaar, dichtbij huis geleverd wordt en gebaseerd is op gezamenlijke besluitvorming tussen de professional en de persoon met een psychische aandoening. Ze richt zich op positieve gezondheid en benut ook informele zorg, digitale opties en ondersteuning op alle levens-terreinen [20].

Passendheid van de zorg bij behoeften doelgroep

Op basis van de documentstudie en de interviews kunnen we stellen dat voor een deel van de mensen met een psychische aandoening die na de openstelling in de Wlz terecht zijn gekomen, de geleverde Wlz-zorg aansluit bij hun behoeften. Het gaat dan om mensen die vanwege de blijvende behoefte aan nabijheid van zorg behoefte hebben aan langdurige zekerheid. Denk bijvoorbeeld aan (vaak oudere) mensen die al geruime tijd veel problemen hebben en een uitgebreide behandelgeschiedenis. De Wlz-indicatie biedt voor hen rust in de context (door minder wisselingen in de woongroep) en rust doordat geen herindicaties nodig zijn. Daarnaast is voor een klein deel van de doelgroep door de openstelling wel een woonplek te vinden, wat eerder niet lukte. Verder voelen mensen met een

Wlz-indicatie en hun naasten zich minder afhankelijk van gemeentelijke procedures en kunnen zij vanuit rust beter werken aan het leren omgaan met hun aandoeningen/beperkingen. Een aantal mensen met een psychische aandoening geeft ook aan dat ze, hoewel ze de levenslange indicatie confronterend vinden, blij zijn met de rust en continuïteit die het biedt, vooral als zij het vergelijken met jaarlijkse herindicaties in de Wmo.

Daarnaast is genoemd dat Wlz-zorg bij mensen op het snijvlak van de Verstandelijk Gehandicapten (VG)-sector en ggz wel aansluit, maar dat er weinig passend aanbod is voor deze mensen. In reguliere voorzieningen voor mensen met een psychische aandoening dreigen zij onder te sneeuwen. Sommigen vinden dat deze mensen beter passen in de VG-sector, omdat men daar gewend is te werken in gestructureerde woongroepen. VG-aanbieders zijn echter niet altijd goed toegerust op de psychische aandoening.

In de interviews is ook benoemd dat er een groep mensen is die een Wlz-indicatie heeft gekregen, maar waarvoor ondersteuning uit de Wmo ook passend zou kunnen zijn. Deels zijn dit mensen die na verloop van tijd geen behoefte meer hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Voor deze groep geldt dat zij dusdanig verbeteren in hun functioneren dat de Wlz niet meer van toepassing is. Dit kan te maken hebben met het fluctuerende beeld van hun ziekte, waardoor zij tegen de verwachting in niet meer 24/7 nabijheid van zorg nodig hebben. In een enkel geval kan de situatie bij aanvang verkeerd zijn ingeschat (bijvoorbeeld door informatie die is 'aangedikt'). Mensen met een psychische aandoening kunnen uitstromen uit de Wlz, maar dit is niet altijd bekend en er is geen prikkel om dit te doen, waardoor dit weinig gebeurt (zie paragraaf 4.4). Voor deze mensen is de Wmo mogelijk beter passend, omdat de zorg en ondersteuning dan meer gericht is op het kunnen terugkeren in de maatschappij.

Ook is er discussie over de zorgprofielen ggz-wonen 1 en 2. Sommigen vinden dat mensen met deze zorgprofielen niet in de Wlz thuishoren, omdat volgens hen vaak sprake is van mensen die zich redelijk goed zelf kunnen redden en voldoende hebben aan bijvoorbeeld een uur per dag hulp. Zij krijgen bijvoorbeeld begeleiding vanuit een ambulant team of wonen in laag intensief begeleide woongroepen. Enkele respondenten vinden dat dit ook in de Wmo georganiseerd kan worden, omdat deze ondersteuning daar ook beschikbaar is. Anderen zijn het hier niet mee eens en vinden dat als iemand voldoet aan de Wlz-criteria, de Wlz-indicatie passend is, ongeacht de zorgwaarde. Zij geven ook aan dat mensen soms voldoende hebben aan een beperkt aantal uren per week, omdat er een goede structuur rond en met hen is gecreëerd.

Door enkele mensen met een psychische aandoening en hun naasten is aangegeven dat zij de 24 uursbereikbaarheid als geruststellend ervaren. Ook al varieert het gebruik van deze dienst en heeft niet iedereen elk moment van de dag nabijheid nodig, het is fijn om te weten dat zij altijd kunnen bellen. Daarnaast kan bijvoorbeeld worden gewerkt met een signaleringsplan waardoor begeleiders weten bij welke signalen ze wat vaker contact moeten leggen met de persoon. Continuïteit in het team rond deze persoon is hiervoor cruciaal. Nabijheid blijkt in de praktijk niet altijd fysiek te zijn, het kan ook via telefonische bereikbaarheid, via een app of een nachtdienst geregeld worden. Anderen noemen juist het ontbreken van 24 uur per dag directe beschikbaarheid als probleem. Ook vinden sommigen het lastig om hulp te vragen buiten kantooruren of ervaren ze een drempel om te bellen.

5.4 Onbedoelde (neven)effecten

In hoeverre heeft de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening geleid tot onbedoelde (neven)effecten, vanuit verschillende perspectieven?

De openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening heeft geleid tot meerdere onbedoelde neveneffecten. We beschrijven eerst een veelgenoemd onbedoeld (neven)effect, gevolgd door een beschrijving vanuit het perspectief van gemeente, zorgaanbieder en zorgkantoor. Het perspectief van mensen met een psychische aandoening ontbreekt hier, omdat dit aspect in de interviews met hen niet expliciet is besproken.

Hoge instroom

Door verschillende respondenten is tijdens de interviews aangegeven dat meer mensen met een psychische aandoening een indicatie voor zorg uit de Wlz hebben gekregen dan waar door VWS vooraf rekening mee werd gehouden. Dit heeft geleid tot financiële druk op de Wlz-uitgaven.

In 2017 is een inschatting gemaakt van het aantal mensen dat voor de Wlz in aanmerking zou komen⁴. Deze inventarisatie was gericht op mensen met een psychische aandoening die verblijfszorg ontvingen en waarbij geen grote verbetering te verwachten was. De inschatting was dat in 2017 tussen de 11.750 tot 16.250 mensen met verblijfszorg voldeden aan de Wlz-criteria [25]. Op basis van een nadere analyse van deze schatting met gemeenten en experts is het ministerie van VWS in overleg met de VNG vervolgens uitgegaan van 9.250 mensen, waarvan 8.500 vanuit het beschermd wonen en 750 vanuit de Zvw [1].

⁴ De beoogde doelgroep bestond uit mensen met een (vermoeden van een) psychische aandoening, én die een GGZ-C indicatie of beschikking beschermd wonen hadden, verblijfszorg afnamen vanuit de MO, het eerste jaar verblijfszorg afnamen op basis van een DBC, het tweede en derde jaar verblijfszorg afnamen op basis van een GGZ-B indicatie of voortgezet verblijf hadden op basis van een GGZ-B indicatie, én waarbij vermoedelijk geen grote ontwikkelingen meer werden doorgemaakt en de persoon naar verwachting hetzelfde zorgaanbod behield [25].

In juni 2021 hadden 17.105 mensen toegang tot de Wlz. Hierbij ging het om 14.500 mensen vanuit Wmo-beschermd wonen, 400 mensen vanuit de Zvw en 2.180 mensen vanuit de categorie 'Overige Wmo met begeleiding' [18]. Met name de groep mensen die instroomt vanuit 'Overige Wmo met begeleiding' is hoger dan verwacht. In de jaren 2021-2023 was 49%-44% van de instroom afkomstig uit 'Overige Wmo met begeleiding' en van 9-16% was de zorgherkomst onbekend [17]. In bijlage 3, figuur 3 staat dit weergegeven. Daarnaast was in de beginperiode de instroom in profiel ggz-wonen 1 hoger dan verwacht, terwijl de instroom in ggz-wonen 4 en 5 lager was dan verwacht [31]. Dit laat zien dat deels een andere doelgroep is ingestroomd dan vooraf beoogd.

Het aantal Wlz-ggz-indicaties is gestegen van ruim 17.000 in Q1 2021 naar meer dan 35.000 nu (zie figuur 5 in bijlage 3 voor de aantallen cliënten in Wmo-beschermd wonen en Wlz in de periode 2017 tot en met 2024) [3, 7, 21]. De hoge instroom heeft een financieel knelpunt in de Wlz-uitgaven veroorzaakt. Het ministerie van VWS heeft in overleg met partijen afgesproken dat er maximaal 100 nieuwe cliënten per maand kunnen instromen om de ggz in de Wlz houdbaar te houden, terwijl het drie keer zoveel was [2, 3, 17, 20]. Inmiddels is het aantal nieuwe Wlz-indicaties voor ggz-wonen gedaald en gestabiliseerd rond de 100 netto instromers per maand. Het ministerie van VWS blijft de ontwikkelingen samen met de betrokken partijen monitoren [2, 3, 7, 20, 21].

Gemeentelijk perspectief

Gemeenten hebben een aantal onbedoelde (neven)effecten genoemd, die we ook terugzien in documenten. Allereerst is door de verschuiving naar de Wlz de groep in Wmo-beschermd wonen kleiner geworden; de beschermd wonen groep in de Wmo ligt vanaf 2022 tussen 26.000 en 27.000 personen (zie figuur 5 in bijlage 3) met als onbedoeld effect dat de

kleinere omvang het organiseren van lokaal aanbod bemoeilijkt [24]. Dit wordt versterkt doordat het voor aanbieders aantrekkelijker kan zijn om meer mensen met een Wlz-indicatie aan te nemen vanwege de tarieven en stabielere financiering. Dit leidt tot wachtlijsten in de Wmo en verschuiving van het aanbod (hoewel de openstelling van de Wlz niet de enige oorzaak hiervoor is). Verder ervaren gemeenten dat zij invloed en zicht op de doelgroep verliezen, omdat de positie van Wlz-inkopers groter wordt. Dit kan leiden tot concurrentie tussen zorgkantoren en gemeenten [24]. Deze concurrentie wordt niet altijd herkend, en in interviews is genoemd dat door de openstelling de samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren op sommige plekken juist toeneemt.

Zorgaanbiedersperspectief

Zorgaanbieders zien als onbedoelde (neven)effecten dat de kwaliteit niet altijd wordt verbeterd. De Wlz-tarieven leiden niet automatisch tot betere zorg en door personeelstekorten kunnen aanbieders het extra geld niet altijd inzetten voor kwaliteitsverbetering. Verder wordt de zorgplicht soms als knelpunt ervaren. Als iemand een Wlz-indicatie krijgt, kan deze persoon een voorkeursaanbieder kiezen die daarmee automatisch dossierhouder wordt. Vervolgens kan deze Wlz-aanbieder deze persoon niet weigeren. Dit biedt zekerheid voor deze mensen, maar kan ook betekenen dat de aanbieder van voorkeur niet de aanbieder is die de best passende zorg kan leveren. Daarnaast zijn aanbieders terughoudend om mensen in een complexe zorgsituatie over te nemen van andere instellingen, zelfs als dat beter zou passen [26]. Dit is bevestigd in de interviews, waarbij is aangevuld dat de terughoudendheid van aanbieders ook wordt veroorzaakt door het ontbreken van passende huisvesting of woonplekken (dan is sprake van een woonprobleem en niet van een zorgprobleem).

Perspectief van zorgkantoren

Een (neven)effect dat zorgkantoren noemen in de interviews, is een verschuiving van verblijf in klinische settings naar beschermde woonomgevingen met meer aandacht voor herstel en het gewone leven. De Wlz-indicatie maakt het volgens hen mogelijk dat mensen met een psychische aandoening makkelijker kunnen doorstromen, omdat ze niet afhankelijk zijn van de gemeente waar zij een indicatie hebben. Daarnaast geven zorgkantoren aan dat de financiële prikkels in het systeem het voor gemeenten en zorgaanbieders aantrekkelijk maken om zoveel mogelijk mensen met een psychische aandoening in de Wlz te krijgen. Dit staat haaks op de algemene maatschappelijke beweging die in gang is gezet om met een verbreding van de sociale basis de zelfredzaamheid en participatie te versterken en (zwaardere) zorg te voorkomen. Tot slot geven de zorgkantoren aan dat door de openstelling van de Wlz (met name voor mensen in een complexe zorgsituatie) meer mogelijkheden zijn gekomen om met samenwerking tussen zorgkantoren, zorgaanbieders en gemeenten passende zorgvormen te ontwikkelen. Hoewel dit in de praktijk nog niet heeft geleid tot voldoende passend aanbod voor deze specifieke groep mensen, worden hier voor de komende jaren wel mogelijkheden gezien.

5.5 Externe dynamiek

Wat voor effect heeft de Wlz-openstelling voor mensen met een psychische aandoening voor andere domeinen (Wmo en Zvw)?

Welke gevolgen heeft de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische aandoening in het stelsel van (langdurige) ondersteuning en zorg voor mensen met een psychische aandoening, en hoe kunnen deze gevolgen worden verklaard?

Uit documenten en de interviews komt een aantal effecten in de externe dynamiek en in het stelsel naar voren.

Regionale verschillen

Er zijn regionale verschillen in het aantal Wlz-toekenningen, zie hiervoor ook bijlage 3. Het lijkt volgens respondenten alsof in sommige regio's strikter wordt geïndiceerd dan in andere regio's, omdat er meer afwijzingen zijn. Dit kan volgens hen mogelijk verklaard worden door verschillen in de aanvragen die worden ingediend, het aanbod, verschillen tussen gemeenten vanwege beleidsvrijheid of beoordeling door het CIZ. Een andere mogelijke verklaring is dat problemen in andere domeinen leiden tot meer Wlz-aanvragen. Bijvoorbeeld als een aanbieder geen contract meer krijgt met een gemeente, komen er meer Wlz-aanvragen om te zorgen dat de aanbieder nog wel zorg kan blijven leveren en mensen met een psychische aandoening niet hoeven te verhuizen. Verder wordt hierbij genoemd dat ongelijkheid in het stelsel ontstaat, omdat zorgkantoren een zorgplicht hebben maar gemeenten niet.

Verschuiving en samenwerking

Mensen met een psychische aandoening hebben vaak problemen buiten het Wlz-domein, zoals schulden of huisvestingsproblematiek. Deze problemen hebben invloed op de zorg, maar zorgaanbieders hebben hier geen controle over vanwege gemeentelijk beleid op deze onderwerpen. Daarnaast hebben mensen soms meerdere grondslagen (zoals psychische stoornis, verstandelijke handicap en/of psychogeriatrische aandoening). Sinds de directe toegang tot de Wlz verschuiven verantwoordelijkheden tussen sectoren. Dit vraagt om nauwe samenwerking tussen domeinen en sectoren om te voorkomen dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd [26].

Dit beeld wordt in de interviews herkend. Respondenten zien met name moeizame samenwerking tussen aanbieders, gemeenten en zorgkantoren bij complexe casuïstiek (zoals mensen zonder duidelijke diagnose of

complexe zorgsituaties, denk aan de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz)-doelgroep), maar ook beperkte samenwerking tussen gemeente, zorgkantoor en CIZ, waardoor afstemming over aanbod en toeleiding naar een ander domein niet optimaal is. Enkelen noemen dat de samenwerking wel toeneemt, vanwege de regionale spreiding. Er wordt aangegeven dat relatiebeheer tussen deze partijen belangrijk is om verwachtingen en werkwijzen af te stemmen.

5.6 Leren en verbeteren

Welke wijzigingen zijn sinds de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening doorgevoerd?

Welke onderzoeken hebben geleid tot welke verbeteringen?

Sinds de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening zijn diverse wijzigingen doorgevoerd en onderzoeken gedaan. Onderstaande wijzigingen, onderzoeken, acties en afspraken zijn in de interviews aan bod gekomen:

- Er zijn diverse tools (zoals duiding instroomcriteria door de Argumentenfabriek, 2023), handreikingen en regionale dialoogtafels (sinds 2021) ontwikkeld om het proces te verbeteren en kennis te delen. Door een deel van de gemeenten is het hulpmiddel voor de duiding van instroomcriteria geïmplementeerd en de ervaringen zijn positief.
- Het ministerie van VWS heeft het zorgprofiel ggz-wonen 5 verduidelijkt door een Bredere zienswijze te publiceren, omdat dit profiel in de praktijk op verschillende manieren werd geïnterpreteerd. Met de verduidelijking beoogde het ministerie van VWS de drempel te verlagen om van een ggz-wonen 3 naar een ggz-wonen 5 te gaan, wanneer ggz-wonen 3 niet passend is.
- Regioaanpak Wlz-ggz-W, onderdeel van de bestuurlijke afspraken tussen het ministerie van VWS, de Nederlandse ggz, Valente, MIND, ZN

en de VNG, begeleid door KPMG (2023 – 2024). Deze regioaanpak was gericht op het op zorgkantoorregio niveau terugbrengen van de instroom naar de Wlz en werken aan passende zorg voor de doelgroep. De impact van deze aanpak wisselt per regio, sommige regio's hebben dit omarmd en verbeteringen aangebracht (zoals regionale casuïstiektafels ingericht), maar in veel regio's heeft het niet tot concrete maatregelen geleid.

- In 2024 is het Kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz opgeleverd, aanbieders zijn volop bezig met de implementatie daarvan.
- LOC is aan de slag gegaan met radicale vernieuwing in de ggz.
- In 2024 is de Handreiking Verrassend Passend door de VNG gepubliceerd, over passend beschikken binnen de Wmo. Hier is aandacht voor langdurige beschikkingen bij een langdurige stabiele zorgvraag. Aflopende beschikkingen kunnen een prikkel zijn voor een Wlz-aanvraag.
- In 2025 hebben ZN, VNG, Mind, Valente, de Nederlandse ggz en het ministerie van VWS het 'Actieplan Passende langdurige zorg voor dakloze mensen' opgesteld, om passende woonvoorzieningen voor deze doelgroep te realiseren en dakloosheid te voorkomen.
- ZN, VNG, Mind, Valente, de Nederlandse ggz en het ministerie van VWS hebben de werkagenda 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening' opgesteld voor de periode 2025–2028. Deze agenda is tot stand gekomen om goede langdurige ondersteuning en zorg te realiseren en daarmee bij te dragen aan een betekenisvol leven voor mensen met een psychische aandoening. En wat er nodig is om ervoor te zorgen dat deze ondersteuning en zorg ook in de toekomst beschikbaar is.
 - In de werkagenda staat onder andere beschreven dat partijen de regionale stand van zaken beter inzichtelijk willen maken en

verbeteren. Er wordt hierbij voortgebouwd op het initiatief van de Regiokaart-complex. Deze toolkit helpt om per regio in kaart te brengen wat de staat van voorzieningen is, welke behoefte er is en welke verbeteringen noodzakelijk zijn in de onderlinge samenwerking en het aanbod.

- Op 17 september 2025 is de Academische Werkplaats Langdurige GGZ gestart om kennisontwikkeling en verbetering van de langdurige ggz te stimuleren.
- Trimbos heeft onderzoek gedaan naar het Perspectief in de langdurige ggz.
- De informatiekaart van de NZa over zorgpaden laat zien dat de ontwikkeling van mensen met een psychische aandoening grillig is en niet altijd levenslang dezelfde zorgbehoefte bestaat; dit vraagt om heroverweging van de criteria en duur van indicaties.
- Zorgkantoren werken bovenregionaal samen aan projecten voor mensen die gesloten en beveiligd moeten wonen, om maatwerk en passende zorg te realiseren.
- Een aanbieder van beschermd wonen heeft twee jaar geleden een project opgezet waar mensen met een ggz-wonen 5 indicatie kunnen wonen. Het is een kleinschalige woonvoorziening voor mensen die eerder in langdurig in een kliniek verbleven. Het aanbod wordt aangepast op de doelgroep.
- Zorgkantoren stellen projectbudgetten beschikbaar voor nieuwe initiatieven en zijn van mening dat deze innovatie zonder de openstelling van de Wlz niet zou hebben plaatsgevonden, omdat gemeenten niet sturen op regionaal aanbod, maar op gemeentelijk aanbod.

6. Conclusies

Om te bepalen in hoeverre het doel van de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening is behaald, formuleren we in dit hoofdstuk een hoofdconclusie en enkele deelconclusies. Hierbij besteden we ook aandacht aan verklaringen, zodat we zicht krijgen op aanknopingspunten voor het vervolg (weergegeven in de blauwe kaders).

6.1 Inleiding

De vorige hoofdstukken geven een overzicht van de bevindingen die we in het kader van de evaluatie van de Wlz-openstelling voor mensen met een psychische aandoening hebben verzameld. We hebben hiervoor diverse documenten (zie bijlage 1) geanalyseerd, interviews gehouden waarin de verschillende perspectieven aan bod kwamen, online crossperspectiefanalyses georganiseerd met respondenten en de resultaten met de klankbordgroep besproken (zie paragraaf 1.4).

De hoofdvraag van deze evaluatie: *in welke mate heeft de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening bijgedragen aan de geformuleerde beleidsdoelen?* Met betrekking tot de beleidsdoelen staat in de Memorie van Toelichting van de wetswijziging beschreven dat met de Wlz-openstelling voor deze mensen werd beoogd dat *(beter) passende langdurige zorg kan worden geregeld die bijdraagt aan een stabiele situatie voor de persoon*. We hebben onderzocht wat de effecten zijn geweest van de openstelling van de Wlz voor deze doelgroep aan de hand van de beleidsdoelen en hebben geen vergelijking gemaakt met eventuele andere beleidskeuzes (zoals mogelijke aanpassingen binnen de Wmo), omdat alternatieven destijds niet zijn overwogen.

Ook zijn we ons bewust dat de openstelling van de Wlz één aspect betreft naast vele andere uitdagingen in de ggz en langdurige zorg (o.a. personele krapte, financiële houdbaarheid, verschuiving van zorg naar sociaal domein), zoals beschreven in het IBO-rapport [36]. Deze ontwikkelingen maken dat het beleidsdoel van destijds nu vanuit een ander perspectief kan worden bekeken. Dit evaluatieonderzoek is gericht op het in beeld brengen van de effecten op de beleidsdoelen zoals geformuleerd bij de openstelling van de Wlz. De informatie die we hebben opgehaald kan echter niet los worden gezien van de actuele context.

Aanvullend daarop hebben we gemerkt dat er veel verschillende perspectieven en opvattingen zijn rondom de openstelling van de Wlz. Deze verschillen zijn door het onderzoek niet weggenomen.

Daarnaast bevat dit hoofdstuk geen concrete aanbevelingen, omdat het de wens van het ministerie van VWS is om samen met de andere betrokken partijen de resultaten te duiden en vervolgstappen te bepalen. Concrete aanbevelingen zouden dat traject kunnen verstoren. In plaats daarvan geven we bij de conclusies in blauwe kaders een aantal aanknopingspunten voor het vervolg.

Om tot een overzichtelijk geheel van conclusies te komen – waarin we recht doen aan de verschillende dimensies van passende zorg – hebben we gebruikgemaakt van de drie logica's die de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) onderscheidt voor de benadering van vraagstukken over passende zorg voor mensen met complexe hulpbehoeften: de logica van het zorgen, de logica van de regels en de logica van het verdelen. [27] Deze logica's zijn ook door het Trimbos-instituut toegepast in het rapport Perspectief in de langdurige ggz [20]:

- Zorglogica: passende hulp voor het individu bij behoeften die met de tijd kunnen veranderen (de kernwaarde: zorg op maat voor het individu).
- Regellogica: rechtmatigheid en gelijkheid door de manier waarop wetten/regels worden uitgevoerd (de kernwaarde: het gelijkheidsprincipe, iedereen heeft recht op dezelfde zorg). Het beleidsdoel van rechtsgelijkheid wordt dus in deze logica meegenomen.
- Verdeellogica: duurzame toegankelijkheid door rechtvaardige verdeling van schaarse middelen (de kernwaarde: duurzaamheid, het moet betaalbaar blijven).

Samengevat betekent dit dat we met behulp van deze drie logica's de conclusies over de Wlz-openstelling voor mensen met een psychische aandoening aan de hand van drie dimensies van passende zorg beschrijven: zorg op maat, rechtsgelijkheid en doelmatigheid.

6.2 Conclusies

In relatie tot het beleidsdoel dat met de Wlz-openstelling werd beoogd om (beter) passende langdurige zorg te regelen die bijdraagt aan een stabiele situatie voor de persoon, komen we tot de hoofdconclusie dat:

- voor een groot deel van de mensen met een psychische aandoening een Wlz-indicatie aansluit op de behoefte aan een stabiele situatie en
- voor een kleine groep mensen in complexe zorgsituaties de Wlz-openstelling niet heeft geleid tot (beter) passende zorg.

Door het ontbreken van betrouwbare data was het niet mogelijk om een kwantitatief beeld te geven van de omvang van deze groepen. Als hier wel behoefte aan is, is een ander type onderzoek nodig specifiek gericht op het verzamelen van data uit databases en dossiers bij zorgaanbieders, zorgkantoren en gemeenten.

In aanvulling op deze hoofdconclusie hebben we aan de hand van de drie logica's een aantal deelconclusies geformuleerd. Deze zijn hieronder samengevat en in de volgende drie paragrafen verder uitgewerkt. In de blauwe kaders hebben we aanknopingspunten beschreven die we de betrokken partijen meegeven voor de uitwerking van vervolgstappen.

Zorglogica

Op het gebied van de zorglogica kunnen we concluderen dat een grote groep mensen met een psychische aandoening door de openstelling van de Wlz (beter) passende zorg ontvangt. Voor deze groep mensen passen de uitgangspunten van de Wlz, waarmee stabiliteit, rust, en continuïteit kan worden geboden bij hun (zorg)behoefte. Hierbij biedt de Wlz niet altijd de mogelijkheid om zorg te bieden die past bij de grilligheid van de zorgbehoefte van deze mensen. Voor een kleine groep mensen is zorg die aansluit bij hun fluctuerende behoefte nog niet gerealiseerd. Er zijn nog steeds mensen die, ondanks een ggz-wonen indicatie, geen passende (woon)plek hebben doordat aanbieders (bijvoorbeeld vanwege het gebrek aan geschikte panden en/of deskundig personeel) hen niet op kunnen of willen nemen. Verder zijn er zorgen of er voldoende aandacht is voor herstelmogelijkheden in de Wlz. De Wlz biedt keuzevrijheid en de mogelijkheid om integrale zorg te bieden; dit draagt echter niet per definitie bij aan (beter) passende zorg.

Regellogica

Vanuit de regellogica gezien krijgen mensen met een psychische aandoening die aan de Wlz-criteria voldoen nu rechtmatig en (in vergelijking tot mensen met andere type problemen) op een gelijke manier toegang tot de Wlz. Zij worden nu op dezelfde manier beoordeeld als andere doelgroepen bij de toegang tot langdurige zorg. Ook hebben zij dezelfde rechten en keuzemogelijkheden voor zorg, waarbij ze van alle leveringsvormen gebruik kunnen maken. De openstelling van de Wlz heeft dus de beoogde rechtsgelijkheid gebracht. Tegelijkertijd is duidelijk dat het vaststellen van de blijvendheid van de behoefte aan 24/7-zorg in de nabijheid lastig kan zijn, vanwege de grilligheid in het verloop van de aandoening en in de zorgbehoefte. Dit was oorspronkelijk de reden dat de ggz buiten de Wlz bleef en is nu vanuit verschillende invalshoeken

genoemd als knelpunt (in het algemeen en voor sommige groepen in het bijzonder, zoals jongvolwassenen). Door het ontbreken van de juiste informatie blijven sommige mensen buiten de Wlz, terwijl deze zorg wel passend zou kunnen zijn. Andersom is er een groep die nu in de Wlz zit, voor wie Wmo-ondersteuning ook passend zou kunnen zijn.

Verdeellogica

Vanuit het oogpunt van de verdeellogica hebben we enkele (onbedoelde) neveneffecten van de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening geconstateerd. Zoals een financiële prikkel die kan leiden tot strategisch gedrag van aanbieders of gemeenten om te sturen op een Wlz-aanvraag waardoor de houdbaarheid van het Wlz-systeem onder druk staat. Tegelijkertijd is sprake van druk op het Wmo-systeem, door een afname van het aantal plekken voor beschermd wonen in de Wmo, een blijvende instroom in de Wmo en weinig mogelijkheid tot uitstroom.

6.3 Zorglogica

Deelconclusie 1: *Het merendeel van de mensen uit de doelgroep ontvangt in de Wlz passende zorg vanwege de stabiliteit, rust en continuïteit die de Wlz met zich meebrengt.*

De rust, stabiliteit en continuïteit is een gevolg van de onbeperkte geldigheid van de Wlz-indicatie in vergelijking tot de vaak tijdelijke geldigheid van zorg uit andere domeinen. Hoewel het voor een deel van deze mensen confronterend is om te horen dat ze levenslang nabijheid van zorg nodig hebben, wegen de voordelen van stabiliteit, rust en zekerheid van zorg hier tegenop. Continuïteit van zorg is tijdens de openstelling gewaarborgd, doordat veel mensen met een psychische aandoening op dezelfde woonplek konden blijven als voor de openstelling van de Wlz.

Deelconclusie 2: Vanwege de grilligheid van de zorgbehoefte van mensen met een psychische aandoening is het bij sommige zorgprofielen een uitdaging om de zorg aan te laten sluiten op de actuele zorgbehoefte.

Kenmerkend voor de doelgroep is dat de zorgbehoefte kan fluctueren in de tijd. De ervaring van mensen met een psychische aandoening is dat binnen de Wlz meer mogelijk is als het gaat om op- en afschalen in zorg dan in de Wmo. Binnen elk Wlz-zorgprofiel is namelijk een bandbreedte om in beperkte mate op- en af te schalen. Echter wordt deze bandbreedte door zorgaanbieders niet altijd als voldoende ervaren. Vooral bij zorgprofiel ggz-wonen 3, waarin ongeveer de helft van de Wlz-doelgroep zich bevindt. Voor mensen in dit profiel bestaat geen mogelijkheid voor Meezorg en is een herindicatie naar ggz-wonen 5 (ondanks de beschrijving in de Bredere zienswijze) vaak niet passend. De mogelijkheid om tijdelijk meer zorg te bieden bij zorgprofiel ggz-wonen 3 wordt door aanbieders gemist.

Aanknopingspunt voor het vervolg: de diversiteit aan mensen in het zorgprofiel ggz-wonen 3. Partijen hebben benoemd dat het zinvol is om de grilligheid van de zorgbehoefte van deze doelgroep nader in kaart te brengen en te onderzoeken welke vormen van financiering hierop kunnen aansluiten (bijvoorbeeld door bij bepaalde kenmerken een extra toeslag of Meezorg te bieden of een verbijzondering binnen het profiel te maken).

Deelconclusie 3: Een kleine groep mensen in complexe zorgsituaties ontvangt in de Wlz geen passende zorg, omdat het specifieke zorgaanbod er onvoldoende is.

Bij de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening was er de gedeelde hoop dat verbetering zou plaatsvinden in het kunnen bieden van passende zorg aan mensen met een complexe

zorgvraag. Alle partijen geven aan dat er nog steeds mensen zijn voor wie het heel moeilijk is om binnen de Wlz passende zorg te organiseren. Het betreft een kleine groep mensen in een complexe zorgsituatie als gevolg van een combinatie van psychiatrische problematiek, licht verstandelijke beperking, actieve verslaving, ouder worden en/of onbegrepen gedrag. Deze mensen vragen veel van begeleiders en medebewoners waardoor ze niet op de woonplek kunnen blijven wonen, gekwalificeerd personeel hiervoor schaars is en andere zorgaanbieders willen of kunnen ze niet in zorg nemen. Er zijn situaties bekend waarin mensen uiteindelijk dakloos raken en zich bijvoorbeeld melden bij de maatschappelijke opvang of op straat belanden. Het is onduidelijk of het aantal mensen in deze situatie door openstelling van de Wlz is veranderd, maar dit heeft er wel aan bijgedragen dat deze groep mensen beter in beeld is gekomen. Het is echter nog steeds onbekend om hoeveel mensen het exact gaat. Daarnaast kan door het woningtekort (dat breder geldt dan voor deze doelgroep) niet voor iedereen een passende woonplek worden gevonden. Doordat nu (in vergelijking tot het versnipperde gemeentelijke beeld onder de Wmo) beter zicht is op de doelgroep zijn er mogelijkheden voor een passende zorginfrastructuur met samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgkantoren.

Aanknopingspunt voor het vervolg: het ontbreken van specifiek zorgaanbod. Knelpunten zijn onder andere personeel, woonplekken en de specifieke behoefte van deze groep mensen in complexe zorgsituaties. Verdere inzet op het realiseren van passend zorgaanbod voor mensen in complexe zorgsituaties is nodig, vanuit nauwe samenwerking tussen betrokken partijen over sectoren en domeinen heen.

Deelconclusie 4: *Er zijn zorgen dat in de Wlz onvoldoende aandacht wordt besteed aan herstelmogelijkheden van de mensen met een psychische aandoening.*

Door de levenslange geldigheid van de Wlz-indicatie kan het beeld bestaan dat binnen de Wlz niet aan herstel wordt gewerkt. We zien dat dit vooral afhangt van de visie waaruit de zorgaanbieder werkt en de contract- en kwaliteitsbesprekingen met het zorgkantoor. Binnen de Wlz is het namelijk wel degelijk mogelijk om aan herstel en ontwikkeling te werken. Dit is helder beschreven in het 'Kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz' dat sinds 28 mei 2024 is opgenomen in het Kwaliteitsregister. De nadruk ligt niet op behandeling, maar op herstel en kwaliteit van leven vanuit de visie van positieve gezondheid. Het gaat dan om het hervinden en behouden van zin in het leven en betekenisvolle rollen in de samenleving en het leren omgaan met de kwetsbaarheden.

Aanknopingspunt voor het vervolg: *het risico dat in de Wlz onvoldoende aandacht wordt besteed aan herstelmogelijkheden. Dit kan worden meegenomen in de implementatie van het Kwaliteitskader woonzorg in de langdurige ggz.*

Deelconclusie 5: *De Wlz biedt door regionale inkoop bredere keuzemogelijkheden voor mensen met een psychische aandoening, maar deze keuzes kunnen niet altijd worden gerealiseerd.*

Voor mensen met een psychische aandoening die voldoen aan de Wlz-criteria is door regionale inkoop een breed aanbod van zorg in de zorgkantoorregio en landelijk beschikbaar. De openstelling van de Wlz voor de doelgroep biedt hierdoor bredere keuzemogelijkheden voor deze doelgroep, mensen kunnen verhuizen naar een andere woonplaats als hier (beter) passend zorgaanbod is. Daarnaast kunnen ze bij de indicatiestelling

aangeven welke zorgaanbieder hun voorkeur heeft. Deze zorgaanbieder is vervolgens dossierhouder. Het is mogelijk dat dit niet altijd de aanbieder is die de best passende zorg kan leveren. In dat geval moet in overleg met andere aanbieders en/of het zorgkantoor een alternatief worden gezocht. Daarnaast is het mogelijk dat zorgaanbieders exclusiecriteria hanteren, waardoor de keuzevrijheid voor mensen met een psychische aandoening beperkt is.

Deelconclusie 6: *De mate waarin integrale zorg wordt geboden hangt vooral af van hoe de zorgaanbieder de zorg organiseert en het beschikbare aanbod in de regio.*

Een uitgangspunt bij zorg vanuit de Wlz is integrale zorg. Voor mensen met een langdurige psychische aandoening betreft de zorg met name woonzorg: ondersteuning en begeleiding in de leefomgeving van de persoon op het gebied van sociale relaties, zingeving, werk, dagbesteding en hobby's. Indien gewenst en noodzakelijk worden hierbij ook professionals met een behandelperspectief ingezet. De wijze waarop deze behandeling wordt georganiseerd en gefinancierd is divers. Een deel van de zorgaanbieders die zorg biedt aan deze doelgroep heeft een focus op het bieden van woonzorg. Zij hebben vaak geen behandelaren in eigen dienst, maar kunnen deze wel via andere zorgaanbieders inzetten. De mate waarin integrale zorg wordt geboden is afhankelijk van de afspraken die betrokken partijen met elkaar hebben gemaakt, het volume dat in een regio beschikbaar is en de mate van afstemming tussen partijen.

Aanknopingspunt voor het vervolg: afstemming tussen alle betrokken partijen voor het realiseren van integrale zorg. Voor het leveren van passende zorg voor mensen met een psychische aandoening blijft aandacht nodig voor (verbetering van de) afstemming tussen alle betrokken partijen (zoals zorgkantoren, gemeenten en zorgaanbieders) op uitvoerend en regionaal niveau, waarin partijen elkaar aanspreken op ieders verantwoordelijkheden. De regionale dialoogtafels en leerkringen van de academische werkplaats langdurige ggz zijn hiervan goede voorbeelden.

6.4 Regellogica

Deelconclusie 7: Er is rechtsgelijkheid ontstaan voor mensen met een psychische aandoening die aan de Wlz-criteria voldoen.

Met de openstelling van de Wlz geldt geen uitzondering meer voor mensen met een psychische aandoening als zij een aanvraag doen bij de Wlz. Zij worden op basis van dezelfde criteria beoordeeld als andere doelgroepen bij de toegang tot langdurige zorg. Als zij aan de Wlz-criteria voldoen, hebben zij dezelfde rechten als andere mensen met een Wlz-indicatie en kunnen dit recht ook op dezelfde manieren verzilveren (met verblijf of met zorg thuis in de vorm van vpt, mpt of pgb).

Een kanttekening hierbij is de financiering van behandeling; deze is in de uitvoering nog niet voor alle doelgroepen in de Wlz gelijk, omdat hiervoor nog overgangsrecht geldt. De leveringsvorm en de afspraken van de zorgaanbieder met het zorgkantoor bepalen of de behandeling voor de psychische aandoening integraal vanuit het Wlz-profiel of vanuit de Zvw wordt gefinancierd.

Deelconclusie 8: Er is een kleine groep mensen voor wie Wlz-zorg waarschijnlijk passend zou zijn, maar waarvoor onvoldoende informatie beschikbaar is om een Wlz-indicatie af te kunnen geven.

Het komt voor dat mensen met een psychische aandoening volgens een aanbieder of gemeente duidelijk voldoen aan de criteria van de Wlz, maar dit niet door het CIZ kan worden vastgesteld. Het is onduidelijk om hoeveel mensen dit precies gaat. Voor het vaststellen van de grondslag 'psychische aandoening' is conform de Wlz-beleidsregels van het CIZ allereerst een diagnose in die categorie nodig. Daarnaast is informatie nodig om vast te kunnen stellen of 24/7 behoefte is aan nabijheid van zorg. Er kunnen verschillende redenen zijn waarom deze informatie niet beschikbaar is, zoals het ontbreken van een dossier met relevante informatie of weigering van de persoon om zich te laten onderzoeken.

Aanknopingspunt voor het vervolg: procedurele factoren kunnen bepalend zijn in het krijgen van toegang tot de Wlz. In de praktische uitvoering van toegang tot de Wlz speelt voor de doelgroep mensen met een psychische aandoening dat benodigde informatie soms ontbreekt. Dit knelpunt in toegang tot de Wlz vraagt om nadere uitwerking.

Deelconclusie 9: Er is een groep mensen die een Wlz-indicatie heeft gekregen, maar waarvoor ondersteuning uit de Wmo ook passend zou kunnen zijn.

Er is een groep mensen met een psychische aandoening die is toegelaten tot de Wlz, maar die na verloop van tijd niet meer voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Het is onduidelijk welke mensen dit precies zijn (het betreft een grijs gebied tussen de Wmo en Wlz) en daardoor is ook niet bekend om hoeveel mensen dit precies gaat. Voor deze groep geldt dat zij dusdanig verbeteren in hun functioneren dat de

Wlz niet meer van toepassing is. Dit kan te maken hebben met de gecreëerde stabiliteit en rust en het fluctuerende beeld van hun aandoening, waardoor zij weer zelfstandig(er) kunnen functioneren en hun hulpvraag kunnen uitstellen en tegen de verwachting in geen 24 uur per dag zorg in de nabijheid meer nodig hebben. In een enkel geval kan de situatie bij aanvang verkeerd zijn ingeschat (bijvoorbeeld door informatie die is 'aangedikt'). Voor deze mensen is de Wmo mogelijk beter passend, omdat de ondersteuning dan meer gericht is op het kunnen terugkeren in de maatschappij. Hoewel het mogelijk is om uit de Wlz te stromen, is dit niet bij iedereen bekend, zijn er prikkels (bijvoorbeeld door niet beschikbare andere huisvesting of financiële redenen) om dit niet te doen en zijn de processen hier niet op ingericht.

Tevens is er discussie over mensen in de zorgprofielen ggz-wonen 1 en 2, maar soms ook over mensen in profiel ggz-wonen 3, waarbij een passende context is gecreëerd met ogenschijnlijk weinig zorg en ondersteuning. Hiervan zeggen sommigen dat een deel van deze mensen ook passend geholpen kan worden met ondersteuning vanuit de Wmo als de druk op Wmo-uitstroom afneemt en vaker meerjarige of open einde- beschikkingen worden afgegeven (passend beschikken). Anderen zijn het hier niet mee eens en vinden dat als iemand voldoet aan de Wlz-criteria, de Wlz-indicatie passend is, onafhankelijk van de zorgzwaarte.

Aanknopingspunt voor het vervolg: uitstroom uit de Wlz komt nauwelijks voor. Indien geen sprake meer is van een blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht, is het mogelijk om uit te stromen uit de Wlz. Deze mogelijkheden zijn echter niet bij alle betrokkenen bekend. Een nadere verkenning van behoeften aan uitstroom, informatievoorziening en mogelijke belemmeringen die hierbij spelen kan verheldering bieden.

6.5 Verdeellogica

Deelconclusie 10: Er is een financiële prikkel voor aanbieders en gemeenten die leidt tot strategisch gedrag om te sturen op een Wlz-aanvraag.

Zorgaanbieders krijgen over het algemeen een hoger tarief voor de zorg aan iemand met een Wlz-indicatie dan voor zorg op basis van een Wmo-indicatie. Dit komt logischerwijs doordat er meer of andere zorg (zoals verpleging, huishoudelijke hulp en dagbesteding) wordt geleverd vanuit de Wlz. Desondanks kan het voor een aanbieder financieel gezien aantrekkelijk zijn om te sturen op meer Wlz-aanvragen.

Gemeenten krijgen een uitkering vanuit het gemeentefonds voor beschermd wonen waarmee zij de ondersteuning voor de gehele doelgroep moeten organiseren. Als meer mensen gebruikmaken van deze zorg vanuit de Wmo, kost dit een gemeente dus meer geld, maar krijgt de gemeente niet meer budget. Dit kan voor gemeenten een financiële prikkel zijn om te sturen op een Wlz-indicatie. Uit onderzoeken blijkt dat de Wlz-instroom systematisch hoger is in gemeenten met een relatief zwakke financiële positie. Er zijn aanwijzingen dat ook sprake is geweest van strategisch gedrag bij gemeenten (in relatief zwakke positie). Uitgaande van de in de Wmo beschreven voorliggendheid van de Wlz kijkt een aantal gemeenten eerst naar de mogelijkheid voor een Wlz-indicatie en pas later

naar de mogelijkheden binnen de Wmo (deelconclusie 9 kan deze beweging versterken). Als iemand wordt toegelaten tot de Wlz, is deze zorg voorliggend op ondersteuning uit de Wmo. Er zijn ook gemeenten die eerst kijken naar wat mogelijk is binnen de Wmo en pas doorverwijzen naar de Wlz als de Wmo-ondersteuning niet passend blijkt te zijn.

Aanknopingspunt voor het vervolg: mogelijk strategisch gedrag van aanbieders en gemeenten. Partijen benoemen dat verbeteringen mogelijk zijn in een helder onderscheid tussen Wlz en Wmo en de wijze waarop hier in de praktijk invulling aan wordt gegeven (bijvoorbeeld de voorliggendheid van de Wlz op de Wmo, zie ook het [Wmo Houdbaarheidsonderzoek](#)).

Deelconclusie 11: *Er is druk op beschikbare Wlz-middelen ontstaan, waardoor de houdbaarheid van het Wlz-systeem onder druk staat.*

De daadwerkelijke groep mensen die toegang heeft gekregen tot de Wlz is breder dan de beoogde doelgroep. De verwachting was dat de meeste mensen in de Wlz zouden instromen vanuit beschermd wonen. Echter, bijna de helft van de mensen die een Wlz-indicatie krijgt had daarvoor een Wmo-besluit in de categorie 'Overige Wmo met begeleiding'.

Deze evaluatie heeft niet geleid tot nieuwe informatie of inzichten over de (financiële) houdbaarheid van de ggz in de Wlz. Wel volgen uit deze evaluatie een aantal conclusies die illustreren dat de houdbaarheid op de

lange termijn een risico blijft. Bijvoorbeeld als mensen een Wlz-indicatie blijven ontvangen, waarvoor Wmo-zorg ook passend zou kunnen zijn (zie deelconclusie 9) of als de financiële prikkel blijft leiden tot strategisch gedrag (zie deelconclusie 10).

Deelconclusie 12: *Er is druk op het Wmo-systeem ontstaan, door een afname van het aantal plekken voor beschermd wonen in de Wmo en een blijvende instroom in de Wmo.*

Doordat een deel van de doelgroep naar de Wlz is gegaan, is een deel van de aanbieders in hun aanbod ook verschoven naar de Wlz. Hierdoor zijn binnen de Wmo minder plekken voor beschermd wonen beschikbaar, terwijl de instroom in de Wmo gelijk blijft (zie figuur 5 in de bijlage). Een duidelijk zicht hierop ontbreekt.

6.6 Afsluiting

Op basis van de conclusies kunnen we stellen dat de beleidsdoelen van de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening grotendeels zijn behaald, maar diverse aspecten wel aandacht vragen. Met de aanknopingspunten in de blauwe kaders hebben we de partijen een vertrekpunt gegeven voor de vervolgaanpak, in samenhang met andere uitdagingen in de ggz en langdurige zorg (o.a. personele krapte, financiële houdbaarheid, verschuiving van zorg naar sociaal domein), zoals beschreven in het IBO-rapport [36].

Bijlage 1. Bronnenlijst

Nr.	Bron
1	Kamerbrief. (2019). Wijziging van de Wet langdurige zorg om toegang tot deze wet te bieden aan mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij. Memorie van toelichting. Kenmerk: Kamerstuk 35146-3.
2	ZN, VNG, de Nederlandse ggz, Valente, MIND en het ministerie van VWS. (2024). Werkagenda. Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening.
3	ZN, VNG, de Nederlandse ggz, Valente, MIND en het ministerie van VWS. (2023). Bestuurlijke afspraken: passende zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische aandoening en een langdurige, intensieve zorgvraag
4	Rijksoverheid (2023). Beslisnota bij Kamerbrief over Bestuurlijke afspraken langdurige ggz in de Wlz en Wmo. Kenmerk: 3596588-1048173-LZ
5	Kamerbrief. (2023) Bestuurlijke afspraken langdurige ggz in de Wlz en Wmo. Kenmerk: 3596514-1048173-LZ
6	Rijksoverheid (2025). Beslisnota bij Kamerbrief langdurige ggz over werkagenda langdurige 'Een betekenisvol leven met een langdurige psychische aandoening'. Kenmerk: 4062675-1079123-LZ.
7	Kamerbrief. (2025). Kamerbrief Actieplan en werkagenda langdurige ggz (Wlz/Wmo). Kenmerk: 4062675-1079123-LZ
8	CIZ. (2021). Wlz toegangscriteria voor cliënten met een psychische stoornis.
9	Ministerie van VWS, directie Langdurige Zorg. (2019). Implementatieplan ggz. Toegang Wlz voor mensen met een psychische stoornis.
10	Valente & de Nederlandse ggz (2024). Kwaliteitskader Woonzorg in de langdurige ggz.

Nr.	Bron
11	CIZ. (2025). Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2026.
12	ZN, VNG, de Nederlandse ggz, Valente, MIND en het ministerie van VWS. (2025). Actieplan. Passende langdurige zorg voor dakloze mensen.
13	Zorginstituut Nederland. (2015). Afwegingskader toegang Wet langdurige zorg.
14	Kamerbrief. (2023). Kamerbrief over ontwikkelingen ggz in de Wet langdurige zorg. Kenmerk: 3568499-1046069-LZ
15	Rijksoverheid. (2023). Rapport technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven
16	Jan Berndsen & Bert Frings. (2024) Bevindingenrapportage Bestuurlijke Aanjager Instroom WLZ ggz-Wonen.
17	KPMG. (2024). Eindrapport regioaanpak Wlz-ggz-w.
18	Significant Public. (2021) Rapportage evaluatie overgang van ggz-cliënten naar de Wet langdurige zorg.
19	Kamerbrief. (2023). Kamerstuk Geestelijke gezondheidszorg en Langdurige zorg. Kenmerk: Kamerstuk 25424-668
20	Trimbos instituut. (2025). Perspectief in de langdurige ggz: Een verdiepende studie naar beleid en praktijk.
21	De ArgumentenFabriek & De Informatiekaart. (2023). Hulpmiddel bij inschatten kansrijkheid van een Wlz-aanvraag voor mensen met een psychische stoornis.
22	Zorginstituut Nederland. (2015). Advies over toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis.
23	Advies Commissie Toekomst beschermd wonen (2015). Van beschermd wonen naar een beschermd thuis.

Nr.	Bron
24	Andersson Elffers Felix (AEF). (2021). Rapportage Gevolgen van de grotere uitstroom naar de Wlz voor beschermd wonen.
25	Bureau HHM. (2017). Eindrapportage ggz-cliënten in de Wlz.
26	Significant Public. (2022). Eindrapportage verdiepend onderzoek ggz-doelgroep.
27	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2019). Complexe problemen, eenvoudige toegang. Botsende waarden bewuster afwegen.
28	NZa. (2025). Monitor: ggz-behandeling voor mensen met een ggz-wonen zorgprofiel.
29	ZN, VNG, MIND, Valente, de Nederlandse ggz, het ministerie van VWS. (2025). Actieplan Passende langdurige zorg voor dakloze mensen.
30	Jeanet Nieuwenhuis. 2022. A Blind Spot?

Nr.	Bron
31	NZa. (2021). Informatiekaart ggz-wonen in de Wlz per 2021 – eerste inzichten in de instroom.
32	IGJ. (2025). Meer deskundigheid nodig voor passende Wlz-zorg aan kwetsbare ggz-cliënten.
33	Ministerie van VWS. (2023). <u>Zienswijze invulling zorgprofiel ggz-wonen 5</u>
34	Alders en Schut (Health Policy 2022), Strategic cost-shifting in long-term care: Evidence from the Netherlands;
35	Portrait, Krabbe, Alkemade, Budding en Canoy (Health Policy 2023), Passing on the hot potato: Dutch municipalities under financial pressure have incentives to shift the costs of social care for older people to the central government.
36	Rijksoverheid (2025). Uit Balans. IBO mentale gezondheid en ggz.
37	Kamerstukken II 2013-2014, 33 891, nr 3, p. 152-153 (MvT)

Bijlage 2. Definities relevante begrippen indicatiestelling Wlz

Van een aantal relevante begrippen geven we de definitie weer op basis van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2026 [11]:

- *Blijvende zorgbehoefte*: de behoefte gaat niet meer over. Het functioneren kan misschien wel verbeteren, maar zelfs als het verbetert, blijven de beperkingen zodanig dat permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig blijft.
- *Permanent toezicht*: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor met op tijd kan ingrijpen als dat nodig is.
- *24 uur per dag zorg in de nabijheid*: deze vorm van zorg bestaat hoofdzakelijk uit aanwezigheid en beschikbaarheid, er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen. Bij mensen met een psychische aandoening is sprake van het niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen en is vanwege zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen.
- *Ernstig nadeel*: een situatie waarin iemand zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten, zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen, ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen, ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.
- *Zware regieproblemen*: zelf niet kunnen beoordelen wat je moet doen in verschillende dagelijkse situaties, waardoor voortdurend begeleiding of overname van taken nodig is om ernstig nadeel te voorkomen. Het gaat om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, gedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

Bijlage 3. Cijfermatige weergave doelgroep en Wlz-toelating

Toe- en afwijzingspercentages Wlz-aanvragen voor ggz-Wonen

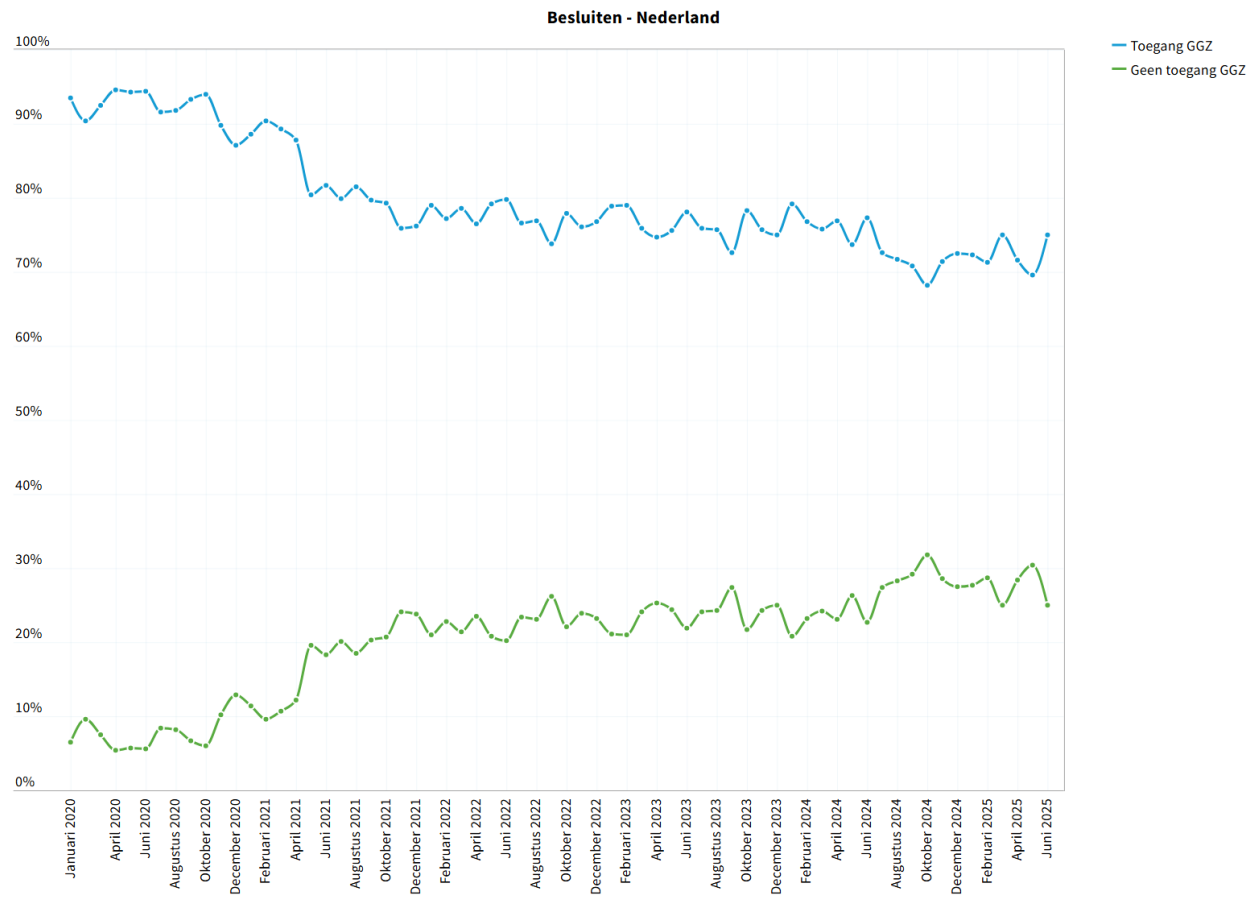
In veel interviews werd genoemd dat het CIZ door de jaren heen strenger is geworden en dat de laatste tijd meer afwijzingen plaatsvinden. Figuur 2 laat zien dat aan het begin een hoger percentage mensen toegang tot de Wlz ontving. Sinds halverwege 2021 zijn maandelijkse fluctuaties te zien in het afwijzingspercentage, maar is het jaarlijks gemiddelde stabiel. Landelijk werd in 2022, 2023 en 2024 respectievelijk 77%, 76% en 74% van de Wlz aanvragen toegekend.

Tijdens de interviews zijn twee verklaringen genoemd voor de hogere toelatingspercentages in 2020 en 2021. Enerzijds kwamen in het begin veel aanvragen van mensen, die in verblijfsinstellingen verbleven waarvan het heel duidelijk was dat zij toegang zouden krijgen tot de Wlz. Na de openstelling van de Wlz ziet het CIZ veel meer diversiteit in de casussen. Aan de andere kant lag in het begin veel druk bij het CIZ om in korte tijd heel veel mensen te beoordelen. Dit heeft mogelijk geleid tot een minder kritische beoordeling van de Wlz-criteria, minder uniformiteit en snellere toekenning van Wlz-indicaties.

Er zijn wel grote regionale verschillen te zien. Enkele regio's hebben hogere afwijzingspercentages en andere regio's lagere afwijzingspercentages.

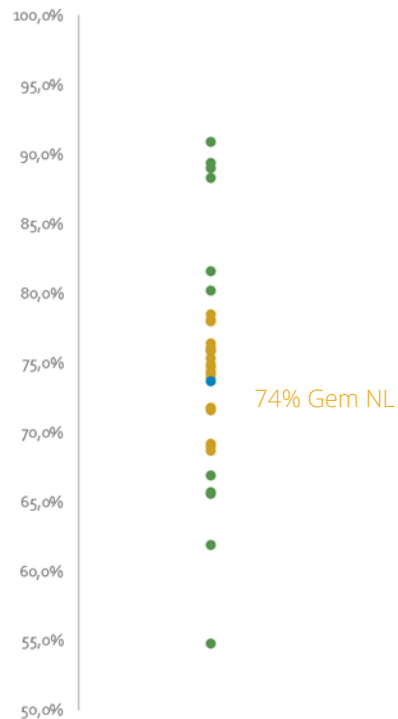
Ter illustratie (zie *Figuur 3*): in 2024 werd gemiddeld 74% van de aanvragen toegekend, waarbij:

- 20 zorgkantoorregio's een vergelijkbaar toewijzingspercentage hadden (69%-79%),
- 5 zorgkantoorregio's een veel lager toewijzingspercentage hadden (55%-67%) en
- 6 zorgkantoorregio's een veel hoger toewijzingspercentage hadden (80%-91%).



Bron: CIZ

Figuur 2. Verloop van aandeel toewijzingen en afwijzingen Wlz-ggz-indicaties

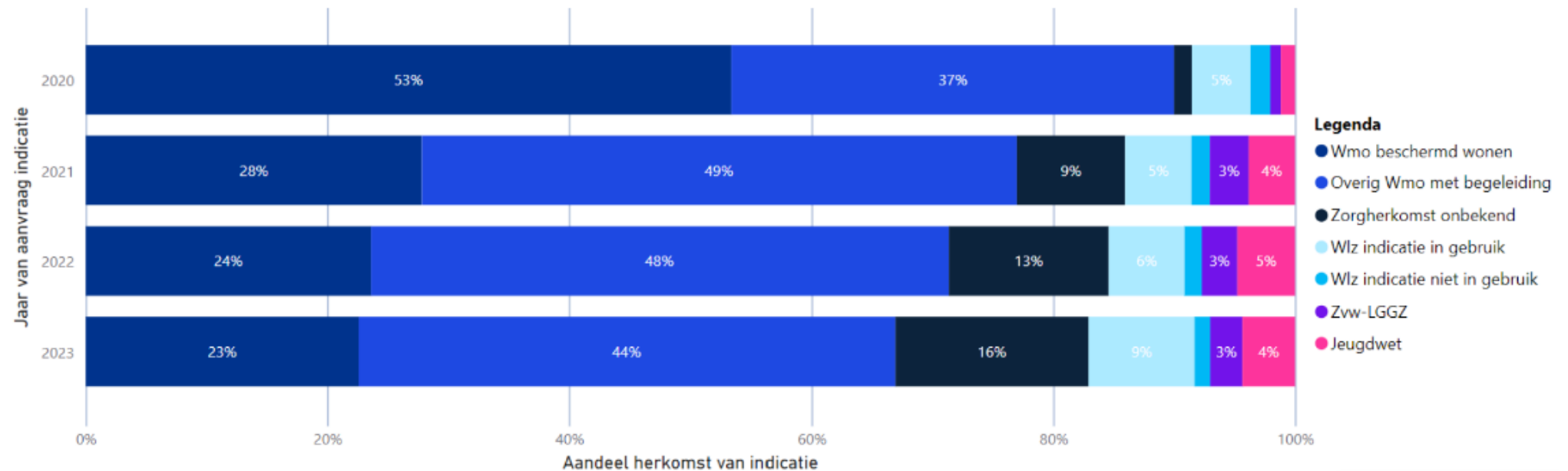


*Figuur 3.
Toewijzingspercentage per
zorgkantoorregio in 2024. Het
blauwe punt is het landelijk
gemiddelde. De gele punten
zijn de 20 zorgkantoorregio's
rondom het landelijk
gemiddelde. De groene punten
zijn de zorgkantoorregio's die
> 5% meer of minder
toewijzingen hadden.
Bron: CIZ-databank (besluiten
detail – GGZ uitkomst –
zorgkantoorregio's).*

De verschillen kunnen diverse redenen hebben, bijvoorbeeld het aandeel zelfaanmelders, de beschikbaarheid aan Wmo-voorzieningen en de samenwerking in de regio tussen Wmo- en Wlz aanbieders.

Naast variatie tussen regio's is binnen regio's ook een variatie te zien. Tussen 2023 en 2024 was er gemiddeld een daling van 3% in het aandeel toewijzingen. Er zijn 7 zorgkantoorregio's die van 2023 naar 2024 in het aandeel toewijzingen een daling hadden van meer dan 5% (maximaal - 19%) en 2 zorgkantoorregio's die een stijging hadden van meer dan 5% (maximaal 10%). Ter illustratie: de zorgkantoorregio met een daling van 19% van het aantal toewijzingen had een toewijzingspercentage van 74% in 2023 en 55% in 2024.

Aandeel herkomst van indicaties (aanspraken*) verdeeld over jaar van aanvraag

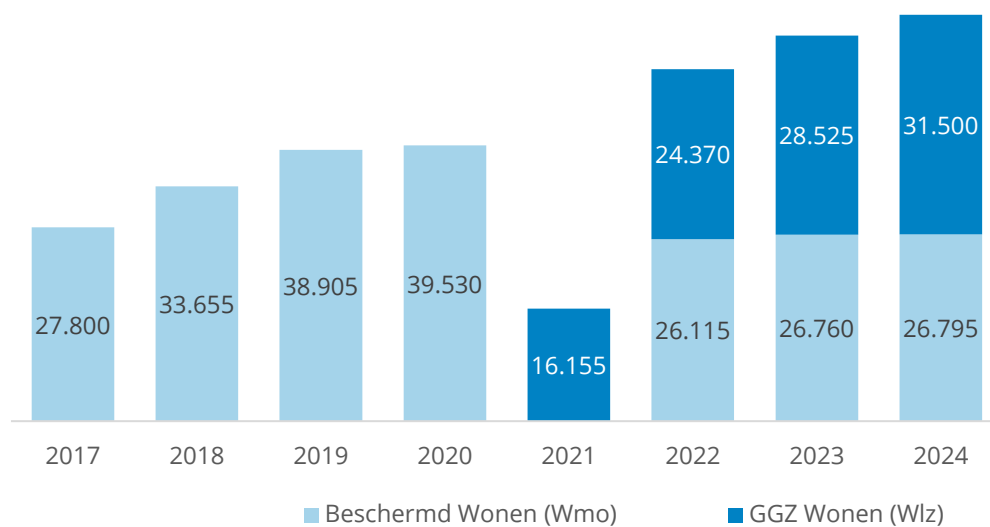


Noot*: Aantal personen met een geldige Wlz-indicatie op 31 december 2023 met grondslag 'psychische stoornis' naar wet van herkomst volgens zorggebruik/indicatie in jaar 2020, naar gemeente, zorgkantoorregio en jaar van aanvraag. In deze versie is gebruik gemaakt van CBS-gegevens van de monitor langdurige zorg over Wlz-Wonen indicaties gebaseerd op een aanvraag in 2020, 2021, 2022 of 2023, waarvan de besluitdatum voor of op 31 december 2023 ligt. Er is gekeken naar indicaties geldig op peildatum 31 december 2023. Hierdoor is als personen opeenvolgend in 2020, 2021, 2022 en/of 2023 een aanvraag hebben gedaan, alleen de aanvraag

4/19/2024

Publicatie datum dashboard

Figuur 4. Afkomstig uit de Eindrapportage van KPMG Regioaanpak Wlz-ggz-wonen [17]. Voor meer informatie zie [Dashboard van KPMG](#).



Figuur 5. Overzicht van de totale doelgroep beschermd wonen (Wmo) en ggz-wonen (Wlz). Doelgroep beschermd wonen (Wmo) over de jaren 2017-2024. Gegevens over het jaar 2021 missen en het jaar 2024 zijn voorlopige cijfers. (Bron: CBS) en de doelgroep ggz-wonen over de jaren 2021-2024 (Bron: ClZ).