



Onderwerp Cognitieve schade door langdurig alcoholgebruik:
mogelijk wél toegang tot Wlz.

Type interventie Langdurige zorg

Standpunt/advies in het kader van Advies in een Wlz-geschil

Advies/standpunt Het CIZ wijst in de bezwaarfase toegang tot de Wlz af omdat de zorgbehoefte van verzekerde hoofdzakelijk voortkomt uit zijn psychiatrische problematiek. Met de psychiatrische problematiek doelt het CIZ op de verslavingsproblematiek waarbij door langdurig alcoholgebruik ook cognitieve klachten zijn ontstaan. Het Zorginstituut is van oordeel dat cognitieve schade door langdurig alcoholgebruik (en mogelijk als gevolg ook van het CVA) valt onder de grondslag lichamelijke handicap of mogelijk de grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking en niet onder psychiatrische problematiek. De afwijzing voor Wlz-zorg is daarmee niet goed onderbouwd. Voordat toegang verleend kan worden tot de Wlz op basis van mogelijke cognitieve en neuropsychologische restschade na niet aangeboren hersenletsel, moet een degelijke diagnose gesteld worden op basis van een goed neuropsychologisch onderzoek. Vervolgens kan vastgesteld worden of verzekerde voldoet aan de criteria voor toegang tot de Wlz en kan er bij toegang het best passend zorgprofiel worden vastgesteld. Het Zorginstituut geeft het CIZ in overweging om in gesprek te gaan met de zorgaanbieder van verzekerde en te zorgen dat gedurende de drie maanden dat de bestreden beslissing gehandhaafd blijft dit diagnostisch onderzoek ook daadwerkelijk verricht wordt, zodat daarna de zorg mogelijk op basis van de Wlz gecontinueerd kan worden (op basis van een aansluitende indicatie).

Betrokken commissie Wetenschappelijke Adviesraad Care & Cure op 12 december 2016

Contactpersoon Mr. M. Oonk (020-7978678)

Zorginstituut Nederland

Bedrijfsdiensten
Automatisering

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

Onze referentie

2016116779

De casus

Verzekerde is een bijna 49-jarige alleenstaande man die uit een belast gezin met een geschiedenis van middelenmisbruik en geweld komt. Verzekerde heeft zelf ook een voorgeschiedenis met dakloosheid, en langdurig middelenmisbruik (in het bijzonder alcohol, wiet en incidenteel cocaïne). Gerapporteerd wordt dat hij op zijn 7^e jaar begon met het drinken van alcohol. Hij is bekend met een chronische pancreatitis en diabetes mellitus, alcoholabusus en middelengebruik waarvoor hij (sinds 2014?) gewoond heeft bij Iris verslavingszorg (op basis van een GGZ-C indicatie). Op 24 juni 2015 kreeg hij een groot CVA, waarna hij na ziekenhuisopname niet een regulier revalidatietraject is ingegaan, maar voor herstel op 21 juli 2015 is overgeplaatst naar de afdeling Meerzorg (verpleeghuisafdeling) van De Wending van het Leger des Heils op basis van (tweemaal) een eerstelijns verblijf indicatie. Verzekerde is daar wel behandeld met fysiotherapie, logopedie en ergotherapie onder regie van een specialist ouderengeneeskunde. Op 16 januari 2016 liep de indicatie af, waarna, omdat geen herstel meer te verwachten viel en zelfstandig (of met begeleiding) wonen niet mogelijk meer was, een aanvraag is gedaan voor een VV07. Deze aanvraag is gedaan door De Wending (Leger des Heils). Op 18 april 2016 is verzekerde overgeplaatst naar Atlant Zorggroep (afdeling Passage).

Primaire besluit

Op 18 februari 2016 indiceert het CIZ geen VV07 maar een LG06. Aangegeven wordt dat uit het onderzoek is gebleken dat:

'(..) u vanwege een herseninfarct verminderde regie hebt over uw eigen leven en daardoor ten aanzien van sociale redzaamheid vaak overname nodig hebt. U hebt vaak tot continu toezicht en/of sturing nodig met betrekking tot geheugen, denken en concentratie. Ook voor uw dagelijkse verzorging en mobiliteit bent u volledig afhankelijk van zorg. De grondslag voor dit zorgprofiel is een lichamelijke handicap. Tevens komt u in aanmerking voor dagbesteding (..)'.
'

Bezwaarschrift

Op 3 maart 2016 wordt namens verzekerde door het Leger des Heils een bezwaarschrift ingediend. Aangegeven wordt dat verzekerde naast de somatische problematiek ook psychiatrische problematiek heeft wat maakt dat het gevraagde VV07 meer gerechtvaardigd is dan het geïndiceerde LG06. Geconcludeerd wordt in het bezwaarschrift dat verzekerde door zijn beperkingen, ontremmingen, zijn continu behoefte aan intensieve zorg bij de ADL en gebrek aan inzicht in zelfzorg zonder de mogelijkheid hierin te leren, nooit meer zelfstandig of met behulp van begeleiding zelfstandig zal kunnen wonen. Omdat verzekerde naast begeleiding bij zijn somatische problematiek ook de nodige begeleiding nodig heeft bij zijn psychiatrische problematiek, is een VV07 indicatie gerechtvaardigd. Hij is afhankelijk van een verpleeghuissetting met 24 uren zorg/verpleging en begeleiding. Zonder de juiste indicatie is de kans op regressie te verwachten.

Hoorzitting

Tijdens de hoorzitting op 26 augustus 2016 geeft het CIZ aan tot het standpunt te zijn gekomen dat verzekerde feitelijk geen aanspraak heeft op Wlz-zorg, omdat de zorgbehoefte in hoofdzaak voortkomt uit de psychiatrische problematiek. Er is tevens een grondslag somatische aandoening of beperking en een grondslag lichamelijke handicap, maar naar het oordeel van het CIZ is de meest bepalende grondslag de psychiatrie. Naar het oordeel van het CIZ staat niet vast dat op basis van de bijkomende grondslagen (dus somatiek en lichamelijke handicap) er

Zorginstituut Nederland
Bedrijfsdiensten
Automatisering

Onze referentie
2016116779

een noodzaak is voor tenminste 24 uurszorg in de nabijheid. Het CIZ zal, omdat er feitelijk geen Wlz-aanspraak is, de indicatie ter gewenning nog drie maanden in stand laten.

De aanwezigen geven aan verbaasd te zijn dat verzekerde nu helemaal geen indicatie meer krijgt, terwijl hij een LG06 voor onbepaalde tijd had gekregen. Op basis van deze LG06 indicatie is verzekerde overgeplaatst naar Atlant Zorggroep, waarvoor feitelijk de gevraagde VV07 indicatie nodig is.

Aangegeven wordt als oorzaak voor het beperkte functioneren van verzekerde (onder andere bij ADL en bij omgaan met zijn diabetes) dat het alcoholmisbruik uit het verleden de cognitie heeft verminderd. Hierbij komen vervolgens de gevolgen van het CVA. Als verzekerde meer vrijheid gegeven wordt is terugval in drank- en middelenmisbruik waarschijnlijk. Aangegeven wordt dat verzekerde zich in de huidige setting veilig voelt en dat hij in een setting verblijft met leeftijdsgenoten (dus relatief jonge mensen). Los van de zorgprofielen, de verschillende zorgsectoren en de cijfers, past de nu geboden zorgverlening heel goed bij het huidige functioneren van verzekerde. Gevraagd wordt door het CIZ of er sprake is van ernstige gedragsproblematiek (zoals bedoeld in zorgprofiel behorend bij VV 07). Aangegeven wordt dat de hulpverlening heel veel doet ter voorkoming van gedragsproblematiek.

Conceptbeslissing

Hoewel verzekerde naar alle waarschijnlijkheid wel aangewezen is op 24 uur zorg in de nabijheid, is het CIZ voornemens verzekerde niet te indiceren voor Wlz-zorg, omdat de noodzaak voor deze zorg het gevolg is van de psychiatrische problematiek en niet van de lichamelijke beperkingen. Met de psychiatrische problematiek doelt het CIZ op de verslavingsproblematiek waarbij door langdurig alcoholgebruik ook cognitieve klachten zijn ontstaan. Omdat de grondslag psychiatrische aandoening of beperking niet in artikel 3.2.1 van de Wlz wordt genoemd, heeft verzekerde geen toegang tot Wlz-verblijf. Verzekerde zal zich voor de noodzakelijke zorg en begeleiding tot de gemeente moeten wenden, die verantwoordelijk is voor het bieden van ondersteuning aan psychiatrische cliënten in het kader van de Wmo.

Het bezwaar wordt ongegrond verklaard. Vanwege het verbod op reformatio in peius besluit het CIZ dat de in het bestreden besluit toegekende Wlz-zorg tot drie maanden na de definitieve beslissing op bezwaar gehandhaafd wordt.

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van Zorginstituut Nederland kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

De casus

Verzekerde heeft in juni 2015 een (groot) CVA doorgemaakt in het stroomgebied van de arteria cerebri media rechts met contralateraal een inklemmingsinfarct links frontaal.

Verzekerde was verder lichamelijk bekend met een recidiverende pancreatitis als gevolg van het alcoholmisbruik, een duodenum stenose, en sinds 2012 met insuline afhankelijke diabetes mellitus ten gevolge van pancreasinsufficiëntie. Vanwege de duodenum stenose heeft verzekerde een gastrojejunostomie ondergaan. Verzekerde is in het verleden veelvuldig in het ziekenhuis opgenomen vanwege bovengenoemde problematiek.

Zorginstituut Nederland
Bedrijfsdiensten
Automatisering

Onze referentie
2016116779

De laatst bekende DSM IV diagnose dateert uit 2012:

- As 1 afhankelijkheid van alcohol, in langdurige gedeeltelijke remissie, afhankelijkheid van cannabis in vroege gedeeltelijke remissie, nicotineafhankelijkheid en pedagogische verwaarlozing
- As 2 diagnose uitgesteld (vermoeden van persoonlijkheidsstoornis n.a.o.) Vermoeden van zwakbegaafdheid (nooit verder onderbouwd)
- As 3 (zie boven)
- As 4 Problemen binnen primaire steungroep, werk- en woonproblemen.
- As 5 GAF 35

Zorginstituut Nederland
Bedrijfsdiensten
Automatisering

Onze referentie
2016116779

Gegevens

Er is zeer uitgebreide medische informatie aanwezig in het dossier, vooral met betrekking tot de somatische problemen.

Het enige ooit verrichte onderzoek op psychiatrisch gebied uit 2012 ontbrak aan het dossier. Deze informatie werd alsnog bij het CIZ opgevraagd en ontvangen op 16 november 2016 en alsnog bij deze beoordeling betrokken.

Verzeerde is in de bezwaarfase bezocht in de instelling van het Leger des Heils waar hij voor zijn herstel verbleef na het doorgemaakte CVA. Verzeerde is op 18 april 2016 overgeplaatst naar een verpleeghuis van zorgaanbieder Atlant.

Deskundigheid

De CIZ arts was betrokken bij het onderzoek in bezwaar.

Grondslagen

De grondslagen somatische aandoening of beperking en lichamelijke handicap zijn terecht vastgesteld.

Het is de medisch adviseur niet duidelijk in hoeverre er nog sprake is van actuele psychiatrische problematiek, in het bijzonder verslavingsproblematiek.

Een grondslag verstandelijke handicap kan niet worden onderbouwd.

Stoornissen en beperkingen

De CIZ arts stelt het volgende. 'De zorgbehoefte komt in hoofdzaak voort vanuit de psychiatrische problematiek van verzeerde. Er bestaat een neiging tot zorgmijddend gedrag en zelfverwaarlozing. Deze is niet anders dan voor het opgetreden CVA, waarbij er sprake was van aansturende zorg'.

In het dossier is onvoldoende onderbouwing voor bovenstaande stelling te vinden: om de volgende redenen:

Allereerst is het niet duidelijk in hoeverre er nog sprake is van actuele as 1 verslavingsproblematiek. Al in 2012 wordt gesproken over gedeeltelijke (langdurige voor de alcohol) remissie van deze problemen.

Een as 2 diagnose in de vorm van een persoonlijkheidsstoornis kan in het dossier niet worden teruggevonden.

Verder staat vast dat verzeerde in ieder geval abtinent is van alcohol sinds juni 2015 (meer dan een jaar) er is ook geen zucht meer naar alcohol. Niet duidelijk is of verzeerde al langer abtinent is (dit was één van de doelen van verblijf bij Iris verslavingszorg).

Daarmee staat een actuele psychiatrische diagnose op losse schroeven.

Vervolgens concludeert de CIZ arts: 'De huidige beschreven cognitieve stoornissen worden als enigszins beperkend beschreven, waardoor gesteld kan worden dat een psychogeriatrische benadering (nog) niet als passend kan worden beschouwd'.

Deze conclusie wordt niet gedeeld door de medisch adviseur:

Verzekerde kent lichte motorische restverschijnselen na het CVA. Op grond hiervan is de uitgebreide zorgbehoefte van verzekerde niet te verklaren. De ADL moet eigenlijk volledig worden overgenomen: ondanks intensieve instructie lukt dat verzekerde niet zelf. Voor de schouderklachten die verzekerde hierin zouden beperken is geen medische verklaring. Verzekerde heeft door de dag heen voortdurend aansturing nodig, kan zelf geen activiteiten initiëren en volhouden. Het wordt uit het dossier niet duidelijk in hoeverre dit een verschil is ten opzichte van de situatie vóór het CVA. Uit het dossier is niet af te leiden hoe verzekerde functioneerde voor het CVA, daarom kan de stelling dat verzekerde dezelfde begeleiding nodig heeft als voor het CVA geen stand houden.

Voorts kan de CIZ arts niet gevolgd worden in de kennelijke redenering dat de cognitieve beperkingen zodanig ernstig moeten zijn dat verzekerde moet voldoen aan de criteria van een dementie syndroom, althans dat er een grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking kan worden vastgesteld, alvorens er toegang is tot de Wlz.

Ook cognitieve functiestoornissen en neuropsychologische functiestoornissen als gevolg van niet aangeboren hersenletsel kunnen op de grondslag lichamelijke handicap toegang geven tot de Wlz, als deze zodanig ernstig zijn dat hierdoor een noodzaak is voor zorg 24 uur per dag in de nabijheid. Voor verzekerde zijn er twee mogelijke oorzaken voor niet aangeboren hersenletsel, namelijk hersenbeschadigingen door het jarenlang nuttigen van overvloedig alcohol, en/of beschadigingen ten gevolge van het doorgemaakte CVA, waarbij de locatie van het CVA ook nog eens een groot risico met zich meebrengt op restschade in de vorm van neuropsychologische functiestoornissen, zo is neglect al vastgesteld. Gezien de locatie en de beschreven stoornissen en beperkingen lijkt verder apraxie aannemelijk, de beschreven overzicht problemen, lichte ontremmingsverschijnselen, en oordeel –en kritiekstoornissen kunnen passen bij frontale problematiek, hetzij door alcohol, hetzij door het frontale infarct.

Tenslotte kan de conclusie van de CIZ arts dat 'de huidige cognitieve beperkingen enigszins beperkend zijn bij het functioneren van verzekerde' niet zonder meer onderbouwd worden:

Weliswaar is er geen degelijk objectief neuropsychologisch onderzoek verricht naar de aard en ernst van de eventuele neuropsychologische functiestoornissen in het bijzonder de cognitieve stoornissen- er heeft slechts een screenend onderzoek plaatsgevonden (MOCA score van 15/30)- maar dit is wel een score die indicatief is voor het bestaan van een mogelijk dementieel syndroom, en die dus wijst op forse cognitieve beperkingen. Dit komt overeen met de stoornissen en beperkingen die het CIZ inventariseert bij haar onderzoek, en die de medisch adviseur niet zou willen duiden als 'enigszins beperkend', maar als fors beperkend.

Toegang tot de Wlz en eventueel best passend zorgprofiel

Bepalend voor de beantwoording van de vraag of verzekerde aangewezen is op zorg 24 uur per dag in de nabijheid en dus ook bepalend voor toegang tot de Wlz, is de mate en ernst van de eventuele neuropsychologische functiestoornissen, in het bijzonder de cognitieve stoornissen. Of deze stoornissen dan het gevolg zijn van de alcoholische schade aan de hersenen of de schade door het CVA is voor de toegang tot de Wlz niet relevant. Verzekerde is lang genoeg abstinente om een betrouwbaar onderzoek te kunnen doen op dit gebied.

Geobjectiverde neuropsychologische functiestoornissen (waaronder stoornissen in het cognitief functioneren) als gevolg van hersenschade leiden tot een grondslag lichamelijke handicap of, indien de cognitieve stoornissen van dien aard zijn dat voldaan wordt aan de criteria voor het vaststellen van een dementieel syndroom of een M. Korsakov, tot de grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking. Op basis daarvan is dan toegang mogelijk tot de Wlz.

De prognose is naar het oordeel van de medisch adviseur zodanig dat er geen evidente verbeteringen mogelijk zijn, verzekerde is in zijn tempo gerevalideerd, het is niet reëel om nu nog grote verbeteringen te verwachten. Er is dus sprake van een blijvende zorgbehoefte.

Voordat toegang verleend kan worden tot de Wlz op basis van mogelijke cognitieve en neuropsychologische restschade na niet aangeboren hersenletsel, moet een degelijke diagnose gesteld worden op basis van een goed neuropsychologisch onderzoek. Pas als het resultaat hiervan bekend is, kan tevens worden vastgesteld of verzekerde voldoet aan de diagnostische criteria voor een eventueel Korsakov syndroom.

Vervolgens kan vastgesteld worden of verzekerde voldoet aan de criteria voor toegang tot de Wlz en kan er bij toegang het best passend zorgprofiel worden vastgesteld.

Samenvatting en conclusie

Het niet toekennen van Wlz zorg is onjuist gemotiveerd. De conclusies van de CIZ arts worden onvoldoende ondersteund door de feiten, en de onderzoeksbevindingen in het dossier. Het is juist dat er nu (nog) geen toegang tot de Wlz kan worden vastgesteld vanwege het ontbreken van degelijke diagnostiek aangaande de mate en ernst van de cognitieve en neuropsychologische restschade aan het brein.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving en de toepasselijke beleidsregels juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Het Zorginstituut is van oordeel dat op dit moment niet kan worden vastgesteld dat verzekerde vanwege een lichamelijke handicap en/of somatische aandoening of beperking een blijvende behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dit, omdat er geen degelijke diagnostiek is verricht naar de aard en omvang van de cognitieve en neuropsychologische functiestoornissen.

Uw motivering van de afwijzing van toegang tot de Wlz, namelijk dat de zorgbehoefte hoofdzakelijke voortkomt uit psychiatrische problematiek en daarom niet tot Wlz zorg kan leiden, is onvoldoende en onjuist onderbouwd. Dit wordt in bovenstaand medisch advies uitgebreid toegelicht.

Zorginstituut Nederland
Bedrijfsdiensten
Automatisering

Onze referentie
2016116779

Er zal goed neuropsychologisch onderzoek gedaan moeten worden, waarna een diagnose kan worden vastgesteld en op basis daarvan kan worden bepaald of verzekerde voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz en als dit het geval is, dan zal beoordeeld moeten worden welke zorgprofiel voor verzekerde het best passend is.

Zorginstituut Nederland
Bedrijfsdiensten
Automatisering

Onze referentie
2016116779

Het Zorginstituut geeft u in overweging om in gesprek te gaan met de zorgaanbieder van verzekerde en te zorgen dat gedurende de drie maanden dat de bestreden beslissing gehandhaafd blijft dit diagnostisch onderzoek ook daadwerkelijk verricht wordt, zodat daarna de zorg mogelijk op basis van de Wlz gecontinueerd kan worden (op basis van een aansluitende indicatie).

Ten overvloede merkt het Zorginstituut nog het volgende op. Ook een beperking van de duur van de indicatie is in strijd met het verbod van reformatio in peius. Dit komt neer op intrekking van het indicatiebesluit. Als u na heroverweging in bezwaar bij uw conclusie blijft dat er ten onrechte een indicatie is afgegeven, dient u dus te overwegen of er gronden zijn voor intrekking van het indicatiebesluit en dat in uw beslissing te motiveren.