

ciz

Beleidsregels
indicatiestelling Wlz

2020

Inhoud

Beleidsregels indicatiestelling Wet langdurige zorg (Wlz) 2020	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Definities	6
Hoofdstuk 2 Afwegingskaders	9
2.1 Afwegingskader blijvende Wlz-toegang	9
2.1.1 Stap 1: De aanvraag	10
2.1.2 Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie	11
2.1.3 Stap 3: Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'	11
2.1.4 Stap 4: Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is	12
2.1.5 Stap 5: Uitzonderingen op de toegangscriteria	12
2.1.6 Stap 6: Vaststellen van het recht op Wlz-zorg	14
2.2 Afwegingskader tijdelijke toegang voor mensen met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen	17
2.2.1 Stap 1 en 1B: De aanvraag	19
2.2.2 Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie	19
2.2.3 Stap 3: Tijdelijke behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid	20
2.2.4 Stap 4: Noodzaak voor integrale multidisciplinaire behandeling in een (SG)LVG behandelinstelling	20
2.2.5 Stap 5: Het indicatiebesluit	21
2.3 Afwegingskader tijdelijke toegang voor mensen met een psychische stoornis	21
Hoofdstuk 3 Grondslagen	23
3.1 Algemeen	23
3.2 Aandachtspunten	23
3.3 De zes grondslagen	23
3.3.1 Somatische aandoening of beperking	23
3.3.2 Lichamelijke handicap	24
3.3.3 Psychogeriatrische aandoening of beperking	24
3.3.4 Psychische stoornis	25
3.3.5 Verstandelijke handicap	25
3.3.6 Zintuiglijke handicap	26
Hoofdstuk 4 Gebruikelijke zorg	28
Bijlage 1 Registreren van stoornissen en beperkingen in het functioneren	31
Bijlage 2 Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel	32

Beleidsregels indicatiestelling Wet langdurige zorg (Wlz) 2020

Het CIZ,

gelet op artikel 4:81 lid 1 Algemene wet bestuursrecht en de artikelen 3.2.3 en 7.1.2 lid 1 sub a Wet langdurige zorg,

besluit:

Artikel 1

Het CIZ hanteert beleidsregels bij het beoordelen of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor één of meer van de in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg aangewezen vormen van zorg. Deze beleidsregels zijn opgenomen in de hoofdstukken 1 tot en met 4 bij dit besluit.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2020.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als: Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020.

Artikel 4

De Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020 vervangen de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019. Aanvragen die worden ontvangen in 2020 worden afgehandeld conform de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020. De Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019 zijn vanaf 1 januari 2020 niet langer van kracht, met uitzondering van de volgende situaties:

- Op aanvragen die in 2019 door verzekerden zijn ingediend en die worden afgehandeld in 2020 worden de voor de betreffende verzekerde meest voordelige beleidsregels (2019 of 2020) toegepast.
- Ook in bezwaar- en beroepsprocedures tegen indicatiebesluiten uit 2019 die worden afgehandeld in 2020 worden de voor de betreffende verzekerde meest voordelige beleidsregels (2019 of 2020) toegepast.

Artikel 5

Dit besluit wordt met de toelichting en de bijlagen in de Staatscourant geplaatst.

Utrecht, 3 december 2019

mr. J.H. Ouwehand
Bestuurder

Inleiding

Achtergrond zorgstelsel

Nederland heeft een samenhangend systeem van wet- en regelgeving op het gebied van zorg: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Jeugdwet. Meestal krijgen mensen eerst zorg of ondersteuning vanuit Jeugdwet/Wmo (gemeente) en/of Zorgverzekeringswet. De Wlz komt pas in beeld als vangnet voor mensen als ze niet (meer) in staat zijn om voor zichzelf te zorgen ondanks steun van de omgeving, zorgverzekeraar of gemeente. Het gaat om mensen die vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel.

Het systeem is zo ingericht dat mensen die niet voldoen aan de criteria van de Wlz, noodzakelijke zorg kunnen krijgen vanuit de andere wetten. Het CIZ is een schakel in dit stelsel van samenhangende wetten en werkt waar nodig samen met de uitvoerders van de andere wetten zodat burgers de weg kunnen vinden naar de voor hen noodzakelijke zorg/ondersteuning.

Afstemming CIZ, gemeente, zorgverzekeraar

Tijdens het onderzoek van het CIZ naar de zorgbehoefte kan blijken dat iemand bij voorkeur zorg ontvangt vanuit de gemeente en/of zorgverzekeraar. Als dit haalbaar is dankzij de inzet van mantelzorg, kunnen we aansturen op een gesprek tussen de persoon, zijn of haar mantelzorgers, de gemeente en/of de zorgverzekeraar. In dat gesprek stemmen we af wat de meest passende zorg in deze situatie is, zorg uit de Wmo, Jeugdwet, Zvw of Wlz (memorie van toelichting Wlz blz. 16 en 59¹). Ook als we hebben vastgesteld dat er geen toegang is tot de Wlz, kan het CIZ op verzoek van de (vertegenwoordiger van) de cliënt contact opnemen met de gemeente of zorgverzekeraar.

Individuele beoordeling – de regels zijn gelijk

In deze beleidsregels staat hoe we beoordelen of iemand in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wlz en hoe we relevante begrippen uit de Wet langdurige zorg, het Besluit langdurige zorg (Blz) en de Regeling langdurige zorg (Rlz) interpreteren. Het gaat om begrippen als blijvende zorgbehoefte, permanent toezicht, 24 uur per dag zorg in de nabijheid, ernstig nadeel, fysieke problemen en zware regieproblemen. Als bestuursorgaan handelt het CIZ volgens de beleidsregels. In individuele situaties kan dit echter leiden tot een onredelijke beslissing. Dan kunnen we gemotiveerd afwijken van de beleidsregels (artikel 4:84 Awb).

Leeswijzer

Het document is ingedeeld in vier hoofdstukken.

- Hoofdstuk 1 bevat de definities.
- Hoofdstuk 2 beschrijft de afwegingskaders voor toegang tot de Wlz.
- Hoofdstuk 3 beschrijft de grondslagen die toegang kunnen geven tot de Wlz.
- Hoofdstuk 4 beschrijft de gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen.

¹ TK2013-2014, 33891, nr. 3.

Wat zijn de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de beleidsregels 2019?

- Met ingang van 2020 is de Wlz gewijzigd. Cliënten vanaf 18 jaar met de grondslag 'psychische stoornis' kunnen vanaf 2021 zorg ontvangen uit de Wlz met een onbeperkte indicatieduur². De indicatiestelling kan per 2020 plaatsvinden. Dit heeft geleid tot een aantal wijzigingen in de beleidsregels, namelijk:
 - De grondslag 'psychische stoornis' is toegevoegd.
 - Er gelden andere afspraken voor deze grondslag ten aanzien van ingangsdatum van het besluit. Zie stap 6 van het afwegingskader op blz. 10.
- De wijzigingen in de Rlz over de zorgprofielen voor licht verstandelijk gehandicapten (LVG) en sterk gedragsgestoord en licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) zijn verwerkt in de beleidsregels (overgangperiode ook mogelijk na afronding behandeling in een (SG)LVG-instelling; profielen LVG 1 en LVG2 kunnen niet in een persoonsgebonden budget (pgb); behandeling in een LVG of SGLVG behandelinstelling kan alleen binnen gecontracteerde instellingen; het CIZ toetst bij voortzetting van behandeling in een LVG-behandelinstelling niet aan de toegangscriteria Wlz).
- De tekst over Forensische zorg onder het kopje 'zorg en indicatiestelling uit een ander domein' is verwijderd omdat beoogd is dat het CIZ ook in geval van forensische zorg indiceert. De zorg kan echter pas tot gelding gebracht worden na afloop van de forensische zorg (artikel 3.2.7 Wlz).
- We hebben, waar nodig, teksten aangepast aan recente richtlijnen.
- We hebben in het geheel de teksten beter leesbaar gemaakt en diverse passages verder verduidelijkt.

² De tijdelijke toegang voor mensen met een psychische stoornis (voortzetting verblijf vanwege het bereiken van de maximumduur voor zorg op grond van de zorgverzekering of bij het aflopen van de geldigheidsduur van een eerder afgegeven zorgprofiel GGZ B) conform artikel 3.2.2 Wlz blijft ongewijzigd bestaan.

Hoofdstuk 1 Definities

De begrippen in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg (Wlz) en artikel 1.1.1 van het Besluit langdurige zorg (Blz) zijn ook op deze beleidsregels van toepassing.

In de Wlz staan enkele begrippen die relevant zijn voor de taken van het CIZ. Met onderstaande definities leggen we de betekenis van die begrippen vast voor de Beleidsregels indicatiestelling Wlz.

Blijvende zorgbehoefte

Een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid (zoals bedoeld in artikel 3.2.1 van de Wlz) wil zeggen dat deze behoefte niet meer over gaat. 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.

Ernstig nadeel

Volgens artikel 3.2.1 lid 2 sub c Wlz is ernstig nadeel een situatie waarin iemand:

- a. *Zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;*
- b. *Zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;*
- c. *Ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;*
- d. *Ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.*

Voor toegang tot de Wlz moeten deze situaties voortkomen uit fysieke problemen of zware regieproblemen die gerelateerd zijn aan minstens één van de grondslagen voor de Wlz. Er moet een reëel risico zijn, gebaseerd op onderbouwde verwachtingen voor deze ene persoon. Het feit dat een bepaald gevaar bestaat of relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.

Escalatie

Acute verslechtering van iemands toestand waardoor onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk is. Het kan hierbij gaan om fysieke of gedragsproblemen.

Fysieke problemen

Beperkingen die worden veroorzaakt door stoornissen in de fysiologische functies of anatomische eigenschappen van het houdings- of bewegingsapparaat (bot-spiersysteem, gewrichten en bindweefsel) of de inwendige organen; of door stoornissen in de motorische en sensibele functies van het zenuwstelsel.

Gebruikelijke zorg in de Wlz

Dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en stimulering van de ontwikkeling die kinderen horen te krijgen van hun (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers, al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

Gedragsproblemen

Onder gedragsproblemen, of probleemgedrag, verstaan we al het gedrag dat door de persoon zelf of zijn omgeving als moeilijk hanteerbaar wordt ervaren en dat een nadelige invloed heeft op diens kwaliteit van leven (bijvoorbeeld extreem teruggetrokken gedrag, apathie, (verbale) agressie en/of ontremd gedrag).

Grondslag

De grondslag is een aandoening, beperking, stoornis of handicap die toegang kan geven tot de Wlz.

De grondslagen voor Wlz-zorg zijn: een somatische (SOM) of psychogeriatrische (PG) aandoening of beperking, een psychische stoornis (PSY), een verstandelijke (VG), lichamelijke (LG) of zintuiglijke (ZG) handicap. In hoofdstuk 3, Grondslagen, staat hoe we de grondslag bepalen.

Instelling

- a. Een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.
- b. Een organisatorisch verband dat gevestigd is buiten het grondgebied van het Europees deel van Nederland en overeenkomstig de daar geldende wetgeving rechtmatig gezondheidszorg verstrekt als bedoeld bij of krachtens artikel 3.1.1 Wlz.

Kind

Een persoon jonger dan 18 jaar.

Kind met ernstige meervoudig complexe handicap/ernstige meervoudige beperkingen (MCG/EMB)

Kind met een ernstige verstandelijke beperking, een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief en een motorische beperking. Meestal is ook sprake van zintuiglijke problemen (waaronder prikkelverwerkingsstoornissen) en/of somatische aandoeningen (zoals epilepsie, reflux, slikproblemen, luchtweginfecties et cetera).

Palliatief terminale zorg

Zorg in de terminale levensfase van een persoon met een levensbedreigende ziekte als de levensverwachting korter is dan drie maanden. De behandelend arts van de persoon stelt dit vast. De persoon krijgt geen (medische) behandeling meer om te herstellen of het leven te verlengen. De zorg is vooral gericht op pijnbestrijding en kwaliteit van leven.

Partner

Huisgenoot met wie de persoon die zorg nodig heeft, is gehuwd of een daarmee gelijkstelde relatie onderhoudt (artikel 1.1.2 Wlz).

Partneropname

Het recht van de partner van een persoon met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die in een instelling verblijft, om mee te verhuizen naar de instelling. De partner heeft hiervoor zelf geen Wlz-indicatie nodig. De partner behoudt dit recht ook als de persoon met Wlz-indicatie naar een andere instelling verhuist of overlijdt (art 3.1.2 Wlz). De persoon met Wlz-indicatie bespreekt met de zorgaanbieder dat hij of zij samen met de partner opgenomen wil worden. De zorgaanbieder vraagt bij het CIZ een indicatiebesluit voor partnerverblijf aan (ZP 0) en registreert de meeverhuizende partner. Niet alle zorgaanbieders hebben aanbod voor partnerverblijf.

Persoon (of mens)

Voor de leesbaarheid hanteren we in deze beleidsregels de term 'persoon' (of 'mens'), waar we 'verzekerde' bedoelen (tenzij we citeren uit wetgeving). Alleen verzekerden (als beschreven in artikel 2.1 Wlz) hebben toegang tot zorg uit de Wlz.

Permanent toezicht

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor men op tijd kan ingrijpen als dat nodig is.

24 uur per dag zorg in de nabijheid

Dit is een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. 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. Het gaat hierbij om:

- a. 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 hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door *fysieke problemen* voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft; of
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door *zware regieproblemen* voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Toegangscriteria

De vereisten om voor Wlz-zorg in aanmerking te komen zoals beschreven in artikel 3.2.1 Wlz, eerste lid.

Voortdurend

Dagelijkse, ongeplande momenten waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen om zorg te verlenen. De zorgverlener neemt daarvoor meerdere malen per dag poolshoogte en grijpt zo nodig in om ernstig nadeel te voorkomen.

Zelfzorg

Algemeen dagelijkse levensverrichtingen waaronder de persoonlijke verzorging en hygiëne en, zo nodig, de verpleegkundige zorg.

Zorg uit een ander domein

Zorg die in een ander domein is geborgd (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw), Jeugdwet). Er is voor deze zorg geen recht op zorg vanuit de Wlz. Zie verder paragraaf 2.1.5.1.

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.

Hoofdstuk 2 Afwegingskaders

Het CIZ besluit of mensen die een Wlz-indicatie aanvragen, werkelijk aangewezen zijn op zorg vanuit de Wlz. Hiervoor zijn drie afwegingskaders beschreven.

- Blijvende Wlz-toegang: het afwegingskader conform art 3.2.1 eerste lid (zie paragraaf 2.1).
- Tijdelijke toegang voor mensen met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen: het afwegingskader conform artikel 3.2.1 derde lid (zie paragraaf 2.2).
- Tijdelijke toegang voor mensen met een psychische stoornis (voortzetting verblijf vanwege het bereiken van de maximumduur voor zorg op grond van de zorgverzekering of bij het aflopen van de geldigheidsduur van een eerder afgegeven zorgprofiel GGZ B): het afwegingskader conform artikel 3.2.2 Wlz (zie paragraaf 2.3).

2.1 Afwegingskader blijvende Wlz-toegang

Met dit afwegingskader onderzoekt het CIZ of iemand is aangewezen op de Wlz conform art 3.2.1 eerste lid Wlz.

Art 3.2.1 Wlz, eerste lid:

Een verzekerde heeft recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis³ of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan:

- a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde, of
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
 1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
 2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

³ Jeugdigen met (enkel) een psychische stoornis komen niet in aanmerking voor de Wlz. Voor hen is de Jeugdwet van toepassing.

1	De aanvraag <ul style="list-style-type: none">• Naam, adres, BSN, handtekening• Zorgvraag• Informatie die voor de beslissing op de aanvraag nodig is
2	In kaart brengen van de zorgsituatie <ul style="list-style-type: none">• Ziekte, aandoening, stoornis• Beperkingen• Vaststellen grondslag(en)
3	Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid' <ul style="list-style-type: none">• Permanent toezicht• 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege fysieke problemen zware regieproblemen• Voorkomen escalatie / ernstig nadeel
4	Vaststellen of zorgbehoefte blijvend is <ul style="list-style-type: none">• Mogelijkheden (functionele) verbetering / herstel / ontwikkeling
5	Uitzonderingen op de toegangscriteria <ul style="list-style-type: none">• Zorg uit ander domein• Gebruikelijke zorg
6	Vaststellen van het recht op Wlz-zorg <ul style="list-style-type: none">• Best passend zorgprofiel• Kenmerk meerzorg indien van toepassing• Ingangsdatum en geldigheidsduur• Motivering

2.1.1 Stap 1: De aanvraag

We stellen vast of we de aanvraag in behandeling kunnen nemen. Daarvoor hebben we ten minste deze gegevens nodig:

- Naam en adres;
- Gewenste zorg (= omschrijving van het gevraagde besluit conform artikel 4:2 lid 1 Awb);
- Burgerservicenummer (artikel 3.2.3 lid 2 Wlz);
- Handtekening (artikel 4:2 Awb);
- Informatie die voor de beslissing op de aanvraag nodig is⁴ zoals informatie over de ziekte, aandoening en het functioneren van de verzekerde (artikel 4:2 lid 2 Awb).

We gaan na of de persoon die een indicatie aanvraagt, verzekerd is voor de Wlz (artikel 3.1 lid 2 Rlz). Ook stellen we de identiteit van deze persoon vast (artikel 9.1.2 lid 6 Wlz).

⁴ Op www.ciz.nl staat een 'Overzicht benodigde informatie bij een aanvraag'

We onderzoeken de situatie van de persoon zorgvuldig, zodat we op verantwoorde wijze kunnen vaststellen of hij recht heeft op Wlz-zorg en zo ja, welk zorgprofiel het beste past. Wanneer we relevante informatie missen, vragen we die alsnog op. Als die informatie niet wordt aangeleverd, is een zorgvuldig onderzoek niet mogelijk. Dan kunnen we besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen⁵ (artikel 4:5 Awb).

Het is ook mogelijk dat iemand met een Wlz indicatie een aanvraag doet om de indicatie in te trekken. Ook dan doen we een volledig onderzoek. Als in stap 6 is vastgesteld dat de persoon niet (meer) voldoet aan de toegangscriteria, kunnen we de indicatie beëindigen (artikel 3.2.4 Wlz).

2.1.2 Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie

We onderzoeken welke ziekten, aandoeningen en/of stoornissen de persoon heeft. Eventuele lopende behandelingen en de ziektebiografie nemen we daarbij mee. We bekijken de objectieve aard en mate van de beperkingen⁶. Het gaat om beperkingen bij activiteiten die relevant zijn voor de zorgvraag. We onderzoeken ook of die beperkingen blijvend zijn. Op grond hiervan bepalen we of er één of meer grondslagen zijn voor de Wlz.

We baseren ons in het onderzoek op (inter)nationaal erkende classificatie-instrumenten zoals:

- 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).

De stoornissen en beperkingen van de persoon leggen we vast (zie bijlage 1) en lichten we zo nodig toe in tekst.

2.1.3 Stap 3: Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'

We stellen vast of de persoon vanwege de in stap 2 vastgestelde ziekte(n), aandoening(en), stoornissen en beperkingen 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 zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
 1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
 2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Het 'ernstig nadeel' leggen we vast.

Ad a

Permanent toezicht is: het hele etmaal onafgebroken toezicht en actieve observatie om dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheid te signaleren. Hierdoor kan altijd tijdig worden ingegrepen, waarmee escalaties van onveilige, gevaarlijke of (levens)bedreigende situaties op het gebied van de gezondheid en/of het gedrag voorkomen worden. Bij mensen die behoefte hebben aan permanent toezicht kan dus elk moment iets (ernstig) mis gaan.

⁵ Het besluit een aanvraag niet in behandeling te nemen kunnen we ook nemen in latere stappen van het afwegingskader.

⁶ Tijdens het onderzoek kan het nodig zijn de invloed van de omgeving (gebouwde of sociale omgeving) in beeld te brengen om de stoornissen en beperkingen te objectiveren. In de afweging of er toegang is tot de Wlz spelen deze factoren geen rol.

Ad b.1

Het gaat hier om:

- Mensen met fysieke problemen vanwege een somatische ziekte of lichamelijke handicap;
- die niet altijd op tijd hulp kunnen vragen of niet altijd erkennen dat ze behoefte hebben aan zorg, vanwege fysieke problemen en de gevolgen daarvan voor het psychisch functioneren (bijvoorbeeld vanwege vermoeidheid, vertraagd denken, verminderde alertheid en concentratie); en
- bij wie dan het wachten op de zorgverlener bij ongeplande zorgmomenten mogelijk ernstig nadeel zal opleveren gezien de medische situatie/prognose. Het nadeel kan niet voorkomen worden door inzet van zorg op geplande momenten of op afroep. Er kan bijvoorbeeld risico zijn op complicaties, zoals verwaarlozing of het oplopen van lichamelijk letsel ten gevolge van bedlegerigheid, een slechte voedingstoestand of tekorten in de zelfzorg.

Ad b.2

Het gaat hier om:

- Mensen die niet goed kunnen beoordelen wat ze moeten doen of laten in verschillende dagelijkse situaties;
- waardoor voortdurend begeleiding of overname van taken nodig is om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen.
- De persoon heeft problemen op het gebied van sociale redzaamheid, gedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie. Door cognitieve beperkingen is begeleiding en toezicht nodig op meerdere momenten van de dag. De zorgverlener moet de persoon op (onverwachte) momenten helpen om een oordeel te vormen over essentiële zaken in het dagelijkse leven. De persoon kan de consequenties van eigen handelen niet overzien. Zonder die hulp kan ernstig nadeel ontstaan omdat de persoon onvoldoende regie en regelvermogen heeft.

2.1.4 Stap 4: Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is

In deze stap stellen we vast of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals is vastgesteld in stap 3 blijvend is. Daarvoor onderzoeken we of de persoon vanwege zijn ziekte, aandoening, stoornissen en beperkingen blijvend (levenslang) is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Er is geen toegang tot de Wlz als er mogelijkheden zijn voor zodanige (functionele) verbetering of herstel – bijvoorbeeld vanwege behandeling⁷ van de ziekte, aandoening, stoornissen en/of beperkingen – dat (nog) niet kan worden vastgesteld of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid blijvend is.

Onderbouwing van de blijvendheid kan worden gevonden in de levensloop (onder meer school en werk), de behandelgeschiedenis (welke interventies zijn al gedaan met welk resultaat) en de prognose door een ter zake deskundige (is de verwachting dat het functioneren van de persoon nog zodanig kan verbeteren dat hij zelf op relevante momenten hulp kan inroepen om ernstig nadeel te voorkomen).

Bij kinderen kijken we niet alleen naar de eventuele mogelijkheden van (functionele) verbetering of herstel (zie eerste alinea), maar ook naar de ontwikkelingsmogelijkheden. Een kind krijgt pas toegang tot de Wlz als we kunnen vaststellen dat het, ondanks deze ontwikkeling, ook in de toekomst zal zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht.

2.1.5 Stap 5: Uitzonderingen op de toegangscriteria

Soms krijgt een persoon die voldoet aan de toegangscriteria uit stap 1 tot en met 4 toch geen toegang tot de Wlz omdat hij zorg krijgt uit een ander domein (zie 2.1.5.1) of omdat er sprake is van gebruikelijke zorg (zie 2.1.5.2 en hoofdstuk 4).

2.1.5.1 Zorg uit een ander domein

Deze paragraaf beschrijft drie situaties waarin een persoon die voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz toch zorg zou moeten krijgen uit een ander domein. Zie hiervoor ook artikel 3.1.5 van het Besluit langdurige zorg.

⁷ Vanuit de Zvw, de Jeugdwet of de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling.

1) Verpleging en verzorging voor kinderen vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) Artikel 3.1.5 onder b van het Besluit langdurige zorg (Blz):

De verzekerde heeft geen recht op zorg ingevolge de wet indien hij minderjarig is en voornamelijk in verband met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv);

Dit artikel zegt het volgende: Kinderen met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap die vanwege de noodzaak voor geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht een behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht hebben geen toegang tot de Wlz. De Zvw is voor deze geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht voorliggend. Het kan bijvoorbeeld gaan om toezicht met een verpleegkundige blik om tijdig in te grijpen bij afwijkingen in de vitale lichaamsfuncties (ademhaling, bloeddruk, bewustzijn et cetera) of om verpleegkundige handelingen zoals het toedienen van zuurstof, intraveneuze medicatie toediening of parenterale voeding.

Als ook sprake is van een (ernstige) verstandelijke handicap

Is al op jonge leeftijd duidelijk dat het kind ook een (ernstige) verstandelijke handicap heeft, dan zou de zorg zowel onder de Zvw als onder de Wlz kunnen vallen. Het aangrijpingspunt van de zorg is hiervoor bepalend.

- Zolang het aangrijpingspunt medische zorg is, krijgt het kind de verpleging en verzorging uit de Zvw.
- Verschuift het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg, dan kan duidelijk worden dat levenslang en levensbreed zorg nodig is. Dan is een indicatie voor de Wlz mogelijk. In de praktijk zien we deze verschuiving vaak rond de vijfde verjaardag, maar eerder of later kan ook.

2) Palliatief terminale zorg

Mensen zonder Wlz-indicatie die palliatief terminale zorg nodig hebben, krijgen die zorg uit de Zorgverzekeringswet (artikel 3.1.5 onder a Blz).

Mensen met Wlz-zorg die palliatief terminale zorg uit de Wlz gaan ontvangen, hebben hiervoor geen herindicatie van het CIZ nodig.

3) Jeugdwet

Het zorgprofiel 'VG wonen met begeleiding en verzorging' (zorgprofiel VG 3) valt voor kinderen niet onder de Wlz (zie artikel 3.1.5 sub c Blz). Zij zijn aangewezen op de Jeugdwets. Overige VG zorgprofielen kunnen voor kinderen wel vanuit de Wlz worden geboden.

Daarnaast zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdhulp in de zin van ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen met opvoed- en opgroei problemen, met psychische en psychiatrische problemen of stoornissen of met een beperking. Gemeenten zijn ook verantwoordelijk voor de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en de jeugdreclassering. Deze vormen van hulp en ondersteuning worden nooit vanuit de Wlz geleverd.

2.1.5.2 Gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg in de Wlz is de dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en stimulering van de ontwikkeling die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden, al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

Is duidelijk dat een kind vanwege zijn grondslag, stoornissen en beperkingen blijvend is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid (stap 1 tot en met 4 van het afwegingskader)? Is er geen sprake van zorg uit een ander domein zoals hierboven beschreven? Dan wegen we af of het kind al redelijkerwijs is aangewezen op zorg uit de Wlz, of dat er nog sprake is van gebruikelijke zorg. Zie hiervoor hoofdstuk 4, Gebruikelijke zorg.

⁸ NB de LVG zorgprofielen en de GGz zorgprofielen zijn ook niet vanuit de Wlz beschikbaar voor minderjarigen (hierbij gaat het echter niet om een uitzondering, maar om een regel).

2.1.6 Stap 6: Vaststellen van het recht op Wlz-zorg

In deze stap beoordelen we of de persoon recht heeft op Wlz-zorg. Zo ja, dan stellen we vast:

- welk zorgprofiel het best past;
- wat de ingangsdatum voor de Wlz-zorg is;
- hoe lang de indicatie geldig is;
- of het kenmerk 'meerzorg' van toepassing is.

2.1.6.1 Het best passend zorgprofiel

Het zorgprofiel moet passen bij de grondslag(en), stoornissen en beperkingen en de daaruit voortvloeiende actuele zorgbehoefte. Voor iedere grondslag is een reeks zorgprofielen beschikbaar. Als iemand meer dan één grondslag heeft, kijken we eerst naar de grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte (zie hiervoor Hoofdstuk 3, Grondslagen, onder 3.2 Aandachtspunten). Als de bijbehorende profielen niet voldoende aansluiten bij de zorgbehoefte, kunnen we kiezen voor een profiel dat hoort bij een van de andere grondslagen die vastgesteld zijn bij die persoon. Dit kan als beperkingen uit de verschillende grondslagen elkaar beïnvloeden, of op grond van leeftijdsgebonden cliëntkenmerken of specifieke gedragsproblemen.

Uitgangspunt is dat een zorgprofiel uit een reeks alleen gekozen kan worden als de problematiek uit die reeks aanwezig is. Met andere woorden: het toegekende zorgprofiel hoeft niet bij de belangrijkste grondslag van die persoon te horen, maar de persoon moet de grondslag van het zorgprofiel wel hebben. We kunnen dus geen zorgprofiel uit de sector Verstandelijk Gehandicapt (VG) kiezen voor iemand zonder grondslag verstandelijke handicap.

Hierop is een uitzondering. De grondslagen 'somatische aandoening of beperking' en 'lichamelijke handicap' brengen een vergelijkbare zorgbehoefte met zich mee. Het verschil tussen de reeksen VV en LG heeft te maken met de aard van het begeleidingsdoel in relatie tot de levensfase. De zorgprofielen LG zijn meer gericht op stabilisatie en ontwikkeling, terwijl de zorgprofielen VV meer aandacht hebben voor begeleiding bij achteruitgang in de ouderenzorg. Soms past een VV-profiel het beste bij iemand met een grondslag lichamelijke handicap en andersom. Het is dan mogelijk het best passende zorgprofiel toe te kennen.

Zie ook bijlage 2, Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel.

2.1.6.2 Meerzorg

Soms is meer zorg nodig dan beschikbaar is in het best passende zorgprofiel. Mensen met een passend zorgprofiel die meerzorg willen, kunnen dat rechtstreeks bij het zorgkantoor aanvragen. Het zorgkantoor kan dan een onderzoek naar meerzorg starten.

Het CIZ kan het kenmerk 'onderzoek doen naar meerzorg' meegeven aan het zorgkantoor. Dit wordt gedaan als een aanvraag wordt ingediend voor Wlz zorg én uit ons onderzoek blijkt dat iemand recht heeft op een zorgprofiel én voldoet aan één van deze situaties:

1. invasieve beademing nodig heeft, of
2. non-invasieve beademing nodig heeft, of
3. recht heeft op zorgprofiel 'VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging' (VG5) en permanent toezicht nodig heeft vanwege zwaar complexe somatische problematiek, of
4. recht heeft op zorgprofiel 'VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging' (VG8) en permanent toezicht nodig heeft vanwege zwaar complexe somatische problematiek.

Het zorgkantoor onderzoekt vervolgens hoeveel zorg de persoon nodig heeft.

Ad 1 en 2: Beademing wil zeggen dat de ademhaling volledig of ter ondersteuning mechanisch door apparatuur wordt overgenomen. Dit kan continu het geval zijn. Maar ook intermitterend, bijvoorbeeld alleen gedurende de nacht of mede 'on demand'⁹ (de apparatuur schakelt automatisch in als de persoon niet zelf ademhaalt). De beademing gebeurt via een tracheostoma (invasief) of via een mond-/neuskap (non-invasief).

De volgende zaken vallen niet onder beademing:

- incidentele beademing via de tracheostoma met een ballon, al dan niet bij calamiteiten. Er is geen sprake van continue of intermitterende beademing naast dit incidentele gebruik van de beademingsballon;
- zuurstoftoediening via een 'brilletje', flowsnor, tracheostoma of anderszins;
- bewaking van het zuurstofgehalte in het bloed met een saturatiemeter;
- het hebben van een tracheostoma;
- apparatuur bij slaapapneu.

Ad 3 en 4: Het gaat hierbij om personen met (naast de aandoeningen en beperkingen die tot genoemde zorgprofielen leiden) zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze somatische/lichamelijke problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging waarbij permanent toezicht noodzakelijk is gericht op de fysieke functies, waarbij de ouders/hulpverleners actief de vitale lichaamsfuncties van de persoon moeten controleren. Het gaat hier bijvoorbeeld om actieve controle van de ademhaling, het slikken, het bewustzijn, inwendige- of onderhuidse bloedingen, de bloeddruk en de lichaamstemperatuur. Bij afwijkingen kan gevaar ontstaan, bijvoorbeeld acute zuurstofdaling door bijvoorbeeld een ademstilstand of een obstructie van de ademhaling, een zwaar epileptisch insult of een shock. Direct ingrijpen is daarom noodzakelijk, bijvoorbeeld (extra) zuurstof toedienen, uitzuigen, medicatie toedienen of reanimeren.

2.1.6.3 Ingangsdatum en geldigheidsduur

Ingangsdatum

Het CIZ oordeelt en beslist binnen zes weken na de datum waarop de aanvraag is ingediend (artikel 3.2.4 lid 1 Blz).

Hoofregel: De ingangsdatum van het besluit is de datum waarop het CIZ de beslissing neemt.

De datum ingang geïndiceerde zorg kan soms ook na de datum van het indicatiebesluit liggen (mits dit zorginhoudelijk is onderbouwd). Dit geldt in ieder geval voor indicatiebesluiten, waarbij de toegang is gebaseerd op de grondslag psychische stoornis, die in 2020 worden genomen. Hier ligt de ingangsdatum op 1 januari 2021.

De datum ingang geïndiceerde zorg kan in beginsel niet liggen vóór de datum van het indicatiebesluit. Hierop zijn twee uitzonderingen mogelijk:

1. Bij indicatiestellingen in het kader van het plan 'Waardigheid en Trots' (ERAI). We beslissen dan op de dag dat de aanvraag bij ons binnenkomt. De ingangsdatum van de geïndiceerde zorg is de datum waarop de zorg is gestart, tot maximaal 14 (kalender)dagen voor de datum dat de aanvraag bij ons is ingediend.
2. Bij bijzondere omstandigheden in een concreet geval¹⁰. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in de volgende situaties:
 - Bij aanvragen voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie, aansluitend aan eerstelijns verblijf (Zorgverzekeringswet), bij beëindiging van de forensische status van een persoon die Wlz-zorg behoeft en na het toewijzen van een status bij asielzoekers. In deze gevallen is sprake van een plotselinge wijziging in de situatie van de persoon.
 - Als een persoon vanwege bijzondere omstandigheden al Wlz-zorg ontvangt, conform artikel 3.2.4 lid 2 Blz. Het gaat dan bijvoorbeeld om een acute onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de persoon waarbij al

⁹ Doordat de apparatuur voorziet in een ingestelde ademfrequentie, zal bij een terugval of het wegvallen van de ademhaling van de persoon de ademhaling volgens de noodzakelijke frequentie doorgang vinden.

¹⁰ Conform de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, via www.rechtspraak.nl te vinden met ECLI:NL:CRVB:2009:BK1592.

direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de persoon blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz. Het kan ook gaan om een persoon die nog thuis woont dankzij mantelzorg eventueel aangevuld met zorg en ondersteuning vanuit de gemeente of zorgverzekering. Als de mantelzorg acuut en onverwacht uitvalt kan het nodig zijn de persoon direct op te nemen in een Wlz-instelling.

Krijgt de persoon al Wlz-zorg op de datum van de aanvraag? Dan beslist het CIZ binnen twee weken. Voorwaarde is dat er voldoende (medische) informatie bij de aanvraag beschikbaar is. De ingangsdatum van de indicatie is dan de datum dat de aanvraag bij het CIZ is binnengekomen of maximaal vijf dagen daarvoor als de zorg eerder is gestart.

Overgangperiode

Soms stellen we een indicatie voor zorg vanuit de Wlz naar beneden bij. Dan is een overgangperiode mogelijk¹¹. We houden dan rekening met de mate waarin de lopende indicatie omlaag gaat, met bestaande verplichtingen vanuit de lopende indicatie en met de individuele situatie van de cliënt.

Een overgangperiode is ook mogelijk als een cliënt na afronding van de behandeling in een (SG)LVG-instelling, nog wel zorg nodig heeft, maar na het onderzoek door het CIZ niet blijkt te voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz. Het CIZ kan de (SG)LVG-indicatie verlengen. De cliënt kan dan langer blijven wonen in de instelling waar hij behandeling met verblijf heeft gekregen zodat er tijd is om de overgang te regelen. Het CIZ hanteert hiervoor een maximum termijn van drie maanden.

Geldigheidsduur

Een indicatiebesluit is voor onbepaalde tijd geldig, conform artikel 3.2.5 Blz, met uitzondering van de in hoofdstuk 3 van de Regeling langdurige zorg (Rlz) genoemde indicatiebesluiten:

- Zorgprofielen LVG en SGLVG zijn maximaal drie jaar geldig (zie paragraaf 2.2.5);
- Zorgprofielen GGZ-B zijn maximaal drie jaar geldig (zie paragraaf 2.3);
- Zorgprofiel 'herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling' (zorgprofiel VV9B) is maximaal 6 maanden geldig.

Verdragsgerechtigden

Het CIZ beoordeelt Wlz-aanvragen van verdragsgerechtigden op grond van artikel 5.2.1 Blz. We houden daarbij rekening met de verwachte verblijfsduur van de zorgvrager in Nederland. De indicatie is maximaal 6 maanden geldig en kan eenmalig met maximaal 6 maanden verlengd worden.

2.1.6.4 Informatie bij besluit

Het CIZ kan aanvullende informatie vastleggen en doorgeven aan het zorgkantoor, zodat de zorg eerder kan starten. Deze informatie hoort niet bij het indicatiebesluit en heeft geen rechtsgevolg. Er kan daarom geen bezwaar tegen worden gemaakt.

Als aanvullende informatie bij het indicatiebesluit kan worden vermeld:

1. De vorm waarin de persoon de zorg wil ontvangen (bijvoorbeeld persoonsgebonden budget of opname in een instelling).

Onderstaande zorgprofielen kunnen conform artikel 5.5 Rlz niet in een persoonsgebonden budget (pgb) worden geleverd:

- a. VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (VV9B);
- b. LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding (LVG1);
- c. LVG Wonen met behandeling en begeleiding (LVG2);
- d. LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep (LVG3);
- e. LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (LVG4);
- f. LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (LVG5);
- g. LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum (SGLVG01);
- h. GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding (GGZ05).

Het zorgkantoor beslist of iemand voor een pgb in aanmerking komt, niet het CIZ.

¹¹ Conform de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, via www.rechtspraak.nl te vinden met ECLI:NL:CRVB:2013:BZ2559.

2. Indien bekend registreert het CIZ de voorkeursleverancier van de persoon.

2.1.6.5 Het indicatiebesluit

Het resultaat van alle voorgaande stappen is een indicatiebesluit conform wet- en regelgeving. Uitkomsten kunnen zijn:

- wel recht op Wlz zorg;
- geen recht op Wlz zorg;
- we nemen de aanvraag niet in behandeling (zie stap 1 van het afwegingskader, paragraaf 2.1.1).

De verzekerde ontvangt het indicatiebesluit met een deugdelijke motivering voor de beslissing (artikel 3:46 Awb).

Is de Wlz-indicatie toegekend? Dan staat in elk geval vermeld in het besluit:

- de resultaten van het voorbereidend onderzoek;
- de aandoeningen, beperkingen, stoornissen of handicaps waardoor de persoon op zorg is aangewezen;
- het zorgprofiel (eventueel met het kenmerk 'onderzoek doen naar meerzorg');
- de ingangsdatum en geldigheidsduur (artikel 3.2.3 Blz).

Tegen het indicatiebesluit staat bezwaar en beroep open conform de Algemene wet bestuursrecht.

We sturen het indicatiebesluit naar het zorgkantoor en nemen het op in het Wlz-register. De huisarts wordt geïnformeerd over het indicatiebesluit als de persoon hiervoor toestemming heeft gegeven.

2.2 Afwegingskader tijdelijke toegang voor mensen met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen

Deze paragraaf beschrijft het afwegingskader voor meerderjarigen met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen conform art 3.2.1. derde lid Wlz.

Art 3.2.1 Wlz, derde lid:

In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:

- a) tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of
- b) volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.

De hoofdregel is dat mensen alleen recht hebben op Wlz-zorg als zij blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. In artikel 3.2.1 derde lid Wlz staat een uitzondering op deze regel.

Tekst uit de memorie van toelichting (bladzijde 13):

'Uitzondering: volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVG)

In de HLZ-brief van 25 april 2013 staat dat de zzp's LVG 1-5 voor kinderen tot achttien jaar onderdeel worden van de nieuwe Jeugdwet. Ook na het bereiken van de achttienjarige leeftijd kan nog behoefte zijn aan deze zorg, bijvoorbeeld omdat de behandeling die vóór het achttienjarige levensjaar is gestart nog niet is afgerond. Ook kan het voorkomen dat pas na het bereiken van de achttienjarige leeftijd wordt vastgesteld dat deze vorm van zorg de meest aangewezen is in verband met de gedragsproblematiek van de licht verstandelijk beperkte jongvolwassene. Het gaat hierbij om integrale behandelzorg in een verblijfsetting met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij die wordt ingezet voor een bepaalde periode. Na deze behandelperiode kan de cliënt zijn aangewezen op een andere vorm van zorg vanuit de

Wlz danwel kan de cliënt worden ondersteund door de gemeente en/of zorgverzekeraar. Bij deze groep cliënten is er dus niet in alle gevallen sprake van een blijvende behoefte aan zorg. Toch heeft de regering het noodzakelijk geacht deze groep cliënten onder de reikwijdte van de Wlz te brengen. De continuïteit van de ingezette behandeling prevaleert, naar de mening van de regering, boven het bereiken van de leeftijd van achttien jaar. Tevens vindt de regering het van belang dat deze vorm van integrale behandelzorg ook beschikbaar is voor jongvolwassenen. De regering maakt daarom voor deze groep een uitzondering op het uitgangspunt dat er sprake dient te zijn van een blijvende zorgbehoefte.'

Het gaat hierbij om (jong)volwassenen die zijn aangewezen op integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG of SGLVG behandelinstelling, zoals beschreven in de zorgprofielen voor maximaal 3 jaren (artikel 2.5 en artikel 3.2 lid 1 Rlz).¹ Deze integrale multidisciplinaire behandeling kan alleen worden geleverd binnen de hiertoe door het zorgkantoor gecontracteerde instellingen.

Afwegingskader Wet langdurige zorg (Wlz) art 3.2.1 derde lid



2.2.1 Stap 1 en 1B: De aanvraag

We stellen eerst vast of we de aanvraag in behandeling kunnen nemen. Dit gebeurt conform stap 1 van het afwegingskader blijvende toegang (paragraaf 2.1.1).

Daarnaast stellen we vast of het gaat om een aanvraag:

- a. van een meerderjarige met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen zonder voorzetting vanuit de Jeugdwet (Wlz art 3.2.1. derde lid onder a), of
- b. van een meerderjarige met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen vanwege voorgezette behandeling met verblijf (in een LVG-behandelinstelling) vanuit de Jeugdwet omdat de verzekerde 18 jaar wordt (Wlz art 3.2.1. derde lid onder b).

Stap 1: Als het gaat om situatie a doorlopen we stappen 2 tot en met 5.

Stap 1B: Als het gaat om situatie b is er toegang tot de Wlz. De behandelaar geeft aan dat (en wanneer/hoe lang) voortzetting van deze behandeling in een LVG-behandelinstelling nodig is. Het CIZ toetst niet aan de toegangscriteria Wlz¹². Het CIZ kijkt wél, op basis van het behandelplan, of er noodzaak is tot multidisciplinaire behandeling (zie stap 4). In stap 5 indiceren we het best passende zorgprofiel uit de reeks LVG.

2.2.2 Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie

In deze stap onderzoeken we de actuele zorgsituatie; zie hiervoor stap 2 van het afwegingskader blijvende toegang (paragraaf 2.1.2). Daarbij stellen we ook vast of er sprake is van een licht verstandelijke handicap¹³ en gedragsproblemen.

Licht verstandelijke handicap

Het gaat hierbij om een verstandelijke handicap zoals beschreven in het hoofdstuk grondslagen. Er is sprake van een licht verstandelijke handicap als:

- De persoon een normscore van tussen de 50 en 75 behaalt op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Er dusdanige beperkingen in het adaptief functioneren zijn vastgesteld dat de persoon aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken, en
- Deze beperkingen al tijdens de vroege¹⁴ ontwikkelingsleeftijd ontstaan zijn; beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren die na het 18e levensjaar ontstaan zonder aanwijzingen in de voorgeschiedenis passen niet bij het beeld van een persoon met een verstandelijke handicap¹⁵.

Op grond van historische overwegingen worden mensen met een IQ tussen de 75 en 85 ook gerekend tot de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten in het kader van deze integrale behandeling als wordt voldaan aan de volgende criteria:

- Een persoon behaalt een normscore van tussen de 75 en 85 op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Door zijn verstandelijke beperkingen heeft de persoon ernstige of zeer ernstige beperkingen in het adaptief vermogen. Daardoor is hij afhankelijk van intensieve ondersteuning op minimaal één van deze domeinen: het conceptuele, sociale en praktische domein. De ondersteuning is nodig om ernstig nadeel te voorkomen, en
- Deze beperkingen zijn op vroege¹⁶ ontwikkelingsleeftijd ontstaan; beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren die na het 18e levensjaar ontstaan zonder aanwijzingen in de voorgeschiedenis passen niet bij het beeld van een persoon met een verstandelijke handicap¹⁷.

¹² Grondslag, blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, ernstig nadeel.

¹³ Het gaat om mensen met een licht verstandelijke beperking in verband met de leerbaarheid, de mogelijkheid te profiteren van het behandelaanbod in de (SG)LVG behandelinstelling.

¹⁴ Handboek DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

¹⁵ Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van de persoon aannemelijk dat de beperkingen reeds voor het 18e levensjaar aanwezig waren en kan worden uitgesloten dat er andere oorzaken zijn voor een achteruitgang in cognitief functioneren na het 18e levensjaar.

¹⁶ Zie voetnoot 14.

¹⁷ Zie voetnoot 15.

Gedragsproblemen

Bij de doelgroep LVG gaat het om ernstige tot zeer ernstige gedragsproblemen, waardoor veel of continu sturing, regulering, behandeling, ondersteuning en toezicht nodig is. Er kan sprake zijn van verbaal agressief gedrag, destructief gedrag, manipulatief gedrag, ongecontroleerd en/of ontremd gedrag. Ook grensoverschrijdend seksueel gedrag kan voorkomen. Bij de doelgroep SGLVG is sprake van ernstige, complexe gedragsproblematiek. De bepaling van de ernst van de gedragsproblemen ontleen we aan een medisch of gedragskundig rapport.

2.2.3 Stap 3: Tijdelijke behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid

In deze stap stellen we vast of de meerderjarige persoon vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen (ten minste) tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in de Wlz (paragraaf 2.1.3).

2.2.4 Stap 4: Noodzaak voor integrale multidisciplinaire behandeling in een (SG)LVG behandelinstelling

In deze stap stellen we vast of er een noodzaak is voor integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG of SGLVG behandelinstelling, zoals beschreven in de memorie van toelichting bladzijde 13.

LVG-behandelinstelling (zorgprofiel LVG)

Het gaat om jongvolwassenen (18 tot 23 jaar) met een licht verstandelijke handicap in combinatie met gedragsproblemen en vaak ook psychische stoornissen. Er is vaak sprake van meervoudige problematiek en/of problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

Een betrokken behandelaar moet in de aanvraag de noodzaak tot een integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling onderbouwen.

Bij de LVG-profielen zijn de volgende toelatingscriteria in combinatie vereist:

- Behandelperspectief/prognose. Uit de onderzoeksgegevens moet blijken dat de gevraagde behandeling het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de persoon potentieel kan verbeteren, geformuleerd in een concreet behandeldoel. De behandeling moet een multidisciplinair karakter hebben, gecoördineerd door een Wlz-behandelaar. Tijdens de intake- en diagnostiekfase moet gebleken zijn dat intramurale opname met behandeling noodzakelijk is.
- Er is bij aanvang van de behandeling sprake van ernstige gedragsproblemen. Het aanbod is (binnen de Wlz) gericht op jongeren van 18 tot 23 jaar oud.

SGLVG-behandelcentrum (zorgprofiel SGLVG)

Het gaat hierbij om mensen met een licht verstandelijke handicap en ernstige gedragsproblemen al dan niet in combinatie met psychiatrische problemen. De problematiek komt tot uiting in alle facetten van het leven: (gezins)systeem, wonen, werken en vrije tijd. De problemen versterken elkaar, zijn vaak onderling met elkaar verweven en de samenhang tussen deze problemen is complex. De behandeling van deze problemen moet aansluiten bij het cognitieve niveau van de persoon. De gedragswetenschappelijke en de psychiatrische behandeling zijn met elkaar verweven.

Een betrokken behandelaar moet in de aanvraag de noodzaak tot een integrale, multidisciplinaire behandeling in een SGLVG-behandelcentrum onderbouwen.

Bij het SGLVG-profiel zijn de volgende toelatingscriteria in combinatie vereist:

- Beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren die zijn ontstaan in de ontwikkelingsperiode, een IQ tussen 50-85 en complexe gedragsproblemen, vaak met een psychische stoornis.
- Opname is nodig om het behandelperspectief en de behandelprognose vast te stellen. De verwachting is dat de behandeling leidt tot vermindering van klachten.
- Een integrale multidisciplinaire behandeling is nodig vanwege de problematiek.
- De persoon is meestal tussen 18 jaar en 55 jaar.
- Er is sprake van ernstige handelingsverlegenheid van de omgeving vanwege de problematiek.

- Eerdere behandelingen in de GGZ of de VG-sector hebben onvoldoende of geen resultaat gehad.
- De behandeling wordt gestart op verzoek van een verwijzer.

2.2.5 Stap 5: Het indicatiebesluit

In deze stap stellen we vast welk zorgprofiel het best passend is. De zorgprofielen LVG en SGLVG hebben een maximale geldigheidsduur van 3 jaar. Zie verder stap 6 van het afwegingskader blijvende toegang (paragraaf 2.1.6). Deze zorgprofielen kunnen alleen worden geleverd in door het zorgkantoor gecontracteerde (SG)LVG instellingen.

2.3 Afwegingskader tijdelijke toegang voor mensen met een psychische stoornis

In deze paragraaf beschrijven we de afweging voor de tijdelijke toegang van mensen met een psychische stoornis conform art 3.2.2 Wlz. Het betreft de voortzetting van verblijf vanwege het bereiken van de maximumduur voor zorg op grond van de zorgverzekering of bij het aflopen van de geldigheidsduur van een eerder afgegeven zorgprofiel GGZ B.

Art 3.2.2 Wlz:

1. Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.
2. Na afloop van de periode, bedoeld in het eerste lid, kan de zorg telkens voor een onafgebroken periode van maximaal drie jaar verder worden voortgezet.
3. Een onderbreking van ten hoogste negentig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd.
4. Een verzekerde heeft slechts recht op zorg als bedoeld in het eerste en tweede lid voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen.

Mensen met een psychische stoornis, zorgprofielen GGZ-B

Mensen met een psychische stoornis hebben op grond van hun zorgverzekering maximaal drie jaar recht op verblijf en daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg. Als deze zorg meer dan drie jaar noodzakelijk is, kan de zorg maximaal drie jaar (onafgebroken) doorgaan vanuit de Wlz (artikel 3.2.2 Wlz).

Als de behandelaar heeft bepaald dat de persoon na drie jaar verblijf en de daarbij behorende medische noodzakelijke geneeskundige zorg uit de Zvw is aangewezen op voortzetting van deze zorg, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de persoon het best passende zorgprofiel vast. Het gaat om een zorgprofiel in de reeks GGZ-B. Het profiel is maximaal 3 jaar geldig¹⁸. Verlenging daarna is telkens met periodes van maximaal 3 jaar mogelijk als de persoon volgens de behandelaar nog is aangewezen op voortzetting.

De zorgprofielen in de sector GGZ-B (GGZ-B 3 tot en met 7) kunnen op basis van artikel 3.3.4 Wlz alleen worden geleverd in een gecontracteerde instelling.

¹⁸ Het CIZ toetst niet aan de toegangscriteria Wlz te weten grondslag, blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, ernstig nadeel.

De zorgbehoefte van een persoon met een zorgprofiel GGZ-B kan zodanig wijzigen dat het geïndiceerde zorgprofiel niet meer past, terwijl de persoon nog wel klinische GGZ-zorg nodig heeft. Dan stellen we op basis van de actuele zorgbehoefte het best passende zorgprofiel (uit de reeks GGZ-B) vast.

Heeft de persoon deze zorg niet meer nodig maar heeft hij wel blijvend behoefte aan Wlz-zorg? Dan gelden de reguliere toegangscriteria voor de Wlz (paragraaf 2.1).

Hoofdstuk 3 Grondslagen

3.1 Algemeen

Voor een Wlz-indicatie moet er sprake zijn van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (artikel 3.2.1, eerste lid, Wlz).

3.2 Aandachtspunten

Vaststellen grondslag

Om de grondslag vast te stellen gebruiken we informatie over diagnostiek en over stoornissen en beperkingen die een ter zake deskundige aanlevert. Dit is iemand die volgens de vigerende standaarden en richtlijnen van zijn beroepsgroep bevoegd is om de diagnose te stellen. Ook ons eigen onderzoek kan informatie over stoornissen en beperkingen opleveren.

Eén grondslag of meer grondslagen

Voor toegang tot zorg vanuit de Wlz moet iemand minstens één grondslag hebben. Sommige mensen hebben meer grondslagen. Voor een compleet inzicht in de problematiek en in de samenhang tussen grondslagen vermelden we alle grondslagen in het dossier.

Grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte

Als sprake is van meer dan één grondslag stellen we vast welke grondslag de meeste invloed heeft op de zorgbehoefte. Dat is de grondslag die leidt tot de zwaarstwegende beperkingen in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte. Deze grondslag kan wijzigen als de zorgbehoefte verandert. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat eerst een somatische aandoening of beperking de meeste invloed had op de zorgbehoefte, en later de grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking. Zie ook paragraaf 2.1.6.1, Het best passend zorgprofiel.

3.3 De zes grondslagen

3.3.1 Somatische aandoening of beperking

De grondslag 'somatische aandoening of beperking' kennen we toe als er sprake is van een actuele lichamelijke ziekte of aandoening.

Er is een aantal aandoeningen die in de eerste fase vallen onder de grondslag somatische aandoening en later kunnen vallen onder grondslag lichamelijke handicap. Het gaat dan om aandoeningen, die worden veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) en die blijvende beperkingen geven. Bij twijfel over de vraag of deze beperkingen blijvend zijn, raadplegen we de behandelend arts. Een voorbeeld is iemand met de diagnose Multipole Sclerose (MS). In eerste instantie geeft dit vaak een wisselend klachtenpatroon in motorisch functioneren: er is dan sprake van de grondslag SOM. In een latere fase kan sprake zijn van spasticiteit die het motorische functioneren ernstig belemmert. Indien behandeling geen verbetering meer zal opleveren in het motorisch functioneren kan er sprake zijn van de grondslag LG.

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Er is sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)¹⁹ als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en adequaat medisch onderzoek geen aandoening aan het licht brengt die de lichamelijke klachten voldoende verklaart.

Bij sommige personen wordt wel een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger of beperken zij het functioneren sterker dan op grond

¹⁹ De omschrijvingen sluiten aan bij de NHG-standaard voor Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) van mei 2013.

van de aandoening te verwachten is. Ook kan geobjectiveerde informatie over een achterliggende ziekte of aandoening ontbreken. Dan is er eveneens sprake van SOLK.

Beperkingen door SOLK moeten, net als in andere situaties, altijd door een ter zake deskundige worden geobjectiveerd. De persoon moet onderzocht zijn in het reguliere medische circuit voordat er sprake kan zijn van zorg vanuit de Wlz.

Bij mensen met (het vermoeden van) SOLK raadplegen we altijd de medisch adviseur van het CIZ. Een Wlz-indicatie is mogelijk als de medisch adviseur na overleg met de curatieve sector, tot de conclusie komt dat de situatie onomkeerbaar is en de stoornissen en beperkingen blijvend zijn. Zo kan bijvoorbeeld bij een functionele neurologische symptoomstoornis in enkele gevallen op grond van geobjectiveerde, blijvende lichamelijke complicaties zoals contracturen wel een grondslag lichamelijke handicap worden gesteld.

Het zichtbare beperkingenbeeld van de SOLK ligt vrijwel altijd op het somatische vlak. Bij het ontbreken van nadere diagnostiek kiezen we daarom voor een somatische grondslag.

3.3.2 Lichamelijke handicap

Ook een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. De grondslag lichamelijke handicap is van toepassing als iemand:

- beperkingen heeft door stoornissen van het zenuwstelsel en/of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel),
- waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering).

De behandelend arts stelt vast of een functionele verbetering mogelijk is.

3.3.3 Psychogeriatrische aandoening of beperking

De grondslag psychogeriatricie kan toegekend worden als er volgens de DSM-5 criteria sprake is van een uitgebreide neurocognitieve stoornis (NCS). Deze grondslag kan ook worden toegekend als er sprake is van een beperkte neurocognitieve stoornis waarvan de oorsprong (het etiologische subtype) een psychogeriatrische aandoening betreft. Het gaat om een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen, met aanwijzingen voor een significante cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren op het gebied van complexe aandacht, executieve functies, leren en geheugen, taal, perceptueel-motorisch of sociaal-cognitieve functies.

De substantiële beperking in de cognitieve prestaties is bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde (neuropsychologische) tests, of, als die er niet zijn, een ander gekwantificeerd (klinisch) onderzoek²⁰. De cognitieve beperkingen kunnen niet worden verklaard door een delier of een psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis, schizofrenie).

Aan de hand van voorbeelden van symptomen of observaties wordt het niveau van de neurocognitieve stoornis vastgesteld ('uitgebreid' of 'beperkt'), net als het subtype van de neurocognitieve stoornis, bijvoorbeeld NCS door de ziekte van Alzheimer of door vasculaire ziekte. Verder kan gespecificeerd worden of de neurocognitieve stoornis samen gaat met gedragsstoornissen²¹.

De bovengenoemde domeinen vormen samen met de richtlijnen voor klinische drempelwaarden de basis om een neurocognitieve stoornis inclusief niveau en subtype vast te stellen.

De meest voorkomende aandoening die leidt tot deze grondslag is dementie. Dit is een verzamelnaam voor een aantal ziekteverschijnselen die allemaal veroorzaakt worden door niet-aangeboren afwijkingen in de hersenen, ook wel dementieel syndroom genoemd.

²⁰ Bijvoorbeeld diagnostiek door de huisarts conform de NHG standaard.

²¹ DSM-5 Neurocognitieve stoornissen.

3.3.4 Psychische stoornis

Het CIZ hanteert de criteria van de DSM-5²² voor een psychische stoornis om de grondslag psychische stoornis toe te kennen. Een psychische stoornis is een syndroom gekenmerkt door symptomen op het gebied van cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren op sociaal en/of beroepsmatig gebied en/of bij andere belangrijke bezigheden.

De diagnose moet door een ter zake deskundige worden gesteld volgens de binnen de beroepsgroep vigerende richtlijnen.

3.3.5 Verstandelijke handicap

Een verstandelijke beperking begint gedurende de ontwikkelingsperiode, met beperkingen in zowel het verstandelijke als het adaptief functioneren in de conceptuele, sociale en praktische domeinen.

Beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren worden vastgesteld door een professionele beoordeling en door een geïndividualiseerde gestandaardiseerde, psychometrisch valide en betrouwbare intelligentietest.

Beperkingen in het adaptief functioneren leiden er toe dat de persoon zonder blijvende ondersteuning niet zelfstandig kan functioneren in het dagelijks leven.

In de DSM-5 wordt de mate van ernst van de verstandelijke beperking gespecificeerd op basis van de ernst van de beperkingen in het adaptieve functioneren als licht, matig, ernstig, zeer ernstig.

Er is daarom sprake van een grondslag verstandelijke handicap als:

- Een persoon een normscore van 75²³ of lager behaalt op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- er dusdanige beperkingen in het adaptief functioneren zijn vastgesteld dat de persoon aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken ten einde ernstig nadeel voor hem of haar te voorkomen, en
- ee beperkingen op bovengenoemde terreinen gedurende de vroege²⁴ ontwikkelingsleeftijd ontstaan zijn. Als de beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren pas na het 18e levensjaar ontstaan zijn en er in de voorgeschiedenis hiervoor geen aanwijzingen waren, dan past dat niet bij een beeld van een persoon met een verstandelijke beperking²⁵.

Uitzondering: Bij kinderen die voldoen aan de criteria MCG/EMB zijn gestandaardiseerde intelligentietesten door de complexiteit en ernst van de beperkingen moeilijk af te nemen. Diagnostisch onderzoek voor deze kinderen richt zich daarom vooral op het adaptief gedrag.

De DSM-5 spreekt boven een IQ van 75 niet over een verstandelijke beperking. In Nederland worden personen met een IQ tussen de 75 en 85 doorgaans aangeduid met de term "zwakbegaafd". Ook deze personen kunnen aanzienlijke problemen hebben in het adaptief functioneren.

Afhankelijk van de ernst van de beperkingen in het adaptief functioneren, en de eventuele aanwezige gedragsproblemen, kan daarom ook een IQ-score tussen de 75 en 85 tot een grondslag verstandelijke handicap leiden als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- De persoon behaalt een normscore tussen de 75 en 85 op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en

²² Als de diagnostiek is gedaan conform de DSM-IV en deze is nog actueel, dan is dat ook mogelijk.

²³ DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

²⁴ Zie voetnoot 23.

²⁵ Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van de persoon aannemelijk dat de beperkingen reeds voor het 18e levensjaar aanwezig waren en kan worden uitgesloten dat er andere oorzaken zijn voor een achteruitgang in cognitief functioneren na het 18e levensjaar.

- uit de bovengenoemde professionele beoordeling moet blijken dat de persoon als gevolg van zijn verstandelijke beperkingen ernstige of zeer ernstige beperkingen²⁶ in het adaptief vermogen heeft en daardoor afhankelijk is van intensieve ondersteuning op minimaal één van de drie domeinen te weten het conceptuele, sociale en praktische domein, ter voorkoming van ernstig nadeel voor hem of haar. Daarnaast kan de intensieve ondersteuningsbehoefte samenhangen met bijkomende problematiek zoals o.a. probleemgedrag, en
- bij deze professionele beoordeling wordt ter ondersteuning van de onderzoeksbevindingen bij voorkeur gebruik gemaakt van één van de binnen de beroepsgroep gebruikelijke testen om het adaptief functioneren in kaart te brengen. In ieder geval dient uit het professionele onderzoek een duidelijk beeld verkregen te worden van de actuele stoornissen en beperkingen en de mate van ondersteuning waarop de persoon is aangewezen (volledig diagnostisch onderzoek), en
- de beperkingen op bovengenoemde terreinen moeten gedurende de vroege²⁷ ontwikkelingsleeftijd ontstaan zijn. Als de beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren pas na het 18e levensjaar ontstaan zijn en er in de voorgeschiedenis hiervoor geen aanwijzingen waren, dan past dat niet bij een beeld van een persoon met een verstandelijke beperking²⁸.

3.3.6 Zintuiglijke handicap

De grondslag zintuiglijke handicap kan worden toegekend aan mensen met een visuele of auditief-communicatieve handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem (of -stoornis).

Visuele handicap

Visuele beperkingen worden in Nederland gedefinieerd volgens de ICD-10 classificatie van de WHO en ingedeeld op basis van gezichtsscherpte (visus) en gezichtsveld, waarbij de diagnostiek plaatsvindt door middel van metingen met hulpmiddel (bril).

Een visuele handicap valt onder de grondslag zintuiglijke handicap als er volgens de richtlijnen voor diagnostiek van de NOG²⁹ sprake is van:

- Een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog, en/of
- Een gezichtsveld < 30 graden, en/of
- Een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Auditief-communicatieve handicap

Van een auditieve stoornis is sprake als een arts stoornissen in het gehoorvermogen heeft vastgesteld of laten vaststellen. De mate van gehoorverlies wordt bepaald met audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat. Een uitzondering hierop is het cochleair implantaat. Na een gewenningsperiode van twee jaar wordt het gehoorverlies vastgesteld met het implantaat in.

Volgens de FENAC³⁰-richtlijnen voor diagnostiek is er sprake van een auditieve stoornis als:

- Het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen; of
- Als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

Om van de grondslag zintuiglijke handicap te spreken moet de auditieve stoornis samenhangen met communicatieve beperkingen en/of ernstige sociaal emotionele problematiek en/of ernstige spraak-/taalstoornis en/of leerachterstand.

²⁶ Met betrekking tot de definitie 'ernstige en zeer ernstige beperkingen' zie handboek DSM-5 uitgebreide en beknopte versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

²⁷ Zie voetnoot 23.

²⁸ Zie voetnoot 25.

²⁹ Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.

³⁰ Federatie van Nederlandse Audiologische Centra.

Spraak-/taalstoornis

Een spraak-/taalstoornis kan worden vastgesteld bij ernstige communicatieve beperkingen. Deze kunnen zijn ontstaan door (zeer) ernstige beperkingen op één of meer ondergenoemde terreinen:

- Spraakproductie (iemand spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit);
- Spraakperceptie (de hersenen verwerken geluid/spraak niet goed);
- Morfo-syntactische kennis (receptief en productie, iemand heeft bijvoorbeeld moeite met begrijpen wat anderen zeggen);
- Lexicaal-semanticke kennis (receptief en productie, iemand heeft bijvoorbeeld moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken).

Bovenstaande moet zijn aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek verricht in het tweede compartiment, conform de FENAC-richtlijnen.

Een spraak-/taalstoornis stellen we onder de grondslag zintuiglijke handicap vast als:

- De persoon afhankelijk is van een-op-een begeleiding in de communicatie en daarbij een blijvende multidisciplinaire aanpak voor zijn communicatieproblemen nodig heeft, en
- de oorzaak in de persoon ligt, en
- de spraak-, taalstoornis³¹ op zichzelf staat, dus eventuele andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch, cognitief) is ondergeschikt aan de taalontwikkelingsstoornis.

Een pragmatische taalstoornis/beperking leidt niet tot de grondslag zintuiglijke handicap. Voorbeelden van een pragmatische taalstoornis/beperking zijn: te weinig rekening houden met anderen tijdens gesprek, alleen op kernwoorden reageren, uitingen te letterlijk opvatten waardoor misverstanden ontstaan, van de hak op de tak springen, teveel praten, geen onderscheid maken tegen wie je praat, herhalen, te precies taalgebruik, in zichzelf praten, moeite met beginnen van een gesprek.

³¹ Als de genoemde stoornis/beperking zijn oorsprong vindt in omgevingsfactoren dan is geen sprake van een grondslag voor de Wlz. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal.

Hoofdstuk 4 Gebruikelijke zorg

Bij een aanvraag van Wlz-zorg voor kinderen stellen we eerst vast of een kind voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Vervolgens bekijken we in stap 5 van het afwegingskader of de benodigde zorg valt onder gebruikelijke zorg.

In de memorie van toelichting van de Wlz staat dat van ouders een substantiële bijdrage verwacht mag worden bij de verzorging, opvoeding van hun kind. Daarbij hoort ook toezicht bieden. *'Doordat de gebruikelijke zorg voor kinderen een rol speelt bij de vraag of het kind redelijkerwijs op Wlz-zorg is aangewezen, wordt onder meer bereikt dat kinderen op een later moment toegang zullen krijgen tot de Wlz. Indien bijvoorbeeld een verstandelijk gehandicapt kind van vier jaar wat betreft de zorgbehoefte aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet, kan het zijn dat het kind eerst door de eigen omgeving en de gemeente (Jeugdwet) zal moeten worden geholpen omdat het nog niet redelijkerwijs op Wlz-zorg is aangewezen.'*

Dit hoofdstuk geeft nadere invulling aan het begrip 'redelijkerwijs' in artikel 3.2.1 lid 1 Wlz en de memorie van toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1. Het gaat om de vraag wanneer een kind is aangewezen op Wlz-zorg omdat het meer zorg nodig heeft dan van de sociale omgeving verwacht kan worden ('gebruikelijke zorg'). Gebruikelijke zorg wordt in de Wlz alleen meegewogen als het gaat om de dagelijkse verzorging, opvoeding, toezicht en stimulering van de ontwikkeling van kinderen die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers geacht worden te bieden, al dan niet aangevuld met zorg uit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

De afweging of er sprake is van gebruikelijke zorg vindt plaats in stap 5 van het afwegingskader, dus nadat is vastgesteld dat een kind voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Kinderen zijn bij de geboorte volledig afhankelijk van zorg van hun ouders. Zij ontwikkelen zich in stapjes naar zelfstandige en zelfredzame volwassenen. De (gebruikelijke) zorg die ouders moeten bieden verandert met deze ontwikkeling mee.

In de richtlijn 'gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen' aan het eind van dit hoofdstuk is nader beschreven wanneer een behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid niet meer valt onder gebruikelijke zorg. Hierbij moet rekening worden gehouden met de individuele situatie van en verschillen tussen kinderen.

Korte schets toegang tot zorg voor kinderen in de verschillende domeinen

Als een baby wordt geboren kan al direct duidelijk zijn dat het kind een ziekte of aandoening heeft. Bijvoorbeeld bij syndromen met uiterlijke kenmerken of zichtbare lichamelijke afwijkingen. Maar dit kan ook pas gedurende de ontwikkeling duidelijk worden, bijvoorbeeld als het consultatiebureau constateert dat het kind achterblijft in de ontwikkeling.

- Bij medische (somatische, lichamelijke) problematiek krijgt het kind in eerste instantie zorg uit de Zorgverzekeringswet (artsen, verpleegkundige zorg).
- Bij een achterstand in de (verstandelijke) ontwikkeling of bij moeilijk gedrag is de Jeugdwet in eerste instantie aangewezen.
- Als duidelijk wordt dat een kind blijvend (levenslang) is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel en als de zorgbehoefte de gebruikelijke zorg overstijgt, komt het kind mogelijk in aanmerking voor zorg vanuit de Wlz³².

³² Zie hoofdstuk Algemeen paragraaf 2.5.1 voor de afbakening met verpleging en verzorging uit de Zorgverzekeringswet.

Uitgangspunten gebruikelijke zorg

Een veilige woonomgeving = gebruikelijke zorg

Het door ouders bieden van een veilige thuis omgeving is gebruikelijke zorg. Dit betekent dat:

- De lichamelijke en sociale veiligheid van het kind is gewaarborgd, en
- Er een bij de leeftijd van het kind passend opvoedkundig klimaat is, en
- Het kind de verzorging, begeleiding en stimulans krijgt die nodig is bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Als een kind niet bij (een van) de ouder(s) kan wonen omdat de ouder(s) geen veilige woonomgeving kunnen bieden en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s), is verblijf op grond van de Jeugdwet aan de orde.

Permanent toezicht = geen gebruikelijke zorg

Permanent toezicht in de zin van actieve observatie (zie definities Hoofdstuk 1) valt niet onder gebruikelijke zorg.

24 uur per dag zorg in de nabijheid = gebruikelijke zorg afhankelijk van leeftijd en zorgbehoefte

Kinderen die een blijvende behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, kunnen nog zijn aangewezen op (gebruikelijke) zorg van ouders, zo nodig ondersteund door zorg vanuit de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet.

Vanaf ongeveer 8 jaar spreken we (bij kinderen die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz) niet meer van gebruikelijke zorg.

Kinderen *tot ongeveer 8 jaar* hebben nog zorg in de nabijheid nodig. Daarbij houden we de volgende richtlijnen aan:

- *Kinderen van 5 tot ongeveer 8 jaar* hebben overdag nog voortdurend begeleiding en aansturing nodig, maar zijn steeds meer zelfstandig in de zelfzorg en motoriek. Overdag hebben zij veelal op geplande momenten hulp of enige overname van zelfzorg nodig.

Er is **geen** sprake meer van gebruikelijke zorg als er:

1. Intensief toezicht (maar geen actieve observatie) nodig is in verband met blijvende ernstige ontwikkelingsachterstand³³ in combinatie met (geobjectiverde) ernstige gedragsproblemen, of
2. Een blijvende noodzaak is voor (volledige) overname van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL³⁴) in combinatie met blijvende beperkingen in de sociale redzaamheid en cognitief functioneren, of
3. Sprake is van een blijvend laag cognitief ontwikkelingsperspectief³⁵, in combinatie met beperkingen op meerdere terreinen, zoals bewegen en verplaatsen, ADL, gedrag.

³³ Ten minste een matige verstandelijke beperking.

³⁴ ADL: eten, drinken, zich wassen, aan- en uitkleden, naar het toilet gaan, tandenpoetsen, haren kammen, nagels knippen et cetera.

³⁵ Zie voetnoot 33.

- *Kinderen van 3 tot ongeveer 5 jaar* hebben overdag voortdurend begeleiding, toezicht en overname van zelfzorg nodig. 's Nachts hebben zij soms nog begeleiding en overname van zelfzorg nodig

Er is **geen** sprake meer van gebruikelijke zorg als is vastgesteld dat het gaat om een kind met ernstige meervoudig complexe handicaps (MCG), ook wel genoemd ernstige meervoudige beperkingen (EMB). MCG/EMB kinderen hebben een ernstige verstandelijke beperking met een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief en een motorische beperking. Meestal is ook sprake van zintuiglijke problemen (waaronder prikkelverwerkingsstoornissen) en/of somatische aandoeningen (zoals epilepsie, reflux, slikproblemen, luchtweginfecties et cetera).

- *Kinderen van 0 tot ongeveer 3 jaar* hebben voortdurend begeleiding, toezicht en volledige overname van zelfzorg nodig.

Bijlage 1

Registreren van stoornissen en beperkingen in het functioneren

Het CIZ legt vast welke geobjectiveerde stoornissen en beperkingen (voortkomend uit de vastgestelde ziekte, aandoening of handicap) de persoon heeft. Hierbij hanteren we de volgende definities uit de ICF.

Stoornissen

Afwijkingen in of het verlies van (fysiologische en mentale) functies of anatomische eigenschappen.

Beperkingen

Moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten.

Participatieproblemen

Problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven.

We leggen de stoornissen en beperkingen (en zo nodig de daaruit voortkomende participatieproblemen) vast op een vierpuntschaal, waar nodig met toelichting.

In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe we stoornissen en beperkingen registreren.

Stoornissen

Score	Betekenis
0	Er is geen sprake van een stoornis of het optreden van de stoornis leidt niet tot een zorgvraag, omdat deze onder controle is met behandeling, medicatie of een hulpmiddel.
1	De stoornis leidt af en toe tot een zorgvraag. Af en toe is 1 tot 6 keer per week.
2	De stoornis leidt vaak tot een zorgvraag. Vaak is 1 tot 2 keer per dag.
3	De stoornis leidt continu tot een zorgvraag. Continu is 3 of meerdere keren per dag.

Beperkingen en participatieproblemen

score	Betekenis
0	De persoon heeft geen beperkingen ten aanzien van de betreffende activiteit.
1	De persoon heeft iemand nodig die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om de betreffende activiteit zo veel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt.
2	De persoon kan de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf uitvoeren. Iemand anders moet de activiteit gedeeltelijk overnemen, waarbij de resterende zelfredzaamheid van de persoon gerespecteerd en/of zo veel mogelijk bevorderd wordt.
3	De persoon kan de activiteit in het geheel niet zelf uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen.

Bijlage 2

Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel

Deze bijlage bevat een verduidelijking van de indicatiecriteria voor een aantal zorgprofielen.

[Zorgprofiel VV beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding \(zorgprofiel VV7\)](#)

Bij een aanvraag voor zorgprofiel 'beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding' is inzicht nodig in het gevolgde behandelbeleid van de ernstige gedragsproblemen.

Het gaat om mensen met bijvoorbeeld een ernstige mate van dementie, syndroom van Korsakov, ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel, ouderen met complexe lichamelijke problematiek in combinatie met actieve psychiatrie en ouderen met doofblindheid op latere leeftijd in combinatie met ernstige gedragsproblemen. Hierbij valt te denken aan o.a. agitatie, agressie, claimend gedrag, ontremming, zwerfgedrag, extreem teruggetrokken gedrag en apathie.

Bij personen met *psychogeriatrische problematiek* beoordelen we aan de hand van de actuele medische informatie en een behandelplan van de verantwoordelijke behandelaar³⁶:

- De aard en de ernst van het probleemgedrag (frequentie en mate): om welk gedrag gaat het en hoe vaak komt het voor? Wat is de impact van het probleemgedrag voor de persoon zelf en voor zijn omgeving?
- De analyse van het probleemgedrag: waar wordt het door veroorzaakt?
- De (vormen van) behandeling die is (zijn) gegeven of momenteel worden ingezet
- De effecten van de behandeling op het probleemgedrag (evaluatie, bijstelling behandeling)
- Prognose

De richtlijn "Probleemgedrag bij mensen met dementie" van Verenso (2018)³⁷ of de "Richtlijn behandeling van neuropsychiatrische gevolgen bij niet-aangeboren hersenletsel"³⁸ kunnen hierbij een goed referentiekader zijn.

Pas daarna kunnen we beoordelen of dit het bij deze persoon *best passende zorgprofiel* is.

Bij personen met *gerontopsychiatrische, neuropsychiatrische of aanverwante aandoeningen* kunnen de gedragsproblemen inherent zijn aan de onderliggende ziekte/aandoening³⁹ en heeft gedragstherapie, medicamenteuze behandeling of beïnvloeding van de omgeving onvoldoende effect gehad. We beoordelen de situatie dan op grond van de actuele medische informatie en een zorgplan. De verantwoordelijke behandelaar geeft hierbij aan wat de achtergrond is van de gedragsproblemen en waarom in deze situatie behandeling van het probleemgedrag niet meer tot verbetering leidt.

Een indicatiebesluit voor dit zorgprofiel is onbepaalde tijd geldig. Soms blijkt echter uit de geobjectiveerde gegevens van de behandelaar dat de ernstige gedragsproblemen tijdelijk zijn. Dan kunnen we dit zorgprofiel voor beperkte tijd indiceren en aansluitend een indicatie geven voor het best passende zorgprofiel.

³⁶ Specialist ouderen geneeskunde, GZ-psycholoog, geriater, psychiater

³⁷ Verenso, [Richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie](#) (2018)

³⁸ Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, [Richtlijn behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel 2007](#)

³⁹ Voorbeelden (niet limitatief) syndroom van Korsakov, fronto-temporale dementie (FTD) of naast de psychogeriatrische psychiatrische ziektebeelden die gepaard gaan met gedragsproblemen zoals angststoornis of borderline persoonlijkheidsstoornis etc.

Zorgprofiel VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling (zorgprofiel VV9B)

Dit zorgprofiel is bedoeld voor mensen:

- die medisch specialistische diagnostiek/interventie hebben gehad (meestal tijdens een opname in het ziekenhuis⁴⁰) en waarbij deze medisch specialistische diagnostiek/interventie - ook van comorbiditeit en multimorbiditeit - is afgerond; én
- die aansluitend tijdelijk een herstelgerichte behandeling nodig hebben vanuit een integrale en multidisciplinaire aanpak; omdat de verwachting is dat de persoon in die tijdelijke periode kan herstellen en/of een aantal vaardigheden kan leren en trainen waardoor hij beter kan functioneren. Een specifieke benadering is nodig vanwege problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies; én
- waarbij het functioneren niet zodanig kan verbeteren dat hij op termijn zonder permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid kan (om escalatie dan wel ernstig nadeel te voorkomen). Relevant is dus dat de persoon ook na de herstelgerichte behandeling is aangewezen op de Wlz.

Voor deze mensen is het zorgprofiel 9b aan de orde gedurende 2 tot 6 maanden.

Zorgprofiel VG (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (zorgprofiel VG7)

Dit zorgprofiel is bedoeld voor mensen die aan deze twee criteria voldoen:

- Er is een onderbouwde conclusie dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid, en
- CEP score ≥ 3 (= Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag).

Om dit vast te stellen, hebben we de volgende zorginhoudelijke informatie nodig:

1. Een actueel of geactualiseerd zorgplan (maximaal één jaar oud). Uit het plan blijkt welke grondslag en bijzondere gedragsproblematiek de persoon heeft.
De volgende onderwerpen moeten in het zorgplan aan bod komen:
 - Welke zorginterventies hebben plaatsgevonden om de bijzonder ernstige gedragsproblematiek te verminderen? Bijvoorbeeld behandeling (eventueel medicamenteus/therapieën/video-opnames), een specifieke benadering, aangepaste groepsgrootte of woonvorm, inzet gespecialiseerd personeel.
 - Welk resultaat hebben de zorginterventies gehad (evaluatierapport)?
 - Een onderbouwde conclusie (op basis van het voorgaande) dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met de reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid.
2. Een actueel of geactualiseerd volledig rapport van de CEP-score (maximaal één jaar oud), opgesteld door meerdere deskundigen onder eindverantwoordelijkheid van een gedragsdeskundige. Uit de score blijkt dat de vastgestelde chronische gedragsproblematiek een zwaarte heeft van ten minste 3.
3. Als er een consultatietraject is gedaan met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE): de (advies)rapportage van het CCE.

⁴⁰ Wanneer er geen sprake is geweest van een ziekenhuisopname na een acuut opgetreden aandoening of een acute verandering in de medische situatie, wordt de aanvraag onderbouwd door de uitkomst van een geriatrisch assessment of de uitkomst van een triage door de specialist ouderengeneeskunde. Hierbij kan de revalidatiearts, geriater of huisarts betrokken zijn.

Colofon

Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020
december 2019

Dit is een uitgave van het CIZ.

CIZ

Postbus 2690
3500 GR Utrecht
T 088 – 789 10 00
www.ciz.nl

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van deze publicatie berust bij het CIZ. Het gebruik van cijfers en/of teksten uit deze publicatie, alsmede de naam van de publicatie als toelichting of ondersteuning of benaming in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Het CIZ aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.