

Afbakeningskwesties

Versie 18-11-2015

1. Inleiding

Veel gemeenten signaleren dat de vier wetten die samen de hervorming langdurige zorg vormen (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet, Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz)) niet goed op elkaar aansluiten. In het bijzonder voor cliënten met meervoudige problematiek, is het vaak nog lastig te bepalen welke wet of combinatie van wetten van toepassing is. Ook patiënten- en cliëntenorganisaties en zorgaanbieders ervaren afbakeningsproblemen. Zij melden dat burgers daardoor tussen wal en schip (dreigen) te vallen.

Een ander probleem is dat van de 'afwenteling': Landelijke partijen verwijten elkaar dat ze – uit financiële overwegingen – de wettelijke toegangscriteria strenger interpreteren dan de wetgever zou hebben bedoeld. Wat hier ongetwijfeld meespeelt is, dat de teruglopende budgettaire ruimte in Zvw, Wmo en Jeugdwet 'claimbeoordelaars' ertoe aanzet extra scherp te kijken of de gevraagde voorziening niet onder de eigen, maar onder een andere wet valt. Dat lijkt aan de orde te zijn bij bijvoorbeeld de persoonlijke verzorging (Zvw of Wmo?) en begeleiding en behandeling van GGZ-cliënten (eveneens Zvw of Wmo?).

2. Leeswijzer

Deze notitie biedt een overzicht van de afbakeningskwesties die het meest worden gemeld. Per vraagstuk ontleden we het probleem, geven we ons standpunt weer en laten we zien wat wij doen om het probleem aan te kaarten en op te lossen en hoe ver we daarmee zijn. In de laatste paragraaf formuleren we enkele conclusies en doen we wat nadere suggesties.

3. De belangrijkste afbakeningskwesties

3.1. Wmo 2015 – Zvw (Persoonlijke Verzorging)

Het gaat om twee knelpunten:

1. Hoe kan worden bepaald of de cliënt die persoonlijke verzorging nodig heeft, onder de Zvw valt of onder de Wmo 2015?
2. Wanneer valt de maaltijdbereiding onder de Zvw en wanneer onder de Wmo 2015?

ad 1. Pv onder de Wmo of pv onder de Zvw?

In de praktijk blijkt het niet altijd duidelijk of de persoonlijke verzorging (hierna pv) onder de Wmo 2015 of onder de Zvw valt. Om hieraan tegemoet te komen hebben VNG en VWS hierover een [informatiekaart](#) gemaakt. Deze blijkt de informatiekaart niet in alle gevallen voldoende duidelijkheid te bieden.

Bij de verdeling van de middelen voor persoonlijke verzorging over de zorgverzekeraars en de gemeenten heeft VWS bepaald dat Awbz overgangsccliënten met een grondslag psychogeriatrisch of somatisch voor de pv onder de Zvw vallen (95% van alle pv) en Awbz overgangsccliënten met grondslag psychiatrisch, verstandelijk of zintuiglijk gehandicapt hun pv uit de Wmo ontvangen (5%).

Echter, wanneer het Awbz overgangsrecht per 1-1-2016 (of eerder) vervalt, bestaan deze grondslagen niet meer. Wanneer gemeenten en verzekeraars Awbz-ccliënten gaan herbeoordelen en nieuwe ccliënten gaan beoordelen, moeten zij dit doen op basis van andere criteria.

In de Zvw is bepaald dat ccliënten aanspraak hebben op "verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden wanneer zij behoefte hebben aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop". Deze zorg maakt onderdeel uit van het basispakket van verzekerden.

De behoefte aan pv kan ook samenhangen met de behoefte aan begeleiding. Deze zorg houdt dan geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Deze zorg maakt onderdeel uit van de Wmo 2015.

De beoordeling of een ccliënt behoefte heeft aan geneeskundige zorg is in de praktijk niet altijd eenduidig. Professionals kunnen tot verschillende conclusies komen.

Insteek VNG

De oplossing voor dit knelpunt ligt niet in aanpassing van de wetgeving maar in de duiding daarvan.

Wij zijn van mening dat de wijkverpleegkundige, in overleg met de Wmo consulent of de medewerker van het sociale wijkteam van de gemeente, het best kan beoordelen of de cliënt al dan niet behoefte heeft aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop heeft. Oude Awbz-grondslagen spelen geen rol meer.

Stand van zaken

Samen met het Zorginstituut, Zorgverzekeraars Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland en VWS zijn we bezig een nadere duiding te geven van het begrip 'geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. We verwachten hierover eind november uitsluitsel te krijgen. Tot die tijd raden we gemeenten aan om bij lastige casussen op basis van het VNG standpunt te proberen afspraken te maken met de wijkverpleegkundige en waar nodig met de verzekeraars.

ad 2. Maaltijdverzorging

Het kan gaan om de volgende handelingen:

1. maaltijdbereiding: 2 x per dag brood klaarmaken en 1x per dag Magnetron-maaltijd klaarmaken/opwarmen;
2. klaarzetten zodat de cliënt erbij kan om het op te eten;
3. cliënt aansporen en eraan herinneren dat hij moet eten;
4. toezien dat de cliënt eet;
5. de maaltijd toedienen.

Maaltijdverzorging kan een onderdeel zijn van:

- huishoudelijke hulp uit de Wmo (niveau 2);
- de persoonlijke verzorging (pv) uit de Zvw;
- pv uit de Wmo (de 5% categorie).

Voorheen indiceerde het CIZ een cliënt voor pv, inclusief maaltijdverzorging. Gemeenten signaleren dat verzekeraars van mening zijn dat het (voor)bereiden van maaltijden en de activiteiten hierbij geen deel uitmaken van de pv in de basisverzekering, tenzij de verzekerde om medische redenen niet zelfstandig kan eten en drinken en hij gevoerd moet worden (bijvoorbeeld bij hoog risico te stikken bij verslikken).

Als gevolg van dit standpunt krijgen gemeenten ofwel een rekening van de aanbieder voor de minuten dat de pv-er bezig is met maaltijdverzorging of een aanvraag om maaltijdverzorging onder de Wmo te indiceren.

Insteek VNG

Het is weinig efficiënt als de gemeente een aparte hulpverlener moet regelen voor de maaltijdverzorging, terwijl er ook een pv-medewerker op grond van Zvw aanwezig is. De VNG staat op het standpunt dat wanneer cliënt pv uit de Zvw krijgt, deze pv-er ook de maaltijdverzorging tot zijn/haar taak zou moeten rekenen op de momenten dat zij/hij bij de cliënt thuis aanwezig is. Dus ook als deze maaltijdbereiding formeel onder de Wmo 2015 valt.

Dit standpunt sluit aan bij het Wmo-principe dat eerst gekeken wordt naar praktische oplossingen voordat extra professionele hulp wordt ingezet. Daarbij wordt gekeken of huisgenoten of iemand van het aanwezige steunsysteem van cliënt de maaltijdverzorging kan doen. Dit kan ook een pv-er zijn die op bepaalde momenten bij cliënt thuis aanwezig is. Voor die handelingen zou de aanbieder geen rekening naar de gemeente moeten sturen. Zo wordt ook voorkomen dat er onnodig veel hulpverleners bij de cliënt komen.

Wanneer de cliënt pv uitsluitend vanuit de Wmo krijgt, en de verpleging uit de Zvw, ligt het voor de hand dat de maaltijdverzorging door de pv-er wordt gedaan.

Heeft de cliënt (nog) geen pv, en wordt bij de Wmo een aanvraag voor maaltijdverzorging gedaan, dan beoordeelt de gemeente deze aanvraag op basis van de Wmo uitgangspunten. Als huisgenoten of steunsysteem niet beschikbaar zijn en het probleem niet met een algemene voorziening kan worden opgelost, dan zal de gemeente een maatwerkvoorziening voor maaltijdverzorging moeten indiceren. Het tarief hiervoor kan hetzelfde zijn als voor huishoudelijke hulp niveau 1 of indien er sprake is van regieverlies huishoudelijke hulp niveau 2.

Stand van zaken

Samen met het Zorginstituut, Zorgverzekeraars Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland en VWS zijn we bezig een nadere duiding te geven van het begrip 'geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'. We verwachten hierover eind november uitsluitsel. Tot die tijd raden we gemeenten aan op basis van het VNG standpunt te proberen afspraken te maken met de wijkverpleegkundige en waar nodig met de verzekeraars.

3.2. Wmo-Zvw (domein overstijgende indicatie)

Mensen met een psychiatrische stoornis in combinatie met een psychiatrische stoornis maken relatief goede periodes mee, maar vaak ook minder goede en soms heel slechte. Veel van deze mensen hebben een indicatie beschermd wonen op grond van de Wmo (voorheen GGZ-C in de AWBZ). Gedurende hun slechte periodes zijn ze echter (ook) aangewezen op behandeling op basis van de Zvw. Gemeenten signaleren dat het regelmatig gebeurt dat cliënten steeds opnieuw behandeling moeten aanvragen op grond van de Zorgverzekeringswet. Hierdoor moeten ze soms langer dan wenselijk wachten op behandeling (ambulant dan wel in een kliniek). Gedurende deze tijd kan hun situatie verslechteren, waarna het weer langer duurt voor de behandeling aanslaat. Het risico op achteruitgang is dan groter dan nodig.

Insteek VNG

Het is van groot belang dat de begeleider tijdig signaleert als de noodzakelijke behandeling niet op gang komt of stopt en daarover contact legt met de huisarts en of zorgverzekeraar. Zo nodig moet de gemeente worden ingeschakeld.

In z'n algemeenheid geldt, dat deze cliënten een 'doorlopende indicatie' zouden moeten hebben. Hiermee wordt voorkomen dat ze, elke keer als hun situatie verslechtert, een verwijzing moeten aanvragen, dan wel deze moeten 'activeren'. Bovendien worden ze dan niet steeds geconfronteerd met administratieve rompslomp en kunnen zorgverleners zonder dralen doen wat in het belang van de cliënt nodig is. Het zogenaamde experimenteerartikel Wlz zou hiervoor een wettelijk vehikel kunnen vormen. Artikel 10.1.2 van de Wlz richt zich op experimenten waardoor één integraal pakket aan diensten over de domeinen heen aan de verzekerde wordt verstrekt in plaats van afzonderlijke rechten op grond van de Wlz, de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) of de Jeugdwet. Het artikel biedt de mogelijkheid om verzekerden één integraal, op de situatie afgestemd pakket aan langdurige zorg, geneeskundige zorg, maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp te bieden, in plaats van losse 'aanspraken' op basis van de genoemde wetten.

Stand van zaken

In september 2015 heeft de NZA een advies uitgebracht aan de staatssecretaris.¹ Daarin gaat de NZA in op de voorwaarden voor het vormgeven van domein overstijgende experimenten. Wij zullen onderzoeken of enkele gemeenten, samen met zorgaanbieders en verzekeraars een aanvraag kunnen doen voor een experiment. Dit zou begin 2016 duidelijk moeten kunnen zijn. In de tussentijd verzoeken wij gemeenten suggesties voor het experimenteerartikel bij ons te melden.²

¹ NZA: [Advies algemene verkenning experimenteerartikel 10.1.1](#)

² Gemeenten Delft en Woerden experimenteren op dit moment met het zogenaamd 'domein overstijgend PGB'. Informatie is te vinden op deze [website](#).

Verder adviseren we gemeenten bij problemen contact te zoeken met de zorgverzekeraar.

3.3. Wmo-Wlz (Verstandelijk beperkten met tijdelijke behoefte aan beschermende woonvormen)

(Jong) volwassenen met een verstandelijke of licht verstandelijke beperking (VG-er of LVG-er) die tijdelijk behoefte hebben aan begeleiding en/of behandeling in een beschermende woonomgeving, horen feitelijk thuis in de Wmo - of in de Jeugdwet als sprake is van voorzetting van eerder geïndiceerde jeugdzorg. De middelen voor deze groep zijn echter niet vanuit de Awbz naar deze wetten overgeheveld. Aan de Jeugdwet zijn geen middelen toegevoegd voor de groep die na het 18e levensjaar behoefte heeft aan een voortgezette opvang. Aan de Wmo is alleen de 5 miljoen voor kortdurende opvang (maximaal enkele weken) toegevoegd en niet de middelen voor een beschermd verblijf dat maximaal 3 jaar kan duren. De middelen zijn in de Wlz achtergebleven, terwijl de doelgroep geen toegang heeft tot de Wlz omdat ze niet voldoet aan het criterium van permanente noodzaak tot 24 uren zorg van de Wlz.

Het blijkt te gaan om vier cliëntgroepen:

1. jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking in een crisissituatie;
 2. volwassenen met licht verstandelijke beperking in een crisissituatie;
 3. ouders met verstandelijke beperking die in een beschermd omgeving op een verantwoorde wijze met hun kind moeten leren omgaan;
 4. jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking met ernstig probleemgedrag.
- Een klein deel van deze mensen kan terecht in beschermd wonen als er ook sprake is van psychiatrische problematiek, maar meestal is dat niet zo.³

Insteek VNG

Vanaf 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor begeleiding of behandeling van bovenstaande doelgroepen. Op dit moment is er voor hen geen geschikt aanbod beschikbaar, omdat gemeenten het veelal (nog) niet hebben ingekocht. We raden gemeenten aan dat in voorkomende gevallen wel te doen. De hiervoor benodigde middelen moeten alsnog worden overgeheveld naar de Wmo, resp. de Jeugdwet.

Stand van zaken

Met het ministerie van VWS hebben wij geconstateerd dat de precieze omvang van de doelgroep niet met de huidige gegevens in kaart is te brengen. Daarom laat het ministerie onderzoeken om hoeveel mensen het gaat en hoeveel effectieve ondersteuning kost. Wij zijn intensief bij dit onderzoek betrokken.

³ Voor een schets van de problematiek zie het rapport van bureau HHM: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/geen-goede-aansluiting-18-en-18-voor-jongeren-met-LVB-en-behoefte-aan-beschermd-woonomgeving.html>

Een tiental gemeenten wordt gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. De resultaten zijn waarschijnlijk medio 2016 bekend en zullen onderdeel zijn van bestuurlijk overleg tussen VWS en VNG. De budgettaire gevolgen worden meegenomen in de septembercirculaire 2016.

Voorts moet nog worden vermeld, dat in het kader van de Jeugdwet/Landelijk Transitie Afspraken (LTA) is overeengekomen, dat in vier Orthopedagogische behandelcentra (OBC's) in totaal 125 plekken LVG4/LVG5-zorg (ook wel jeugd-SGLVG genoemd) voor 18-minners met zeer ernstige gedragsstoornissen wordt gefinancierd.

Tenslotte kent de Wlz voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking (LVB) die voor hun 18e zijn gestart met een behandeling in een Orthopedagogisch Behandelcentrum (OBC) een uitzondering (artikel 3.2.1 lid 3 van de Wlz). Deze jongeren mogen op het moment dat zij 18 worden hun behandeling continueren vanuit de Wlz.

3.4. Wlz – Wmo – Zvw (cluster 'beschermd wonen')

Rondom beschermd wonen signaleren we diverse afbakeningsvraagstukken. We geven hier een overzicht.

1. Er is een groep cliënten met een GGZ-B indicatie, die in een beschermd wonen-instelling verblijven, en die in 2014 al geen behandeling meer hadden. Deze groep is vanaf 1 januari 2015 ondergebracht in de Wlz en heeft een overgangsrecht van 3 jaar gekregen. De zorgkantoren gaven aan dat deze mensen zijn uitbehandeld en wilden daarom de financiering stopzetten. De middelen waren echter niet naar de Wmo overgeheveld.

Insteek VNG

Deze cliënten vallen in principe onder de Wmo.

Stand van zaken

Met VWS is afgesproken dat de zorgkantoren, bij wie het budget is terecht gekomen, in 2015 en 2016 voor deze groep blijven betalen. Richting 2017 wordt bekeken welke cliënten naar de Wlz en welke naar de Wmo gaan. Het budget verhuist dan mee. Deze zogenaamde 'ketenafpraak' is vastgelegd in [deze brief](#) van VWS. Deze afspraak laat onverlet dat individuele cliënten wel degelijk vanuit GGZ-B kunnen uitstromen naar de Wmo 2015. Dat is het geval als er bij de cliënt geen noodzaak meer is voor verblijf *i.v.m. behandeling* (terwijl die noodzaak er op 1 januari 2015 nog wel was). Het verdient aanbeveling met het zorgkantoor procesmatige afspraken te maken over zulke uitstroom.

2. Tussen het Rijk en onder meer de GGZ-zorgaanbieders is afgesproken dat de beddenscapaciteit in de GGZ in de periode tot 2020 met één derde te reduceren (ten opzichte van de capaciteit 2008) en deze afbouw te substitueren met ambulante zorg. Het gaat om zowel Zvw-bedden, GGZ-B bedden als ook Beschermd wonen-bedden. In de praktijk vindt echter de meeste afbouw plaats bij de Zvw- en de GGZ-B bedden. Dit leidt tot een grote uitstroom van cliënten naar zelfstandig wonen met ambulante behandeling of beschermd wonen (eerder GGZ-C genoemd). De opbouw van ambulante behandeling door de zogenaamde FACT-teams lijkt op dit moment geen gelijke tred te houden met de afbouw van de intramurale voorzieningen. De FACT-teams stellen prioriteiten en willen cliënten ook doorverwijzen naar de Wmo voor begeleiding. Alles bij elkaar leidt dit tot een extra toename van het beroep op beschermd wonen op basis van de Wmo. In regio's met veel en grote GGZ-klinieken, zal dit effect groter zijn dan in de rest van het land.

Insteek VNG

Wij vinden dat gemeenten die als gevolg hiervan extra cliënten moeten bedienen financieel moeten worden gecompenseerd.

Stand van Zaken

Hierover treden we binnenkort met het Rijk in overleg. Over de uitkomst daarvan wordt u uiteraard geïnformeerd.

3. Cliënten met voorheen een GGZ-C indicatie ontvangen op grond van de Wmo 2015 niet alleen begeleiding, maar ook verpleging. Er zijn situaties waarin deze cliënten ook aanspraak kunnen doen gelden op de Zvw, bijvoorbeeld als ze na een ongeluk een tijdlang moeten revalideren of als zij terminaal ziek zijn. We ontvangen signalen dat een dergelijke claim niet altijd wordt gehonoreerd. De zorgverzekeraar eist bijvoorbeeld dat vergoeding voor terminale zorg enkel in een verpleeghuis mogelijk is.

Insteek VNG

Naar verwachting zal de behoefte aan extra medische verzorging vaker voorkomen omdat deze populatie sterk vergrijst. Het is niet wenselijk dat terminaal zieken die beschermd wonen voor hun terminale zorg moeten verhuizen.

Stand van zaken

VNG treedt hierover in overleg met GGZ-NL en Zorgverzekeraars Nederland. Zodra hierover uitsluitend is zullen wij u berichten. Wij raden u aan hierover ondertussen regionale afspraken te maken.

3.5. Toegang tot de Wlz

Veel gemeenten melden dat het voorkomt dat het CIZ de toegangscriteria voor de Wlz strikter hanteert dan de wetgever zou hebben bedoeld. De volgende voorbeelden worden genoemd:

1. Volgens artikel 3.2.1. van de Wlz is een psychische stoornis een uitsluitingsgrond voor Wlz, zelfs als er sprake is van "een blijvende behoefte aan 24 uur zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht". De wetgever heeft hiertoe besloten omdat een psychische aandoening in principe behandelbaar is, waardoor niet kan worden bepaald of de zorg blijvend noodzakelijk is. Sommige gemeenten wijzen er echter op dat er psychiatrische patiënten zijn met een dermate complexe problematiek dat ze wel toegang zouden moeten hebben tot de Wlz.

Insteek VNG

Het overgrote deel van de GGZ-cliënten heeft een gunstig lange termijn verloop in hun problematiek. De weg naar herstel moet dan ook worden open gehouden. De toegang tot de Wlz voor mensen met GGZ-problematiek moet zo beperkt mogelijk blijven. Hierop heeft de wetgever één uitzondering gemaakt: mensen die drie jaar in een instelling behandeld zijn op basis van een GGZ-B pakket, krijgen tijdelijk (maximaal 3 jaar) toegang tot de Wlz om hun behandeling in de instelling voort te zetten. Bij mensen waarbij geen sprake is van deze behandeling, is er geen toegang tot de Wlz. Gemeenten hoeven zich in deze situaties feitelijk alleen af te vragen of er sprake kan zijn van Zvw in plaats van Wmo 2015.

Stand van zaken

In haar Afwegingskader Wlz adviseert het Zorginstituut Nederlands (ZiNL) het ministerie deze problematiek nog eens goed onder de loep te nemen.⁴ Het Zorginstituut schrijft dat het samen met het CIZ nader onderzoek wil doen naar de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Naar verwachting is dit advies half december 2015 gereed, zodat een eventuele aanpassing van de wet per 1 januari 2017 in werking zou kunnen treden. Wij houden u uiteraard op de hoogte van de ontwikkelingen hierover.

2. Het CIZ mag bij de indicatiestelling uitsluitend kijken naar "de beperkingen van de cliënt" en mag geen rekening houden met de aan- of afwezigheid van een steunsysteem en/of de geschiktheid van de woning. Gemeenten geven aan dat

⁴ Zie [Afwegingskader toegang Wlz](#), Zorginstituut Nederland, juli 2015.

Voor een gedetailleerde beschrijving van de Wlz-criteria m.b.t. mensen met een psychische aandoening zie: "De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis. Handreiking voor de praktijk". Zorginstituut Nederland, augustus 2015. <https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/pakket/wlz-kompas/ggz/ggz/zinl%3Aparagraaf/zinl%3Adocuments/1508a-de-wettelijke-domeinen-voor-zorg-en-ondersteuning-aan-mensen-met-een-psychische-stoornis/De+wettelijke+domeinen+voor+zorg+en+ondersteuning+aan+mensen+met+een+psychische+stoornis.pdf>

het CIZ dat soms toch doet. Er kan dan de situatie ontstaan dat de Wmo-consulent van mening is dat cliënt en diens steunsysteem een te zwakke eenheid vormen, terwijl de indicatiesteller van het CIZ tot de conclusie komt dat de situatie nog voldoende stabiel is en cliënt daarom niet is aangewezen op blijvende 24-uurs zorg.

Insteek VNG

Onder de Wlz mag het CIZ het steunsysteem van cliënt niet mee laten wegen bij de afweging of Wlz geïndiceerd is. Wij zijn van mening dat wat dit betreft de Wlz zou moeten worden aangepast. Los daarvan moeten de CIZ-indicatiesteller en de Wmo-consulent rechtstreeks communiceren over lastige casussen, waarna in laatste instantie de CIZ-indicatiesteller beslist.

Stand van zaken

Het CIZ heeft ons te kennen gegeven dat de regiomanagers van het CIZ de opdracht hebben actief overleg aan te gaan met gemeenten. Signalen van gemeenten worden volgens het CIZ serieus genomen. Wij adviseren gemeenten van dit aanbod gebruik te maken.

3. Een probleem waarmee gemeenten regelmatig worden geconfronteerd is dat cliënt geen Wlz-indicatie wil aanvragen, terwijl deze daar objectief gezien wel aan toe is. Op zich is dit geen afbakeningsprobleem. Het gevolg ervan is echter wel dat de gemeente (en de zorgverzekeraar) langer doorbetalen dan wenselijk.

Insteek VNG

Cliënten die in aanmerking komen voor de Wlz maar weigeren een indicatie aan te vragen, kunnen daartoe niet worden gedwongen. Alhoewel dat zelden zal gebeuren, kan de gemeente een Wmo-aanvraag om extra ondersteuning op die grond wel weigeren. Met een Wlz-indicatie kunnen mensen ook thuis blijven wonen (modulair pakket thuis of volledig pakket thuis). Als cliënten geen Wlz-indicatie willen aanvragen, maar overduidelijk wel aan de criteria voldoen, adviseren wij de gemeente om samen met de wijkverpleegkundige met cliënt in gesprek te blijven over de wenselijkheid van de indicatie. Het kan ook nodig zijn, dat de gemeente zich verstaat met het CIZ en eventueel de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. We gaan ervan uit dat ook het zorgkantoor bereid is hieraan een bijdrage te leveren (mits cliënt daarmee akkoord gaat).

4. Toegang tot de Wlz voor jonge kinderen met complexe somatische problematiek, én een verstandelijke beperking (toten met 5 jaar). Gemeenten signaleren dat het CIZ voor deze kinderen zo goed als nooit een Wlz-indicatie afgeeft. Het CIZ geeft daarvoor twee redenen:
 - o voor kinderen die zo jong zijn zal de behandelaar/specialist zo goed als nooit aangeven dat de beperking van dien aard is dat 24 uur zorg in de nabijheid

blijvend noodzakelijk is. Er kan namelijk altijd ontwikkelingspotentieel zijn dat op latere leeftijd pas tot uitdrukking komt;

- de Wlz bepaalt dat ouders 'gebruikelijke zorg' zorg moeten leveren. Bij jonge kinderen is deze gebruikelijke zorg, aangevuld met medische zorg uit de Zvw, in de meeste gevallen afdoende, waardoor Wlz niet van toepassing is. Het Zorginstituut schrijft hierover: "Tot hun vijfde levensjaar ligt het accent veelal op de medische zorg en valt deze daarom onder de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Gaandeweg verschuift het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg en kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. Als deze kinderen voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz." (2015, p 11, 12);
- er is ook de mogelijkheid van Intensieve Kindzorg (IKZ) op basis van de Zvw. Dit maakt voor veel kinderen met een combinatie van somatische problematiek en vermoeden van een verstandelijke beperking een integraal pakket aan zorg en ondersteuning mogelijk vanuit de Zvw.

Insteek VNG

Het begrip 'gebruikelijke zorg' is helder beschreven.⁵ Het CIZ lijkt het dit criterium juist toe te passen. Consulent Jeugdzorg en CIZ-indicatiesteller moeten rechtstreeks communiceren over complexe casussen.

⁵ Zie bijlage 2 van het [Afwegingskader toegang Wlz](#), Zorginstituut, juli 2015.

3.6. Jeugdwet – Wmo – Zvw: (overgang 18- →18+)

De stelselwijzigingen Jeugd en WMO hebben het (al bestaande) schot tussen jeugdhulp en volwassenenzorg op de leeftijdsgrens van 18 jaar nog onvoldoende opgelost. Daarnaast is de leeftijd van 18 nog steeds bepalend in het onderwijs (leerplicht/ kwalificatieplicht tot 18) en de Participatiewet (vanaf 18). Met andere woorden, rondom 18 komen alle nieuwe wettelijke kaders in het sociaal domein bij elkaar, waarbij het risico aanwezig is dat ze niet goed op elkaar aansluiten.

Er lijkt sprake te zijn van een verschillende soorten knelpunten:

1. Lokaal oplosbare problemen;
2. Problemen waarvoor landelijke afspraken een oplossing bieden;
3. Problemen waar een wetswijziging voor nodig is.

1. *Lokaal oplosbare problemen*

Vaak is sprake van schijnbare problemen, omdat de wettelijke kaders voldoende inhoudelijke en budgettaire ruimte bieden: Gemeenten kunnen in principe zelf het initiatief nemen om met betrokken aanbieder(s) en verzekeraar(s) een analyse te maken van wat in de eigen lokale context kan, moet en mag.

Een voorbeeld is de overgang van Jeugdwet naar Wlz voor LVG-jongeren: Voor alle LVG kinderen (ZZP LVG 1 t/m 5) is de Jeugdwet het uitgangspunt. Jongeren die in een instelling (orthopedagogisch behandelcentrum/ OBC) verblijven voor een LVG-behandeltraject en tijdens dat behandeltraject+verblijf 18 worden, kunnen hun behandeltraject+verblijf afmaken ten laste van de Wlz, omdat vanaf 18 jaar de bekostiging daarvan ten laste van de Jeugdwet stopt. Dat deze jongvolwassenen hun behandeling kunnen afmaken ten laste van de Wlz betekent dat hun behandelaar dit kind ruim voor het 18e levensjaar aan moet melden bij het CIZ voor een Wlz-indicatie.

2. *Problemen waarvoor landelijke werkafspraken een oplossing bieden*

In de Jeugdwet staat de bepaling dat gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar moeten spreken over de overgang van Jeugdwet naar Zvw. Op een aantal plaatsen zijn gemeenten en zorgverzekeraars hierover al met elkaar in gesprek. Een voorbeeld: zorgverzekeraars kopen de zorg voor kwetsbare jong volwassenen vaak in als "bulk", terwijl deze groep juist behoefte heeft aan zorg op maat. In het gemeentelijk domein krijgen ze die, maar vanaf hun achttiende valt dit dan weer weg. Wat kun je hier als gemeente en Zorgverzekeraar samen aan doen? Een ander voorbeeld: de Zvw accepteert de gemeente bijvoorbeeld als een verwijzer. Dit moet een arts zijn. Dat is lastig voor de cliënt. Waarom moet in alle gevallen nieuwe diagnostiek plaatsvinden?

Insteek VNG

Voor de cliënt is het prettig als hij het zorgtraject bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar af kan maken bij de instelling of behandelaar waar hij op dat moment in behandeling is. Gemeenten en zorgverzekeraars moeten in gesprek gaan over het te contracteren aanbod.

Een afspraak zou kunnen zijn: als de jeugdhulp reeds is gestart bij een aanbieder, dan zou de verzekeraar de verzekerde zorg gewoon moeten vergoeden, zonder nieuwe verwijzing. Dat levert een positieve prikkel op voor het tijdig inzetten van jeugdhulp én bij langdurige jeugdhulptrajecten zorgt dit voor de cruciale voortzetting. Bij kersverse verleningsbeslissingen van de gemeente, waarbij de jeugdhulp nog niet is gestart bij een aanbieder, ontstaat er dan geen afschuifgedrag; voor die gevallen zou eventueel alvast bewust een verwijzing/indicatie door een arts geregeld kunnen worden.

Stand van zaken

De VNG verkent op landelijk niveau de mogelijkheden om deze samenwerking te stimuleren.

3. Problemen waarvoor een wetswijziging een oplossing biedt.

Afgelopen voorjaar heeft de kinderombudsman [geadviseerd te onderzoeken](#) of een juridische maatregel ontwikkeld zou moeten worden voor verplichte hulpverlening voor risicojongeren die 18 zijn geworden en geen hulp willen. Ook gemeenten signaleren dit probleem.

Insteek VNG

Gemeenten zoeken intensief naar wegen om de zorg voor jongvolwassenen goed te laten aansluiten op de jeugdzorg. Het verbaast ons niet dat dat, zo vlak na de invoering van de stelselwijziging, nog niet overal lukt.

Stand van zaken

In oktober hebben we aan het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) opdracht gegeven onderzoek te verrichten naar de huidige uitvoeringspraktijk en op basis daarvan een handreiking te ontwikkelen voor gemeenten, zorgaanbieders en – verzekeraars. Deze handreiking moet aangeven welke mogelijkheden de huidige wettelijke kaders al bieden, maar moet ook eventueel aanwezige wettelijke omissies blootleggen.

6. Conclusie en suggesties voor oplossingen / aanpak

Uit de vragen en meldingen van gemeenten kan worden afgeleid dat veel 'grensgevallen' voortvloeien uit onwennigheid bij consultants en zorgprofessionals. Soms is zelfs sprake van ongeloof, in de zin van: "Het kan toch niet waar zijn dat dit geval onder onze verantwoordelijkheid valt?". In andere gevallen vinden professionals de wet- en regelgeving en de informatiekaarten onvoldoende duidelijk.

Impasses rond individuele casussen lijken bijna nooit voort te vloeien uit omissies in wetgeving of onduidelijke factsheets. Ze lijken veeleer te worden veroorzaakt doordat de professionals in de uitvoering onvoldoende met elkaar in gesprek gaan. Zij verschuilen zich in plaats daarvan achter (hun eigen interpretatie of de veronderstelde interpretatie van hun manager) van de wet. Wij adviseren het gesprek vooral wél aan te gaan en niet te rusten totdat er een oplossing is voor de cliënt. Managers, of ze nu van gemeenten zijn, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgkantoren of CIZ, moeten hierop sturen.

Wat naar alle waarschijnlijkheid meespeelt is het feit, dat de teruglopende budgettaire ruimte in Zvw, Wmo en Jeugdwet ertoe leidt dat alle partijen extra scherp kijken of de voorziening niet onder de eigen, maar een andere wet valt. Dit zien we bijvoorbeeld bij de persoonlijke verzorging (Zvw of Wmo) en bij de afbouw van GGZ bedden.

De werkelijkheid van al de individuele casussen is zeer gevarieerd; niet alles valt in regelgeving te vangen. De oplossing van afbakeningskwesaties moet dan ook in eerste instantie worden gezocht in constructief overleg, bij voorkeur op lokaal of regionaal niveau tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Daarvan zijn goede voorbeelden, zoals blijkt uit het document "[Questions en answers. Onduidelijke Casuïstiek HLZ](#)" van Menzis en een aantal regio's en gemeenten.⁶

Tot slot willen we enkele algemene suggesties doen.

- Het is voorstelbaar dat zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau een onafhankelijk panel in het leven roepen van enkele onafhankelijk deskundigen die bij knellende afbakeningsgevallen snel advies kunnen geven over de wettelijke grondslag. Gemeenten kunnen hierover het gesprek aangaan met zorgverzekeraars.
- Houding en gedrag van professionals en hun managers zijn van invloed op het realiseren van de beleidsdoelen van de stelselwijziging: mensen in staat stellen zo lang mogelijk zelf de regie over hun leven te laten houden. Het is daarbij van belang dat zij de ondersteuning en zorg ervaren als prettig, continu, doelmatig

⁶ Menzis, de gemeenten Arnhem, Enschede, Groningen en Den Haag en de regio's Achterhoek, Arnhem, Groningen en Twente zijn een lange termijn partnerschap aangegaan om samen invulling te geven aan de uitvoering van de hervorming langdurige zorg. De samenwerking is vastgelegd in een Werkagenda.

en efficiënt. We zullen bevorderen dat dit element wordt meegenomen bij de landelijke evaluaties van stelselwijziging.

- De VNG bespreekt met ZN en aanbieders of we gezamenlijk een reeks leer-/werkbijeenkomsten en casusbesprekingen kunnen organiseren voor uitvoerend professionals, zoals wijkverpleegkundige, gemeentelijke consultants en CIZ-indicatiestellers en medewerkers van zorgkantoren. Zij moeten meer vertrouwd raken met elkaars professionele afwegingen en standaarden.
- We zijn ons ervan bewust dat het makkelijker gezegd is dan gedaan, maar het is de kunst niet in afgebakende door aanbieders geleverde voorzieningen te denken, maar in op het individu en zijn omgeving afgestemde ondersteuning. Zeker bij mensen die kampen met complexe, meervoudige problematiek is die haast per definitie domein overstijgend.