



## Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019

### Inhoud

<b>Beleidsregels indicatiestelling Wet langdurige zorg (Wlz) 2019</b>	<b>1</b>
<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>Hoofdstuk 1 Definities</b>	<b>3</b>
<b>Hoofdstuk 2 Afwegingskaders</b>	<b>6</b>
2.1 Afwegingskader 3.2.1 eerste lid, het reguliere afwegingskader.	6
2.1.1 <i>Stap 1: De aanvraag</i>	6
2.1.2 <i>Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie</i>	7
2.1.3 <i>Stap 3: Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'</i>	7
2.1.4 <i>Stap 4: Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is</i>	8
2.1.5 <i>Stap 5: Uitzonderingen op de toegangscriteria</i>	8
2.1.6 <i>Stap 6: Vaststellen van het recht op Wlz-zorg</i>	10
2.2 Afwegingskader 3.2.1 derde lid, meerderjarige verzekerde met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen	13
2.2.1 <i>Stap 1 en 1B: De aanvraag</i>	14
2.2.2 <i>Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie</i>	14
2.2.3 <i>Stap 3: tijdelijke behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid</i>	15
2.2.4 <i>Stap 4: noodzaak voor integrale multidisciplinaire behandeling in een (SG)LVG behandelinstelling</i>	15
2.2.5 <i>Stap 5: het indicatiebesluit</i>	16
2.3 Afweging op basis van artikel 3.2.2 (psychische stoornissen)	16
Bijlage 1 Registreren van stoornissen en beperkingen in het functioneren	17
Bijlage 2 Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel	18
<b>Hoofdstuk 3 Grondslagen</b>	<b>19</b>
3.1 Algemeen	19
3.2 Aandachtspunten	19
3.3 De vijf grondslagen	19
3.3.1 <i>Somatische aandoening of beperking</i>	19
3.3.2 <i>Lichamelijke handicap</i>	20
3.3.3 <i>Psychogeriatrische aandoening of beperking</i>	20
3.3.4 <i>Verstandelijke handicap</i>	21
3.3.5 <i>Zintuiglijke handicap</i>	22
<b>Hoofdstuk 4 Gebruikelijke zorg</b>	<b>23</b>

## Beleidsregels indicatiestelling Wet langdurige zorg (Wlz) 2019

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 2019.

### Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als: Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019.

### Artikel 4

De Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019 vervangen de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018. Aanvragen die worden ontvangen in 2019 worden afgehandeld conform de Beleidsregels indicatiestel-



---

ling Wlz 2019. De Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018 zijn vanaf 1 januari 2019 niet langer van kracht, met uitzondering van de volgende situaties:

- Op aanvragen die in 2018 door verzekerden zijn ingediend en die worden afgehandeld in 2019 worden de voor de betreffende verzekerde meest voordelige beleidsregels (2018 of 2019) toegepast.
- Ook in bezwaar- en beroepsprocedures tegen indicatiebesluiten uit 2018 die worden afgehandeld in 2019 worden de voor de betreffende verzekerde meest voordelige beleidsregels (2018 of 2019) toegepast.

#### **Artikel 5**

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

*Utrecht, 29 november 2018*

*J.H. Ouwehand*  
*Bestuurder*



## Inleiding

In Nederland bestaat een samenhangend systeem van wet- en regelgeving om zorg aan burgers te kunnen bieden, te weten de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Jeugdwet. De meeste mensen die zorg nodig hebben zullen deze eerst ontvangen vanuit Jeugdwet/Wmo (gemeente) en/of Zorgverzekeringswet. De Wlz komt pas in beeld als vangnet voor mensen die vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking 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, als ze – ook met steun van de omgeving, zorgverzekeraar of gemeente – niet (meer) zelfredzaam kunnen zijn. Als de verzekerde niet voldoet aan de criteria van de Wlz moet de noodzakelijke zorg worden geboden vanuit de andere wetten. Het is daarom van belang dat CIZ als schakel binnen het stelsel waar nodig de samenwerking opzoekt met de uitvoerders van de verschillende wetten om ervoor te zorgen dat een burger de goede weg vindt naar de voor hem noodzakelijke zorg/ondersteuning.

Beleidsregels houden in dat een bestuursorgaan, in casu het CIZ, handelt overeenkomstig die beleidsregels. Het CIZ kan in individuele gevallen gemotiveerd afwijken van de beleidsregels (artikel 4:84 Algemene wet bestuursrecht (Awb)).

Deze beleidsregels vormen een nadere uitwerking van en toelichting op belangrijke begrippen in de Wet langdurige zorg, het Besluit langdurige zorg (Blz) en de Regeling langdurige zorg (Rlz). Het gaat onder meer om blijvende zorgbehoefte, permanent toezicht, 24 uur per dag zorg in de nabijheid, ernstig nadeel, fysieke problemen, zware regieproblemen.

De Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019 zijn vastgelegd in vier hoofdstukken.

Hoofdstuk 1 bevat de definities.

Hoofdstuk 2 beschrijft de afwegingskaders die het CIZ hanteert om te bepalen of er toegang is tot de Wlz.

Hoofdstuk 3 beschrijft de zogenaamde grondslagen. Eén van de vereisten om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg is de aanwezigheid van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Hoofdstuk 4 beschrijft de gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen.

De belangrijkste wijzigingen in deze beleidsregels ten opzichte van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018 zijn:

- In de inleiding is een passage opgenomen over het hele systeem van wet- en regelgeving in de verschillende domeinen met betrekking tot zorg voor burgers.
- Er is een apart afwegingskader beschreven voor meerderjarige verzekerden die vanwege een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen toegang hebben tot de Wlz. Deze afweging stond beschreven in het reguliere afwegingskader, de informatie over deze indicaties is bij elkaar gezet ter verduidelijking voor medewerkers CIZ, gemeenten, zorgaanbieders. Hetzelfde geldt voor de afweging voor verzekerden met een psychische stoornis.
- In het hoofdstuk Gebruikelijke zorg is zijn de tekst en richtlijn samengevoegd, ter verbetering van de leesbaarheid.
- Er zijn diverse tekstuele verbeteringen en verbeteringen in opzet/indeling van de hoofdstukken doorgevoerd.

## Hoofdstuk 1 Definities

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

Onderstaande definities zijn op alle hoofdstukken van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz van toepassing.

### Blijvende zorgbehoefte

De behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals bedoeld in artikel 3.2.1 van de Wlz is blijvend, dat wil zeggen van niet voorbijgaande aard. Eventuele toekomstige verbeteringen in het functioneren kunnen het beperkingenbeeld van de verzekerde niet zodanig wijzigen dat de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vervalt.

### Ernstig nadeel

Ernstig nadeel voor verzekerde, als bedoeld in artikel 3.2.1 lid 2 sub c Wlz, betekent dat als gevolg van met zijn grondslag samenhangende fysieke problemen of zware regieproblemen, er een situatie kan ontstaan waarin verzekerde:



- Zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
- Zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
- Ernstig lichamenteel letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamenteel letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
- 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.

Uit de memorie van toelichting bij de Wlz blijkt dat bij 'ernstig nadeel voor de verzekerde' sprake moet zijn van een te verwachten risico dat deze verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen voor deze verzekerde. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg.

### **Escalatie**

Acute verslechtering van de toestand van de verzekerde die onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk maakt. Het kan hierbij gaan om fysieke of gedragsproblemen.

### **Fysieke problemen**

Fysieke problemen hebben betrekking op beperkingen als gevolg van stoornissen in de fysiologische functies of anatomische eigenschappen van het houdings- of bewegingsapparaat (bot-spiersysteem, gewrichten en bindweefsel) of de inwendige organen dan wel stoornissen in de motorische en sensibele functies van het zenuwstelsel.

### **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.

### **Grondslag**

De Wlz geeft aan dat er op zorginhoudelijke gronden slechts toegang tot Wlz-zorg kan zijn als er sprake is van een of meer aandoeningen/beperkingen of handicaps. Dit noemen we de grondslag(en). De grondslagen voor Wlz-zorg zijn: een somatische (SOM) of psychogeriatrische (PG) aandoening of beperking, een verstandelijke (VG), lichamentele (LG) of zintuiglijke (ZG) handicap. In het hoofdstuk Grondslagen wordt weergegeven op welke manier het CIZ de grondslag van een verzekerde bepaalt.

### **Instelling**

- Een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.
- 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**

Verzekerde jonger dan 18 jaar.

### **Kind met ernstige meervoudig complexe handicap/ernstige meervoudige beperkingen (MCG/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 etc.).

### **Partner**

Huisgenoot met wie de verzekerde is gehuwd of een relatie onderhoudt die daarmee gelijk wordt gesteld, zie artikel 1.1.2 Wlz.

### **Partneropname**

De partner van een persoon met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of



met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die recht heeft op zorg en in een instelling verblijft, heeft recht op verblijf in dezelfde instelling. De partner heeft dit recht om mee te verhuizen zonder dat hij zelf een Wlz-indicatie heeft. Hij behoudt dit recht om te verblijven in die instelling ook na het overlijden van zijn partner dan wel na het vertrek van zijn partner naar een andere instelling (art 3.1.2 Wlz).

Als een verzekerde met een Wlz indicatie de wens heeft samen met zijn partner opgenomen te worden moet hij dit bespreken met zijn zorgaanbieder. 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.

### **Permanent toezicht**

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen.

### **24 uur per dag zorg in de nabijheid**

Zorg en toezicht is 24 uur per dag in de nabijheid nodig. Het betreft 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.

- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de verzekerde 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.
- 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.

### **Palliatief terminale zorg**

Deze zorg heeft betrekking op de terminale levensfase van een verzekerde met een levensbedreigende ziekte, waarin de levensverwachting van de verzekerde korter is dan drie maanden. Het is de behandelend arts van de verzekerde die dit vaststelt. De verzekerde krijgt geen (medische) behandeling meer die gericht is op herstel of levensverlenging. De zorg is vooral gericht op pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven.

### **Toegangscriteria**

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

### **Verzekerde met een psychische stoornis**

Een verzekerde die door een daartoe bevoegd behandelaar gediagnosticeerd is met een psychische stoornis/psychiatrische aandoening.

### **Voortdurend**

Er doen zich dagelijks ongeplande zorgmomenten voor, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen om op deze momenten zorg te verlenen. Hiervoor is nodig dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen.

### **Zelfzorg**

De uitvoering van algemeen dagelijkse levensverrichtingen waaronder de persoonlijke verzorging en hygiëne en, zo nodig, de verpleegkundige zorg.

### **Zorg uit ander domein**

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

### **Zware regieproblemen**

De verzekerde heeft zodanige beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over



dagelijks voorkomende situaties, dat voortdurend begeleiding of overname van taken nodig is om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkomen. Het gaat hierbij om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, gedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

## Hoofdstuk 2 Afwegingskaders

Het CIZ besluit of een verzekerde is aangewezen op zorg vanuit de Wlz zoals beschreven in wet- en regelgeving.

Paragraaf 2.1 beschrijft het afwegingskader conform art 3.2.1 eerste lid (reguliere Wlz toegang).

Paragraaf 2.2 beschrijft vervolgens het kader voor verzekerden die toegang hebben tot de Wlz op basis van artikel 3.2.1. derde lid (verzekerden met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen). In paragraaf 2.3 wordt tenslotte het afwegingskader beschreven voor verzekerden met een psychische stoornis, artikel 3.2.2 Wlz.

### 2.1 Afwegingskader 3.2.1 eerste lid, het reguliere afwegingskader.

Met dit afwegingskader onderzoekt het CIZ of de verzekerde 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 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.

#### Afwegingskader Wet langdurige zorg (Wlz) art 3.2.1 eerste lid

- 1 **De aanvraag**
  - Naam, adres, BSN, handtekening
  - Zorgvraag
  - Informatie die voor de beslissing op de aanvraag nodig is
- 2 **In kaart brengen van de zorgsituatie**
  - Ziekte, aandoening, stoornis
  - Beperkingen
  - Vaststellen grondslag(en)
- 3 **Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'**
  - 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**
  - Mogelijkheden (functionele) verbetering / herstel / ontwikkeling
- 5 **Uitzonderingen op de toegangscriteria**
  - Zorg uit ander domein
  - Gebruikelijke zorg
- 6 **Vaststellen van het recht op Wlz-zorg**
  - Best passend zorgprofiel
  - Kenmerk meerzorg indien van toepassing
  - Ingangsdatum en geldigheidsduur
  - Motivering

#### 2.1.1 Stap 1: De aanvraag

In deze stap wordt vastgesteld of het CIZ een aanvraag in behandeling kan nemen. De volgende gegevens zijn minimaal noodzakelijk bij een aanvraag:

- Naam en adres



- Omschrijving van het gevraagde besluit conform artikel 4:2 lid 1 Algemene wet bestuursrecht (Awb);
- Burgerservicenummer (artikel 3.2.3 lid 2 Wlz);
- Handtekening (artikel 4:2 Awb);
- Informatie die voor de beslissing op de aanvraag nodig is<sup>1</sup> zoals informatie over de ziekte, aandoening en het functioneren van de verzekerde (artikel 4:2 lid 2 Awb).
- Het CIZ gaat na of iemand verzekerd is voor de Wlz (artikel 3.1 lid 2 Rlz) en stelt de identiteit van de verzekerde vast (artikel 9.1.2 lid 6 Wlz).

Het onderzoek van de verzekerde dient zodanig te zijn, dat het CIZ op verantwoorde wijze kan vaststellen of er een recht op Wlz-zorg bestaat, en zo ja op welke zorg (zorgprofiel).

Indien informatie die nodig is voor het onderzoek ontbreekt, vraagt het CIZ die alsnog op. Wordt de informatie niet aangeleverd, dan kan het CIZ geen zorgvuldig onderzoek doen naar relevante feiten en belangen. Het CIZ kan dan besluiten de aanvraag niet in behandeling te nemen<sup>2</sup> (artikel 4:5 Awb).

Als een verzekerde die al een Wlz indicatie heeft een aanvraag doet om deze in te trekken doet het CIZ volledig onderzoek. Als in stap 6 is vastgesteld dat de verzekerde niet (meer) voldoet aan de toegangs-criteria kan de indicatie worden beëindigd (artikel 3.2.4 Wlz).

### *2.1.2 Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie*

In deze stap wordt vastgesteld wat de verzekerde wel en niet kan. Het gaat om:

1. De relevante ziekten, aandoeningen en/of stoornissen en beperkingen van de verzekerde. Daarbij wordt ook meegenomen een eventueel lopende behandeling en de ziektebiografie van de verzekerde;
2. De objectieve aard en de mate van de beperkingen van de verzekerde<sup>3</sup>. Daarbij gaat het om beperkingen in activiteiten, die relevant zijn in relatie tot de zorgvraag. De verwachte duur van de beperkingen wordt ook onderzocht;
3. Aan de hand van het onderzoek naar ziekte/aandoening/stoornis en de beperkingen bepaalt het CIZ de grondslag(en).

Bij het in kaart brengen van de ziekte(n), aandoening(en), stoornissen en beperkingen van de verzekerde baseert het CIZ zich op (inter)nationaal erkende classificatie instrumenten zoals de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10), de DSM-IV en DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

De stoornissen en beperkingen van de verzekerde worden vastgelegd (zie bijlage 1 bij dit hoofdstuk) en zo nodig toegelicht in tekst.

Met behulp van de in deze stap verzamelde informatie wordt vastgesteld of er sprake is van een of meerdere grondslag(en) en zijn de aanwezige stoornissen en beperkingen vastgelegd.

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

In deze stap wordt vastgesteld of de verzekerde vanwege de in stap 2 vastgestelde ziekte(n), aandoening(en) stoornissen en beperkingen is aangewezen op:

- 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.

Het 'ernstig nadeel' wordt vastgelegd.

#### **Ad a**

Permanent toezicht is onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van

<sup>1</sup> Op [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl) staat een 'Overzicht benodigde informatie bij een aanvraag'

<sup>2</sup> Het besluit een aanvraag niet in behandeling te nemen kan ook worden genomen in latere stappen van het afwegingskader.

<sup>3</sup> 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.





actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor de verzekerde kan worden voorkomen. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

#### **Ad b.1**

Fysieke problemen kunnen betrekking hebben op beperkingen die veroorzaakt worden door een somatische ziekte of een lichamelijke handicap.

De verzekerde is niet altijd in staat tijdig de zorgverlener in te roepen of erkent niet altijd de behoefte aan zorg, vanwege fysieke problemen en de gevolgen daarvan voor het psychisch functioneren (bijvoorbeeld vanwege vermoeidheid, vertraagd denken, verminderde alertheid en concentratie).

Wachten op de zorgverlener bij ongeplande zorgmomenten zal mogelijk ernstig nadeel 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**

De verzekerde heeft beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. Daarom heeft de verzekerde voortdurend begeleiding of overname van taken nodig om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkomen. Het gaat hierbij om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, gedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

Het betreft verzekerden die vanwege cognitieve beperkingen op meerdere momenten van de dag begeleiding en toezicht nodig hebben. De zorgverlening moet op relevante (onverwachte) momenten ondersteunen bij de oordeelsvorming over essentiële zaken in het dagelijkse bestaan van de verzekerde. De verzekerde kan de consequenties van eigen handelen niet overzien. Het mogelijke ernstig nadeel kan optreden als gevolg van het ontbreken van voldoende regie en regelvermogen.

#### **2.1.4 Stap 4: Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is**

In deze stap wordt vastgesteld of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals is vastgesteld in stap 3 blijvend is.

Onderzocht wordt of kan worden vastgesteld dat de verzekerde vanwege de ziekte, aandoening, stoornissen en beperkingen blijvend (levenslang) zal zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Er is geen toegang tot de Wlz als er nog mogelijkheden zijn voor zodanige (functionele) verbetering of herstel (bijvoorbeeld vanwege behandeling<sup>4</sup> van de ziekte, aandoening, stoornissen en/of beperkingen) dat er (nog) niet kan worden vastgesteld Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie).

Bij kinderen wordt afgewogen of er nog (enige) ontwikkeling mogelijk is. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds ontwikkeling/verbetering van de onderliggende ziekte, aandoening, handicap en anderzijds de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden aan te leren waardoor het functioneren kan verbeteren. Er is geen toegang tot de Wlz als er nog zodanige mogelijkheden zijn voor verbetering van het functioneren dat er (nog) niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid /permanent toezicht blijvend is.

#### **2.1.5 Stap 5: Uitzonderingen op de toegangscriteria**

In deze stap wordt vastgesteld of een verzekerde die voldoet aan de toegangscriteria zoals beschreven in stap 1 tot en met 4 toch geen toegang krijgt tot de Wlz, omdat er sprake is van zorg uit een ander domein of gebruikelijke zorg.

##### **2.1.5.1 Zorg uit ander domein**

In deze paragraaf staan de situaties beschreven waarin de zorg voor een verzekerde die voldoet aan

<sup>4</sup> Vanuit de Zvw, de Jeugdwet of de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling.





de toegangscriteria, zoals in voorgaande paragrafen beschreven, moet worden geboden uit een ander domein.

### **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);*

Met artikel 3.1.5 Blz is de Zvw voorliggend gemaakt op de Wlz. Dit betekent dat een kind vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap weliswaar een behoefte kan hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, maar dat het CIZ toch geen indicatie voor de Wlz afgeeft omdat deze behoefte voortkomt uit een noodzaak voor geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht. Het kan bijvoorbeeld gaan om toezicht met een verpleegkundige blik om tijdig in te grijpen bij afwijkingen in de vitale lichaamsfuncties (ademhaling, bloeddruk, bewustzijn etc.) of om verpleegkundige handelingen zoals het toedienen van zuurstof, intraveneuze medicatie toediening of parenterale voeding. De zorg moet in dergelijke gevallen vanuit de Zvw worden geleverd.

Indien zich bij een kind echter (op jonge leeftijd) naast de complexe somatische problematiek of lichamenlijk handicap ook een (ernstige) verstandelijke handicap manifesteert, kan het kind zowel behoren tot de doelgroep voor zorg voor kinderen met een somatische aandoening (Zvw) als tot de doelgroep van de Wlz. Het aangrijpingspunt van de zorg is hiervoor bepalend. Wanneer het aangrijpingspunt van de zorg medisch is, krijgt het kind de verpleging en verzorging uit de Zvw.

Wanneer het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg verschuift, kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. In de praktijk blijkt deze verschuiving vaak rond de vijfde verjaardag plaats te vinden. Voor sommige kinderen kan dit ook eerder of later het geval zijn. Als deze kinderen voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz, dan vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz.

### **Palliatief terminale zorg**

Als er nog geen indicatie is voor een zorgprofiel Wlz, wordt de palliatief terminale zorg geleverd uit de Zorgverzekeringswet (artikel 3.1.5 onder a Blz).

Voor palliatief terminale zorg voor verzekerden die deze zorg uit de Wlz gaan ontvangen is geen indicatie van het CIZ nodig.

### **Jeugdwet**

De zorgprofielen 'VG wonen met begeleiding en verzorging' (VG 3) en de LVG zorgprofielen zijn in de Wlz alleen beschikbaar voor (jong)volwassenen. Voor kinderen valt deze zorg onder de Jeugdwet (artikel 3.1.5 sub c Blz).

De Jeugdwet bepaalt dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor jeugdhulp, dat wil zeggen: voor de ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen met opvoed- en opgroei problemen, met psychische en psychiatrische problemen of stoornissen of met een beperking. Gemeenten zijn in dat kader ook verantwoordelijk voor de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en de jeugdreclassering.

### **Wet forensische zorg**

Forensische zorg is zorg in een strafrechtelijk kader die wordt verleend aan een justitiabele met een psychiatrische aandoening of beperking (met inbegrip van verslaving) of met een verstandelijke handicap.

Onder zorg wordt verstaan: zorg als omschreven bij of krachtens artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg. Het recht op zorg kan verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding verpleging of behandeling bevatten.

- Voor de Wlz en de forensische zorg is het volgende van toepassing: Het CIZ indiceert niet voor Wlz-zorg voor een verzekerde bij wie forensische zorg is opgelegd en die tijdens de tenuitvoerlegging van de forensische zorg een aanvraag doet voor Wlz-zorg. De forensische zorg voorziet in de zorgbehoefte. Bij het aflopen van de forensische titel kan aansluitend een aanvraag voor Wlz-zorg worden gedaan.
- De indicatie van een verzekerde die al een Wlz-indicatie heeft, blijft van kracht als deze verzekerde forensische zorg opgelegd krijgt.



Jongeren die zijn verdacht of veroordeeld in het kader van het jeugdstrafrecht vallen niet onder de forensische zorg<sup>5</sup>.

### **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.

Als is vastgesteld 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) en er geen sprake is van zorg uit een ander domein zoals hierboven beschreven, wordt afgewogen of het kind al redelijkerwijs is aangewezen op zorg uit de Wlz, of dat er nog sprake is van gebruikelijke zorg.

Zie hiervoor verder hoofdstuk 4 Gebruikelijke zorg.

### **2.1.5.3 Afstemming CIZ, gemeente, zorgverzekeraar**

Als tijdens het onderzoek naar de zorgbehoefte blijkt dat de verzekerde de zorg bij voorkeur wenst te ontvangen vanuit de gemeente en/of zorgverzekeraar en dit mogelijk ook haalbaar is vanwege de inzet van aanwezige mantelzorg, kan het CIZ aansturen op een gesprek tussen de verzekerde, zijn of haar mantelzorgers, de gemeente en/of de zorgverzekeraar om te kunnen afstemmen wat de meest passende zorg voor de verzekerde is (memorie van toelichting Wlz blz. 16 en 59).

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

In deze stap wordt vastgesteld of er recht is op Wlz-zorg. Indien dit het geval is wordt vastgesteld op welk zorgprofiel de verzekerde is aangewezen, met welke ingangsdatum en geldigheidsduur en indien van toepassing het kenmerk meerzorg.

#### **2.1.6.1 Het best passend zorgprofiel**

Vaststelling van het zorgprofiel is gebaseerd op de grondslag(en), stoornissen en beperkingen en de daaruit voortvloeiende actuele zorgbehoefte van de verzekerde. Het CIZ onderzoekt in eerste instantie of er op basis van de grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte (zie hiervoor Hoofdstuk 3 Grondslagen onder 3.2 aandachtspunten) van de verzekerde een passend zorgprofiel kan worden vastgesteld. Als geen van deze profielen voldoende aansluit bij de zorgbehoefte van verzekerde, kan op basis van specifieke cliëntkenmerken gekozen worden voor een profiel behorend bij een andere aanwezige grondslag. Het gaat hierbij dan specifiek om verzekerden met meerdere grondslagen waarbij de beperkingen vanuit de verschillende grondslagen elkaar beïnvloeden, om leeftijdsgebonden cliëntkenmerken, of om specifieke gedragsproblemen van de verzekerde.

Uitgangspunt is dat een zorgprofiel uit een reeks alleen gekozen kan worden als de problematiek uit die reeks aanwezig is. Met andere woorden: de grondslag waarop de reeks is gebaseerd moet bij de verzekerde aanwezig zijn. De belangrijkste grondslag kan een andere zijn. Voorbeeld: er kan geen zorgprofiel uit de sector Verstandelijk Gehandicapt (VG) worden gekozen als er geen sprake is van een grondslag verstandelijke handicap.

Uitzondering: de problematiek bij de grondslag somatische aandoening of beperking en de grondslag lichamelijke handicap ligt naar aard en inhoud dicht bij elkaar. 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 waar bij de zorgprofielen VV er meer aandacht is voor begeleiding bij achteruitgang in de ouderenzorg. In voorkomende gevallen kan daarom bij een verzekerde met een grondslag lichamelijke handicap een best passend zorg profiel uit de reeks VV worden gekozen (ook als deze grondslag niet aanwezig is) en andersom.

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

#### **2.1.6.2 Meerzorg**

Het CIZ onderzoekt of er sprake is van aandoeningen, stoornissen en beperkingen die mogelijk leiden

<sup>5</sup> Door de invoering van het adolescentenstrafrecht kan de maximale leeftijdsgrens van het jeugdstrafrecht worden verhoogd tot 23 jaar.



tot meer zorg dan beschikbaar is in het best passende zorgprofiel.

Als wordt voldaan aan één van de vier onderstaande situaties, wordt een kenmerk meegegeven aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor dient vervolgens onderzoek te doen naar de benodigde zorgomvang. Het zorgkantoor heeft ook de bevoegdheid om zelfstandig op verzoek van de verzekerde het onderzoek naar meerzorg te starten. Dat betekent dat de verzekerde die al een passend zorgprofiel heeft en meerzorg wenst zich tot het zorgkantoor dient te wenden en niet tot het CIZ.

Het CIZ geeft het kenmerk 'onderzoek doen naar meerzorg' alleen mee in de keten naar het zorgkantoor als de verzekerde recht heeft op een zorgprofiel en:

1. Er een noodzaak is van invasieve beademing, of,
2. Er een noodzaak is van non-invasieve beademing, of,
3. Er recht is op een zorgprofiel 'VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging' (VG5) en er sprake is van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek, of,
4. Er recht is op een zorgprofiel 'VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging' (VG8) en er sprake is van een noodzaak tot permanent toezicht vanwege zwaar complexe somatische problematiek.

Ad 1 en 2: Er is sprake van beademing wanneer de ademhaling mechanisch door apparatuur wordt overgenomen, al dan niet volledig of ter ondersteuning. Dit kan continu het geval zijn. Maar ook intermitterend, bijvoorbeeld alleen gedurende de nacht of mede 'on demand'<sup>6</sup> (automatische inschakeling van de apparatuur bij het wegvallen van de ademhaling bij de verzekerde). (Mechanische) beademing met behulp van apparatuur kan plaatsvinden via een tracheostoma (invasief) of via een mond-/neuskap (non-invasief).

De volgende zaken vallen niet onder beademing:

- Het incidenteel beademen via de tracheostoma met behulp van een ballon, al dan niet bij calamiteiten; er is geen sprake van continue of intermitterende beademing naast dit incidentele gebruik van de beademingsballon;
- Het toedienen van zuurstof via een 'brilletje', flowsnor, tracheostoma of anderszins; het bewaken van het zuurstofgehalte in het bloed met behulp van een saturatiemeter;
- Het hebben van een tracheostoma;
- Apparatuur bij slaapapneu.

Ad 3 en 4: Het gaat hierbij om verzekerden 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 verzekerde moeten controleren. Het gaat hier bijvoorbeeld om actieve controle van de ademhaling, het slikken, een bewustzijnsdaling, inwendige- of onderhuidse bloedingen, de bloeddruk en de lichaamstemperatuur. Bij afwijkingen moet direct worden ingegrepen omdat anders gevaar ontstaat. Het gaat bij dit gevaar met name om acute zuurstofdaling veroorzaakt door bijvoorbeeld een ademstilstand of een obstructie van de ademhaling, het optreden van een zwaar epileptisch insult of een shock. Voorbeelden van tijdig ingrijpen zijn het toedienen van (extra) zuurstof, uitzuigen, het toedienen van medicatie en reanimeren.

### 2.1.6.3 Ingangsdatum en geldigheidsduur

#### Ingangsdatum

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

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

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

1. Bij indicatiestellingen in het kader van het plan 'Waardigheid en Trots' (gebruikmakend van de instrumenten van het experiment regelarme instellingen-ERA1) beslist het CIZ op de dag waarop de aanvraag bij het CIZ 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 het CIZ is ingediend.

<sup>6</sup> Doordat de apparatuur voorziet in een ingestelde ademfrequentie, zal bij een terugval of het wegvallen van de ademhaling van de verzekerde de ademhaling volgens de noodzakelijke frequentie doorgang vinden.



2. De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan ook vóór de datum van het indicatiebesluit liggen, als er sprake is van bijzondere omstandigheden in een concreet geval<sup>7</sup>. 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 verzekerde 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 verzekerde.
- Als een verzekerde vanwege bijzondere omstandigheden reeds Wlz-zorg ontvangt, conform artikel 3.2.4 lid 2 Blz. Het gaat dan bijvoorbeeld om een acute onvoorzien verandering in de gezondheidssituatie van de verzekerde waarbij al direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de verzekerde blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz. Het kan ook gaan om een verzekerde 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 verzekerde direct op te nemen in een Wlz-instelling.

Als op de datum van de aanvraag al zorg wordt verleend beslist het CIZ binnen twee weken. Voorwaarde hiervoor is dat bij de aanvraag voldoende (medische) informatie beschikbaar is om te kunnen vaststellen dat de verzekerde recht heeft op de Wlz. De ingangsdatum van de indicatie is dan de datum dat de aanvraag bij het CIZ is binnengekomen of maximaal 5 dagen daarvoor als de zorg eerder is gestart.

### Overgangperiode

Indien er een indicatie voor zorg vanuit de Wlz is die naar beneden wordt bijgesteld, kan het CIZ een overgangperiode in acht nemen<sup>8</sup>. Daarbij wordt rekening gehouden met de mate waarin wordt ingegrepen in de lopende indicatie en de aard en de omvang van de door de verzekerde aangegane verplichtingen ter voorziening in zijn zorgbehoefte.

### Geldigheidsduur

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is, conform artikel 3.2.5 Blz onbepaald met uitzondering van de in hoofdstuk 3 van de Regeling langdurige zorg (Rlz) genoemde indicatiebesluiten:

- Voor zorgprofielen LVG en SGLVG is de geldigheidsduur maximaal drie jaar (zie paragraaf 2.2.5).
- Voor zorgprofielen GGZ-B is de geldigheidsduur maximaal drie jaar (zie paragraaf 2.3).
- Voor het zorgprofiel 'herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling' (VV9B) is de geldigheidsduur maximaal 6 maanden.

### Verdragsgerechtigden

Voor verdragsgerechtigden stelt het CIZ op grond van artikel 5.2.1 Blz het recht op zorg vast. Het CIZ houdt rekening met de verwachte verblijfsduur van de zorgvrager in Nederland en er geldt een maximale geldigheidsduur van 6 maanden, die eenmalig kan worden verlengd met maximaal 6 maanden.

#### 2.1.6.4 Informatie bij besluit

Als de verzekerde al kenbaar heeft gemaakt in welke vorm of van welke zorgaanbieder hij de zorg wenst te ontvangen kan het CIZ deze informatie vastleggen en doorgeven aan het zorgkantoor. Hierdoor kan de zorg eerder worden ingezet.

Deze informatie maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit, omdat deze informatie niet is gericht op rechtsgevolg. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Als aanvullende informatie bij het indicatiebesluit kan worden vermeld:

1. Voorkeur van de cliënt: het CIZ kan de voorkeur van de verzekerde over de vorm waarin hij de zorg wil ontvangen registreren. Als de verzekerde (nog) geen voorkeur heeft bepaald wordt geen voorkeur meegegeven. 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 intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep (LVG3);
  - c. LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (LVG4);

<sup>7</sup> Conform de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, via [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) te vinden met ECLI:NL:CRVB:2009:BK1592.

<sup>8</sup> Conform de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep, via [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) te vinden met ECLI:NL:CRVB:2013:BZ2559.



- d. LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (LVG5);
- e. LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum (SGLVG01).

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

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

- 2. Voor zover bekend registreert het CIZ de voorkeursleverancier van de verzekerde.

### 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
- Aanvraag wordt niet in behandeling genomen (zie stap 1 van het afwegingskader, paragraaf 2.1.1)

De verzekerde ontvangt het indicatiebesluit.

Het besluit wordt deugdelijk gemotiveerd (artikel 3:46 Awb).

Indien de verzekerde is aangewezen op Wlz-zorg worden in elk geval vermeld: de resultaten van het voorbereidend onderzoek, de aandoeningen, beperkingen, stoornissen of handicaps als gevolg waarvan de verzekerde op zorg is aangewezen, het zorgprofiel (met indien van toepassing meerzorg), de ingangsdatum en geldigheidsduur (artikel 3.2.3 Blz).

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

Het indicatiebesluit wordt verzonden naar het zorgkantoor en opgenomen in het Wlz-register.

Als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gegeven, wordt de huisarts geïnformeerd over het indicatiebesluit.

### **2.2 Afwegingskader 3.2.1 derde lid, meerderjarige verzekerde met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen**

In deze paragraaf wordt het afwegingskader beschreven voor meerderjarige verzekerden met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen.

In de memorie van toelichting (bladzijde 13) staat beschreven dat de hoofdregel is, dat een verzekerde alleen recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. In artikel 3.2.1. derde lid Wlz is de uitzondering op deze regel beschreven.

Tekst uit de memorie van toelichting:

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

In de HLZ-brief van 25 april 2013 staat dat de zpp'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 verblijfssetting 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).'

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.

### Afwegingskader Wet langdurige zorg (Wlz) art 3.2.1 derde lid

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1 <b>De aanvraag</b><br/>Gaat het om een vraag voor integrale, multidisciplinaire behandeling in een (SG)LVG behandelinstelling voor een meerderjarige (3.2.1 derde lid onder a)?</p> <p>2 <b>In kaart brengen zorgsituatie</b><br/>regulier en is er sprake van:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• een licht verstandelijke handicap</li><li>• gedragsproblemen</li></ul> <p>3 <b>Tijdelijke zorgbehoefte</b><br/>Tijdelijke behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in nabijheid?</p> <p>4 <b>Noodzaak (SG)LVG behandeling</b><br/>Noodzaak integrale multidisciplinaire behandeling in een (SG)LVG behandelinstelling behandelperspectief</p> <p>5 <b>Recht op Wlz zorg</b><br/>Best passend zorgprofiel uit de reeks (SG)LVG, geldigheid maximaal 3 jaar.</p> | <p>1b <b>De aanvraag</b><br/>De behandelaar geeft aan dat voortzetting van onder de Jeugdwet aangevangen integrale behandeling in een LVG-behandelinstelling noodzakelijk is (3.2.1 derde lid onder b)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>5 <b>Recht op Wlz zorg</b><br/>Best passend zorgprofiel uit de reeks (SG)LVG, geldigheid maximaal 3 jaar.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 2.2.1 Stap 1 en 1B: De aanvraag

In deze stap wordt vastgesteld of het CIZ de aanvraag in behandeling kan nemen (conform stap 1 regulier afwegingskader paragraaf 2.1.1).

Daarnaast wordt vastgesteld of het gaat om een aanvraag

- a. van een meerderjarige verzekerde 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 verzekerde 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 zoals hierboven beschreven worden de stappen 2 tot en met 5 onderzocht.

**Stap 1B:** Als het gaat om situatie b (voortzetting van onder de Jeugdwet aangevangen multidisciplinaire behandeling in een LVG behandelinstelling omdat verzekerde 18 jaar wordt en hij volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van deze integrale behandeling met verblijf) is er toegang tot de Wlz. De behandelaar geeft aan dat nog een periode (en welke periode/hoe lang) voortzetting van deze behandeling in een LVG behandelinstelling nodig is. In stap 5 wordt het best passende zorgprofiel uit de reeks LVG geïndiceerd.

Let op: als er sprake is van forensische zorg, zie paragraaf 2.1.5.1 Wet forensische zorg

#### 2.2.2 Stap 2: In kaart brengen van de zorgsituatie

In deze stap wordt de actuele zorgsituatie onderzocht, zie verder stap 2 van het reguliere afwegingskader (paragraaf 2.1.2).

Er wordt vastgesteld of er sprake is van een licht verstandelijke handicap<sup>9</sup> en gedragsproblemen.

#### Licht verstandelijke handicap

Er wordt vastgesteld of er sprake is van een licht verstandelijke handicap. Het gaat hierbij om een verstandelijke handicap zoals beschreven in het hoofdstuk grondslagen. Er is in het kader van artikel 3.2.1 derde lid sprake van een licht verstandelijke handicap als:

<sup>9</sup> Het gaat om verzekerden met een licht verstandelijke beperking in verband met de leerbaarheid, de mogelijkheid te profiteren van het behandelingsaanbod in de (SG)LVG behandelinstelling.



- Een verzekerde 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 verzekerde aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken, en
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen gedurende de vroege<sup>10</sup> 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 beperking<sup>11</sup>.

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

- Een verzekerde een normscore van tussen de 75 en 85 behaalt op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- De verzekerde als gevolg van zijn verstandelijke beperkingen ernstige of zeer ernstige beperkingen 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 verzekerde, en
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen gedurende de vroege<sup>12</sup> 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 beperking<sup>13</sup>.

### **Gedragsproblemen**

Er is sprake van ernstige tot zeer ernstige internaliserende of externaliserende gedragsproblemen. De cliënt heeft hierbij veel of continu sturing, regulering, behandeling, ondersteuning en toezicht nodig. 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 wordt ontleend 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 wordt vastgesteld of de meerderjarige verzekerde vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen 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 wordt vastgesteld 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**

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.

De noodzaak tot een integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling wordt aangegeven bij de aanvraag en onderbouwd door een betrokken behandelaar.

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

- Behandelperspectief/prognose. Uit de onderzoeksgegevens moet blijken dat er perspectief is dat de gevraagde behandeling leidt tot verbetering in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren

<sup>10</sup> Handboek DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

<sup>11</sup> Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van verzekerde 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.

<sup>12</sup> Handboek DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

<sup>13</sup> Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van verzekerde 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.





- van de verzekerde, geformuleerd in een concreet behandeldoel. De behandeling moet een multidisciplinair karakter hebben, gecoördineerd door een Wlz-behandelaar waarbij tijdens de intake- en diagnostiekfase is gebleken 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.

Voor verzekerden die niet zijn aangewezen op integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG behandelinstelling, is geen LVG-zorgprofiel aan de orde. Mogelijk is er wel recht op een zorgprofiel in de reeks VG (zie afwegingskader op basis van art 3.2.1 eerste lid).

### **Zorgprofiel Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt (SGLVG): Behandeling in een SGLVG-behandelcentrum**

Het gaat bij deze zorgvorm om verzekerden 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 verzekerde. De gedragswetenschappelijke en de psychiatrische behandeling zijn met elkaar verweven.

Als voor deze doelgroep een noodzaak is tot behandeling in een SGLVG-behandelcentrum en zij ook voldoen aan de criteria voor opname in een dergelijke instelling, wordt het SGLVG-zorgprofiel geïndiceerd.

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

- De verzekerde heeft beperkingen in het intellectueel en adaptief functioneren die zijn ontstaan in de ontwikkelingsperiode, er is sprake van een IQ tussen 50- 85 en complexe gedragsproblemen. Daarnaast is er vaak 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 de klachten;
- Er is sprake van een multidisciplinaire behandeling vanwege de problematiek van de verzekerde;
- De verzekerde 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.

Voor verzekerden met SGLVG-problematiek die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht zonder noodzaak tot behandeling in een SGLVG-behandelcentrum, is geen SGLVG-zorgprofiel aan de orde. Mogelijk is er wel recht op een zorgprofiel in de reeks VG (zie afwegingskader op basis van art 3.2.1 eerste lid).

#### **2.2.5 Stap 5: het indicatiebesluit**

In deze stap wordt vastgesteld welk zorgprofiel het best passend is. De zorgprofielen LVG en SGLVG hebben een maximale geldigheidsduur van 3 jaar. Zie verder stap 6 van het reguliere afwegingskader (paragraaf 2.1.6).

### **2.3 Afweging op basis van artikel 3.2.2 (psychische stoornissen)**

In deze paragraaf wordt de afweging beschreven voor verzekerden met een psychische stoornis.

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.



## Verzekerden met een psychische stoornis, zorgprofielen GGZ-B

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 vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar (artikel 3.2.2 Wlz).

Als de behandelaar heeft bepaald dat de verzekerde na 3 jaar verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg uit de Zvw is aangewezen op voortzetting van deze zorg, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passend zorgprofiel (in de reeks GGZ-B) vast voor maximaal 3 jaar<sup>14</sup>.

Als de zorgbehoefte van een verzekerde met een indicatie voor zorgprofiel GGZ-B uit de Wlz zodanig wijzigt, dat het geïndiceerde zorgprofiel niet meer passend is, maar de verzekerde nog wel is aangewezen op voortzetting van klinische GGZ-zorg stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passende zorgprofiel (uit de reeks GGZ-B) vast.

Als de verzekerde niet meer is aangewezen op voortzetting van deze zorg en op andere Wlz-zorg (op basis van een andere grondslag) is aangewezen, gelden hiervoor de reguliere toegangscriteria Wlz (paragraaf 2.1)

### ***Bijlage 1 Registreren van stoornissen en beperkingen in het functioneren***

Het CIZ legt de geobjectiveerde stoornissen en beperkingen (die voortkomen uit de vastgestelde ziekte, aandoening, handicap) die een verzekerde heeft vast. Hierbij hanteren we de volgende definities uit de ICF.

#### **Stoornissen**

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

#### **Beperkingen**

Moelijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten

#### **Participatieproblemen**

Problemen die iemand heeft met het deelnemen aan het maatschappelijk leven

De stoornissen en beperkingen (en zo nodig de daaruit voortkomende participatieproblemen) van de verzekerde worden vastgelegd op een vierpuntsschaal en zo nodig toegelicht. In onderstaande tabel wordt weergegeven hoe het CIZ stoornissen en beperkingen registreert.

#### **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 door middel van 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 verzekerde heeft geen beperkingen ten aanzien van de betreffende activiteit.
1	De verzekerde heeft een andere persoon nodig, die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om de betreffende activiteit zoveel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt.

<sup>14</sup> 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.



score	betekenis
2	De verzekerde kan de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit gedeeltelijk overnemen, waarbij de resterende zelfredzaamheid van verzekerde gerespecteerd en/of zoveel mogelijk bevorderd wordt.
3	De verzekerde 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***

Voor een aantal zorgprofielen is een verduidelijking met betrekking tot de indicatiecriteria opgenomen.

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

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

Het betreft verzekerden 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.

Het CIZ beoordeelt aan de hand van de actuele medische informatie en een behandelplan van de verantwoordelijke behandelaar<sup>15</sup> de oorzaak van de gedragsproblemen, welke behandeling gegeven wordt, of het behandelbeleid optimaal gevolgd is en welk effect de behandeling op het probleemgedrag heeft (evaluatie, bijstelling behandeling en prognose). Pas daarna kan worden beoordeeld of dit zorgprofiel het bij de verzekerde best passende zorgprofiel is.

Als de gedragsproblemen inherent zijn aan de onderliggende ziekte/aandoening kan het zijn dat behandeling van de gedragsproblemen niet meer aan de orde is. In deze situatie kan naast de actuele medische informatie worden volstaan met een zorgplan.

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit voor dit zorgprofiel is onbepaald. Alleen als op basis van de geobjectiveerde gegevens van de behandelaar voor deze individuele verzekerde blijkt dat de ernstige gedragsproblemen van tijdelijke aard zijn, kan er kortdurend sprake zijn van dit zorgprofiel. Aansluitend volgt een indicatie voor het best passende zorgprofiel.

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

Dit zorgprofiel is beschikbaar voor verzekerden die ook na de herstelgerichte behandeling vanwege hun ziekte/aandoening/handicap, stoornissen en beperkingen blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om escalatie dan wel ernstig nadeel te voorkomen.

Bij deze verzekerden heeft medisch specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans<sup>16</sup> sprake is geweest van een ziekenhuisopname.

De medisch specialistische diagnostiek/interventie, ook van de comorbiditeit en multimorbiditeit, is afgerond. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De verzekerde heeft een tijdelijke behoefte aan extra behandeling en zorg, meestal 2 tot 6 maanden. De behandeling is gericht op herstel en/of aanleren van vaardigheden, waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt of verwacht. Bij de verzekerde is sprake van verminderde leerbaarheid en trainbaarheid als gevolg van problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies.

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

Indicatiecriteria die beide van toepassing zijn op dit zorgprofiel:

<sup>15</sup> Specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog, geriater, psychiater

<sup>16</sup> Indien er geen sprake is geweest van een ziekenhuisopname na een acuut opgetreden aandoening danwel 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.



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

Om vast te stellen of de verzekerde voldoet aan bovenstaande criteria is aanlevering van onderstaande zorginhoudelijke informatie noodzakelijk:

1. Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) zorgplan. Uit het plan blijkt wat de omschrijving is van de grondslag en de bijzondere gedragsproblematiek.

Het is noodzakelijk dat de volgende onderwerpen in het zorgplan aan bod komen:

- Welke zorginterventies hebben plaatsgevonden om de bijzonder ernstige gedragsproblematiek te verminderen. Dit zijn bijvoorbeeld behandeling (eventueel medicamenteus/therapieën/video-opnames), specifieke benadering, groepsgrootte, woonvorm, inzet gespecialiseerd personeel;
- Tot welk resultaat de zorginterventies hebben geleid (evaluatie rapport);
- 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.

Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) volledig rapport van de CEP-score, 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. Indien er met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) een consultatietraject is gedaan: de door het CCE uitgebrachte (advies)rapportage.

## Hoofdstuk 3 Grondslagen

### 3.1 Algemeen

Eén van de vereisten om in aanmerking te komen voor de Wlz is de aanwezigheid van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap (artikel 3.2.1, eerste lid, Wlz).

### 3.2 Aandachtspunten

#### Vaststellen grondslag

Het CIZ stelt de grondslag van een verzekerde vast en maakt daarbij gebruik van informatie over diagnostiek en over stoornissen en beperkingen, die wordt verstrekt door een ter zake deskundige. Dit is iemand die volgens de vigerende standaarden en richtlijnen van zijn beroepsgroep bevoegd is tot het stellen van de diagnose. Informatie over stoornissen en beperkingen kan ook door eigen onderzoek van het CIZ worden verkregen.

#### Eén grondslag of meer grondslagen

Om in aanmerking te komen voor toegang tot zorg vanuit de Wlz, moet bij de verzekerde in elk geval sprake zijn van één grondslag. Bij sommige verzekerden is er sprake van meer grondslagen. Voor een compleet inzicht in de problematiek van de verzekerde en de onderlinge samenhang van de aanwezige grondslagen is het van belang om alle grondslagen te vermelden in het dossier.

#### Grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte

Als sprake is van meer dan één grondslag stelt het CIZ vast welke van die grondslagen de meeste invloed heeft op de zorgbehoefte. Deze grondslag wordt bepaald door de zwaarstwegende beperking in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte. Deze grondslag kan wijzigen bij een veranderde zorgbehoefte. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat eerst een somatische aandoening of beperking de meeste invloed had op de zorgbehoefte, terwijl in een later stadium de grondslag psychogeriatrische aandoening of beperking de meeste invloed op de zorgbehoefte heeft. Zie ook paragraaf 2.1.6.1 Het best passend zorgprofiel.

### 3.3 De vijf grondslagen

#### 3.3.1 Somatische aandoening of beperking

Een somatische aandoening of beperking vindt zijn oorzaak in een actuele somatische ziekte of aandoening. Een somatische aandoening die gekenmerkt wordt door progressief beloop of wisselend stabiele/instabiele fases en die bij verergering door medische en/of paramedische behandeling eventueel nog kan verbeteren, heeft dus als grondslag somatische aandoening of beperking. In sommige situaties bereikt een (chronische) somatische aandoening op enig moment een 'eindsta-



dium' waarin geen functionele verbetering meer te verwachten is. Wanneer sprake is van blijvende beperkingen, veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel), dan is de grondslag somatische aandoening of beperking niet meer aan de orde en is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Bij twijfel over de vraag of er een eindstadium is bereikt, wordt de behandelend arts geraadpleegd.

Bij zorg in de terminale<sup>17</sup> levensfase is altijd de grondslag somatische aandoening of beperking van toepassing. De laatste levensfase is aangebroken als het overlijden binnen afzienbare tijd verwacht wordt en de behandeling niet meer gericht is op genezing of verbetering, maar op verlichting van het lijden.

### **Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)**

Er is sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)<sup>18</sup> als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de lichamelijke klachten voldoende verklaart.

Bij sommige verzekerden wordt wel een somatische aandoening gevonden, maar zijn de klachten ernstiger of langduriger ofwel beperken zij het functioneren sterker dan op grond van de aandoening te verwachten is of ontbreekt geobjectiveerde informatie over een achterliggende ziekte of aandoening. Ook in deze situatie is er sprake van SOLK.

Beperkingen ten gevolge van SOLK moeten, net als in andere situaties, altijd worden geobjectiveerd. Het oordeel van een arts is bij SOLK noodzakelijk. Het hiertoe noodzakelijke onderzoek behoort plaats gevonden te hebben in het reguliere medische circuit, voordat er sprake kan zijn van zorg vanuit de Wlz.

Bij een verzekerde met SOLK of het vermoeden van SOLK wordt altijd de medisch adviseur van het CIZ geraadpleegd.

Indien de medisch adviseur van het CIZ, na overleg met de curatieve sector, de overtuiging heeft dat de situatie onomkeerbaar is en de beperkingen blijvend zijn, dan is een Wlz-indicatie mogelijk. Het zichtbare beperkingenbeeld van de SOLK ligt vrijwel altijd op het somatische vlak. Bij het ontbreken van nadere diagnostiek wordt daarom voor een somatische grondslag gekozen.

Een conversiestoornis, ook wel een functioneel-neurologisch-symptoomstoornis genoemd, leidt op zichzelf niet tot een grondslag somatiek of lichamelijke handicap, omdat dit een psychiatrische diagnose is. In enkele gevallen kan op grond van geobjectiveerde, blijvende lichamelijke complicaties zoals contracturen wel een grondslag lichamelijke handicap of somatiek worden gesteld.

### *3.3.2 Lichamelijke handicap*

Ook een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. Wanneer sprake is van beperkingen als gevolg van 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) en er geen sprake is van een terminale situatie<sup>19</sup>, dan is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Het vaststellen van de mogelijkheid tot een functionele verbetering is aan de behandelend arts.

### *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).

Een neurocognitieve stoornis betreft een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen waarbij er aanwijzingen zijn voor een significante cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren, in een of meer welomschreven cognitieve domeinen te weten 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 gestandaard-

<sup>17</sup> Hiermee wordt niet alleen bedoeld op de termijn van drie maanden zoals deze in de definitie van palliatief terminale zorg is beschreven, maar ook op een situatie waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven.

<sup>18</sup> De omschrijvingen sluiten aan bij de NHG-standaard voor Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) van mei 2013.

<sup>19</sup> Zie ook voetnoot 13.



seerde (neuropsychologische) tests, of, als die er niet zijn, een ander gekwantificeerd (klinisch) onderzoek<sup>20</sup>.

Aan de hand van voorbeelden van symptomen of observaties wordt het niveau van de neurocognitieve stoornis, uitgebreid of beperkt, vastgesteld en het subtype van de neurocognitieve stoornis, bijvoorbeeld NCS door de ziekte van Alzheimer, NCS door vasculaire ziekte of NCS door frontotemporale lobaire degeneratie. Verder kan gespecificeerd worden of de neurocognitieve stoornis al dan niet gepaard gaat met gedragsstoornissen<sup>21</sup>.

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 cognitieve deficiënties kunnen niet worden verklaard door een delier of een psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis, schizofrenie).

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.

### 3.3.4 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.

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

Deficiënties in het adaptief functioneren leiden er toe dat verzekerde 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 verzekerde een normscore van 75<sup>22</sup> of lager behaalt op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Er dusdanige beperkingen in het adaptief functioneren zijn vastgesteld dat verzekerde aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken ten einde ernstig nadeel voor verzekerde te voorkomen, en
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen gedurende de vroege<sup>23</sup> 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 beperking<sup>24</sup>.

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:

<sup>20</sup> Bijvoorbeeld diagnostiek door de huisarts conform de NHG standaard.

<sup>21</sup> DSM-5 Neurocognitieve stoornissen.

<sup>22</sup> DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

<sup>23</sup> DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

<sup>24</sup> Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van verzekerde 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.





- De verzekerde behaalt een normscore tussen de 75 en 85 op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Uit de bovengenoemde professionele beoordeling moet blijken dat de verzekerde als gevolg van zijn verstandelijke beperkingen ernstige of zeer ernstige beperkingen<sup>25</sup> 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 verzekerde. 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 verzekerde is aangewezen (volledig diagnostisch onderzoek), en
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen moeten gedurende de vroege<sup>26</sup> 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 beperking<sup>27</sup>.

### 3.3.5 Zintuiglijke handicap

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

#### 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 NOG<sup>28</sup> 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 door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat. Een uitzondering hierop is het Cochleair implantaat, dan wordt na een gewenningsperiode van twee jaar het gehoorverlies vastgesteld met het implantaat in.

Zoals in de FENAC<sup>29</sup>-richtlijnen voor diagnostiek is aangegeven, is er sprake van een auditieve stoornis indien:

- Het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1.000, 2.000 en 4.000 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, 1.000 en 2.000 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.

#### Spraak-/taalstoornis

Een spraak-/taalstoornis kan worden vastgesteld als er sprake is van ernstige communicatieve

<sup>25</sup> Met betrekking tot de definitie 'ernstige en zeer ernstige beperkingen' zie handboek DSM-5 uitgebreide en beknopte versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen).

<sup>26</sup> Handboek DSM-5 uitgebreide versie onder neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (verstandelijke beperkingen) pag. 85.

<sup>27</sup> Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van verzekerde 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.

<sup>28</sup> Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.

<sup>29</sup> Nederlandse Federatie van Audiologische Centra.





beperkingen. Deze kunnen zijn ontstaan door (zeer) ernstige beperkingen op één of meer ondergenoemde terreinen:

- Spraakproductie (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit);
- Spraakperceptie (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt);
- Morfo-syntactische kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite met begrijpen wat anderen zeggen);
- Lexicaal-semanticke kennis (receptief en productie 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 wordt onder de grondslag zintuiglijke handicap vastgesteld als:

- De communicatieproblemen zodanig ernstig zijn dat verzekerde afhankelijk is van een-op-een begeleiding in de communicatie en daarbij een blijvende multidisciplinaire aanpak voor zijn communicatieproblemen nodig heeft, en
- Er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen, en
- De spraak-, taalstoornis<sup>30</sup> op zich zelf staat, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrische, fysiologische, neurologische, cognitieve) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

Een pragmatische taalstoornis/beperking (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) als zodanig leidt niet tot de grondslag zintuiglijke handicap.

#### Hoofdstuk 4 Gebruikelijke zorg

In de Wlz (memorie van toelichting) wordt toegelicht dat bij de indicatiestelling voor kinderen ook rekening wordt gehouden met gebruikelijke zorg. Uitgangspunt in de memorie van toelichting is dat van ouders een substantiële bijdrage verwacht mag worden bij het verzorgen en opvoeden van c.q. toezicht bieden aan een kind. *‘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 daarbij om de vraag wanneer de verzekerde is aangewezen op Wlz-zorg omdat het de zorg te boven gaat die iemand vanuit de sociale omgeving van de verzekerde nog zou moeten bieden (‘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). Dit kan

<sup>30</sup> 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.



ook gedurende de ontwikkeling duidelijk worden, bijvoorbeeld als op het consultatiebureau wordt gezien dat het kind achterblijft in de ontwikkeling. Als het gaat om medische (somatische, lichamelijke) problematiek zal in eerste instantie zorg uit de Zorgverzekeringswet ingezet worden (artsen, verpleegkundige zorg). Als blijkt dat het kind achterblijft in de (verstandelijke) ontwikkeling of moeilijk gedrag laat zien is de Jeugdwet in eerste instantie aangewezen. Als duidelijk wordt dat een kind blijvend (levenslang) is aangewezen op zorg 24 uur per dag in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel en de zorgbehoefte de gebruikelijke zorg overstijgt, kan het kind mogelijk in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz<sup>31</sup>.

### **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
- Dat verzorging, begeleiding en stimulans die nodig is bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid wordt geboden.

Als een kind niet bij (een van) de ouder(s) kan wonen, vanwege de onmogelijkheden van de ouder(s) om een veilige woonomgeving te 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 worden de volgende richtlijnen aangehouden:

- *Kinderen van 5 tot ongeveer 8 jaar* hebben overdag nog voortdurend begeleiding en aansturing nodig, maar zijn in toenemende mate 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 ontwikkelingsachterstand<sup>32</sup> in combinatie met (geobjectiveerde) ernstige gedragsproblemen, of
  2. Een blijvende noodzaak is voor (volledige) overname van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL<sup>33</sup>) in combinatie met blijvende beperkingen in de sociale redzaamheid en cognitief functioneren, of
  3. Sprake is van een blijvend laag cognitief ontwikkelingsperspectief<sup>34</sup>, in combinatie met beperkingen op meerdere terreinen, zoals bewegen en verplaatsen, ADL, gedrag.
- *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 etc.).

<sup>31</sup> Zie hoofdstuk Algemeen paragraaf 2.5.1 voor de afbakening met verpleging en verzorging uit de Zorgverzekeringswet.

<sup>32</sup> Tenminste een matige verstandelijke beperking.

<sup>33</sup> ADL: eten, drinken, zich wassen, aan- en uitkleden, naar het toilet gaan, tandenpoetsen, haren kammen, nagels knippen etc.

<sup>34</sup> Tenminste een matige verstandelijke beperking.



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