



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. de heer drs. Th.W.H.M. van Uum
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

mw. mr. M.W.B. den Haan
T +31 (0)6 203 068 64

2021044727

Datum 6 januari 2022
Betreft Aanbieding rapport '*Duiding opstellen medische verklaring ibs en zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs*'

Onze referentie
2021044727

Geachte heer Van Uum,

Het doet me genoegen u hierbij het rapport '*Duiding opstellen medische verklaring ibs en zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs*' aan te bieden.

Aanleiding voor het opstellen van dit rapport was een verzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). Er bestond onduidelijkheid over het aangewezen domein met betrekking tot het opstellen van een medische verklaring ten behoeve van een beschikking tot inbewaringstelling (ibs) alsmede over de zorg aan volwassen cliënten zonder Wlz-indicatie tijdens ibs. Het Zorginstituut beantwoordt in het rapport de volgende vragen positief:

- Valt het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake kundige arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een ibs, onder de Zvw dan wel de Wlz?
- Valt de zorg tijdens ibs voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben onder de Zvw?

Met verwijzing naar het eerdere rapport van het Zorginstituut '*Toepassing van de Wet zorg en dwang (Wzd) in relatie tot de Zorgverzekeringswet (Zvw)*'¹ geven we ook in dit rapport de noodzaak aan van een goede aansluiting van de Wzd (en Wvggz) met de zorg als omschreven in de Zvw en Wlz.

In het rapport zijn ook de reacties van partijen opgenomen. Zij vragen met name aandacht voor uitvoeringsproblemen, zoals contracteringsproblematiek, administratieve lasten, mogelijke leegstand van bedden, mogelijke wachtlijsten en de doorstroom van cliënten na ibs.

Hoogachtend,


Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

¹ Rapport Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) | Rapport | Zorginstituut Nederland



Zorginstituut Nederland

Duiding opstellen medische verklaring ibs en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap zonder Wlz-indicatie tijdens ibs

Datum	14 december 2021
Status	Definitief

Colofon

Uitgave	Extra exemplaren kunt u downloaden vanaf www.zorginstituutnederland.nl .
Projectleider	Mw. mr. M. W. B. den Haan
Volgnummer	2021018019
Contactpersoon	mw. mr. M.W.B. den Haan +31 (0)6 203 068 64
Afdeling	Zorg
Uitgebracht aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Nederlandse Zorgautoriteit
Bijlage(n)	4

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Inleiding—9

1 De Wzd in relatie tot de Zvw en Wlz en de afbakening met de Wfz—11

- 1.1 Wet zorg en dwang—11
- 1.2 De Wzd staat los van bekostigingsdomeinen—11
- 1.3 Het begrip zorg in de Wzd—13
- 1.4 Beveiligingsaspecten—14
- 1.5 Het ernstig nadeel voor derden of de maatschappij en het karakter van de Zvw en de Wlz—15
- 1.6 Afbakening forensische zorg en de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie—16

2 De medische verklaring ibs bij toepassing van de Wzd—18

- 2.1 Medische verklaring in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een inbewaringstelling (ibs)—18
- 2.2 Eisen voor het opstellen van een medische verklaring—19
- 2.3 Wat wordt verstaan onder een 'ter zake deskundig arts'?—20
- 2.4 Onder welk domein valt het opstellen van de medische verklaring?—21
 - 2.4.1 Kennis en kunde—21
 - 2.4.2 Taak van de burgemeester—21
 - 2.4.3 Zorgverzekeringswet—23
 - 2.4.4 Wet langdurige zorg—23
 - 2.4.5 Jeugdwet—24
- 2.5 Conclusie—24

3 Zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs—25

- 3.1 Onvrijwillige/gedwongen opname en verblijf—25
- 3.2 Geregistreerde accommodatie—25
- 3.3 Geregistreerde accommodaties staan los van bekostigingsdomeinen—26
- 3.4 De verhouding tussen de Wmo en de Zvw—27
 - 3.4.1 Maatschappelijke ondersteuning en de filosofie van de Wmo—28
- 3.5 Maatwerkvoorzieningen binnen de Wmo—29
 - 3.5.1 Beschermd wonen—29
 - 3.5.1.1 *Beschermd wonen in combinatie met behandeling vanuit de Zvw—29*
 - 3.5.1.2 *Beschermd of begeleid wonen voor mensen met een verstandelijke beperking—29*
 - 3.5.2 Opvang—30
 - 3.5.3 Crisisregeling op grond van de Wmo—30
 - 3.5.4 Conclusie—30
- 3.6 De Zorgverzekeringswet—30
- 3.7 Geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen (GZSP-groepen)—32
 - 3.7.1 GZSP-groepen (algemeen)—32
 - 3.7.2 Geneeskundige zorg aan verstandelijk beperkten vanuit de Zvw—33
 - 3.7.2.1 *Zorgbehoefte—33*
 - 3.7.2.2 *Behandeldoel—33*
- 3.8 Eerstelijns verblijf—33
 - 3.8.1 Eerstelijns verblijf (ELV)—33

3.8.2	Het begrip 'medisch noodzakelijk'—34
3.8.2.1	<i>De setting van medisch noodzakelijk verblijf en het verschil met beschermd wonen</i> —35
3.9	Wat zegt de Wzd over de zorg tijdens ibs?—35
3.9.1	Intramurale zorg—35
3.9.2	Doel van (voortzetting) ibs volgens de Wzd (diagnostiek)—35
3.9.3	Zorgverantwoordelijke—36
3.9.4	Wzd-functionaris is betrokken—37
3.9.5	Onvrijwillige zorg opnemen in het zorgplan (multidisciplinair overleg)—37
3.9.6	Onafhankelijke deskundige—38
3.9.7	Uitvoering zorgplan—39
3.9.8	Zorg in onvoorziene situaties—39
3.9.9	Procedure onvrijwillige zorg in relatie tot ibs—39
3.9.10	Geen compleet beeld van zorg tijdens ibs op grond van de Wzd—39
3.10	Zorg tijdens ibs beschreven door deskundigen uit het veld—40
3.10.1	Om wat voor cliënten gaat het precies?—40
3.10.2	Wat kan er worden gezegd over de zorgbehoefte? (hoge inzet)—40
3.10.3	Waarvoor is de periode van ibs bedoeld?—40
3.10.4	Hoe ziet de zorg eruit en wie zijn betrokken?—41
3.10.5	Zijn er richtlijnen voor zorg tijdens ibs?—41
3.10.6	Wat is de reden dat geen Wlz-indicatie kan worden afgegeven in het vervolgetraject?—41
3.11	Afweging en conclusie—42
3.12	Eindconclusie—44
4	Reacties van geconsulteerde partijen—45
4.1	Consultaties—45
4.2	Reacties per organisatie—45
4.2.1	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)—45
4.2.2	Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)—46
4.2.3	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)—47
4.2.4	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)—47
4.2.5	Nederlandse Vereniging van Artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG) en de Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)—48
5	Bijlagen—51
5.1	Bijlage 1—51
5.1.1	Mogelijke misverstanden over de Wlz—51
5.2	Bijlage 2—52
5.2.1	Geneeskundige zorg aan mensen met een verstandelijke beperking: zorgverleners—52
5.3	Bijlage 3—54
5.3.1	Overzicht geconsulteerde partijen—54
5.4	Bijlage 4—55

Samenvatting

Sinds 1 januari 2020 is de regelgeving voor het opleggen van gedwongen zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een psychische stoornis die voorheen was vastgelegd in de Wet Bopz, ondergebracht in twee wetten. De Wet zorg en dwang (Wzd) geldt voor mensen met een verstandelijke beperking (en inhoudelijk daaraan gelijkgestelde aandoeningen) of een psychogeriatrische aandoening. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis op de voorgrond staat.

Onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden in domeinen leidt tot problemen in de bekostiging

Vooraf voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie die met een beschikking tot inbewaringstelling (ibs) worden opgenomen in een instelling voor gehandicaptenzorg (VG-instelling) of SGLVG-instelling, blijkt het onduidelijk te zijn hoe en vanuit welk domein de zorg die tijdens ibs wordt geboden moet worden bekostigd. Zorgverzekeraars hebben voor deze zorg geen VG/SGLVG-instellingen gecontracteerd en er bestaat geen route of standaard voor het verwerken van betaalgegevens. Zorgkantoren gaan ervan uit dat de plekken die zij hebben ingekocht worden toegewezen aan Wlz-cliënten; en zorgaanbieders kunnen de aan niet-Wlz-cliënten geleverde onvrijwillige zorg niet declareren. Dit leidt tot problemen in de praktijk.

Vraagstelling NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft het verzoek gekregen van de minister van VWS om de bekostiging voor de toepassing van de Wzd uit te werken. De NZa heeft op haar beurt aan het Zorginstituut gevraagd of de zorg voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben tijdens ibs onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Ook heeft de NZa gevraagd of de inzet van een 'ter zake deskundig arts' die de medische verklaring opstelt in verband met de benodigde machtiging van de burgemeester voor een ibs, vanuit de Zvw dan wel de Wlz kan worden vergoed.

In dit rapport beantwoorden we daarom de volgende twee vragen:

- Valt het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake deskundig arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een ibs, onder de Zvw dan wel de Wlz?
- Valt de zorg tijdens ibs voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben onder de Zvw?

Beide vragen beantwoorden wij in dit rapport positief.

Het opstellen van een medische verklaring valt onder de Zvw dan wel Wlz

Het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake deskundig arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een ibs, valt onder de Zvw. Als betrokkenen een Wlz-indicatie heeft valt het opstellen van de medische verklaring onder de Wlz. Voor jongeren onder de 18 jaar is de Jeugdwet voorliggend. Het opstellen van de verklaring kan worden beschouwd als een diagnostisch proces, waarbij de kennis en kunde liggen op het medische vlak. Hierbij gaat dezelfde redenering op als bij het opstellen van een medische verklaring ten behoeve van een rechterlijke machtiging, zoals reeds uiteengezet in het rapport

*'Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).'*¹ Er is geen onderscheidend criterium met betrekking tot de vereisten voor een ibs, evenmin kan worden gezegd dat het gemeentelijk domein voor het opstellen van de medische verklaring voorliggend is vanwege het enkele feit dat de burgemeester de taak heeft om een beschikking tot ibs te nemen.

De zorg aan volwassenen met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs valt onder de Zvw

Ook concluderen we dat de zorg tijdens ibs aan volwassenen met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie valt onder de Zvw. De zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs kan geduid worden als medisch noodzakelijk verblijf in verband met (generalistische) geneeskundige zorg, ook wel 'Eerstelijns verblijf' genoemd, dat valt onder artikel 2.12 van het Bzv. Overigens moet daarbij worden opgemerkt dat de aard en inhoud van de zorg die ten laste van de Zvw wordt geleverd altijd op individueel niveau moet worden bepaald.

Uit de Wzd kan worden afgeleid dat (ook) bij ibs een zorgverantwoordelijke is betrokken, een Wzd-functionaris, dat er multidisciplinair overleg plaatsvindt bij het eventueel inzetten van onvrijwillige zorg, zo nodig met een onafhankelijke deskundige, en dat tijdens ibs de mogelijkheid wordt gegeven om een daadwerkelijke diagnose te kunnen stellen.

In het rapport *'Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet'* is het Zorginstituut reeds ingegaan op de vergoeding van bovengenoemde functionarissen. De Zvw is het aangewezen domein voor vergoeding van deze functionarissen, uitgaande van de doelgroep *volwassen* cliënten met een verstandelijke beperking waarbij geen sprake is van een Wlz-indicatie.

Dat sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg kan vervolgens worden afgeleid uit het vereiste criterium voor onvrijwillige opname. Kort gezegd blijkt hieruit een ernstig vermoeden van een causaal verband tussen de (vermoedelijke) aandoening (zoals de verstandelijke handicap) en het gedrag dat daaruit voortvloeit en de noodzaak tot onvrijwillige opname, waarvan de onvrijwillige opname, gelet op de Wzd altijd verblijf is met geneeskundige zorg. De geneeskundige zorg ziet op het gedrag van de cliënt en op het doen van nadere diagnostiek, waarvoor medische opname noodzakelijk is.

Daarnaast blijkt ook uit de beschreven zorg door deskundigen uit het veld dat bij ibs sprake is van verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met (generalistische) geneeskundige zorg.

Het gaat om een therapeutisch behandelklimaat/klinische setting met een 'begrijpende' context. De opname is in eerste instantie vooral bedoeld om te stabiliseren, de cliënt tot rust brengen, ook wel 'de-escaleren'. Vervolgens observeren en diagnosticeren om in kaart te brengen wat er nu precies speelt en welke behandeling nodig is. Een multidisciplinair team, bestaande uit in ieder geval een arts voor verstandelijk gehandicapten en een gedragskundige, is betrokken. De behandeling staat centraal en kan niet los gezien worden van de rest van de zorg en het verblijf. Maatwerkvoorzieningen in de Wmo, zoals beschermd wonen, zien op *onderdak en begeleiding*. Dit kan gecombineerd worden met ambulante behandeling vanuit de Zvw, maar is daar niet onlosmakelijk mee verbonden.

Bovenstaande sluit tot slot goed aan bij de in het rapport van 6 maart 2017 beschreven kaders waarbinnen moet worden beoordeeld of sprake is van medisch

¹ [Rapport Wet zorg en dwang \(Wzd\) en de Zorgverzekeringswet \(Zvw\) | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ.²

Medisch noodzakelijk verblijf wordt in dit rapport globaal aanbevolen in vier situaties: voor (nadere) diagnosestelling, ten behoeve van het (opnieuw) instellen van medicatie, vanwege (mogelijk) gevaar voor de cliënt en/of zijn omgeving, of als behandeling met verblijf effectiever moet worden geacht dan ambulante behandeling.

Betere aansluiting wetgeving noodzakelijk

Net als in het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet*' benadrukken we ook in dit rapport het belang van een goede aansluiting van de Wzd (en Wvvgz) met de bekostigingsdomeinen. Behalve dat de definitie van zorg onder de Wzd niet hetzelfde is als onder de Zvw en de Wlz, waardoor onduidelijkheid kan ontstaan over de vraag of elementen van onvrijwillige zorg wel of niet ten laste van de verzekerde zorg kunnen komen, kan het ernstig nadeel dat de basis vormt voor onvrijwillige opname/zorg namelijk ook of uitsluitend betrekking hebben op (de bescherming) derden of de maatschappij. Dit valt moeilijk te rijmen met het karakter van individuele sociale ziektekostenverzekeringen als de zorgverzekering en de Wlz, waarin de eigen zorgvraag van de verzekerde het uitgangspunt is. De ratio van de Wzd (en Wvvgz) ziet vooral op de zorg die aangewezen is voor betrokkene, maar dient mede het doel van orde en veiligheid. Dit maakt niet dat de gemeente (burgemeester is belast met de handhaving van de openbare orde) om die reden financieel verantwoordelijk is voor gedwongen opname/zorg, dit geldt evenmin voor de Minister van Justitie (een strafrechtelijk kader ontbreekt), maar het zorgt wel voor een spanning met de Zvw en Wlz, die een individueel karakter hebben en geen zelfstandig kader voor onvrijwillige zorg.³

Hoewel deze spanning reeds bestond ten tijde van de Wet Bopz, worden met de nieuwe wetgeving in meer gevallen inbreuken op rechten en vrijheden mogelijk dan onder de Wet Bopz, zoals in de ambulante situatie.⁴ Een betere aansluiting van wetgeving zoals het Zorginstituut heeft geadviseerd in het rapport *Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet*, is daarom des te meer noodzakelijk.

Onduidelijkheden en/of misverstanden

We signaleren dat er bij partijen onduidelijkheden en/of misverstanden bestaan over aspecten die zijdelings met de duiding van de zorg zelf te maken hebben dan wel overkoepelend zijn voor gedwongen zorg. Zoals bijvoorbeeld de bekostiging van beveiligingsaspecten, de verhouding/afbakening tussen de Zvw en de Wmo, de crisisregeling op grond van de Wmo, de afbakening van de taak van de burgemeester (handhaving openbare orde), de vangnetbepaling op grond van de Wlz, etc. Daarnaast is de geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen (GZSP), waaronder volwassenen met een verstandelijke beperking, recent overgeheveld naar de Zvw. Het Zorginstituut geeft, voor zover dit binnen zijn wettelijke competenties valt, in dit rapport duidelijkheid over deze onderwerpen (soms zijdelings, of in bijlagen) en geeft een uitgebreide beschrijving van GZSP.

² Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ | Rapport | Zorginstituut Nederland

³ Een ander spanningsveld is dat de Zvw wordt uitgevoerd door *private* zorgverzekeraars, die door het vergoeden van gedwongen opname in feite (mede) een publiek belang uit een andere wet dienen.

⁴ Als nuancering moet daarbij nog worden opgemerkt dat onder de Wet Bopz veel dwang al gebeurde zonder wettelijk kader, wat de nieuwe wetgeving nu wel regelt. Overigens laten we de instroom van de groep cliënten via artikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) hierbij nog buiten beschouwing.

Inleiding

Sinds 1 januari 2020 is de regelgeving voor het opleggen van onvrijwillige zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, een psychogeriatrische aandoening of een psychische stoornis die voorheen was vastgelegd in de Wet Bopz, ondergebracht in twee wetten. De Wet zorg en dwang (Wzd) geldt voor mensen met een verstandelijke beperking (en inhoudelijk daaraan gelijkgestelde aandoeningen) of een psychogeriatrische aandoening. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis op de voorgrond staat.

Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden van domeinen leidt tot problemen in de bekostiging

Vooraf voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie die met een beschikking tot inbewaringstelling (ibs) worden opgenomen in een instelling voor gehandicaptenzorg (VG-instelling) of SGLVG-instelling, blijkt het onduidelijk te zijn hoe en vanuit welk domein de zorg die tijdens ibs wordt geboden moet worden bekostigd. Zorgverzekeraars hebben voor deze zorg geen VG/SGLVG-instellingen gecontracteerd en er bestaat geen route of standaard voor het verwerken van betaalgegevens. Zorgkantoren gaan ervan uit dat de plekken die zij hebben ingekocht worden toegewezen aan Wlz-cliënten; en zorgaanbieders kunnen de aan niet-Wlz-cliënten geleverde onvrijwillige zorg niet declareren. Dit leidt tot problemen in de praktijk.

Vraagstelling NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft het verzoek gekregen van de minister van VWS om de bekostiging voor de toepassing van de Wzd uit te werken. De NZa heeft op haar beurt aan het Zorginstituut gevraagd of de zorg voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben tijdens ibs onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Ook heeft de NZa gevraagd of de inzet van een 'ter zake deskundig arts' die de medische verklaring opstelt in verband met de benodigde machtiging van de burgemeester voor een ibs, vanuit de Zvw dan wel de Wlz kan worden vergoed.

In dit rapport beantwoorden we daarom de volgende twee vragen:

- Valt het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake deskundig arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een ibs, onder de Zvw dan wel de Wlz?
- Valt de zorg tijdens ibs voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben onder de Zvw?

Daarnaast heeft de NZa aangegeven dat ook het regelen van vervolgzorg na ibs voor de groep cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie een probleem is. Het is niet goed mogelijk om de cliënt te plaatsen in een vervolgsetting die het beste aansluit bij de zorgvraag. De NZa heeft daarom gevraagd of het Zorginstituut ook kan aangeven ten laste van welk kader/domein de zorg op grond van de Wzd aan VG-cliënten zonder Wlz indicatie *na* de ibs dient te vallen. Het Zorginstituut heeft echter bij de NZa aangegeven in dit rapport niet op deze vraag in te gaan, mede vanwege de urgentie van het beantwoorden van de twee eerder genoemde vragen. Daarnaast gaat de vraag voor een belangrijk deel over de praktische uitvoerbaarheid van zorginkoop en zorglevering. Dat valt niet onder de competentie van het Zorginstituut.

Onduidelijkheden en/of misverstanden

Het Zorginstituut kon in de gesprekken en e-mailcontacten met partijen niet goed achterhalen waarin precies de onduidelijkheid zat met betrekking tot de beoordeling van de vraag of de zorg tijdens ibs aan volwassenen zonder Wlz-indicatie onder de Zvw valt. We denken dat het verschillende factoren zijn. We signaleren dat er bij partijen ook onduidelijkheden en/of misverstanden bestaan over aspecten die zijdelings met de duiding van de zorg zelf te maken hebben dan wel overkoepelend zijn voor onvrijwillige zorg. Zoals bijvoorbeeld de bekostiging van beveiligingsaspecten, de verhouding/afbakening tussen de Zvw en de Wmo, de crisisregeling op grond van de Wmo, de afbakening van de taak van de burgemeester (handhaving openbare orde), de vangnetbepaling op grond van de Wlz, etc. Daarnaast is de geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen (GZSP), waaronder volwassenen met een verstandelijke beperking, recent overgeheveld naar de Zvw. Het Zorginstituut zal, voor zover dit binnen zijn wettelijke competenties valt, in dit rapport duidelijkheid verschaffen over deze onderwerpen (soms zijdelings, of in bijlagen) en de GZSP uitgebreid beschrijven.

Opbouw rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd.

We gaan in hoofdstuk 1 in op de toepassing van de Wzd in relatie tot de Zvw en Wlz en de afbakening van deze wetten met de Wet forensische zorg (Wfz). Hierbij refereren we aan het eerdere rapport van het Zorginstituut *'Toepassing van de Wet zorg en dwang (Wzd) in relatie tot de Zorgverzekeringswet (Zvw)'*⁵.

In hoofdstuk 2 gaan we in op de medische verklaring die nodig is voor een ibs en beantwoorden we de vraag of het opstellen ervan door een 'ter zake deskundig arts' onder de Zvw en Wlz kan vallen.

In hoofdstuk 3 beantwoorden we de vraag of de zorg tijdens ibs aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie onder de Zvw valt.

In hoofdstuk 4 gaan we in op de reacties van geconsulteerde partijen op het voorgelegde conceptrapport.

⁵ [Rapport Wet zorg en dwang \(Wzd\) en de Zorgverzekeringswet \(Zvw\) | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

1 De Wzd in relatie tot de Zvw en Wlz en de afbakening met de Wfz

Voorafgaand aan het beantwoorden van de gestelde vragen gaan we in dit hoofdstuk in op het wettelijk kader en de relatie tussen de Wzd en de Zvw en de Wlz. Ook gaan we kort in op de afbakening van deze wetten met de Wet forensische zorg (Wfz). We brengen deze algemene aspecten zo nodig in verband met ibs.

1.1 Wet zorg en dwang

Voor cliënten met een verstandelijke beperking (en inhoudelijk daaraan gelijkgestelde aandoeningen) of een psychogeriatrische aandoening is de Wzd de opvolger van de Wet Bopz. De Wzd regelt de procedure ten aanzien van de voorbereiding, besluitvorming, uitvoering en beëindiging van onvrijwillige zorg, de onvrijwillige opname en verblijf, alsmede de rechtspositie van deze cliënten. De Wzd borgt de zorgvuldige inzet van onvrijwillige zorg en stelt de behandeling/zorg van de cliënt centraal en niet zijn onvrijwillige opname. Onvrijwillige zorg is daarmee niet langer gekoppeld aan een onvrijwillige opname en kan ook worden toegepast in de ambulante situatie. Dit is een van de belangrijkste verschillen met de Wet Bopz.

1.2 De Wzd staat los van bekostigingsdomeinen

De Wzd en de Wvggz zijn geen bekostigingswetten en regelen ook niet expliciet vanuit welk domein de gedwongen zorg moet worden betaald. De Wzd geeft zelf dus niet aan hoe en vanuit welk domein de inzet van een ter zake deskundig arts ten behoeve van een medische verklaring en de onvrijwillige (spoed)opname en verblijf moet worden bekostigd. De Wzd en de Wvggz zijn in principe cliëntvolgende wetten. In de Zvw en Wlz ontbreekt een apart kader voor de verstrekking van onvrijwillige zorg.

De wetsgeschiedenis biedt enig inzicht in hoe de wetgever de relatie tussen de Wzd (en Wvggz) en de verschillende bekostigingsdomeinen ziet.

In de tweede nota van wijziging Wvggz⁶ wordt ingegaan op de verhouding tussen Wvggz en de Zvw en Wlz. Dit is ook van toepassing op de Wzd. Hieruit blijkt dat de zorg los staat van de bekostiging. Uit het eerst aangehaalde fragment blijkt dat de wetgever ervan uit gaat dat de bekostiging van de zorg zal gebeuren op basis van de aanspraken die voortvloeien uit onder andere de Zvw en de Wlz:

'De bekostiging van zorg staat los van wettelijke grondslagen voor en aanspraken op het verlenen van gedwongen zorg. De bekostiging van de zorg zal gebeuren op basis van de aanspraken die voortvloeien uit onder andere de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz). Daarvoor is het niet relevant of het gedwongen of vrijwillige zorg betreft. In praktijk kan het bijvoorbeeld betekenen dat de zorg voor een cliënt met een zorgmachtiging op basis van de Wvggz gefinancierd wordt uit de Wlz, omdat deze cliënt een Wlz-indicatie heeft. Wat de gevolgen zullen zijn van de Wvggz en de Wzd voor de overgangen tussen deze wetten, zal nog moeten blijken uit de praktijk.' (..)

'Waar er bij het begrip zorg overlap is met het bepaalde in de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet, dient dit niet te worden opgevat dat aldus een aanspraak als bedoeld in die wetten te vestigen. De Wvggz bevat immers geen financieringsregeling. Voor de volledigheid kan nog worden gemeld dat het voorgaande niet zo moet worden uitgelegd dat de

⁶ Zie [Kamerstuk 32399, nr. 25](#) | [Overheid.nl](#) > [Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#)

financieringsgrondslag bepalend zou zijn voor de (omvang van) te verlenen verplichte zorg. Of, en zo ja, welke verplichte zorg noodzakelijk is, wordt bepaald door de zorgvraag van betrokkene en de mate van ernstig nadeel, of een aanzienlijk risico daarop, voor hemzelf of voor een ander.'

Ook blijkt uit de MvT van de Wzd en de tweede nota van wijziging Wvvgz bij het begrip 'zorg' in de Wzd (artikel 1, derde lid) dat de zorg los staat van de bekostiging:

*'Gekozen is voor een begripsomschrijving die onafhankelijk is van de verschillende bekostigingswetten en eventuele wijzigingen daarin. Het is niet van belang of de zorgverlening plaatsvindt in het kader van de effectuering van een aanspraak. Ook cliënten die verblijven in zogenaamde particuliere instellingen vallen onder de voorgestelde regeling, net als cliënten die van een persoonsgebonden budget (pgb) gebruik maken en hun zorg inkopen bij een zorgaanbieder.'*⁷

In het kader van bevordering van kwaliteit van de (langdurige) zorg en het creëren van een samenhangend wettelijk kader om kwaliteitsverbetering te bereiken wordt de Wzd, samen met onder andere de Wet BIG en de Wkkgz, in de MvT van de Wlz genoemd als domein overstijgend. De wetgever gaat ervan uit dat de Wzd (toen nog in voorbereiding) van toepassing is op de verzekering van zorg als bedoeld in de Zvw en Wlz:

*'Kwaliteit is natuurlijk niet alleen van belang voor Wlz-zorg, maar ook voor de zorg en ondersteuning die in andere domeinen worden geleverd. Het is een domein overstijgend thema. Bovenstaande wetten zijn daarom ook domein overstijgend. Dat wil zeggen dat ze van toepassing zijn op in ieder geval de levering en – voor de Wmg – de verzekering van zorg als bedoeld in de Zvw en de Wlz en in sommige gevallen ook op de zorg en ondersteuning als bedoeld in de Wmo 2015 en de Jeugdwet.'*⁸

Dat de Wzd bepalend is als het gaat om de vaststelling of en in hoeverre (onvrijwillige zorg) nodig is en dat de financiering daarna volgt, blijkt ook uit een nota van wijziging van de Wlz⁹:

'Wat betreft de verhouding van de Wlz met de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) geldt het volgende. Op grond van de Wet bopz wordt bepaald of en in hoeverre iemand gedwongen zorg nodig heeft. Indien dat het geval is, wordt die zorg op dit moment vergoed op grond van de AWBZ. Met de Wlz wordt dat uitgangspunt niet veranderd. De financieringsbron verandert wel (van AWBZ en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten naar de Wlz en het Fonds langdurige zorg), maar de financiering blijft een op een de noodzaak van zorg volgen. Dat laatste blijft ook het geval nadat de voorgenomen Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapten cliënten (Kamerstukken I 2013/14, 31 996) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Kamerstukken II 2013/14, 32 399) in werking zullen zijn getreden.'

Conclusie

De Wzd legitimeert de zorgvuldige inzet van onvrijwillige zorg en onvrijwillige opname en borgt de rechtspositie van de cliënt ten opzichte van de zorgaanbieder. Zonder deze legitimatie zou de inzet van onvrijwillige zorg tot strafrechtelijke

⁷ Zie [Wet zorg en dwang: artikelgewijze toelichting](#) | [Publicatie](#) | [Informatiepunt dwang in de zorg](#), deze toelichting bij artikel 1, derde lid, van de Wzd is in feite een combinatie van de tweede nota van wijziging Wvvgz, zie [Kamerstuk 32399, nr. 25](#) | [Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#) en de oorspronkelijke MvT, zie [Kamerstuk 31996, nr. 3](#) | [Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#)

⁸ [Kamerstuk 33891, nr. 3](#) | [Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#), zie pagina 19.

⁹ [Nota van Wijziging bij de wijziging van de Wet langdurige zorg](#) | [Kamerstuk](#) | [Rijksoverheid.nl](#)

vervolgving kunnen leiden van degene die de zorg uitvoert.¹⁰ De Wzd staat los van de bekostigingsdomeinen, en een apart kader voor onvrijwillige zorg in de Zvw en Wlz ontbreekt. Wel gaat de wetgever uit van aansluiting van de bekostigingsdomeinen op (gedwongen) zorg die op grond van de Wzd (/Wvggz) nodig/geoorloofd is.

1.3 Het begrip zorg in de Wzd

De reikwijdte van de Wzd wordt bepaald door de begrippen cliënt en zorg. Bij het begrip cliënt geeft de Wzd aan dat het gaat om mensen die in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap zijn aangewezen op zorg.¹¹

Vervolgens is, zoals toegelicht in paragraaf 1.2, bij het begrip 'zorg' voor een omschrijving gekozen die onafhankelijk is van de zorg zoals omschreven in de verschillende bekostigingswetten. Onder 'zorg' wordt in de Wzd verstaan: bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging, en onvrijwillige zorg.¹²

De Wzd kent de volgende vormen van onvrijwillige zorg¹³:

- het toedienen van vocht, voeding of medicatie, alsmede doorvoeren van medische controles of andere medische handelingen en overige therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan, dan wel vanwege die aandoening, handicap of stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;
- het beperken van de bewegingsvrijheid, waaronder fixatie;
- insluiten;
- het uitoefenen van toezicht op de cliënt;
- onderzoek aan kleding of lichaam;
- onderzoek van de woon- of verblijfsplaats op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;
- controle op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;
- beperkingen in de vrijheid om het eigen leven in te richten, waaronder beperkingen in het gebruik van communicatiemiddelen;
- beperkingen van het recht op het ontvangen van bezoek.

Dat betekent dat niet alleen begeleiding, behandeling, persoonlijke verzorging en verpleging onder het begrip 'zorg' vallen, maar ook bijvoorbeeld interventies op het gebied van beveiliging.¹⁴

In het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)*'

¹⁰ Overigens biedt de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in uitzonderlijke omstandigheden ook ruimte voor geneeskundige behandeling tegen de wil van de patiënt in. De Wzd is een 'lex specialis' ten opzichte van de WGBO. Dit betekent dat de Wzd vóór de WGBO gaat voor cliënten met een verstandelijke beperking of een psychogeriatrische aandoening die, ter voorkoming van ernstig nadeel, onvrijwillige zorg nodig hebben. Tegelijkertijd vormt de WGBO een vangnet voor situaties waarin de Wzd niet of onvoldoende voorziet. Zie voor een uitgebreide toelichting: [Factsheet 'Wet zorg en dwang en Wgbo' | Publicatie | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

¹¹ Artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Wzd.

¹² Artikel 1, derde lid, van de Wzd.

¹³ Artikel 2, eerste lid, van de Wzd.

¹⁴ Het begrip zorg is zo veel als mogelijk geharmoniseerd met het begrip zorg in de Wvggz. Het omvat ook interventies als bejegening, beveiliging en begeleiding. Dit is in overeenstemming met het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg die in haar rapport «stoornis en delict» stelt dat de indicatiestelling bepaald wordt door enerzijds het behandelingsniveau – waarbij de behandeling ook expliciet zorg en ondersteuning moet omvatten – en anderzijds het beveiligingsniveau, zie [Wet zorg en dwang: artikelgewijze toelichting | Publicatie | Informatiepunt dwang in de zorg](#) bij artikel 1, derde lid, van de Wzd, deze toelichting is in feite een combinatie van de tweede nota van wijziging Wvggz, zie [Kamerstuk 32399, nr. 25 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#) ([officielebekendmakingen.nl](#)) en de oorspronkelijke MvT, zie [Kamerstuk 31996, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen](#) ([officielebekendmakingen.nl](#)).

signaleert het Zorginstituut dat de definitie van 'zorg' onder de Wzd breder is dan onder de Zvw en Wlz.¹⁵ Zorg onder de Wzd heeft namelijk niet alleen een behandelingsaspect, maar kan ook een beveiligingsaspect hebben. Zoals hierboven aangegeven, bestaat er geen apart kader voor onvrijwillige zorg in de Zvw of de Wlz. Dit kan betekenen dat, na zorgvuldige toetsing, tot onvrijwillige zorg besloten wordt, maar dat niet onmiddellijk duidelijk is hoe deze geleverd en vergoed moet worden. In het rapport werd dan met name gedacht aan de zorg die in een ambulante situatie plaatsvindt. Een intramurale setting is uit de aard van zijn omgeving al mede gericht op 'beveiliging'.

1.4 Beveiligingsaspecten

Het Zorginstituut heeft naar aanleiding van het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)*' signalen gekregen dat de vraag speelt of de bekostiging van beveiligingsaspecten bij ibs aan volwassen VG-cliënten zonder Wlz-indicatie ten laste van de Zvw kunnen komen.

Korte beschrijving ibs

De duiding van de zorg tijdens ibs aan volwassen VG-cliënten zonder Wlz-indicatie heeft betrekking op *intramurale zorg* (opname en verblijf in een geregistreerde accommodatie)¹⁶. Voor ibs wordt een ernstig vermoeden van een causaal verband vereist tussen de vermoedelijke¹⁷ psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap (of daaraan gelijkgestelde aandoeningen) en het ernstig nadeel, dat onvrijwillige opname noodzakelijk maakt. Het ernstig nadeel is zo onmiddellijk dreigend dat een machtigingsprocedure niet kan worden afgewacht. Het verband tussen de aandoening en het ernstig nadeel is ook vereist voor het in het zorgplan opnemen en toepassen van onvrijwillige zorg.¹⁸ De opname en het verblijf moeten noodzakelijk en geschikt zijn om het ernstig nadeel af te wenden en er is geen minder zwaar middel om het ernstig nadeel af te wenden.¹⁹

Beveiligingsaspecten en onvrijwillige zorg

Beveiliging bij onvrijwillige opname is geen nieuw fenomeen. Dat bestond voor de invoering van de Wzd en Wvggz ook al en een ibs voor VG-cliënten zonder Wlz-indicatie onderscheidt zich, wat het beveiligingsaspect als zodanig betreft, dan ook niet van andere vormen van gedwongen opnames zoals bijvoorbeeld een crisismaatregel²⁰, of een ibs voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of een gedwongen opname via een rechtelijke machtiging. De intensiviteit van de behandeling en de mate van beveiliging dienen afgestemd te worden op de specifieke zorgbehoefte van de cliënt en het ernstig nadeel dat hij zichzelf en andere kan berokkenen.²¹ Een van de redenen dat in de Wzd alle interventies onder het begrip zorg zijn gebracht is dat in de praktijk geen duidelijk onderscheid te maken valt tussen interventies met een overwegend therapeutisch karakter en maatregelen

¹⁵ Rapport Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) | Rapport | Zorginstituut Nederland

¹⁶ In paragraaf 3.2 leggen we nader uit dat het bij opname en verblijf in een geregistreerde accommodatie gaat om intramurale zorg. Ook worden de vereisten van ibs uitgebreid behandeld in de hoofdstukken 2 en 3.

¹⁷ Hoewel in artikel 29 Wzd wordt gesproken over een ernstig vermoeden dat het ernstige nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap of daarmee gepaard gaan de psychische stoornis of een combinatie daarvan, wordt in de MVT bij dit artikel óók gesproken over een vermoeden van de diagnose zelf. Zie hierover meer in paragraaf 2.1.

¹⁸ In artikel 10 en 15 (onvrijwillige zorg) wordt overigens niet gesproken over de mogelijkheid van een 'ernstig vermoeden'.

¹⁹ Voor een uitgebreide beschrijving van ibs, verwijzen we naar hoofdstuk 2 en 3.

²⁰ Een crisismaatregel op grond van de Wvggz wordt door de burgemeester opgelegd als iemand door een psychische stoornis voor acuut ernstig nadeel zorgt voor zichzelf of voor anderen en is vergelijkbaar met een ibs onder de Wzd.

²¹ Zie Wet zorg en dwang: artikelgewijze toelichting | Publicatie | Informatiepunt dwang in de zorg bij artikel 1, derde lid, van de Wzd.

die voornamelijk gericht zijn op beveiliging.²² Behandeling kan alleen plaatsvinden met een bepaald beveiligingsniveau en andersom hangt het perspectief van de mate van beveiliging af van de behandeling. Men streeft naar een zo laag mogelijk beveiligingsniveau door een zo goed mogelijke behandeling te bieden. Beide vormen als het ware communicerende vaten waarbij daartussen geen duidelijk onderscheid valt te maken. Bij het begrip zorg is het uitgangspunt dat de zorgbehoefte van de betrokkene zoveel mogelijk centraal staat en dat de betrokkene recht heeft op passende zorg. Beveiligingsaspecten hebben in de praktijk dan ook altijd onderdeel uitgemaakt van de bekostiging van de verzekerde zorg als het gaat om gedwongen opname.²³

Juridische grondslag noodzakelijk

Het bovenstaande neemt echter niet weg dat de meeste beveiligingsaspecten rechtstreeks gelieerd zijn aan het onvrijwillige aspect van de zorg. Ze ontleen hun bestaansrecht aan dit onvrijwillige karakter, terwijl er geen grondslag voor onvrijwillige zorg in de Zvw en Wlz bestaat.

De huidige praktijk waarbij beveiligingsaspecten worden bekostigd, is vanuit de historie gezien begrijpelijk. Zoals we al aangaven in het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)*'²⁴ vinden we ook dat een duidelijke grondslag in de wet- en regelgeving noodzakelijk is om discussies over de bekostiging van de inzet van deze zorg in het vervolg te vermijden. Met duiding kan het Zorginstituut dit probleem niet oplossen.

1.5 Het ernstig nadeel voor derden of de maatschappij en het karakter van de Zvw en de Wlz

Hierboven hebben we aangegeven dat beveiligingsaspecten veelal rechtstreeks gelieerd zijn aan de onvrijwilligheid van de zorg, terwijl er geen grondslag voor onvrijwillige zorg in de Zvw en Wlz bestaat. In het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)*' wijzen we ook op het volgende. Behalve dat onvrijwillige zorg nodig kan zijn ten behoeve van de betrokkene zelf, kan het 'ernstig nadeel' dat hiervoor de basis vormt, ook, of uitsluitend betrekking hebben op derden of de maatschappij als geheel. Het Zorginstituut geeft in voornoemd rapport aan dat een dergelijke reikwijdte lastig te rijmen valt met het karakter van de Zvw en Wlz. Het gaat immers niet louter om het bieden van goede, passende zorg op aanvraag van de verzekerde, maar om het ingrijpen in iemands persoonlijke levenssfeer, tegen zijn wens en het individuele karakter van de verzekeringen in, niet alleen ter bescherming van zichzelf, maar ook en, soms vooral, ter bescherming van derden of de maatschappij. Dit geldt temeer als het gaat om beveiligingsaspecten ter bescherming van derden of de maatschappij.

Dat onvrijwillige zorg ook nodig kan zijn behoeve van het voorkomen van ernstig nadeel voor derden of de maatschappij is geen nieuw fenomeen (bestond ook voor de invoering van de Wzd en Wvvgz; *gevaar voor zichzelf of anderen*) en ook hier onderscheidt een ibs aan volwassen cliënten met een verstandelijk beperking zonder Wlz-indicatie zich niet van andere vormen van gedwongen opnamen. Zowel ten tijde van de Wet Bopz als in de huidige bekostiging van andere vormen van gedwongen opnamen op grond van de Wzd of Wvvgz, is het in de praktijk geen belemmering geweest om gedwongen opname ten laste van de Wlz of Zvw te brengen. Daarnaast zal, als sprake is van (onvrijwillige) geneeskundige zorg bij gedwongen opname ter

²² Zie *Wvvgz integrale artikelsgewijze toelichting kleurenversie - inhoudsopgave* | Publicatie | Informatiepunt dwang in de zorg bij artikel 3:2 Wvvgz.

²³ Dit afgezien van bijvoorbeeld de tenuitvoerlegging van ibs als bedoeld in artikel 33 van de Wzd door de politie, zoals het onderzoeken van de woning op gevaarlijke voorwerpen.

²⁴ *Rapport Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)* | Rapport | Zorginstituut Nederland

afwending van ernstig nadeel voor derden of de maatschappij, de vraag moeilijk te beantwoorden zijn of het doel van de opname ziet op het geven van adequate behandeling of het afwenden van ernstig nadeel (voor derden of de maatschappij). Het doel is hybride en valt moeilijk te splitsen.

Voorts is het de vraag of in de praktijk een scheidslijn tussen het ernstig nadeel voor derden of de maatschappij en het ernstig nadeel voor betrokkene altijd gemakkelijk te trekken is. Dit geldt vervolgens ook voor de benodigde onvrijwillige zorg aan betrokkene; ziet de benodigde zorg op ernstig nadeel voor zichzelf of ernstig nadeel voor derden of de maatschappij? De uiteindelijke oorzaak van het ernstig nadeel én in verband daarmee de benodigde onvrijwillige zorg is in beide gevallen wél altijd gelegen in een aandoening, zoals een verstandelijke handicap, psychogeriatrische aandoening, psychische stoornis (of een ernstig vermoeden daarvan).

Gezien de lange historie, de huidige praktijk, een door de wetgever beoogde aansluiting van de Wzd (en Wvggz) met de bekostigingsdomeinen, de hierboven beschreven moeilijk te trekken grens, begrijpen wij de bestaande bekostigingspraktijk.

We moeten ook concluderen dat deze op gespannen voet staat met de huidige wet- en regelgeving.²⁵ Hoewel de ratio van Wzd en Wvggz vooral ziet op het mogelijk maken van de zorg die aangewezen is voor betrokkene, maken orde en veiligheid er dus ook onderdeel van uit, het is ermee verweven. Deze spanning bestond reeds ten tijde van de Wet Bopz, maar met de nieuwe wetgeving worden in meer gevallen inbreuken op rechten en vrijheden mogelijk dan onder de Wet Bopz, zoals de uitbreiding van onvrijwillige zorg in de ambulante situatie.²⁶ Een betere aansluiting van wetgeving zoals geadviseerd in het rapport *Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet*, is daarom des te meer noodzakelijk om te voorkomen dat de zorgvuldige inzet van onvrijwillige zorg blijft uitmonden in een discussie over de vergoeding van deze zorg, omdat de juridische grondslag ervan niet duidelijk is. Het Zorginstituut kan dit probleem niet met duiding oplossen.

1.6 Afbakening forensische zorg en de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie

De Wet forensische zorg (Wfz) is gefaseerd in werking getreden per 1 januari 2019 respectievelijk 2020. Op grond van artikel 1.1, tweede lid, van deze wet is forensische zorg de zorg "die wordt verleend aan een justitiabele met een psychiatrische aandoening of beperking, verslaving daaronder begrepen, of een verstandelijke handicap, en die al dan niet als een voorwaarde, onderdeel uitmaakt van een straf of een maatregel (...)".

Kort gezegd gaat het bij *forensische* zorg om zorg op basis van een *strafrechtelijke titel*. Voor de definitie van het woord 'zorg' wordt in ditzelfde artikel verwezen naar de betekenis daarvan in de Wzd en de Wvggz. Voor de zorg die geen onderdeel uitmaakt van een strafrechtelijke titel blijft de Wlz of de Zvw van toepassing.

Verder bepaalt artikel 24 van de Zvw dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege zijn *opgeschort* gedurende de periode waarover de Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan een

²⁵ Een ander spanningsveld is nog dat de Zvw uitgevoerd wordt door *private* zorgverzekeraars, die hiermee (mede) een publiek belang dienen uit een andere wet, namelijk de Wzd en Wvggz.

²⁶ Als nuancering moet daarbij nog worden opgemerkt dat onder de Wet Bopz veel dwang al gebeurde zonder wettelijk kader, wat de nieuwe wetgeving nu wel regelt. Overigens laten we de instroom van de groep cliënten via artikel 2.3 van de Wet forensische zorg (Wfz) hierbij nog buiten beschouwing.

verzekerde. Dit betekent dat een verzekerde die ten gevolge van een rechterlijke uitspraak wordt gedetineerd, gedurende zijn detentie aangewezen is op de geneeskundige zorg die hem door of namens de Minister van Justitie voor rekening van die minister wordt verstrekt. Een dergelijke bepaling is ook opgenomen in artikel 3.2.7, van de Wlz.²⁷

Voor de afbakening van de Wfz met de Wzd en de Wvggz, maar ook met de Zvw en de Wlz, is de vraag of het gaat om zorg in het strafrechtelijke kader dus bepalend. De gedwongen zorg op basis van een machtiging ingevolge de Wzd en de Wvggz, zoals bijvoorbeeld een ibs, betreft een civielrechtelijk kader en is daarom geen forensische zorg.²⁸

²⁷ Artikel 3.2.7 van de Wlz bepaalt dat een recht op zorg niet tot gelding kan worden gebracht gedurende de periode waarin de verzekerde in een penitentiaire inrichting als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Penitentiaire beginselenwet, een instelling als bedoeld in artikel 1.1, eerste lid, onderdelen i en j, van de Wet forensische zorg of een gesloten accommodatie als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet verblijft.

²⁸ Dat geldt overigens ook voor de afgifte van een zorgmachtiging door de strafrechter als bedoeld in artikel 2.3 van de Wfz. De strafrechter toetst bij deze machtiging namelijk aan de criteria van de Wzd en Wvggz.

2 De medische verklaring ibs bij toepassing van de Wzd

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag of het opstellen van een medische verklaring door een 'ter zake deskundig arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een inbewaringstelling (ibs), vergoed kan worden uit de Zvw dan wel de Wlz. Het Zorginstituut heeft in het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)*'²⁹ deze vraag reeds beantwoord wat betreft het opstellen van de medische verklaring ten behoeve van een rechterlijke machtiging. Uitgangspunt is om hierbij aan te sluiten. We maken dan ook een vergelijking met de criteria die gelden voor het opstellen van een medische verklaring ten behoeve van een rechterlijke machtiging.

2.1 Medische verklaring in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een inbewaringstelling (ibs)

Opname en verblijf in een accommodatie is geregeld in hoofdstuk 3 van de Wzd (art 21 e.v.). Voor een opname of voortzetting van verblijf waartegen de betrokkene zich verzet is een rechterlijke machtiging nodig. Als het ernstig nadeel zo onmiddellijk dreigend is dat een machtigingsprocedure bij de burgerlijke rechter niet kan worden afgewacht, volstaat een machtiging tot ibs van de burgemeester van de gemeente waarin betrokkene zich bevindt. Deze procedure is geregeld in artikel 29 e.v. van de Wzd. Op grond van artikel 30 van de Wzd gelast de burgemeester pas een inbewaringstelling nadat een ter zake deskundig arts een verklaring heeft verstrekt. Uit deze verklaring blijkt waaruit de onvrijwilligheid bestaat en dat wordt voldaan aan de in artikel 29, tweede lid, van de Wzd, gestelde voorwaarden. Deze voorwaarden zijn als volgt:

- er is sprake van ernstig nadeel;
- het ernstig nadeel is zodanig onmiddellijk dreigend dat een rechterlijke machtiging als bedoeld in artikel 24, niet kan worden afgewacht;
- het ernstige vermoeden bestaat dat dit ernstige nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan;
- de inbewaringstelling is noodzakelijk om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden;
- de inbewaringstelling is geschikt om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden, en
- er zijn geen minder ingrijpende mogelijkheden om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

Onder ernstig nadeel verstaat de Wzd (artikel 1, tweede lid) het bestaan van of het aanzienlijk risico op:

- levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de cliënt of een ander;

²⁹ [Rapport Wet zorg en dwang \(Wzd\) en de Zorgverzekeringswet \(Zvw\) | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

- bedreiging van de veiligheid van de cliënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- de situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- de situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

Bijna dezelfde criteria als rechterlijke machtiging

Voor de afgifte van deze last tot ibs gelden bijna dezelfde criteria als die gelden voor de verlening van een rechterlijke machtiging. Bij een rechterlijke machtiging moet (kort gezegd) sprake zijn van ernstig nadeel (voor de cliënt of anderen) als gevolg van het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking of een daarmee gepaard gaande psychische stoornis. De opname en het verblijf moeten noodzakelijk en geschikt zijn om het ernstig nadeel af te kunnen wenden en er is geen minder zwaar middel om het ernstige nadeel af te kunnen wenden.³⁰

Verskil met criteria rechterlijke machtiging

Bij een ibs is het voldoende dat er een ernstig vermoeden bestaat dat het nadeel het gevolg is van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Er hoeft met andere woorden geen volledige zekerheid te zijn dat de aandoening of handicap het nadeel veroorzaakt. Bovendien geldt de ratio die achter de regeling zit als voorwaarde, namelijk dat het ernstig nadeel zo onmiddellijk dreigend is dat een machtigingsprocedure bij de rechter niet kan worden afgewacht.

Opgemerkt moet nog worden dat hoewel in artikel 29, tweede lid, van de Wzd wordt gesproken over een ernstig vermoeden dat het ernstige nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap of daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, in de MvT bij dit artikel óók wordt gesproken over een vermoeden van de diagnose zelf:

'De machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling heeft een geldigheidsduur van zes weken. Die periode is voldoende om een reguliere machtiging tot opname en verblijf aan te vragen, waaronder een medische verklaring waarin niet slechts een ernstig vermoeden, maar een daadwerkelijke diagnose van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking wordt gegeven en het daaraan gekoppelde ernstig nadeel'

2.2

Eisen voor het opstellen van een medische verklaring

Op grond van artikel 30 van de Wzd moet de verklarend arts de betrokkene zo mogelijk voorafgaand aan de afgifte van de verklaring onderzoeken en moet hij van te voren overleggen met de zorgaanbieder die de betrokkene zorg verleent of - als deze ontbreekt - met de huisarts van de betrokkene.³¹

Dit overleg is vereist omdat de inbreng van zorgverleners die de cliënt al kennen van waarde kan zijn bij het opstellen van de medische verklaring. De medische verklaring moet een zo volledig mogelijk beeld schetsen.³²

³⁰ Zie artikel 24 en 27 van de Wzd, en de MvT bij artikel 29 van de Wzd.

³¹ Laatstgenoemden mogen strikt genomen alleen met toestemming van betrokkene relevante informatie aan de verklarend arts verstrekken. Dit mag echter ook in een 'conflict van plichten', waarvan bij onmiddellijk dreigend ernstig nadeel zeker sprake kan zijn.

³² De arts die de verklaring aflegt pleegt overleg met de bij de zorg betrokken arts. Dat kan een huisarts zijn, maar ook bijvoorbeeld de verpleeghuisarts van de dagbehandeling. Is er geen arts bij de zorg betrokken, dan vindt het overleg niet plaats. Vaak is er al wel een zorgaanbieder die de cliënt zorg verleent; de thuiszorg bijvoorbeeld of de dagbesteding. Dezelfde eis geldt bij de rechterlijke machtiging, zie daarom de MvT bij artikel 26 van de Wzd.

Verder geldt dat de arts die de verklaring opstelt onafhankelijk is. Onafhankelijk wil zeggen dat de arts gedurende ten minste één jaar geen zorg heeft verleend aan de cliënt en dat hij onafhankelijk ten opzichte van de zorgaanbieder functioneert. Hiermee wordt de objectiviteit van de medische verklaring gegarandeerd. Het gaat immers om een geval waarin de cliënt of de vertegenwoordiger het niet eens is met het verblijf in de accommodatie.³³

2.3 Wat wordt verstaan onder een 'ter zake deskundig arts'?

Net als voor een rechterlijke machtiging moet voor de verkrijging van een ibs een medische verklaring worden opgesteld door een onafhankelijke 'ter zake deskundig arts' waaruit blijkt waar de onvrijwilligheid ten opzichte van de opname uit bestaat en dat voldaan is aan de eisen voor een ibs, zoals we beschreven in paragraaf 2.1.

Nu de criteria voor het afgeven van een ibs in beginsel overeenkomen met de criteria voor de rechterlijke machtiging, komt de vereiste deskundigheid eveneens overeen.³⁴ Dit wil volgens de MvT bij artikel 26, vijfde lid, van de Wzd, zeggen dat wanneer het gaat om iemand met een psychogeriatrische aandoening – vaak dementie – een specialist ouderengeneeskunde³⁵ deskundig is, terwijl de medische verklaring voor iemand met een verstandelijke beperking door een arts voor verstandelijk gehandicapten moet worden opgesteld. Zo geeft de MvT onder meer het volgende aan ter onderbouwing:

'Zowel dementie als een verstandelijke beperking kennen vele uitingsvormen. Zo heeft iemand met dementie vaak al jaren zijn geheugenproblemen verborgen. Om dan achter de façade te kunnen kijken en te kunnen beoordelen of er sprake is van ernstig nadeel is grondige kennis van de doelgroep noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor jongeren met een lichte verstandelijke beperking, die bijzonder «streetwise» kunnen overkomen maar het soms toch niet redden zonder een (tijdelijke) opname. Tegelijkertijd kunnen zich ook bepaalde omstandigheden voordoen die voor een leek als ernstig nadelig kunnen overkomen, maar waarvan een deskundig arts weet dat zij horen bij een bepaalde aandoening of beperking en niet noodzakelijkerwijs tot opname hoeven te leiden. Tot slot wordt de keuze voor een arts ingegeven door het feit dat alleen deze discipline kan uitsluiten dat er een medische oorzaak voor bepaald probleemgedrag is.'

Volgens de MvT staat het de arts vrij een andere discipline te consulteren, zoals een orthopedagoog of andere gedragsdeskundige. De verklaring kan echter pas worden opgemaakt na een persoonlijk voorafgaand onderzoek van de cliënt door de bewuste arts. Het is niet voldoende als bijvoorbeeld de arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde het onderzoek laat verrichten door een arts-assistent, huisarts of indicatiesteller en vervolgens de verklaring tekent.

Als er tevens sprake is van psychische problematiek beoordeelt de arts voor verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde of deze psychische

³³ Artikel 30, tweede lid, van de Wzd. Zie daarbij de MvT bij de Wijziging van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten teneinde de uitvoerbaarheid op punten te vergroten en enkele technische onvolkomenheden en omissies te herstellen: [Kamerstuk 35456, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#) Dezelfde eis geldt bij de rechterlijke machtiging, zie daarom de MvT bij artikel 26 van de Wzd (alleen de laatste twee zinnen).

³⁴ Zie ook Rechtbank Amsterdam, 19 februari 2020, ECLI:NL:RAMS:2020:1456

³⁵ In de toelichting staat eigenlijk: verpleeghuisarts of sociaal geriater. Echter deze beroepen zijn opgegaan in het specialisme ouderengeneeskunde, in verband waarmee nu gesproken moet worden van een specialist ouderengeneeskunde. Zie daarover een uitgebreid de uiteenzetting in de uitspraak van de Rechtbank Rotterdam, 7 december 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:11391.

problematiek onder de Wzd kan worden behandeld. Bij twijfel dient de arts voor verstandelijk gehandicapten of de specialist ouderengeneeskunde een psychiater te consulteren.³⁶

In geval van multiproblematiek zegt de Handreiking samenloop Wzd en Wvvgz³⁷ in paragraaf 4.1 het volgende bij ibs: *'Omdat een psychiater op grond van onder de Wet Bopz ontwikkelde jurisprudentie ter zake kundig is om in geval van multiproblematiek diagnoses te stellen, is het aanbevelingswaardig dat de burgemeester bij vermoeden van multiproblematiek de betrokkene (zo mogelijk) hoort en een psychiater om een medische verklaring vraagt, ongeacht of een IBS of een crisismaatregel wordt overwogen. Zo wordt voor beide wetten aan de procedurevoorwaarden voldaan.'*

2.4 Onder welk domein valt het opstellen van de medische verklaring?

2.4.1 Kennis en kunde

Het opstellen van de medische verklaring is een zorginhoudelijke, diagnostische conclusie waarbij vooral het gedrag en de geestesgesteldheid en mogelijk de fysieke gesteldheid van de betrokkene in het geding zijn. De arts zal dit doen aan de hand van algemeen aanvaarde normen zoals die op dat moment gelden binnen de beroepsgroep.

We gaan ervan uit dat deze zorginhoudelijke vaststelling onderdeel is van het professionele arsenaal van verschillende zorgdisciplines, zoals de specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten en psychiater. Dit arsenaal zegt nog niets over het domein waarbinnen de medische verklaring valt. De inzet van deze zorgverleners is immers niet voorbehouden aan een specifiek domein. De zorgverleners kunnen hun professionele arsenaal inzetten binnen meerdere domeinen. De wetgever bepaalt wanneer het ene of het andere domein aan de orde is op basis van de regelgeving van de verschillende domeinen en/of voorrangsbepalingen tussen de domeinen. Zo kent de Zvw bijvoorbeeld een functionele omschrijving van de zorg die ook het arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten omvat. Echter, ook al kan dit arsenaal op basis van die functionele omschrijving onder de Zvw vallen, dan nog kan op basis van voorrangsbepalingen de zorg uiteindelijk vergoed worden via bijvoorbeeld de Wlz of Jw.³⁸

2.4.2 Taak van de burgemeester

Allereerst moet echter de vraag worden beantwoord of het opstellen van de medische verklaring ten laste komt van de gemeente. De *beschikking* tot ibs wordt immers genomen door de burgemeester³⁹ indien naar *diens* oordeel wordt voldaan aan de criteria als omschreven in de artikel 29, tweede lid, van de Wzd. De eis op grond van artikel 30 van de Wzd, dat aan de beschikking tot ibs door de burgemeester een medische verklaring ten grondslag moet liggen, zou de suggestie kunnen wekken dat de kosten van het opstellen van deze medische verklaring door een ter zake deskundig en onafhankelijke arts, ten laste komen van de gemeente, omdat zonder deze verklaring de beschikking niet genomen kan worden.

³⁶ Kamerstuk 35087, nr. 7 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officieelbekendmakingen.nl) Dit wijkt af van de jurisprudentie ten tijde van de Wet Bopz, op grond waarvan in geval van bijkomende psychiatrische problematiek in ieder geval een psychiater betrokken moest worden. Zie bijvoorbeeld: Hoge Raad 2 november 2018, ECLI:NL:HR:2018:2044; Hoge Raad 1 februari 2019, ECLI:NL:HR:2019:165.

³⁷ Handreiking-Samenloop-1.0-1.pdf (wvvgz-kct.nl)

³⁸ Zie bijvoorbeeld artikel 2.1 van het Bzv.

³⁹ Deze kan worden gemandateerd aan de wethouder, artikel 29, zesde lid, van de Wzd.

Afgezien van de vereiste medische verklaring zegt de Wzd niets over de procedure voorafgaand aan de beschikking tot ibs. Eenieder kan de ibs aanvragen. In de praktijk zijn het vaak naasten, de huisarts of de zorgaanbieder van wie de betrokkene zorg ontvangt of waar de betrokkene verblijft. Ook de politie kan een ibs aanvragen.

De burgemeester gelast de ibs alleen als hij weet heeft van een crisissituatie.

In de praktijk (ook al ten tijde van de Wet Bopz) zijn de stappen doorgaans als volgt;

- iemand geraakt in crisis,
- er wordt een zorgverlener (crisisdienst) betrokken of de politie die betrokkene vervolgens in contact brengt met de crisisdienst,
- de dienstdoende arts stelt de verklaring op als bedoeld in artikel 30, eerste lid, van de Wzd,
- deze verklaring wordt door de arts via een systeem (Khonraad) met nog wat andere gegevens naar de burgemeester gezonden (dit is vaak het eerste moment dat de burgemeester er weet van heeft),
- de burgemeester neemt de beschikking.

Uit de wet- en regelgeving van de Wzd of gemeentelijke regelgeving valt niet af te leiden dat de burgemeester verantwoordelijk is voor het regelen/financieren van het opstellen van de verklaring. Gelet op de praktijk is de burgemeester meer het sluitstuk van de procedure dan de initiatiefnemer ervan, waarbij de medische verklaring meer moet worden gezien als een onderbouwing van de aanvraag zonder welke de beschikking niet kan worden genomen, ook al is de ter zake deskundig arts onafhankelijk.⁴⁰ Het proces wordt vaak vanuit de zorg ingezet. Het beoogde rechtsgevolg is om te komen tot de legitimatie van (onvrijwillige) zorg die aangewezen is voor de betrokkene. Hoewel het rechtsgevolg mede kan zien op voorkoming van ernstig nadeel voor derden of de maatschappij (sociale veiligheid), maakt dit nog niet dat het opstellen van de medische verklaring ten laste moet komen van de gemeente (burgemeester). Orde en veiligheid zijn slechts een onderdeel van de ratio van de Wzd. Het kan ook niet worden afgeleid uit artikel 172 van de Gemeentewet. Op grond hiervan is de burgemeester weliswaar belast met de handhaving van de openbare orde, maar dit betreft een algemene bepaling inzake de feitelijk ordehandhaving waarbij de regering bij de totstandkoming aangaf dat de verantwoordelijkheid van de burgemeester inzake hulpverlening zich beperkt tot hulpverlening door de politie en de brandweer.⁴¹

Net als de reeds bestaande praktijk ten tijde van de Wet Bopz en net als bij de huidige praktijk bij een crisismaatregel op grond van de Wvvgz, valt het opstellen van de medische verklaring en de bijbehorende (voorbereidende) zorgactiviteiten die door een arts, in dit geval een arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of psychiater, worden verricht om de vraag te beantwoorden of aan de criteria voor een ibs wordt voldaan, onder het aangewezen 'zorgdomein'.⁴²

⁴⁰ Niet duidelijk is of het een aanvraagprocedure is in de zin van de Awb. We denken dat het om een besluit gaat in de zin van de Awb, vanwege de uitsluiting van beroep in artikel 1 bijlage 2 van de Awb. Het is echter niet af te leiden uit de Wzd zelf, zijnde een civielrechtelijk kader. In geval van een besluit in de zin van de Awb zou de arts als adviseur in de zin artikel 3:5 van de Awb worden aangemerkt; *krachtens wettelijk voorschrift belast met bepaalde advisering, niet werkzaam onder verantwoordelijkheid van het besluitend bestuursorgaan*. De vraag is dan of de ter zake deskundig arts ingezet wordt op initiatief van de burgemeester in het kader van de onderzoeksplicht/zorgvuldige voorbereiding van het besluit of dat deze in wezen onderdeel uitmaakt van een aanvraag ten behoeve van betrokkene (artikel 4:2 van de Awb). Het laatste lijkt gezien de praktijk meer het geval.

⁴¹ Zie Kamerstukken II 1985/86, 19 403, 2 artikel 171 en nr. 3, p. 147: [Informatie over 0000121050 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#), zie ook

Het Zakboek openbare orde en veiligheid (2021) [NGB ZAKBOEK 2021 \(002\).pdf \(burgemeesters.nl\)](#)

⁴² Zie Kamerstuk 35087, nr. 7 | [Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#). Zie verder ook de duiding Wet verplichte GGZ (hoofdstuk 5 van de wet/wel geen Zvw zorg), volgnummer 2018009970, deze

Zoals in paragraaf 2.4.1 omschreven kan het opstellen van de medische verklaring namelijk worden beschouwd als onderdeel van een diagnostisch proces, om te komen tot de zorg die aangewezen is voor de betrokkene en kan het professioneel arsenaal daartoe worden aangewend ten behoeve van de verschillende domeinen. Hoewel het uiteindelijk oordeel bij de burgemeester berust, is hij voor een oordeel over de criteria vrijwel helemaal afhankelijk van de medische deskundigheid van de arts.

Gezien de verscheidenheid aan situaties waarbinnen de medische verklaring aan de orde kan zijn, meent het Zorginstituut dat we moeten zoeken naar een toerekening die recht doet aan de door de Wzd vereiste inhoud van de medische verklaring, de diagnoses waarmee deze verklaring verband houdt en de kennis en kunde die nodig zijn om de toetsing te doen die nodig is voor de medische verklaring. Deze kennis en kunde liggen op het medische vlak, zoals ook blijkt uit de disciplines die ingezet kunnen worden. Daarom vindt het Zorginstituut dat het opstellen van de medische verklaring in het kader van de ibs valt onder het domein dat primair aan de orde is voor de medische zorg aan de betrokkene in verband met (het vaststellen van) de diagnose psychogeriatric, verstandelijke beperking of de daarmee gelijkgestelde diagnose.

Dit sluit aan bij paragraaf 1.3 van het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)*'.⁴³ Hieronder wordt dit uitgewerkt voor de medische verklaring bij ibs.

2.4.3 *Zorgverzekeringswet*

Bij *volwassen* cliënten zal in principe de Zvw of Wlz aan de orde zijn. De zorg en ondersteuning die op basis van de Wmo aan volwassen cliënten met een relevante diagnose in de zin van de Wzd verstrekt wordt, heeft immers juist een ander dan een medisch karakter, zoals blijkt uit de aard van de ondersteuning: huishoudelijke hulp, voornamelijk op zelfredzaamheid en participatie gerichte hulpmiddelen, maatschappelijke ondersteuning e.d. Dit betekent dat voor de betrokkene die (nog) geen indicatie heeft voor de Wlz, de kosten verbonden aan de toetsing ten behoeve van de medische verklaring, binnen de Zvw vallen. Om de toetsing onder de Zvw te kunnen scharen moeten we de benodigde kennis en kunde vertalen in een te verzekeren prestatie binnen het Besluit zorgverzekering (Bzv). Deze kennis en kunde zien wij in het professionele arsenaal van geneeskundige zorgverleners. We scharen deze toetsing dan ook onder de geneeskundige zorg in de zin van de Zvw zoals omschreven in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering, met name 'zorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden'. Elders hebben we al eens onderbouwd dat onder de omschrijving 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' ook de inzet van een specialist ouderengeneeskunde en een arts voor verstandelijk gehandicapten valt.⁴⁴

2.4.4 *Wet langdurige zorg*

Zodra er sprake is van een indicatie voor de Wlz vallen de kosten voor de medische verklaring binnen de Wlz. Dit geldt ook als de betrokkene 'thuis'

duiding ziet op de activiteiten die verschillende actoren verrichten in het kader van de voorbereiding van de zorgmachtiging.

⁴³ [Rapport Wet zorg en dwang \(Wzd\) en de Zorgverzekeringswet \(Zvw\) | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

⁴⁴ Rapport *Extramurale behandeling ontleed*. 2016. Zorginstituut:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramurale-behandeling-ontleed>, zie voor een uitgebreide toelichting ook hoofdstuk 3.

woont via een Volledig pakket thuis (VPT), Modulair pakket thuis (MPT) of PGB. VPT, MPT en PGB zijn immers 'slechts' leveringsvormen onder de Wlz en deze hebben geen invloed op de indicatie. Weliswaar kan een deel van de medische zorg voor Wlz-cliënten met deze leveringsvormen binnen de Zvw vallen, namelijk onder andere de 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard'⁴⁵, maar de kennis en kunde die nodig zijn voor het opstellen van de medische verklaring Wzd valt niet onder deze noemer.⁴⁶ Daarnaast vereist het opstellen van de medische verklaring specifieke kennis over de doelgroep met de Wlz-grondslag psychogeriatric of verstandelijke handicap en deze zorg valt voor mensen met een Wlz-indicatie altijd binnen de Wlz, namelijk onder Wlz-specifieke behandeling.⁴⁷

Jeugdigen met een verstandelijke beperking kunnen onder de Wlz vallen (een jeugdige kan een Wlz-indicatie krijgen als al duidelijk is dat hij blijvend zal zijn aangewezen op 24-uurszorg in de nabijheid of permanent toezicht). Ook voor deze jeugdige zullen de kosten voor een medische verklaring dan ten laste van de Wlz komen. Hierna gaan we in op de medische verklaring voor een jeugdige met een verstandelijke beperking die geen indicatie voor de Wlz heeft.

2.4.5 *Jeugdwet*

Een aparte situatie vormen jeugdigen tot 18 jaar met een verstandelijke beperking.

Bij de Wzd gaat het om jeugdigen met gedrag ten gevolge van de verstandelijke beperking. De zorg bij een verstandelijke beperking berust voor de jeugd bij de gemeenten en niet bij de Zvw: zie artikel 2.3 Jw jo artikel 2.1, eerste lid, van het Bzv. De arts die betrokken wordt bij de medische verklaring voor een jeugdige verstandelijke beperkte zal zijn arsenaal aanwenden binnen de reikwijdte van de Jw. Het ligt voor de hand dat de kosten verbonden aan de medische verklaring voor deze groep dan ook onder de Jeugdwet zullen vallen. Dit geldt niet als de jeugdige in bezit is van een indicatie voor de Wlz.

2.5 **Conclusie**

Conclusie is dat het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake deskundig arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een ibs, valt onder het basispakket, Zvw dan wel de Wlz. Hiervoor sluit het Zorginstituut aan bij het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)*'⁴⁸, waarin we het opstellen van de medische verklaring in het kader van een rechterlijke machtiging Wzd hebben geduid. We zien geen argumenten om dit met betrekking tot de vereisten voor een ibs Wzd anders te beoordelen.

⁴⁵ Artikel 3.1.1 lid 1 sub d Wlz regelt dat deze zorg onder de Wlz valt als sprake is van verblijf en behandeling in dezelfde instelling. Bij vpt, mpt of pgb is geen sprake van verblijf. De geneeskundige zorg van algemeen medische aard zal grotendeels door hun huisarts ten laste van de Zvw worden geleverd.

⁴⁶ 'Geneeskundige zorg van algemeen medische aard' is kennelijk een onderdeel van de geneeskundige zorg. Wat we precies hieronder moeten verstaan is niet omschreven in de Wlz. Binnen de Zvw gaan we ervan uit dat het bij de inzet van specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten onder de Zvw nooit kan gaan om 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard'. De specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten worden onder de Zvw ingezet op verwijzing van de huisarts omdat deze van mening is dat bij de zorgvraag van de verzekerde de specifieke deskundigheid van specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten nodig is. Deze verwijzing valt niet te rijmen met de 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard'.

⁴⁷ Artikel 3.1.1 lid 1 sub c Wlz

⁴⁸ [Rapport Wet zorg en dwang \(Wzd\) en de Zorgverzekeringswet \(Zvw\) | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

3 Zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs

We zijn in hoofdstuk 2 uitgebreid ingegaan op de procedure en de criteria voor het verkrijgen van een beschikking tot ibs. In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag of de zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs valt onder de Zvw. Daarmee is het een gegeven dat de Jeugdwet en de Wlz niet van toepassing zijn. Wel signaleren we dat over bepaalde regelingen in de Wlz misverstanden bestaan, zoals bijvoorbeeld de vangnetregeling. Uitleg over deze regelingen is opgenomen in bijlage 1. In de praktijk bestaat vooral verwarring over de afbakening met de Wmo. We volgen de volgende lijn om te komen tot een antwoord op de vraag.

We gaan kort in op onvrijwillige opname en constateren dat het bij ibs altijd gaat om verblijf (intramurale zorg). We gaan in op de verhouding tussen de Wmo en de Zvw (voorliggendheid, waar zit de afbakening precies). We beschrijven de maatwerkvoorzieningen die zien op verblijf. We beschrijven vervolgens geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen (GZSP), in het bijzonder geneeskundige zorg aan verstandelijke beperkten om vervolgens het medisch noodzakelijk verblijf in verband met die geneeskundige zorg te beschrijven. Dit wordt ook wel eerstelijns verblijf (ELV) genoemd. We gaan na wat valt af te leiden op grond van de Wzd (inzet functionarissen) en geven weer wat deskundigen uit het veld over de zorg tijdens ibs zeggen. We toetsen of deze zorg kan worden geduid als ELV. We concluderen ten slotte dat dit het geval is.

3.1 Onvrijwillige/gedwongen opname en verblijf

Volgens de Wzd is er sprake van een onvrijwillige opname en verblijf als betrokkene zich tegen de opname en het verblijf verzet of, als betrokkene wilsonbekwaam en/of minderjarig is, een vertegenwoordiger heeft die zich tegen de opname en het verblijf verzet.⁴⁹ Voor een opname of voortzetting van verblijf waartegen de betrokkene zich verzet is een rechterlijke machtiging nodig. Als het ernstig nadeel zo onmiddellijk dreigend is dat een machtigingsprocedure bij de burgerlijke rechter niet kan worden afgewacht, volstaat een machtiging tot inbewaringstelling (ibs) van de burgemeester van de gemeente waarin betrokkene zich bevindt. Zie voor de ibs ook hoofdstuk 2.

3.2 Geregistreerde accommodatie

Het gaat bij ibs altijd om intramurale zorg, niet om ambulante zorg. Ibs behelst immers een opname. Opname en verblijf vindt plaats in een geregistreeerde accommodatie.⁵⁰ Zorgaanbieders die onvrijwillige zorg verlenen moeten zich laten registreren in een register zodat de IGJ weet waar de mensen zitten die met dwang geconfronteerd worden. De verplichting ziet op locatieniveau en niet op de rechtspersoon.⁵¹ In de Wzd wordt een onderscheid gemaakt tussen locaties die accommodaties zijn en locaties die geen accommodaties zijn. Een locatie is een gebouw in gebruik of in beheer van een zorginstelling, waarbij de activiteiten in of vanuit dat gebouw worden uitgevoerd. Het kan gaan om een vestiging die in eigendom is van of gehuurd wordt door de zorgaanbieders.⁵²

⁴⁹ Zie artikel 3a van de Wzd.

⁵⁰ Zie artikel 21, eerste lid, 24, eerste lid en 29 eerste lid, van de Wzd.

⁵¹ Zie artikel 20 van de Wzd. Zie verder: [Locatieregister voor zorgaanbieders in de Wvvgz en Wzd | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

⁵² Voor het begrip 'locatie' wordt aangesloten bij de definitie van vestiging, zoals deze in het Handelsregister staat

Een accommodatie is een locatie waar betrokkenen gedwongen (met een rechterlijke machtiging of ibs) kunnen worden opgenomen of met een opname op grond van artikel 21 (opname en verblijf op grond van een besluit van het CIZ) van de Wzd kunnen verblijven.⁵³ De zorgaanbieder moet bij de registratie aangeven of de betreffende locatie een accommodatie is.⁵⁴

In artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wzd (net als de Wvvgg), wordt een accommodatie als volgt gedefinieerd: *'een bouwkundige voorziening of een deel van een bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar zorg wordt verleend'*. Het gaat dus om gebouwen van zorgaanbieders waar zorg wordt verleend. Een woning van een cliënt of een kantoor van een zorgaanbieder, valt niet onder de definitie.⁵⁵

Uit de definitie van *accommodatie* blijkt, anders dan bij een locatie, dat de zorg alleen aldaar wordt geleverd.

Voorbeelden van locaties die meestal accommodaties zijn, betreffen: een intramurale instelling voor verstandelijk gehandicapten, een intramurale verpleeginstelling, verslavingsklinieken⁵⁶, klinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie⁵⁷. Voorbeelden waarbij geen sprake is van geregistreerde accommodaties betreffen: Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), aanleunwoningen, Kangoeroewoningen, Ouderinitiatief, Particulier wooninitiatief^{58, 59}

3.3

Geregistreerde accommodaties staan los van bekostigingsdomeinen

Zoals de Wzd losstaat van de bekostigingsdomeinen, staan de accommodaties dit vanuit de Wzd gezien ook. In geval van ibs bepaalt artikel 34 van de Wzd tevens dat de burgemeester de bevoegdheid heeft opname te bevelen. De betreffende *geregistreerde accommodatie* is verplicht de betrokkene op te nemen. Zo ligt het voor de hand dat een VG-cliënt die gedwongen moet worden opgenomen met een ibs wordt geplaatst in een intramurale instelling voor verstandelijk gehandicapten. Dit betreffen normaliter cliënten met een Wlz-indicatie.

Als de cliënt geen Wlz-indicatie heeft, kan de zorg niet ten laste van de Wlz komen en is het zorgkantoor dus niet verantwoordelijk. Als de zorgaanbieder de declaratie naar de zorgverzekeraar stuurt, is het in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of de zorg voor de individuele verzekerde onder de zorgverzekering valt. Of de zorgaanbieder wel of geen contract heeft met de zorgverzekeraar doet daaraan niet af, ook niet aan de bekostiging. Een lager tarief voor ongecontracteerde zorg is evenmin van toepassing, dit zou niet stroken met het feit dat betrokkene geen keuze heeft voor gecontracteerde zorg.⁶⁰

omschreven (art. 1, lid 1, onder j, van de Handelsregisterwet 2007): een gebouw in gebruik of beheer van een zorginstelling, waarbij de activiteiten in of vanuit dat gebouw worden uitgeoefend. Het kan hier om een vestiging gaan die eigendom is van, of gehuurd wordt door de zorgaanbieder. Zie ook artikel 1 van de Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten: [wetten.nl - Regeling - Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten - BWBR0042738 \(overheid.nl\)](#) Zie verder: [Notitie 'De betekenis van locatie en accommodatie binnen de Wvvgg en de Wzd' | Publicatie | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

⁵³ Zie artikel 21, eerste lid, 24, eerste lid en 29 eerste lid, van de Wzd.

⁵⁴ Artikel 20, eerste lid, onderdeel b, van de Wzd.

⁵⁵ Zie de Tweede nota van wijziging Wvvgg, zie [Kamerstuk 32399, nr. 25 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#), de Wvvgg kent dezelfde definitie, de Wzd is hiermee geharmoniseerd.

⁵⁶ Wanneer de zorgaanbieder in staat is om hier een gedwongen opname te faciliteren, kan deze ervoor kiezen om deze locatie als accommodatie te registreren.

⁵⁷ Wanneer de zorgaanbieder in staat is om hier een gedwongen opname in het kader van de Wvvgg/Wzd te faciliteren, kan deze ervoor kiezen om deze locatie als accommodatie te registreren.

⁵⁸ Het thuisadres van een betrokkene is nooit een locatie of een accommodatie, en hoeft dus niet in het locatieregister te worden opgenomen.

⁵⁹ Zie voor de tabel met voorbeelden en toelichting: [Notitie 'De betekenis van locatie en accommodatie binnen de Wvvgg en de Wzd' | Publicatie | Informatiepunt dwang in de zorg](#)

⁶⁰ Dit volgt uit de zorgplicht, artikel 11, van de Zvw. Deze plicht behelst dat de zorgverzekeraar er onder meer voor moet zorgen dat de verzekerde zorg voor verzekerde beschikbaar is. Zie specifiek voor deze situatie de MvT

Nu er veel onduidelijkheid bestaat of de zorg bij deze groep cliënten ten laste van de Zvw dan wel de Wmo moet komen, beantwoordt het Zorginstituut op verzoek van de NZa de vraag of de zorg valt onder de Zvw. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, volgen we de lijn zoals aangegeven in de inleiding. Het is van belang bij de beantwoording van de vraag of de zorg tijdens ibs voor deze groep cliënten ten laste komt van de Zvw allereerst in te gaan op de verhouding tussen de Wmo en de Zvw.

3.4

De verhouding tussen de Wmo en de Zvw

Van oudsher is de Wmo een compensatiewet, ook wel 'vangnetwet' genoemd. Onder de Wmo 2007 kon een voorziening die verstrekt werd vanuit een andere wet dan ook als voorliggend worden aangemerkt.⁶¹ Op grond daarvan kon een gemeente een voorziening afwijzen als de mogelijkheid van een succesvolle behandeling nog open stond. De huidige Wmo 2015 kent een dergelijke bepaling niet.⁶² Tegelijkertijd bepaalt artikel 2.1, eerste lid, van het Bzv, sinds 2015 dat vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift niet ten laste van de Zvw kunnen komen.⁶³ In de Nota van toelichting op deze wijziging van het Bzv staat hierover het volgende:

'De toevoeging aan artikel 2.1, eerste lid, Bzv, leidt ertoe dat vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wlz, de Jeugdwet, de Wmo 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor de verzekerde kunnen worden gefinancierd, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. De toevoeging is zo geredigeerd dat duidelijk is dat de zorgverzekering ook niet voorziet in aanvulling van zorg indien een verzekerde van mening is dat hij op grond van een van de hiervoor genoemde wetten of een ander wettelijk voorschrift te weinig zorg krijgt.' (...) 'Onder «wettelijke voorschriften» vallen ook gemeentelijke verordeningen inzake de Jeugdwet en de Wmo 2015'

Je zou uit bovenstaande kunnen concluderen dat de Wmo sinds 2015 voorliggend is ten opzichte van de Zvw. Wel is in artikel 2.3.5, vijfde lid, van de Wmo 2015 bepaald dat het college een toe te kennen maatwerkvoorziening moet 'afstemmen' op voorzieningen uit andere wetten. Uit de MvT volgt dat de afstemming óók kan inhouden dat het college de cliënt zo nodig verwijst naar andere wetten, zoals de

Kamerstuk 29763, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)

onder 'Zekerheid voor de verzekerden' en ook het kopje daarvoor 'niet gecontracteerde zorg'. Hieronder daar weer een gedeelte uit: *Ongeacht de vorm die wordt gekozen om inhoud te geven aan de zorgverzekering, staat voorop dat de zorgverzekeraar de zorgkosten zal moeten betalen en zich ervoor zal moeten inspannen dat aan de zorgbehoefte van zijn verzekerden wordt voldaan. Als de verzekerde de zorg heeft verkregen, bij een gecontracteerde zorgaanbieder of bij een zelfgekozen zorgaanbieder, is er geen probleem. Als de verzekerde de zorg echter niet kan verkrijgen bij een gecontracteerde zorgaanbieder of zelf geen zorgaanbieder kan vinden, heeft hij recht op bemiddeling van zijn zorgverzekeraar bij het verkrijgen van de zorg. Dan zal de zorgverzekeraar – ongeacht de overeengekomen prestatiewijze – de verzekerde dus te hulp moeten schieten.*

Ook een zorgverzekeraar die het contracteemodel hanteert, zal, indien er geen of onvoldoende zorgaanbieders bereid blijken met hem een overeenkomst te sluiten om zijn verzekerden te helpen, op grond van zijn zorgplicht desgevraagd toch in actie moeten komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van die zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval zal hij alle marktconforme kosten van de zorg aan zijn verzekerde voor zijn rekening moeten nemen. Voor een korting, zoals die kan worden toegepast als een verzekerde ondanks zijn keuze voor gecontracteerde zorg er toch zelf voor kiest de zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is in deze situatie geen plaats.

⁶¹ Artikel 2, van de Wmo 2007: *Er bestaat geen aanspraak op maatschappelijke ondersteuning voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat.*

⁶² Zie hierover Behandeling mogelijk? Wat betekent dit voor de Wmo? - Schulink

⁶³ Staatsblad 2014, 417 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)

Zvw:

'De afstemming kan ook inhouden dat het college de aanvrager indien nodig verwijst naar de Zvw, Wet op de jeugdzorg/Jeugdwet, Wet werk en bijstand etc'

Daarbij wordt uitgegaan van duidelijk afgebakende aanspraken op grond van de Zvw: *'Voorts hebben mensen duidelijk afgebakende aanspraken op zorg als omschreven in de Zvw.' (...) Indien op grond van de criteria voor de toegang tot zorg op grond van de Wlz en de Zvw recht op zorg op basis van deze wetten bestaat, is de gemeente, voor de onderdelen die het betreft, niet gehouden maatschappelijke ondersteuning te bieden. Voor de onderdelen waarvoor geen recht op zorg bestaat, kan de cliënt een beroep op ondersteuning door de gemeente doen.*

In elk geval concludeert het Zorginstituut uit bovenstaande verhouding tussen de Wmo en de Zvw dat vooraf ook gekeken moet worden welke mogelijkheden de Wmo biedt.⁶⁴ De vraag die moet worden beantwoord is of er een maatwerkvoorziening binnen de Wmo mogelijk is waar de cliënt gedwongen kan worden opgenomen in het kader van de Wzd. Deze vraag is theoretisch moeilijk te beantwoorden omdat maatwerkvoorzieningen niet limitatief zijn opgesomd in de Wmo. Dit hangt samen met het feit dat, zoals aangegeven, de Wmo van oudsher een compensatiewet is. Ook kan de uitvoering bij elke gemeente anders zijn, omdat een gemeente eigen beleid kan voeren. Nu een limitatieve lijst of duidelijke afbakening niet aanwezig is moet gekeken worden voor welke maatwerkvoorzieningen de Wmo bedoeld is.

Het Zorginstituut heeft hiervoor gesprekken gevoerd met leden van de VNG en de informatiekaart Spoedzorg van de VNG geraadpleegd alsmede de wegwijzer naar ondersteuning van de VNG.⁶⁵

3.4.1

Maatschappelijke ondersteuning en de filosofie van de Wmo

De VNG houdt de volgende afbakening aan: medische/geneeskundige zorg behoort niet tot de Wmo. Ook onvrijwilligheid of dwang past niet bij de filosofie van de Wmo. De Wmo richt zich juist op vrijwilligheid, begeleiding, ondersteuning, participatie. Dwang heeft vaak een medisch karakter, is daarmee verbonden, maar wijst ook naar veiligheid.

In artikel 1.1.1 van de Wmo en de MvT op dat artikel wordt toegelicht wat wordt verstaan onder maatschappelijke ondersteuning en de onderverdeling daarvan in zogenoemde prestatievelden. De maatwerkvoorzieningen zien op deze prestatievelden. Een relevant prestatieveld is in dit verband 'opvang en beschermd wonen'. Zowel bij opvang als bij beschermd wonen gaat het volgens de MvT om het *bieden van onderdak en begeleiding* van personen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving:

'Bij «beschermd wonen» gaat het, net als bij «opvang» om het bieden van onderdak en begeleiding van personen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Het tekstelement «niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving» is voor beschermd wonen en opvang van belang. Slechts wanneer wordt vastgesteld dat iemand (blijvend of tijdelijk) niet in staat is zich op eigen kracht in de samenleving te handhaven, is er aanleiding voor de gemeente om die persoon te ondersteunen. Gewoonlijk zal ook enige vorm van begeleiding zijn aangewezen. Bij beschermd wonen gaat het om mensen bij wie onderdak, toezicht en begeleiding niet afhankelijk zijn van

⁶⁴ In een ander traject, in het kader van artikel 67 Zvw, besteedt het Zorginstituut nader aandacht aan deze verhouding. Problematisch zou de verhouding kunnen zijn, als sprake is van overlap, dus dezelfde zorg.

⁶⁵ Zie [Informatiekaart Spoedzorg | VNG respectievelijk 20150608-wegwijzer-naar-ondersteuning.pdf \(vng.nl\)](#)

op genezing gerichte zorg. Achter een «accommodatie⁶⁶ van een instelling» kan een veelheid van variëteiten schuilgaan.’

Verder blijkt uit de MvT dat het gaat om mensen met psychische of psychosociale problemen of mensen die, al dan niet in verband met risico’s voor hun veiligheid als gevolg van huiselijk geweld, de thuissituatie hebben verlaten. Bij zowel beschermd wonen als bij opvang gaat het om vormen van ondersteuning waarbij sprake is (beschermd wonen) of kan zijn (opvang daklozen en slachtoffers huiselijk geweld) van 24-uursverblijf en bijbehorende begeleiding.

Wij zullen hieronder verder ingaan op beschermd wonen, begeleid wonen en de crisisregeling op grond van de Wmo.

3.5 Maatwerkvoorzieningen binnen de Wmo

3.5.1 *Beschermd wonen*

Beschermd wonen wordt in artikel 1.1.1 van de Wmo als volgt gedefinieerd: *wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.”*

Zoals blijkt uit dit artikel en het aangehaalde stuk uit de MvT in paragraaf 3.4.1.1, ziet beschermd wonen op opvang en begeleiding van personen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Deze begeleiding wordt op maat afgestemd en is gericht op verschillende primaire leefgebieden zoals huisvesting, financiën, geestelijke – en lichamelijke gezondheid en verzorging, dagbesteding, sociaal netwerk, huiselijke relaties en maatschappelijke participatie.

3.5.1.1 *Beschermd wonen in combinatie met behandeling vanuit de Zvw*

Met het oog op het streven naar de-medicalisering heeft de wetgever er volgens de MvT niet voor gekozen beschermd wonen onder te brengen in de Zvw. Een aanzienlijk deel van deze mensen heeft weliswaar regelmatig contact met een behandelaar (vanuit de Zvw), maar de behandeling staat niet centraal en is niet onlosmakelijk verbonden aan het verblijf. Bij beschermd wonen gaat het immers om mensen bij wie onderdak, toezicht en begeleiding niet afhankelijk zijn van op genezing gerichte zorg. Hoewel afstemming tussen ambulante behandelaars en woonbegeleiding zal plaatsvinden, is de behandeling niet onlosmakelijk verbonden met de beschermd wonen setting en de (woon)begeleiding.

3.5.1.2 *Beschermd of begeleid wonen voor mensen met een verstandelijke beperking*

De Wmo ziet op de ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen. Volgens de MvT gaat het om mensen met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische of anderszins chronische psychische aandoening of beperking, of een *verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking*.

Leden van de VNG gaven aan dat beschermd wonen het meest gericht is op mensen met GGZ-problematiek. Dit is wel vaak in combinatie met een licht verstandelijke handicap (LVB), deze zijn eigenlijk onlosmakelijk met elkaar verbonden. Sinds

⁶⁶ Accommodatie in dit fragment moet niet worden verward met de definitie van accommodatie in de Wzd.

invoering van de Wlz is de groep met indicatie GGZ C (ten tijde van de AWBZ) veelal woonachting in beschermd wonen. Verstandelijk beperkten hebben vaak een vorm van begeleid wonen. Bij begeleid wonen gaat het om een zelfstandige bewoning met ambulante begeleiding, anders dan bij beschermd wonen levert de aanbieder niet het wonen.

3.5.2

Opvang

Opvang wordt in artikel 1.1.1 van de Wmo als volgt gedefinieerd: *onderdak en begeleiding voor personen die de thuissituatie hebben verlaten, al dan niet in verband met risico's voor hun veiligheid als gevolg van huiselijk geweld, en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.*

Bij opvang kan aan verschillende categorieën worden gedacht:

- Opvang voor slachtoffers van geweld in huiselijke kring, of bijvoorbeeld eer gerelateerd geweld of loverboys.
- Opvang voor (andere) mensen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven, ook wel 'maatschappelijke opvang' genoemd. Gedacht wordt aan bijvoorbeeld aan dak- en thuislozen.

3.5.3

Crisisregeling op grond van de Wmo

In artikel 2.3.3 van de Wmo 2015 is bepaald dat in spoedeisende gevallen, daaronder begrepen de gevallen waarin terstond opvang noodzakelijk is, al dan niet in verband met risico's voor de veiligheid als gevolg van huiselijk geweld, het college na een melding als bedoeld in artikel 2.3.2, eerste lid van de Wmo⁶⁷, onverwijld tot verstrekking van een *tijdelijke maatwerkvoorziening* beslist in afwachting van de uitkomst van het onderzoek, bedoeld in artikel 2.3.2 en de aanvraag van de cliënt. Een melding betreft een melding van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning. Deze regeling staat los van een ibs of rechterlijke machtiging.

De wet geeft geen limitatieve opsomming van wat hieronder valt. Het gaat niet uitsluitend om situaties waarin acuut *opvang* noodzakelijk is. Het kan gaan om een breed scala aan verzoeken om acute ondersteuning. Het college moet in zo'n situatie "onverwijld" beslissen tot het verstrekken van een tijdelijke maatwerkvoorziening, in afwachting van de uitkomst van het onderzoek. Een dergelijke noodzaak zal, aldus de MvT op het wetsartikel, slechts in bijzondere gevallen aanwezig zijn. Het betreft de situatie waarin de omstandigheden van de betrokkene zodanig zijn, dat uitstel van een maatregel niet mogelijk is. De wet noemt met name de situaties van veiligheidsrisico's als gevolg van huiselijk geweld. Bij huiselijk geweld moet de gemeente opvangplaatsen beschikbaar hebben waar betrokkenen onmiddellijk terecht kunnen. Als crisisopvang noodzakelijk is, moet het college terstond in actie komen door een passende maatregel te treffen gericht op onderdak en begeleiding^{68, 69}.

3.5.4

Conclusie

De conclusie van het Zorginstituut is dat de relevante maatwerkvoorzieningen zien op *onderdak en begeleiding*. Dit kan gecombineerd worden met ambulante behandeling vanuit de Zvw, maar is daar niet onlosmakelijk mee verbonden.

3.6

De Zorgverzekeringswet

De Zvw heeft als doel om individuen te verzekeren tegen de kosten van *geneeskundige zorg*. De zorgverzekering is een schadeverzekering⁷⁰. De aard van

⁶⁷ https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2020-07-01#Hoofdstuk2_Paragraaf3_Artikel2.3.2

⁶⁸ Kamerstuk 33841, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officiële.bekendmakingen.nl)

⁶⁹ Informatiekaart Spoedzorg | VNG

⁷⁰ Artikel 1, eerste lid, Zvw jo afdeling 2 van titel 17 van Boek 7 van het BW.

de zorgverzekering bepaalt dat alleen schade kan worden vergoed die volgt uit een bepaalde gezondheidstoestand: een 'medische indicatie'.⁷¹ De behoefte aan zorg wordt bepaald op basis van zorginhoudelijke criteria.⁷² Daarnaast moet de verzekerde redelijkerwijs op de zorg zijn aangewezen⁷³. Dit betekent dat er een koppeling moet zijn tussen de zorgbehoefte (de medische indicatie) en de zorg die geleverd wordt. Het gaat dus om de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is geregeld bij en krachtens de artikelen 10 en 11 van de Zvw. Omdat het bij ibs per definitie gaat om verblijf (intramurale zorg) zou de zorg alleen kunnen vallen onder de in artikel 10 onderdeel g van de Zvw genoemde verzekerde prestatie '*verblijf in verband met geneeskundige zorg*'. Deze verzekerde prestatie is nader omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).⁷⁴ Artikel 2.12 van het Bzv luidt als volgt:

Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische hulp.

Voordat kan worden bepaald of sprake is medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg, moet worden bepaald of sprake is van de in artikel 10, onderdeel a genoemde verzekerde prestatie '*geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden*'. Deze prestatie is nader uitgewerkt in artikel 2.4, van het Bzv:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in [artikel 2.5a](#), zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in [artikel 2.5b](#), geriatrische revalidatie als bedoeld in [artikel 2.5c](#) en paramedische zorg als bedoeld in [artikel 2.6](#), met dien verstande dat: (...)

Het Zorginstituut gaat in paragraaf 3.7 nader in op geneeskundige zorg aan verstandelijk gehandicapten. Geneeskundige zorg aan verstandelijk gehandicapten valt onder de categorie *geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen*, ook wel GZSP-groepen genoemd.

In paragraaf 3.8 gaan we vervolgens in op het medisch noodzakelijk verblijf in verband met deze geneeskundige zorg aan verstandelijke gehandicapten.

⁷¹ Zie voor een uitgebreidere toelichting op het begrip medische indicatie, Kamerstukken II 2018-2019, 29689, nr. 998, Kamerstuk 29689, nr. 998 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen ([officielebekendmakingen.nl](https://overheid.nl/bekendmakingen)), zie ook voetnoot 70, eigenlijk is de oorspronkelijke term 'zorginhoudelijke criteria' (artikel 14 van de Zvw).

⁷² artikel 14 van de Zvw, zie daar ook de toelichting op: Uit de MvT van de Zvw blijkt dat de term zorginhoudelijke criteria wel breder moet worden opgevat dan de term medisch-inhoudelijke criteria : *Bij de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een andere tot het verzekerde pakket behorende dienst zullen veelal medisch-inhoudelijke criteria bepalend zijn. De wet hanteert echter het bredere begrip «zorginhoudelijke criteria» om te bewerkstelligen dat waar nodig ook andere zorggebonden criteria een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld het oordeel van een verpleegkundige over de thuissituatie indien een beslissing moet worden genomen over de vraag of een patiënt naar huis kan of eerst in een revalidatie-instelling moet worden opgenomen.*

⁷³ artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv)

⁷⁴ Op grond van artikel 11 leden 3 en 4 van de Zvw wordt het verzekerde pakket nader geregeld bij het Bzv en de Rzv. In art. 2.1 lid 1 van het Bzv wordt verwezen naar de nadere omschrijving van de te verzekeren zorg en diensten in de artikelen 2.4-2.15 van het Bzv.

3.7 Geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen (GZSP-groepen)

3.7.1 GZSP-groepen (algemeen)

Geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen betreft patiënten met dementie, MS, Parkinson, niet-aangeboren hersenletsel of volwassenen met een verstandelijke beperking. Het gaat om een pakket aan geneeskundige zorg dat geboden wordt door de specialist ouderengeneeskunde, de arts voor verstandelijk gehandicapten, paramedici en gedragskundigen. Het accent van de behandeling ligt niet meer op de behandeling van de ziektebeelden zelf, maar op de gevolgen van de ziekte of aandoening, zoals functiebeperkingen op uiteenlopende gebieden. Deze zorg, voorheen extramurale behandeling genoemd, is zeer recent overgeheveld naar de Zvw. We lichten dit hieronder kort toe.

Tot 2015 werd 'extramurale behandeling' voor deze patiënten vanuit de voormalige AWBZ geleverd en daarna ondergebracht in de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. In de subsidieregeling werd behandeling gedefinieerd als *behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van de Wlz, die niet in combinatie met verblijf wordt verleend, dus; 'behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap'.*

Tot 1 januari 2021 gold deze subsidieregeling voor verzekerden, die geen Wlz-indicatie hadden. Met ingang van 1 januari 2021 is deze subsidieregeling beëindigd. Per 1 januari 2021 kent de basisverzekering geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP). De subsidieregeling is in twee delen overgeheveld naar de basisverzekering. Per 1 januari 2020 was de zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten op basis van de subsidieregeling boden al overgegaan.⁷⁵ De overige geneeskundige zorg is per 1 januari 2021 over en omvat dagbehandelingen voor verschillende patiëntgroepen, de gedragswetenschapper en paramedische zorg. Het betreft weliswaar een 'nieuwe' doelgroep verzekerden, maar geen nieuwe vorm van zorg.⁷⁶

Voorafgaand aan de overheveling concludeerde het Zorginstituut in 2016 in zijn advies "Extramurale behandeling ontleed: *De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw*"⁷⁷ dat deze zorg vanuit de Zvw betaald kan worden. De zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten leveren, kenschetst het Zorginstituut in dit advies als 'generalistisch geneeskundige zorg' en hun zorg schaaft het Zorginstituut onder het functioneel omschreven arsenaal van de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'.

In het advies wees het Zorginstituut er op dat 'geneeskundig' hier niet te beperkt 'medisch' worden opgevat. Ook het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen kan onder 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw worden geschaard. Daarnaast hoeft er niet per se al sprake te zijn van een aandoening of beperking. Ook zorg gericht op het voorkomen van (verergering van) een

⁷⁵ Zie Staatsblad 2019, 314 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)

⁷⁶ Staatsblad 2020, 337 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)

⁷⁷ Extramurale behandeling ontleed | Advies | Zorginstituut Nederland

aandoening of beperking of gericht op zo goed mogelijk functiebehoud bij gevolgen van een aandoening of beperking kan onder de Zvw vallen, mits er sprake is van een hoog risico hierop.

Geneeskundige zorg kent wel een grens. Als de zorg of ondersteuning meer gericht is op het oefenen van geleerde vaardigheden, het doen van activiteiten, het maatschappelijk participeren of bijvoorbeeld het ontmoeten van lotgenoten, dan kunnen we niet meer spreken van 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw, maar spreken wij van 'ondersteuning' of 'begeleiding' die, mogelijk, onder de Wmo valt.

3.7.2 *Geneeskundige zorg aan verstandelijk beperkten vanuit de Zvw*

Het advies van 2016 analyseert de zorg aan de hand van zorgvragen, behandeldoelen en het professionele arsenaal van behandelaars. We gaan hieronder kort in op hetgeen het advies aangeeft over de zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking en het behandeldoel. Voor het hierop toegesneden zorgaanbod van de arts voor verstandelijk gehandicapten, de (gespecialiseerde) psycholoog of orthopedagoog, paramedici en vaktherapeut verwijzen we naar bijlage 2. Voor een volledige omschrijving en uitleg verwijzen we naar hoofdstuk 4 van het advies van 2016.⁷⁸

3.7.2.1 *Zorgbehoefte*

Aan de gepresenteerde klacht van iemand met een verstandelijk beperking ligt vaak een onderliggende klacht ten grondslag. Deze gelaagdheid in de zorgvraag van iemand met een verstandelijke beperking houdt in dat de zorgvraag een medische én bijna altijd ook een gedragswetenschappelijke component heeft. Zo kan er bij probleemgedrag sprake zijn van het ervaren van lichamelijk ongemak en pijn of van een psychiatrische aandoening of van communicatieproblematiek. De 'uiteindelijke' zorg- of behandelvraag van de verstandelijk beperkte is soms moeilijk te achterhalen. Daarom is de zorg aan de verstandelijk beperkte altijd multidisciplinair: (tenminste) een arts voor verstandelijk gehandicapten en een psycholoog of orthopedagoog, die voldoende specifieke kennis van en werkervaring met deze doelgroep heeft, werken samen in het behandelteam.

3.7.2.2 *Behandeldoel*

De zorg aan verstandelijk beperkten is gericht op hun specifieke gezondheidsproblemen; 'genezing' of herstel van de beperking in medische zin is niet aan de orde. De doelen van de specifieke zorg aan mensen met een verstandelijke beperking liggen op het vlak van het compenseren of voorkomen van (verergering van) motorische en zintuiglijke beperkingen en multimorbiditeit, psychische- en gedragsstoornissen en chronische aandoeningen. Doel is het verbeteren van het functioneren van de verstandelijk beperkte en het uitbreiden van de vaardigheden teneinde vooruitgang te (blijven) behalen binnen de mogelijkheden van de cliënt.

3.8 **Eerstelijns verblijf**

3.8.1 *Eerstelijns verblijf (ELV)*

De in paragraaf 3.7 beschreven geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen kan onder de Zvw ook intramuraal verleend worden mits het verblijf in een instelling medisch noodzakelijk is in verband met de te verlenen geneeskundige zorg. Voor deze groep kan het namelijk nodig zijn dat de zorg tijdelijk intramuraal wordt verleend. Dit verblijf wordt 'eerstelijns verblijf' genoemd.

⁷⁸ [Extramurale behandeling ontleed | Advies | Zorginstituut Nederland](#)

Eerstelijns verblijf (ELV) is verblijf dat medisch noodzakelijk is voor 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'; het Zorginstituut vat dat op als generalistische geneeskundige zorg. Binnen het ELV kan het volledige zorgarsenaal van de huisarts ingezet worden, maar zoals aangegeven in de vorige paragraaf leveren een specialist en een arts voor verstandelijk gehandicapten ook generalistische geneeskundige zorg.⁷⁹

De omschrijving van het ELV wordt ontleend aan de omschrijving van de prestatie verblijf in artikel 2.12 van het Bzv:

'Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.'

Het verblijf is gedefinieerd als verblijf gedurende het etmaal. Niet geregeld is waar dat verblijf is. Verder omvat het verblijf in combinatie met geneeskundige zorg een multidisciplinair zorgaanbod, waarvan – naast eten en drinken, begeleiding en daginvulling – ook verpleging, persoonlijke verzorging, paramedische zorg, medicijnen, verband- en hulpmiddelen deel uit kunnen maken.

Het ELV is slechts een vorm van verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Bzv. Andere vormen van verblijf die onder dit artikel vallen zijn ziekenhuisverblijf; verblijf in revalidatie-instellingen; verblijf in psychiatrische ziekenhuizen en het verblijf in verband met geriatrische revalidatiezorg. Uit het oogpunt van de te verzekeren prestatie (de basisverzekering) is het niet altijd nodig om deze verschillende verblijfsvormen van elkaar te onderscheiden. Vaak volstaat de constatering dat er sprake is van 'medisch noodzakelijk verblijf'. In de volgende paragraaf gaan we nader in op dat begrip.

3.8.2 *Het begrip 'medisch noodzakelijk'*

Bij medisch noodzakelijk verblijf gaat het om de 'medische noodzaak' van het 'verblijf' in samenhang met de 'geneeskundige zorg'.

In het rapport van 6 maart 2017⁸⁰ heeft Zorginstituut de kaders vastgesteld waarbinnen moet worden beoordeeld of sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ beschreven en daarmee verhelderd wanneer dit verblijf verzekerde zorg kan zijn in de basisverzekering. De criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de duiding sluiten aan bij wat behandelaars en cliënten goede zorg vinden. Steeds zal de individuele situatie van een cliënt het uitgangspunt moeten zijn bij de weging voor behandeling met opname of ambulante behandeling. Opname blijkt in dit rapport globaal aanbevolen in vier situaties: voor (nadere) diagnosestelling, ten behoeve van het (opnieuw) instellen van medicatie, vanwege (mogelijk) gevaar voor de cliënt en/of zijn omgeving, of als behandeling met verblijf effectiever moet worden geacht dan ambulante behandeling. Het rapport geeft ook handvatten voor afbakening met andere wettelijke domeinen, zoals de Wmo 2015 (onder meer Beschermd Wonen).

Hieronder volgt een uitleg uit het rapport over de setting die ook van toepassing kan worden geacht op medisch noodzakelijk verblijf in verband met generalistische geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de arts voor verstandelijk

⁷⁹ Het Zorginstituut omschrijft het Eerstelijns verblijf uitgebreid in het standpunt 'Eerstelijns verblijf binnen de Zorgverzekeringswet', zie [Standpunt 'Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

⁸⁰ [Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

gehandicapten en die relevant is in het kader van de duidingsvraag in dit rapport.

- 3.8.2.1 *De setting van medisch noodzakelijk verblijf en het verschil met beschermd wonen*
Bij medisch noodzakelijk verblijf gaat het om de situatie waarbij een cliënt voor zijn behandeling verblijf in een specifieke setting nodig heeft. Verblijf in die setting is medisch noodzakelijk, omdat alleen daar, in die specifieke setting, zijn behandeling succesvol kan plaatsvinden om te herstellen, verslechtering te voorkomen dan wel te stabiliseren. De behandeling staat centraal en is onlosmakelijk verbonden met de begeleiding en overige zorg aan de cliënt. Het verblijf omvat een integraal en multidisciplinair zorgaanbod, waaronder dus ook de benodigde begeleiding.

Zoals in paragraaf 3.4.2.1. is beschreven gaat het bij beschermd wonen om het bieden van onderdak, toezicht en begeleiding. Een aanzienlijk deel van deze mensen heeft weliswaar regelmatig contact met een behandelaar (vanuit de Zvw), maar de behandeling staat niet centraal en is niet onlosmakelijk verbonden aan het verblijf. Bij beschermd wonen gaat het immers om mensen bij wie onderdak, toezicht en begeleiding niet afhankelijk zijn van op genezing gerichte zorg. Hoewel afstemming tussen ambulante behandelaren en woonbegeleiding zal plaatsvinden, is de behandeling niet onlosmakelijk verbonden met de beschermd wonen setting en de (woon)begeleiding.

Is het verblijf wel hoofdzakelijk gericht op behandeling en bestaat er een grote verwevenheid tussen (woon)begeleiding en behandeling, dan is een aanspraak op behandeling en verblijf op basis van de basisverzekering aangewezen. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als de aanwezigheid van een arts in de directe nabijheid van de cliënt noodzakelijk is. Gedacht kan worden aan een periode dat aaneengesloten (geneeskundige) observatie nodig is, diagnostiek die een bepaalde infrastructuur vergt of geneeskundige zorg op onplanbare momenten.⁸¹

3.9 **Wat zegt de Wzd over de zorg tijdens ibs?**

In paragraaf 1.3 zijn wij ingegaan op het begrip zorg in de Wzd. Kort gezegd wordt hieronder verstaan: bejegening, verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging, en onvrijwillige zorg als omschreven in artikel 1 derde lid, van de Wzd. Over de zorg tijdens ibs laat de Wzd zich niet heel specifiek uit. Toch kan er veel uit onder meer de algemene eisen van de Wzd worden afgeleid. We laten in deze paragraaf zien welke zorgverleners/functionarissen er op grond van de Wzd betrokken zijn bij een ibs en wat hun functie is. Dit doen we met het doel om in de afweging en conclusie (paragraaf 3.11) aan te kunnen geven dat het arsenaal van deze zorgverleners die deze functie kunnen vervullen onder de Zvw valt en naar aard en inhoud niet onder de Wmo. Omdat deze procedurele eisen met betrekking tot de inzet van functionarissen altijd gelden (en niet alleen bij ibs), is dit een belangrijke weergave en constatering.

3.9.1 *Intramurale zorg*

Zoals aangegeven in paragraaf 3.2 gaat het om opname en verblijf in een geregistreerde accommodatie. Dit betreft per definitie intramurale zorg. Zoals toegelicht in dit hoofdstuk zijn we daarom uitgebreid ingegaan op vormen van verblijf binnen de Wmo en het ELV binnen de Zvw.

3.9.2 *Doel van (voortzetting) ibs volgens de Wzd (diagnostiek)*

Hoofregel is dat een ibs een maximale termijn heeft van 3 dagen. Indien het CIZ binnen die 3 dagen een verzoek tot een machtiging tot voortzetting van de ibs indient bij de rechter, vervalt de ibs pas op het moment dat de rechter uitspraak

⁸¹ Deze voorbeelden komen uit het [Standpunt 'Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)

doet. De rechter beslist binnen 3 dagen. Vervolgens heeft de machtiging tot voortzetting van de ibs een geldigheidsduur van 6 weken.⁸² Is onvrijwillige opname ook daarna nog nodig, dan moet voor het einde van deze termijn een rechterlijke machtiging worden aangevraagd.⁸³

Uit de totstandkomingsgeschiedenis van de Wzd blijkt dat de wetgever door middel van een ibs in feite onder meer de mogelijkheid geeft om een reguliere machtiging tot onvrijwillige opname en verblijf aan te vragen, hij acht de geldigheidsduur daarvoor voldoende. Daarvoor is met name van belang dat een *daadwerkelijke diagnose* van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking wordt gegeven en het daaraan gekoppelde ernstig nadeel.⁸⁴

3.9.3

Zorgverantwoordelijke

Op grond van artikel 5 van de Wzd wijst de zorgaanbieder voor elke cliënt een zorgverantwoordelijke aan, dit geldt dus ook bij een ibs. De zorgverantwoordelijke speelt een belangrijke rol in de verlening van (onvrijwillige) zorg aan de cliënt. De zorgverantwoordelijke is het centrale aanspreekpunt voor de cliënt of zijn vertegenwoordiger en in algemene zin verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg van de cliënt en uitdien hoofde verantwoordelijk voor het opstellen, uitvoeren en evalueren van het zorgplan.⁸⁵ De zorgverantwoordelijke coördineert de inzet van alle betrokken zorgverleners en roept specifieke deskundigheid in als het nodig is. Elke betrokken zorgverlener blijft te allen tijde verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op hun aandeel in de *multidisciplinaire zorg*. Het gaat bij de zorgverantwoordelijke wel om inhoudelijk inzicht en expertise in combinatie met leiderschap en de daaruit voortvloeiende bereidheid om verantwoordelijkheid te nemen voor het geheel van de geleverde zorg.⁸⁶

Volgens artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wzd is een zorgverantwoordelijke een ter zake kundig arts, of een deskundige zoals aangewezen in artikel 2 de *Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten* (Rzd).⁸⁷ Denk bijvoorbeeld aan een orthopedagoog-generalist of een gezondheidszorgpsycholoog.

⁸² Zie voor meer details artikel 29, vierde en vijfde lid, artikel 37 en 39 van de Wzd.

⁸³ Artikel 25, derde lid, van de Wzd.

⁸⁴ In de toelichting bij artikel 29 van de Wzd staat:

'(...) De machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling heeft een geldigheidsduur van zes weken. Die periode is voldoende om een reguliere machtiging tot opname en verblijf aan te vragen, waaronder een medische verklaring waarin niet slechts een ernstig vermoeden, maar een daadwerkelijke diagnose van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking wordt gegeven en het daaraan gekoppelde ernstig nadeel.' z.o.z.

In de toelichting bij artikel 37 (machtiging tot voortzetting ibs) staat:

Het CIZ krijgt, net als bij de procedure voor een reguliere rechterlijke machtiging tot opname en verblijf, de taak om de rechter in te schakelen en een machtiging tot verlenging van de inbewaringstelling aan te vragen. Het doet dat uiterlijk de dag nadat de stukken van de burgemeester zijn ontvangen, indien het van oordeel is dat inderdaad sprake is van een crisissituatie waarbij is voldaan aan de criteria van artikel 29. Alleen dan vervalt de inbewaringstelling niet na drie dagen, maar pas wanneer de rechter een besluit over een machtiging heeft gegeven. De stukken die het CIZ meestuur, bevatten onder meer dezelfde medische verklaring als waarop de burgemeester zijn inbewaringstelling baseerde. Er hoeft dus niet binnen een dag een correcte diagnose te worden gesteld; daarvoor dient nu juist de termijn waarvoor de machtiging tot verlenging van de inbewaringstelling wordt afgegeven.

⁸⁵ Artikel 5, tweede lid, en zie voor opstellen specifiek artikel 7 en evalueren specifiek artikel 8 van de Wzd.

⁸⁶ Zie Wet zorg en dwang: artikelgewijze toelichting | Publicatie | Informatiepunt dwang in de zorg bij artikel 5, van de Wzd.

⁸⁷ [wetten.nl - Regeling - Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten - BWBR0042738 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl - Regeling - Regeling zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten - BWBR0042738 (overheid.nl))

3.9.4

Wzd-functionaris is betrokken

Ingevolge artikel 2b van de Wzd wijst de zorgaanbieder een Wzd-functionaris aan, dat geldt ook bij ibs (er wordt expliciet verwezen naar hoofdstuk 3 paragraaf 2 van de Wzd). De Wzd-functionaris is volgens artikel 1, eerste lid, onderdeel m, van de Wzd, een *ter zake kundige arts, gezondheidzorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist*, al dan niet in dienst van de zorgaanbieder, die door de zorgaanbieder is aangewezen om toe te zien op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg en de mogelijke afbouw ervan en die verantwoordelijk is voor de algemene gang van zaken op het terrein van het verlenen van onvrijwillige zorg.

3.9.5

Onvrijwillige zorg opnemen in het zorgplan (multidisciplinair overleg)

Zoals eerder aangegeven (zie bijvoorbeeld paragraaf 1.1) moet onvrijwillige zorg worden onderscheiden van onvrijwillige opname en verblijf. In de Wzd is onvrijwillige zorg niet langer gekoppeld aan een gedwongen opname en kan ook worden toegepast in de ambulante situatie. Omgekeerd kan ook sprake zijn van onvrijwillige opname en verblijf, maar van *vrijwillige* zorg.

Het uitgangspunt is dat zorg, dus ook onvrijwillige zorg, alleen mag worden verleend als dit in het zorgplan is opgenomen (artikel 6 van Wzd). Ook moet zijn voldaan aan de eisen die de Wzd aan de uitvoering van onvrijwillige zorg stelt.

De verschillende fases van besluitvorming over het verlenen van onvrijwillige zorg zijn vastgelegd in de artikelen 9-11av van de Wzd, ook wel het Wzd-stappenplan genoemd.

Artikel 10 van de Wzd voorziet in de procedure om onvrijwillige zorg in het zorgplan op te nemen, dit geldt dus óók bij gedwongen opname, zoals ibs.

Een van de in het tweede lid genoemde criteria waaraan moet worden getoetst is of het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel (of het aanzienlijk risico daarop).⁸⁸

Verder geldt procedureel (onder meer) dat opnieuw⁸⁹ *multidisciplinair* overleg plaatsvindt, dat wil zeggen met tenminste *één deskundige van een andere discipline* dan die van de zorgverantwoordelijke. En bij besluitvorming over toedienen van medicatie, beperking van de bewegingsvrijheid en insluiting, is het van belang dat er een *arts betrokken is* om somatische oorzaken van het probleem uit te sluiten. Als de zorgverantwoordelijke al een arts is, dan is dit al gewaarborgd.⁹⁰

⁸⁸ Anders dan bij de machtiging tot ibs wordt hier niet meer gesproken over een *ernstig vermoeden*. Hoewel het Zorginstituut niet gaat over de interpretatie van de Wzd merkt het op dat strikt genomen zou kunnen worden gezegd dat geen onvrijwillige zorg in het zorgplan mag worden opgenomen zolang er bij een cliënt die met ibs is opgenomen slechts sprake is van een *ernstig vermoeden* dat het ernstige nadeel (of het aanzienlijk risico daarop) wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie hiervan. Dit lijkt echter niet de bedoeling van de wetgever.

⁸⁹ Op basis van artikel 9 van de Wzd, als het zorgplan niet blijkt te voldoen en heroverweging nodig is, werd al eerder multidisciplinair overleg gevoerd. Alleen alternatieven die bestaan uit vormen van *vrijwillige* zorg kunnen tijdens deze heroverweging worden overwogen. Als uit de heroverweging blijkt dat er geen geschikte vrijwillige alternatieven zijn, dient de zorgverantwoordelijke de procedure voor het opnemen van onvrijwillige zorg in het zorgplan op te starten (lid 7).

⁹⁰ In het overleg wordt besproken (lid 4):

- wat het ernstig nadeel voor de cliënt is, door middel van het maken van een risico-inventarisatie;
- wat de oorzaak van het gedrag van de cliënt zou kunnen zijn waardoor ernstig nadeel ontstaat;
- welke rol de interactie tussen cliënt en omgeving speelt bij het ontstaan van ernstig nadeel;
- welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg nog benut kunnen worden, waardoor geen of minder onvrijwillige zorg nodig is;

Ook buigt het multidisciplinair overleg zich over aanvullende zorgvuldigheidseisen ter voorkoming of vermindering van nadelige effecten op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt. In dit overleg kan de zorgverantwoordelijke ook *andere deskundigen betrekken* (lid 7). De zorgverantwoordelijke past na het multidisciplinaire overleg het zorgplan aan.⁹¹

Tot slot bepaalt artikel 11a van de Wzd dat de zorgverantwoordelijke het zorgplan, waarin de onvrijwillige zorg is opgenomen, aan de Wzd-functionaris moet overleggen. Als de Wzd-functionaris oordeelt dat het zorgplan niet voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk moet worden voorkomen, past de zorgverantwoordelijke het zorgplan op aanwijzen van de Wzd-functionaris aan.

Als het niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen de afgesproken termijn (maximaal 3 maanden) af te bouwen, wordt ingevolge lid 10 opnieuw multidisciplinair overleg gevoerd én wordt hierbij een *niet bij de zorg betrokken deskundige* gevraagd om mee te denken bij het uitgebreide deskundigenoverleg.

3.9.6

*Onafhankelijke deskundige*⁹²

Artikel van de 11 Wzd beschrijft de rol van 'onafhankelijke deskundige':

De zorgverantwoordelijke vraagt advies over het zorgplan aan een onafhankelijke deskundige indien na het uitgebreid deskundigenoverleg als bedoeld in artikel 10, tiende lid, het niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de in het zorgplan opgenomen termijn af te bouwen.

De 'onafhankelijke deskundige' adviseert de zorgverantwoordelijke. De rol van een onafhankelijke deskundige kan vervuld worden door een *arts voor verstandelijk gehandicapten, een specialist ouderengeneeskunde, een psychiater, een gezondheidspsycholoog, een orthopedagoog-generalist, en een verpleegkundige*.⁹³ De inzet van de specifieke zorgverlener is afhankelijk van de aandoening en de problematiek.

- wat de nadelige effecten van onvrijwillige zorg kunnen zijn, afgewogen tegen het ernstig nadeel dat moet worden afgewend; en
- voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen, waarbij die termijn zo kort mogelijk is, passend bij de aard van de zorg en ingrijpendheid voor de cliënt, waarbij die termijn op maximaal drie maanden wordt gesteld;
- op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg de zorgverantwoordelijke moet instemmen met het verlenen van de onvrijwillige zorg;
- op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg de zorgverantwoordelijke de vertegenwoordiger of de cliënt informeert over het verlenen van die onvrijwillige zorg

⁹¹ Het volgende wordt in het zorgplan beschreven (lid 8):

- het ernstig nadeel ter zake waarvan de onvrijwillige zorg kan worden toegepast, en welke vorm van onvrijwillige zorg kan worden toegepast;
- welke zorgverlener of categorie van zorgverleners bevoegd is tot het toepassen van de onvrijwillige zorg;
- indien van toepassing, de duur of frequentie van de onvrijwillige zorg;
- de op grond van het vierde lid, onder f, vastgestelde termijn voor de toepassing van onvrijwillige zorg;
- de wijze waarop de zorg binnen de onder 4° bedoelde termijn wordt afgebouwd;
- indien van toepassing aanvullende zorgvuldigheidseisen als bedoeld in het zevende lid;
- op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg de zorgverantwoordelijke moet instemmen met het verlenen van onvrijwillige zorg, zoals vastgesteld op grond van het vierde lid, onderdeel g;
- op welk moment en bij welke vormen van onvrijwillige zorg de zorgverantwoordelijke de vertegenwoordiger of de cliënt informeert over het verlenen van die onvrijwillige zorg, zoals vastgesteld op grond van het vierde lid, onder h;
- de continuïteit van de benadering van de cliënt en de wijze waarop deze geborgd wordt.

⁹² Tot voor kort (voor 6 november) en bij consultatie van het conceptrapport was het nog 'externe deskundige'. Zie <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-523.html> en <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-468.html>

⁹³ Zie artikel 3.1 Besluit zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.

3.9.7 *Uitvoering zorgplan*

De in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg kan alleen worden uitgevoerd als voldaan wordt aan de vereisten uit artikel 12 en 13 van de Wzd. Zo kan onvrijwillige zorg alleen worden uitgevoerd als dat noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel en de zorgverlener onder meer heeft vastgesteld dat het in het zorgplan beschreven ernstig nadeel zich ook daadwerkelijk voor doet (hieronder valt ook de dreiging van een ernstig nadelige situatie, volgens de definitie van artikel 1, tweede lid, van de Wzd).⁹⁴

3.9.8 *Zorg in onvoorziene situaties*

Het is mogelijk dat er onvrijwillige zorg ingezet moet worden terwijl er nog geen zorgplan is of in situaties waarin het zorgplan niet voorziet. Artikel 15 van de Wzd beschrijft deze situaties. De onvrijwillige zorg kan dan (maximaal 2 weken) worden verleend op basis van een beslissing van de zorgverantwoordelijke.⁹⁵ Ook al is er nog geen zorgplan dan nog zal er wel een *zorgverantwoordelijke* zijn. De zorgverantwoordelijke kan het initiatief nemen tot onvrijwillige zorg ook als er nog geen zorgplan is opgesteld. Ook zal hier allereerst sprake moeten zijn van ernstig nadeel als gevolg van het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap of als gevolg van een daarmee gepaard gaande stoornis of combinatie daarvan.⁹⁶

Artikel 15 van de Wzd schrijft alleen voor dat de zorgverantwoordelijke, indien mogelijk, de 'Wzd-functionaris' informeert.⁹⁷ Er zal dan geen tijd zijn voor een toetsing. We gaan ervan uit dat er wel zo snel mogelijk een (aangepast) zorgplan zal worden opgesteld volgens de reguliere procedure.

3.9.9 *Procedure onvrijwillige zorg in relatie tot ibs*

Voor de reguliere procedure (artikel 9-11a van de Wzd) voor het verlenen van onvrijwillige zorg neemt gelet op de maximale termijnen en de zorgvuldigheidseisen veel tijd in beslag. Het Zorginstituut vraagt zich af hoe dit zich verhoudt tot de korte periode die geldt voor ibs. Wellicht zal vaak gebruik worden gemaakt van artikel 15 van de Wzd. Ook vraagt het Zorginstituut zich af hoe het vereiste causaal verband bij het verlenen van onvrijwillige zorg tussen de aandoening en het ernstig nadeel zich verhoudt tot het vereiste 'ernstig vermoeden' van datzelfde causaal verband bij een machtiging tot ibs.

3.9.10 *Geen compleet beeld van zorg tijdens ibs op grond van de Wzd*

Afgezien van het hebben van een zorgplan, dat een zorgverantwoordelijke is betrokken, een Wzd-functionaris, dat er multidisciplinair overleg plaatsvindt bij het eventueel inzetten van onvrijwillige zorg, zo nodig met een onafhankelijke deskundige, en dat bij verlenging van ibs de mogelijkheid wordt gegeven om een daadwerkelijke diagnose te kunnen stellen tijdens ibs, zegt de Wzd niet veel over de *benodigde zorg* tijdens ibs.

Om een completer beeld te krijgen over de benodigde zorg tijdens ibs aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie, heeft het Zorginstituut meerdere bijeenkomsten georganiseerd met zorgdeskundigen. In de

⁹⁴ Ook artikel 13 is recent gewijzigd: zie <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-523.html> en <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-468.html>. Dit kopje had daarom ten tijde van de consultatie een iets andere inhoud.

⁹⁵ Op grond van het tweede lid legt de zorgverantwoordelijke de beslissing zo spoedig mogelijk schriftelijk vast, uiterlijk binnen 48 uur.

⁹⁶ Evenals in de reguliere procedure voor het verlenen van onvrijwillige zorg wordt ook hier niet gesproken van een '*ernstig vermoeden*' van een causaal verband. De vraag is hoe dit zich verhoudt met de machtiging voor ibs.

⁹⁷ Artikel 15 spreekt expliciet over Wzd-arts en niet over Wzd-arts. We gaan ervan uit dat beide begrippen naar dezelfde functionaris verwijzen.

volgende paragraaf gaan we hier nader op in.

3.10 Zorg tijdens ibs beschreven door deskundigen uit het veld

Het Zorginstituut heeft drie bijeenkomsten gehad met deskundigen uit het veld⁹⁸ die ons aan de hand van vragen een beeld hebben kunnen geven van de zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie. De antwoorden op de gestelde vragen zijn in alle bijeenkomsten en door verschillende zorgdeskundigen heel eenduidig beantwoord. Hieronder volgen de vragen die we hebben gesteld met de daarop gegeven antwoorden.

3.10.1 Om wat voor cliënten gaat het precies?

Uit de bijeenkomsten kwam naar voren dat cliënten met een verstandelijke beperking die binnenkomen met een ibs zonder Wlz-indicatie heel divers zijn. Ze hebben allemaal een ander perspectief en kunnen niet geduid worden als een specifieke groep. Van standaard situaties is eigenlijk geen sprake. Het gaat om een hele brede groep; LVB'ers, mensen met een verstandelijke handicap, dan wel in combinatie met psychiatrie, maar ook NAH-problematiek. Meestal is wel sprake van een verstandelijke handicap in combinatie met psychiatrie. Ze zijn vaak nog niet in beeld bij de gehandicaptenzorg, er zijn dan weinig of geen gegevens (dossier, voorgeschiedenis of wettelijk vertegenwoordiger). Een deel van de cliënten hebben wel een vorm van ondersteuning vanuit de Wmo voordat ze in crisis raken, sommigen wonen (alleen) thuis, leven op straat of komen vanuit een hostel. Het FACT-team⁹⁹ heeft ze vaak wel in beeld. Soms zijn ze eerder vastgelopen en hebben ze zorg gekregen. Ze komen vaak via de crisisdienst binnen.

3.10.2 Wat kan er worden gezegd over de zorgbehoefte? (hoge inzet)

Wat duidelijk naar voren kwam bij de bijeenkomsten is dat in eerste instantie 'hoog' moet worden ingezet, dat wil zeggen een zware setting met veel toezicht en beslotenheid. Er is bij ibs altijd sprake van een hoog complexe zorgvraag en bovendien is er weinig bekend over de cliënt, is het onduidelijk wat iemand nodig heeft en wat er speelt. Iemand met een ibs wordt geplaatst op een 'crisisbed zwaar'. Men wil voorkomen dat iemand die het stempel 'zwaar' krijgt ook dit stempel houdt, maar in eerste instantie zal hoog moeten worden ingezet. Een vergelijking wordt gemaakt met een zorgprofiel VG *Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering*/VG (Besloten) *wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering* (in ZZP-termen: VG 6/7) en SGLVG dan wel een spoedopname voor Wlz-cliënten, al is deze vergelijking lastig omdat niet direct kan worden ingeschat tot welke doelgroep iemand behoort, maar dit is, zoals eerder aangegeven, kenmerkend bij ibs.

3.10.3 Waarvoor is de periode van ibs bedoeld?

De periode is in eerste instantie vooral bedoeld om te stabiliseren, de cliënt tot rust brengen, ook wel 'de-escaleren'. Vervolgens observeren en diagnosticeren om in kaart te brengen wat er nu precies speelt en welke behandeling nodig is. Daarnaast is het vaak van belang om een indicatie te krijgen voor het vervolg.

⁹⁸ Vertegenwoordigers van de organisaties NvAVG, VGN, NVO, BPSW, Kansplus, Amarant, Ipse de Bruggen, 's Heerenloo, Parnassia en Stevig. De NVO heeft schriftelijk gereageerd.

⁹⁹ FACT staat voor *flexible assertive community treatment*. Het doel van FACT is om betrokkene in zijn eigen omgeving met *continuïteit* te begeleiden, behandelen en ondersteunen. Als dat wenselijk is wordt contact gezocht met familie, de buurt en eventueel andere instanties, zoals de huisarts, de woningcoöperatie of de wijkagent. In een FACT-team werken verschillende hulpverleners nauw met elkaar samen: psychiater/arts, psycholoog, maatschappelijk werker, (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen, verslavingsdeskundigen, casemanagers en ervaringsdeskundigen, arbeidsconsulenten en woonbegeleiders. Zij kunnen tegelijk of afwisselend bij de behandeling en begeleiding betrokken zijn. Zie voor meer informatie: [FACT – GGZ Centraal](#)

3.10.4 *Hoe ziet de zorg eruit en wie zijn betrokken?*

De context waarin de cliënt moet worden opgevangen is belangrijk. Het gaat om een therapeutisch behandelklimaat/klinische setting met een 'begrijpende' context. De omgeving spreekt te taal van de cliënt en past het gedrag aan, de cliënt moet zich begrepen voelen. Dit vraagt om specialistische kennis. Bij een ibs moet een arts samen met de gedragskundige direct het toestandsbeeld kunnen toetsen en altijd is sprake van multidisciplinaire behandeling/zorg met observatiemogelijkheden. Het gaat om een multidisciplinair team met HBO-geschoolde begeleiders, die het risico kunnen inschatten en observeren. Een arts voor verstandelijk gehandicapten en of psychiater, een gedragskundige (GZ-psycholoog of basispsycholoog of orthopedagoog-generalist), agogisch begeleiders (orthopedagogische begeleiding) en een verpleegkundige zijn standaard betrokken bij de zorg op deze ibs crisisplekken. Vaak consulteert de arts voor verstandelijk gehandicapten de psychiater en andersom.

Er wordt een verkort behandelplan, ook wel crisisplan/zorgplan genoemd, opgesteld. Het is vooral snel een beeld vormen (belangrijkste beeldgegevens van de cliënt worden beschreven) en er wordt bepaald wat de eerste interventies moeten zijn om te stabiliseren. Het kan verder gaan over de veiligheid van de cliënt en zijn omgeving, over farmaceutische behandeling/onvrijwillige zorg, over diagnosticeren, over wat het probleem is en wat nodig is voor de diagnose, maar ook praktische afspraken als bed-bad en brood, roken, zelfzorg, bezoek e.d.). Zorgvormen in de Wzd die in ieder geval wel bij ibs aan de orde komen zijn bejegening, bescherming, beveiliging, behandeling, begeleiding en onvrijwillige zorg. Daarbij is de benodigde begeleiding en overige zorg niet los te zien van de behandeling.

De inzet van bepaalde zorg bij ibs is heel afhankelijk van hoe de cliënt zich manifesteert. Sommige cliënten worden snel rustig als er bijvoorbeeld alleen sprake is geweest van overvraging. Ibs kan dan vervallen. Er is niet altijd sprake van onvrijwillige zorg, het kan zijn dat een cliënt goed gedijt bij de structuur en daar heel positief op reageert waardoor van onvrijwillige zorg geen sprake hoeft te zijn. Voor een goede beeldvorming is echter vaak meer dan zes weken noodzakelijk. Om de diagnostiek rond te krijgen en te weten wat passende zorg is voor de cliënt moet eerder gedacht worden aan drie maanden.

Over de duur van de behandeling valt in het algemeen weinig te zeggen omdat de groep heel divers is. Als een ibs is afgegeven dan is sprake van een ernstige situatie en vaak een complex aan factoren. Verslavingsproblematiek is bijvoorbeeld niet in zes weken op te lossen.

3.10.5 *Zijn er richtlijnen voor zorg tijdens ibs?*

Er zijn geen landelijke richtlijnen specifiek gericht op deze doelgroep. Wel werd er verwezen naar richtlijnen vanuit de acute psychiatrie, de richtlijn omgang met probleemgedrag, richtlijnen ten aanzien van suïcidaal gedrag, richtlijnen bepalen wilsbekwaamheid, richtlijnen gericht op het toepassen psychofarmaca e.d. Verder bepaalde handvatten; fysieke technieken, gesprekstechnieken, de-escalatietechnieken. Ook zijn er instellingen die bepaalde werkdocumenten of werkplannen hebben.

3.10.6 *Wat is de reden dat geen Wlz-indicatie kan worden afgegeven in het vervolgtraject?*

In het vervolgtraject wijst het CIZ de indicatie vaak af vanwege het feit dat de 'grondslag' verstandelijke handicap niet kan worden vastgesteld. Er kan niet worden aangetoond dat iemand ook vóór het 18^e jaar een verstandelijke handicap had of dat een actuele psychologische test (niet ouder dan twee jaar) ontbreekt. Het is

helemaal lastig als cliënten een niet-Nederlandse achtergrond hebben. Verder komt het ook wel voor dat geen sprake is van een blijvende behoefte aan 24 uur per dag in de nabijheid/permanent toezicht.¹⁰⁰

3.11 Afweging en conclusie

De vraag die moet worden beantwoord is of de zorg tijdens ibs voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben, valt onder de Zvw. Omdat bij ibs per definitie sprake is van verblijf (intramurale zorg), moet worden getoetst aan de verzekerde prestatie '*verblijf in verband met geneeskundige zorg*' als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, van de Zvw. Deze verzekerde prestatie is nader omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).¹⁰¹

Voordat kan worden bepaald of sprake is medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg, moet worden bepaald of sprake is van de in artikel 10, onderdeel a genoemde verzekerde prestatie '*geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden*.' Deze prestatie is nader uitgewerkt in artikel 2.4, van het Bzv.

Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Bzv omvat onder meer zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. In paragraaf 3.6 zijn we aan de hand van het door het Zorginstituut uitgebrachte advies 'Extramurale ontleed' nader ingegaan op de behandeling van geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen. De zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts voorverstandelijk gehandicapten leveren kenschetst het Zorginstituut in dit advies als 'generalistisch geneeskundige zorg' en hun zorg schaaft het Zorginstituut onder het functioneel omschreven arsenaal van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Eerstelijnsverblijf (ELV) is verblijf dat medisch noodzakelijk is voor 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Binnen het ELV kan het volledige zorgarsenaal van de huisarts ingezet worden, maar zoals aangegeven leveren een specialist ouderengeneeskunde en een arts voor verstandelijk gehandicapten ook generalistische geneeskundige zorg. ELV is één vorm van verblijf dat valt onder de verzekerde prestatie 2.12 van het Bzv.

De specifieke vraag is dus of de zorg tijdens ibs is te duiden als ELV, en dus als verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de 'generalistische geneeskundige zorg'.

Zoals aangegeven in paragraaf 3.8 spreekt de Wzd zich niet heel specifiek uit over de zorg tijdens ibs. Wel kan worden afgeleid dat een zorgverantwoordelijke is betrokken (verantwoordelijk voor het opstellen van een zorgplan), een Wzd-functionaris, dat er multidisciplinair overleg plaatsvindt bij het eventueel inzetten van onvrijwillige zorg, zo nodig met een onafhankelijke deskundige, en dat de termijn van voortzetting van ibs door de wetgever voldoende wordt geacht om een daadwerkelijke diagnose te kunnen stellen.

In het rapport '*Wet zorg en dwang (Wzd) en de Zorgverzekeringswet*'¹⁰² is het Zorginstituut reeds ingegaan op de vergoeding van bovengenoemde functionarissen. De Zvw is het aangewezen domein voor vergoeding van deze functionarissen,

¹⁰⁰ Zie voor toegangscriteria Wlz, artikel 3.2.1, van de Wlz en de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2021: [wetten.nl](https://www.wetten.nl) - Regeling - Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2021 - BWBR0044470 (overheid.nl)

¹⁰¹ Op grond van artikel 11 leden 3 en 4 van de Zvw wordt het verzekerde pakket nader geregeld bij het Bzv en de Rzv. In art. 2.1 lid 1 van het Bzv wordt verwezen naar de nadere omschrijving van de te verzekeren zorg en diensten in de artikelen 2.4-2.15 van het Bzv.

¹⁰² [Rapport Wet zorg en dwang \(Wzd\) en de Zorgverzekeringswet \(Zvw\) | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

uitgaande van de doelgroep *volwassenen* cliënten met een verstandelijke beperking waarbij geen sprake is van een Wlz-indicatie.

Uitgangspunt is dat de zorgverantwoordelijke voor de betrokken cliënt een zorgplan heeft opgesteld. Los van het onvrijwillige karakter van de zorg is het bepalen van de noodzakelijke zorg gegeven de zorgbehoefte, een reguliere taak van de arts voor verstandelijk gehandicapten (en de specialist ouderengeneeskunde) onder de Zvw (en Wlz), zeker gezien de samenhang die er moet zijn met de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap bij toepassing van de Wzd. De Wzd-functionaris moet vaststellen dat het zorgplan voldoet aan het uitgangspunt dat onvrijwillige zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen en dat het zorgplan geschikt is om ernstig nadeel zoveel mogelijk te voorkomen. Ook de Wzd-functionaris stelt daarmee vast wat de noodzakelijke zorg is voor de betrokkene gegeven zijn zorgbehoefte.

Daarnaast moet voor iedere vorm van onvrijwillige zorg overwogen worden wat het mogelijke nadelige gevolg hiervan is op de lichamelijke of geestelijke ontwikkelingen van de cliënt en op zijn deelname aan het maatschappelijk leven. Deze weging maakt de zorgverantwoordelijke in eerste instantie; de Wzd-functionaris zal deze weging moeten beoordelen om de noodzakelijkheid, geschiktheid en evenredigheid van de onvrijwillige zorg te kunnen beoordelen. Ook deze weging rekenen we tot het reguliere professionele arsenaal van de betrokken beroepsgroepen. Dit geldt ook voor de orthopedagoog generalist en GZ-psycholoog, zij het dat deze zich moeten verstaan met een arts als additionele medische kennis en kunde nodig is voor de zorgvuldige afweging. Bovenstaande geldt ook voor de onafhankelijke deskundige die de zorgverantwoordelijk adviseert als het ook na het deskundige overleg als bedoeld in artikel 10, tiende lid, van de Wzd niet lukt de onvrijwillige zorg binnen de in het zorgplan opgenomen termijn af te bouwen.

Uit het voorgaande kan reeds de conclusie worden getrokken dat bij ibs altijd sprake is van geneeskundige zorg die intramuraal wordt geleverd. Hiermee is de vraag echter nog niet beantwoord of sprake is van *medisch noodzakelijk* verblijf in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Bzv.

Dat sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg kan vervolgens worden afgeleid uit het vereiste criterium voor gedwongen opname. Er moet namelijk sprake zijn van (a) ernstig nadeel (dan wel het aanzienlijk risico daarop), (b) een ernstig vermoeden dat het ernstig nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van de aandoening (verstandelijke handicap, een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie hiervan), en (c) het ernstig nadeel kan niet op een andere wijze dan door dwangopname worden afgewend. Kort gezegd zit er een ernstig vermoeden van een causaal verband tussen de (vermoedelijke) aandoening (zoals de verstandelijke handicap) en het gedrag dat daaruit voortvloeit en de noodzaak tot gedwongen opname, waarvan de gedwongen opname, gelet op de Wzd altijd verblijf is met geneeskundige zorg. De geneeskundige zorg ziet op het gedrag van de cliënt en op het doen van nadere diagnostiek, waarvoor medische opname noodzakelijk is.

Daarnaast blijkt ook uit de beschreven zorg door deskundigen uit het veld dat bij ibs sprake is van verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met (generalistische) geneeskundige zorg.

Het gaat om een therapeutisch behandelklimaat/klinische setting met een 'begrijpende' context. De opname is in eerste instantie vooral bedoeld om te stabiliseren, de cliënt tot rust brengen, ook wel 'de-escaleren'. Vervolgens observeren en diagnosticeren om in kaart te brengen wat er nu precies speelt en welke behandeling nodig is. Een multidisciplinair team, bestaande uit in ieder geval

een arts voor verstandelijk gehandicapten en een gedragskundige, is betrokken. De behandeling staat centraal en kan niet los gezien worden van de rest van de zorg en het verblijf. Maatwerkvoorzieningen in de Wmo zien op *onderdak en begeleiding*. Dit kan gecombineerd worden met ambulante behandeling vanuit de Zvw, maar is daar niet onlosmakelijk mee verbonden. Beschermd wonen (Wmo), dat ziet op begeleiding en onderdak, in combinatie met (ambulante) behandeling vanuit de Zvw zou niet passend zijn.

Bovenstaande sluit goed aan bij de in het rapport van 6 maart 2017 beschreven kaders waarbinnen moet worden beoordeeld of sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ. Medisch noodzakelijk verblijf blijkt in dit rapport globaal aanbevolen in vier situaties: voor (nadere) diagnosestelling, ten behoeve van het (opnieuw) instellen van medicatie, vanwege (mogelijk) gevaar voor de cliënt en/of zijn omgeving, of als behandeling met verblijf effectiever moet worden geacht dan ambulante behandeling.

3.12 Eindconclusie

Het Zorginstituut concludeert dat de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs geduid kan worden als medisch noodzakelijk verblijf in verband met (generalistische) geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Bzv. Daarmee valt deze zorg onder de basisverzekering. Daarbij moet worden opgemerkt dat de aard en inhoud van de zorg die ten laste van de Zvw wordt geleverd altijd op individueel niveau moet worden bepaald.

4 Reacties van geconsulteerde partijen

4.1 Consultaties

Het conceptrapport is ter consultatie voorgelegd aan partijen.¹⁰³ We hebben daarbij twee vragen gesteld: 1. *Ziet u feitelijke onjuistheden of omissies?* 2. *Wij hebben signalen dat deze duiding uitvoeringsproblemen met zich meebrengt. Kunt u vanuit uw eigen positie aangeven of dat het geval is?* De volgende partijen hebben hierop gereageerd:

- Zorgverzekeraars Nederland
- Vereniging Nederlandse Gemeenten
- Nederlandse Zorgautoriteit
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
- Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

De reacties van de partijen hebben we als bijlage 4 bij dit rapport gevoegd. Hieronder volgt een samenvatting van de reactie per organisatie en wat we ermee hebben gedaan.

4.2 Reacties per organisatie

4.2.1 Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Vanuit zorgkantoren

ZN gaat in op problematiek rond cliënten met psychogeriatric. De scope van deze duiding is beperkt tot zorg aan volwassen cliënten met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens ibs. Wat betreft cliënten met psychogeriatric problematiek die palliatieve terminale zorg (PTZ) nodig hadden en tijdens de aanvraag voor een Wlz-indicatie zijn overleden geldt overigens het volgende. PTZ wordt vergoed vanuit de Wlz als de cliënt al een Wlz-indicatie heeft (PTZ is dan voortzetting van Wlz-zorg) en niet in het ziekenhuis verblijft. In alle andere gevallen wordt de zorg via de Zvw vergoed. Wanneer een cliënt in een Wtzi-toegelaten hospice of palliatieve unit van een verpleeghuis zorg wil ontvangen, vindt de vergoeding plaats vanuit de prestatie ELV voor palliatief terminale zorg.¹⁰⁴

ZN wijst vervolgens op een aantal uitvoeringsproblemen.

Aanbieders in de gehandicaptenzorg hebben geen contracten voor ELV in de Zvw en er is geen inzicht in hoe de doorstroom geregeld kan worden. ZN wijst er ook op dat de financiering van crisisbedden problematisch kan worden, zowel qua capaciteit als qua dubbele bekostiging en doelmatigheid. Ook is de termijn van de ibs volgens ZN

¹⁰³ Zie bijlage 3.

¹⁰⁴ Zie voor meer informatie artikel 3.1.5, onderdeel a, van het Besluit langdurige zorg (Blz), en de toelichting op dat artikel: [Staatsblad 2014, 520 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#): Onderdeel a van artikel 3.1.5 bepaalt dat de verzekerde geen recht op zorg ingevolge de Wlz heeft als hij behoefte heeft aan palliatief terminale zorg en niet reeds zorg ontving vanuit de Wlz. In het geval een verzekerde palliatief terminale zorg nodig heeft en nog geen zorg vanuit de Wlz ontvangt, is hij aangewezen op zorg vanuit zijn zorgverzekering (artikel 2.10, eerste lid of artikel 2.12, van het Besluit zorgverzekering). Hiervoor is gekozen om te voorkomen dat een verzekerde nog in de laatste maanden van zijn leven in een ander verzekeringsregime (namelijk dat van de Wlz) zou terechtkomen. Zie verder ook de MvT op pagina 9: [Kamerstuk 33891, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#)

ontoereikend om de vervolgzorg goed te kunnen regelen.

Deze problemen gaan de competentie van het Zorginstituut te buiten, maar we zullen ze nader analyseren en neerleggen bij de bevoegde instanties.

Vanuit zorgverzekeraars

Zorgverzekeraar Menzis vindt dat de vereisten van de inhoud van de medische verklaring verhelderd zouden moeten worden. De inhoud van de medische verklaring zou reeds aangegeven dat de onvrijwillige opname onder de Wlz zou vallen.

In bijlage 1 gaan we in op de verschillen tussen de criteria van de Wlz en onvrijwillige opname. We verwijzen naar de tekst onder het kopje *'Aanvragen (tijdelijke) Wlz-indicatie staat los van de aanvraagprocedure onvrijwillige zorg'*.

Ook Menzis benadrukt dat de inkoop van deze zorg veel administratieve lasten met zich mee zal brengen en maakt zich zorgen over de mogelijke leegstand van bedden, mogelijke wachtlijsten en de doorstroom van cliënten na ibs.

We nemen deze signalen mee in onze nadere analyse.

Zorgverzekeraar VGZ stelt in zijn reactie vragen ter verduidelijking waarvan de vraag naar aanleiding van pagina 30 (thans pagina 31) heeft geleid tot een wijziging in het rapport. Duidelijk moet zijn dat een crisisregeling vanuit de Wmo losstaat van een ibs of rechterlijke machtiging. We hebben dat toegevoegd op pagina 31. Verder klopt de constatering bij pagina 17 van het rapport in zoverre dat van opschorting van de zorgverzekering sprake is bij een verzekerde die ten gevolge van een rechterlijke uitspraak wordt gedetineerd. Hij is gedurende zijn detentie aangewezen op de geneeskundige zorg die hem door of namens de Minister van Justitie voor rekening van die minister wordt verstrekt.

De opmerkingen bij pagina 19 en 36 (thans 37) van het rapport hebben betrekking op de geldigheidsduur van ibs. We gaan uitgebreid in op de geldigheidsduur van ibs in paragraaf 3.9.2 van het rapport. De geldigheidsduur ziet op de onvrijwillige opname op basis van de beschikking tot ibs. Gelet op artikel 34 van de Wzd volgt de opname spoedig na de beschikking. Dit maakt de vraag naar de geldigheidsduur van de beschikking zelf niet relevant.

De opmerkingen bij pagina 20 en de eerste opmerking bij pagina 25 (thans 26) over de controleerbaarheid van de onafhankelijkheid van de arts die de medische verklaring opstelt en dat de beschikking tot ibs niet gestuurd wordt naar de zorgverzekeraar, betreffen uitvoeringsproblemen. Deze gaan de competenties van het Zorginstituut te buiten. We nemen ze mee in de nadere analyse.

De tweede opmerking bij pagina 25 (thans 26) gaat over de vraag wat wordt verstaan onder 'de gemeente waar betrokkene zich bevindt'. De vraag gaat de scope van de duiding te buiten en het Zorginstituut gaat ook niet over de uitleg van de Wzd. We nemen aan dat niet wordt bedoeld de woonplaats van betrokkene volgens het BPR, maar de plek waar betrokkene zich feitelijk 'bevindt'.

De vraag over de wenselijkheid van het eigen risico bij gedwongen zorg naar aanleiding pagina 26 (thans 27) van het rapport, kan het Zorginstituut niet beantwoorden. Het betreft een politieke vraag.

Het antwoord op de vraag bij pagina 38 (thans 39) waarop de termijn van maximaal 3 maanden is gebaseerd, is te vinden in artikel 10, vierde lid, onderdeel f, van de Wzd.

4.2.2

Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)

De VNG ziet geen feitelijk onjuistheden of omissies en constateert dat het rapport

bij gemeenten niet leidt tot uitvoeringsproblemen maar juist de gewenste duidelijkheid geeft.

4.2.3

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

De eerste vraag van de NZa heeft betrekking op de reikwijdte van de vangnetfinanciering van artikel 10.5.1 van de Wlz bij een rechterlijke machtiging. De vangnetfinanciering betreft geen reguliere bekostiging, maar is bedoeld als 'vangnet' voor de gevallen als beschreven in bijlage 1. Het ELV zal in ieder geval ook in gezet kunnen worden bij een rechterlijke machtiging.

De tweede vraag van de NZa heeft betrekking op de zorgplicht van artikel 11 van de Zvw naar aanleiding van hetgeen in het rapport staat op pagina 26, dat een lager tarief voor ongecontracteerde zorg niet strookt met het feit dat betrokkene geen keuze heeft voor gecontracteerde zorg. De NZa vraagt zich af of de korting per definitie wordt uitgesloten bij gedwongen zorg. Als er wel genoeg gecontracteerde zorg is ingekocht dan is een korting volgens de NZa niet uitgesloten.

Het klopt dat in de MvT bij artikel 11 over de zorgplicht het hebben van geen keuze voor gecontracteerde zorg logischerwijs in verband is gebracht met het niet kunnen verkrijgen van gecontracteerde zorg wegens het ontbreken van contracten met zorgaanbieders. Wat bij deze cliënten op dit moment het geval is. De ratio van de mogelijkheid van een lager tarief is echter gelegen in het feit dat de verzekerde er zelf voor kiest om van zijn naturapolis af te wijken. Verzekerde heeft op de eerste plaats überhaupt weinig keuze bij gedwongen opname en het is zeer de vraag of de verzekerde bij gedwongen opname vervolgens daadwerkelijk een keuze heeft voor wel of niet gecontracteerde zorg. Bij ibs lijkt dit gezien de spoedplaatsing niet het geval.

Dit gegeven levert overigens wel spanning op met de ratio van contracteerde zorg. Het contracteren van zorgaanbieders geeft zorgverzekeraars immers de mogelijkheid om te sturen op de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de zorg. Door het stellen van eisen bij het contracteren, in combinatie met het opleggen van sancties (lager tarief, niet contracteren) kunnen zorgverzekeraars sturend optreden richting zorgaanbieders om deze aspecten op het gewenste peil te brengen.¹⁰⁵

Als er genoeg gecontracteerde zorg is ingekocht is een korting niet per definitie uitgesloten bij gedwongen opname, maar de vraag in hoeverre de verzekerde die gedwongen is opgenomen daadwerkelijk een keuze heeft voor gecontracteerde zorg mag niet buiten beschouwing worden gelaten.

4.2.4

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

VGN mist in het rapport een goede definitie wat wordt verstaan onder 'tijdens ibs'. Wanneer is het 'na de ibs'.

Wat wordt verstaan onder 'tijdens ibs' heeft betrekking op de geldigheidsduur van ibs. Deze is wettelijk bepaald en is nader toegelicht in paragraaf 3.9.2 van het rapport.

Terecht merkt VGN vervolgens op dat bij ibs ook sprake kan zijn van een *vermoeden* van een verstandelijke handicap/aandoening en dat deze niet altijd formeel is vastgesteld bij een ibs. VGN vindt dat dit door het gehele rapport moet worden genuanceerd.

Wij zijn hier op ingegaan in paragraaf 2.1 onder het kopje '*Verschil met criteria*

¹⁰⁵ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - TH/BR-025 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

rechterlijke machtiging'. We hebben hier aangegeven dat in de wettekst (artikel 29, tweede lid, van de Wzd) gesproken wordt van een *ernstig vermoeden* dat het ernstig nadeel wordt *veroorzaakt* door het gedrag als gevolg van zijn aandoening (zoals een verstandelijke handicap), maar hebben hierbij aangegeven dat in de toelichting ook wordt gesproken over een *vermoeden* van de diagnose van de aandoening zelf. Ook in voetnoot 14 is het vermeld. Omwille van de leesbaarheid van het rapport hebben we ons daarna bij de wettekst gehouden en niet steeds opnieuw vermeld wat in de toelichting staat. Wel hebben we de zin in de samenvatting (aangehaald door VGN) en in de afweging en conclusie hierop aangepast.

VGN geeft aan dat de conclusie uit paragraaf 3.5.(4) ook toegevoegd zou mogen worden aan de samenvatting. Deze suggestie hebben we overgenomen.

VGN vindt ook wat er in paragraaf 4.3 staat over dat een lager tarief niet zou stroken met het feit dat betrokkene geen keuze heeft voor gecontracteerde zorg ook in de samenvatting zou moeten.
Deze suggestie nemen we niet over, het betreft een constatering ten overvloede zodat deze niet in de samenvatting past.

We zijn het er mee eens dat de term FACT nader moet worden toegelicht nu deze term niet voor iedereen bekend is. Dat hebben we aangepast.
Ook hebben we de orthopedagoog-generalist toegevoegd aan paragraaf 3.10.4.

VGN schetst de problematiek van de betrokkenheid van de psychiater bij het ELV. We merken op dat als de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat en de zorgbehoefte bepaalt, de Wvggz van toepassing is en niet de Wzd. Als in het ELV ook een psychiater aanwezig is, dan is dat in de hoedanigheid van geconsulteerd arts of medebehandelaar. In het ELV is er geen component voor de inzet van psychiatrische zorg. VGN geeft aan dat de psychiater bij ELV separaat wordt gedeclareerd en dat dit bezwaarlijk is. Het is uiteindelijk een bekostigingsprobleem, maar daaraan gerelateerd ook een probleem in de definiëring van het ELV, wat wettelijk gezien niet meer is dan een bepaalde vorm van verblijf als bedoeld in 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Het ELV is in de wet zelf niet apart gedefinieerd. We zullen het door VGN gesignaleerde probleem nader bespreken met de NZa en nemen dit mee in de nadere analyse van uitvoeringsproblemen. We beseffen ook dat soms sprake is van verkeerde bed-problematiek. De bekostiging daarvan behoort tot de competentie van de NZa.

Het punt van VGN over de onwenselijkheid van het eigen risico in relatie tot het *überhaupt* geen keuze hebben van de cliënt betreft een politieke vraag, het Zorginstituut kan deze niet beantwoorden.

4.2.5 *Nederlandse Vereniging van Artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG) en de Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)*

De NVAVG en Verenso geven aan zich te kunnen vinden in de conclusie die het Zorginstituut trekt ten aanzien van de bekostiging. Met betrekking tot de uitvoering worden een aantal kanttekeningen meegegeven ter verduidelijking van de rollen.

De NVAVG en Verenso wijzen op de rol van de psychiater bij ibs in de praktijk. Wat betreft de rol van de psychiater bij het opstellen van de medische verklaring bij ibs ingeval van multiproblematiek hebben we daarom aan paragraaf 2.3 van het rapport toegevoegd wat er hierover staat in de Handreiking samenloop Wzd en Wvggz in paragraaf 4.1: '*Omdat een psychiater op grond van onder de Wet Bopz ontwikkelde*

jurisprudentie ter zake kundig is om in geval van multiproblematiek diagnoses te stellen, is het aanbevelingswaardig dat de burgemeester bij vermoeden van multiproblematiek de betrokkene (zo mogelijk) hoort en een psychiater om een medische verklaring vraagt, ongeacht of een IBS of een crisismaatregel wordt overwogen. Zo wordt voor beide wetten aan de procedurevoorwaarden voldaan.'

De NVAVG en Verenso gaan ook in op de rolverdeling in de ambulante situatie. Dit rapport heeft geen betrekking op de ambulante situatie, maar we nemen dit ter kennisgeving aan. We kunnen er in het kader van dit rapport niet op ingaan.

Tot slot verzoeken de NVAVG en Verenso om geen afkortingen meer te gebruiken voor arts voor verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde en deze net als de huisarts voluit te schrijven. Aan dit verzoek hebben we gehoor gegeven.

5 Bijlagen

5.1 Bijlage 1

5.1.1 *Mogelijke misverstanden over de Wlz*

Het Zorginstituut signaleert dat in de praktijk misverstanden kunnen bestaan over de hiernavolgende wettelijke regelingen in de Wlz, daarom verschaffen we daar voor de volledigheid duidelijkheid over in deze bijlage.

'Vangnet financiering' vanuit de Wlz geldt niet voor ibs

In artikel 10.5.1, eerste lid, van de Wlz is het volgende bepaald:

'Een persoon die door middel van een rechterlijke machtiging als bedoeld in artikel 24 of 28a van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten is aangewezen op verblijf in een instelling heeft gedurende de geldigheidsduur van die machtiging doch ten hoogste gedurende het verblijf in een instelling recht op zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, voor zover deze persoon geen toepassing geeft aan artikel 3.2.3 of het verblijf niet wordt bekostigd op grond van een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, op grond van de Jeugdwet of op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.'

De bedoeling van artikel 10.5.1 van de Wlz is slechts om, ten laste van het Fonds langdurige zorg, een vangnetfinanciering te regelen voor het geval iemand met één van bovenbedoelde machtigingen zijn zorg niet langs de reguliere weg gefinancierd kan krijgen of, hoewel hij wel voor zo'n indicatie in aanmerking zou komen, weigert een Wlz-indicatie aan te vragen.¹⁰⁶

Artikel 10.5.1 van de Wlz heeft betrekking op rechterlijke machtigingen als bedoeld in artikel 24 en 28a van de Wzd, maar ziet niet op ibs (artikel 29 van de Wzd). De vraag of een dergelijke bepaling voor ibs wenselijk is, kan het Zorginstituut in het kader van een duiding niet beantwoorden.

Aanvragen (tijdelijke) Wlz-indicatie staat los van aanvraagprocedure onvrijwillige opname

Als geen sprake is van een Wlz-indicatie die is afgegeven door het CIZ, komt de zorg ingevolge de Wzd niet ten laste van de Wlz (afgezien van de vangnet bepaling). Hoewel de criteria voor onvrijwillige opname veel overeenkomsten hebben met de toegangscriteria van de Wlz, zijn ze niet geheel hetzelfde. Bij de totstandkoming van de Wlz is er voor gekozen om criteria uit andere sociale wetgeving over te nemen, daarom zijn de criteria deels hetzelfde. Specifiek voor de Wlz is de blijvendheid van de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het aanvragen van een Wlz-indicatie staat dan ook los van de procedure met betrekking tot het aanvragen van een gedwongen opname.

Voor de volledigheid gaan we hieronder nog kort in op de mogelijkheid van een tijdelijke Wlz-indicatie voor licht verstandelijk gehandicapten. Ook deze indicatie moet los worden gezien van de medische verklaring in het kader van de Wzd.

¹⁰⁶ [Vierde nota van wijziging - Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis \(Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg\) - Parlementaire monitor](#) en verder ook [Staatsblad 2014, 520 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#) en

Terwijl er op basis van artikel 3.2.1, eerste lid, van de Wlz alleen recht op Wlz-zorg bestaat als sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, is in artikel 3.2.1, derde lid, Wlz het volgende bepaald: *'In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:*
a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of
b. volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.'

De bepaling ziet op (jong)volwassenen die na het bereiken van de 18-jarige leeftijd nog behoefte hebben aan in de zorgprofielen uit de (SG)LVG-reeks beschreven zorg¹⁰⁷ omdat pas na het bereiken van hun 18-jarige leeftijd wordt vastgesteld dat die vorm van zorg de meest aangewezen is in verband met combinatie van hun gedragsproblematiek en licht verstandelijk beperking of omdat hun voor het 18-jarige levensjaar gestarte behandeling nog niet is afgerond. Hoewel bij deze groep cliënten een blijvende behoefte aan Wlz-zorg niet in alle gevallen kan worden vastgesteld, heeft de regering het noodzakelijk geacht deze groep cliënten onder de reikwijdte van de Wlz te brengen.

Wlz-indicatie met terugwerkende kracht

In artikel 3.2.4, tweede lid, van het Besluit langdurige zorg (Blz) is het volgende bepaald:

*"Indien een verzekerde wegens bijzondere omstandigheden reeds in een instelling verblijft, wordt een indicatiebesluit uiterlijk binnen twee weken genomen. Indien de verzekerde ingevolge het indicatiebesluit is aangewezen op in de wet geregeld zorg, werkt het indicatiebesluit terug tot en met de dag waarop het verblijf is aangevangen met een maximale periode van twee weken."*¹⁰⁸

Dit betekent niet dat het mogelijk is om een Wlz-indicatie voor spoedzorg aan te vragen, maar dat ingeval een verzekerde vanwege bijzondere omstandigheden reeds in een instelling verblijft (zoals bij een ibs), dus zonder dat er een indicatiebesluit van het CIZ is, het indicatiebesluit uiterlijk binnen twee weken wordt genomen. Als een verzekerde op zorg van de Wlz is aangewezen, werkt het indicatiebesluit in dat geval terug tot en met de dag waarop het verblijf is aangevangen, met een maximum van twee weken, zodat de kosten uit de Wlz worden betaald. Het gaat hierbij dus om bijzondere omstandigheden, zoals een onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van een cliënt of het wegvallen van mantelzorg, waarin het duidelijk is dat de cliënt aanspraak maakt op zorg uit de Wlz en de cliënt met spoed moet worden opgenomen in een instelling. Gaat het echter om een persoon die niet aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoet, dan neemt het CIZ een negatief besluit.

5.2 Bijlage 2

5.2.1 Geneeskundige zorg aan mensen met een verstandelijke beperking: zorgverleners

De arts voor verstandelijk gehandicapten

¹⁰⁷ Zie artikel 2.5 en 3.2 van de Rlz. Zie ook de bijlagen bij de Rlz: [wetten.nl - Regeling - Regeling langdurige zorg - BWBR0036014](https://wetten.nl/Regeling-Regeling%20langdurige%20zorg-BWBR0036014) (overheid.nl)

¹⁰⁸ [Staatsblad 2021, 342](https://staatsblad.2021.342) | [Overheid.nl](https://overheid.nl) > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl) Zie verder: [Staatsblad 2021, 341](https://staatsblad.2021.341) | [Overheid.nl](https://overheid.nl) > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)

De arts voor verstandelijk gehandicapten maakt gebruik van een zorgarsenaal waarbinnen de anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium)diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist belangrijke elementen zijn. De arts voor verstandelijk gehandicapten beschikt over specifieke competenties en kennis rond de verstandelijke beperking en over ervaring met diagnostiek- en behandelmethoden die de verwijzend (huis)arts niet altijd heeft. Een deel van de zorg door de arts voor verstandelijk gehandicapten heeft een proactief karakter: het opsporen en behandelen van syndroomgebonden risico's op comorbiditeit. De arts voor verstandelijk gehandicapten moet rekening houden met de afwijkende prevalentie van aandoeningen en moet betekenis geven aan klachten en problemen, zoals de patiënt die presenteert. Hij moet beschikken over specifieke communicatieve vaardigheden, begrip en geduld, herkennen en kunnen omgaan met een disharmonisch ontwikkelingsprofiel en kunnen duiden van probleemgedrag onder andere in de context van het ontwikkelingsniveau.

De arts voor verstandelijk gehandicapten levert deze zorg vaak in samenwerking met ander zorgverleners in een multidisciplinair team.

De andere zorgverleners in dit team zijn de gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog en paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist) en de vaktherapeut. De arts voor verstandelijk gehandicapten kan regiebehandelaar zijn en is verantwoordelijk of mede verantwoordelijk voor het opstellen en zo nodig actualiseren van het individuele zorgplan.¹⁰⁹

Gespecialiseerd psycholoog en orthopedagoog-generalist

Een gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog is bijna altijd bij de diagnostiek en behandeling betrokken. De psycholoog probeert, met behulp van het systeem rond de cliënt, allereerst de werkelijke zorgvraag te ontdekken: gaat het om de gedragsproblematiek of gaat het om een onderliggend somatisch of psychisch probleem dat zich manifesteert als gedragsprobleem.

In het geval van een combinatie met GGZ-problematiek is ook de inzet van de gespecialiseerde GGZ aan de orde. In dat geval is er een samenloop van de geneeskundige zorg voor een verstandelijke beperking én de gespecialiseerde GGZ.

De deskundigheid van de orthopedagoog-generalist is gericht op het optimaliseren van de (individuele) ontwikkeling en het maatschappelijk functioneren van kinderen, jongeren en volwassenen in een afhankelijkheidsrelatie in eenvoudige en complexe situaties. De orthopedagoog generalist diagnosticeert handelingsgericht, bepaalt een passende vorm van behandeling of begeleiding, verricht pedagogische handelingen en evalueert deze. De orthopedagoog-generalist intervineert in principe preventiegericht. Het gehele spectrum van interventies, diagnostiek en behandeling is gericht op de (geestelijke) gezondheid van de genoemde doelgroep.

De gespecialiseerde psycholoog en orthopedagoog worden onder meer¹¹⁰ ingezet voor:

- het uitvoeren van de primaire diagnostiek op het gebied van gedragsproblematiek,
- het vaststellen van de oorzaak van de gedragsproblematiek en vaststellen van de werkelijke zorgvraag,
- functionele diagnostiek: vaststellen van het 'beperkingenbeeld' en het functioneringsprofiel, zoals op het gebied van sociale, emotionele, communicatieve en praktische vaardigheden en, het bieden van een op het begrips- en,
- communicatieniveau van de patiënt aangepaste psychologische of

¹⁰⁹ Idem 55.

¹¹⁰ Zie voor de uitgebreide lijst wederom hoofdstuk 4 van het advies.

psychotherapeutische behandeling.

In het advies duidde het Zorginstituut de zorg door de gespecialiseerde psycholoog verleend in de context van de 'extramurale behandeling', als 'geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. Het Zorginstituut duidde ook dat de inzet van de orthopedagoog-generalist hieronder valt als deze inzet overeenkomt met de inzet van de gespecialiseerde psycholoog en als deze inzet deel uitmaakt van de integrale zorg voor de beschreven patiëntengroepen.

Paramedici

Ook kunnen paramedici zoals de ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist en de diëtist zorg verlenen aan mensen met de verstandelijke beperking. Ook voor deze zorgverleners geldt dat zij over specifieke kennis en competenties moeten beschikken voor de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking.

Vaktherapeut

Vaktherapie kent verschillende behandeldoelen. In algemene zin gaat het bij de behandeling om het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied. De zorg door de vaktherapeut maakt in het verband van behandeling deel uit van de geneeskundige zorg van de Zvw, en wordt geschaard onder 'de zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden'. De zorg door de vaktherapeut maakt deel uit van de integrale zorg voor de beschreven patiëntengroepen als deze is beschreven in een individueel zorgplan.

5.3 Bijlage 3

5.3.1 Overzicht geconsulteerde partijen

We hebben de volgende partijen geconsulteerd.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Actiz
Verenso
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)

We hebben van de volgende partijen een reactie ontvangen.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Verenso
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)

5.4 Bijlage 4

Van:
Verzonden: vrijdag 22 oktober 2021 15:57
Aan:
CC:
Onderwerp: Reactie zorgkantoren duiding IBS zonder Wlz indicatie

Beste Mascha,

Vanuit de zorgkantoren de volgende reactie

Bij een duiding gaat het om de vraag of bepaalde zorg, gegeven de bestaande wetgeving tot de verzekerde zorg behoort en zo ja, ten laste van welke zorgverzekering die komt. Ziet u in de conceptduiding feitelijke onjuistheden of omissies?

- Het zorginstituut geeft aan dat de medische verklaring t.b.v. een IBS zowel onder de Zvw als onder de Wlz geduid kan worden. Wij denken dat deze duiding een oplossing kan zijn van de knelpunten die nu ervaren worden in de praktijk. We zien geen feitelijke onjuistheden, maar wel 1 omissie: Van de klanten zonder Wlz-indicatie wordt alleen maar gesproken over klanten met VG-problematiek. Ook voor PG-klanten kan de situatie ontstaan dat zij geen Wlz-indicatie krijgen. Een extra knelpunt daarbij is het feit dat PG-klanten overlijden tijdens het aanvraagproces voor een Wlz-indicatie. Het CIZ geeft geen Wlz-indicatie meer af voor klanten die zijn overleden; zorgaanbieder heeft dan al wel een aantal weken zware (palliatief terminale) zorg geleverd. Ook voor deze groep past de duiding volgens ons goed, dus de toevoeging van de PG-klanten zou naar ons idee niet leiden tot aanpassing van de conclusies. Wij begrijpen dat de opdracht vanuit urgentie is gericht op VG, maar het zou goed zijn deze ook voor PG uit te breiden, of hier iig een eerste aanzet toe te doen.

We hebben signaleren dat deze duiding uitvoeringsproblemen met zich meebrengt. Kunt u vanuit uw eigen positie aangeven of dat het geval is? Wilt u daarbij beschrijven welke dat zijn en hoe bezwaarlijk die zijn?

- De zorg voor volwassen mensen met een verstandelijke beperking en PG cliënten zonder Wlz lijkt de financiering via de Zvw in de uitvoering in de problemen op te leveren. Aanbieders in de gehandicaptenzorg hebben momenteel geen contract voor ELV in de Zvw . Daarnaast is een grote uitvoeringsvraag hoe de doorstroom geregeld kan gaan worden. De Zvw heeft daar momenteel geen inzichten in, zowel in de gehandicaptenzorg als in de V&V.
- Daarnaast moet er goed gekeken worden hoe de crisisbedden gefinancierd kunnen worden (voorkomen van dubbele financiering, problemen bij vergoeden beschikbaarheid in Zvw): er zal in ieder geval extra capaciteit moeten komen, want de huidige capaciteit crisisbedden is maar net toereikend. Dit leidt in zijn geheel tot ondoelmatigheid en daar hebben we zeer grote zorgen over.
- Ook de uitstroom van klanten zonder Wlz-indicatie na afwending van de crisis is problematisch. De medische noodzaak tot verblijf is niet meer aanwezig, maar geen partij voelt zich verantwoordelijk voor de vervolg'zorg' die deze klanten wel nodig hebben.

- Bovendien is de termijn van de IBS (ook na verlenging) op dit moment ontoereikend om een Wlz-indicatie te verkrijgen, dus ontstaat de situatie dat een klant waarbij de IBS is afgelopen, zelf weer mag kiezen of hij/zij zorg wil ontvangen en dus ook weer 'de straat op' terwijl er een gevaar kan bestaan voor de omgeving.

Indien bovenstaande tot vragen leidt, schroom niet contact met mij op te nemen

Hartelijke groet,

[Redacted signature]

[Redacted address line]



Zorgverzekeraars Nederland
Sparrenheuvel 16 | 3708 JE ZEIST

[Redacted address line]

Van:
Verzonden: woensdag 20 oktober 2021 18:21
Aan:
Onderwerp: RE: Consultatie conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs
Bijlagen: 2021018019_-_Duiding_medische_verklaring_en_zorg_tijdens_IBS_-_1_met_opmerkingen.docx

Beste Mascha,

Hierbij de reacties vanuit VGZ (zie bijlage) en Menzis (onderstaand). Ik weet niet of je vanuit de zorgkantoren nog een reactie krijgt, vanwege herfstvakantie kon ik dat niet verder afstemmen met mijn Wlz-collega.

T.a.v. Uitvoeringsproblemen:

- Het aantal cliënten waar het om gaat is zeer gering. Als verzekeraars daar allemaal apart bedden voor willen inkopen voor hun eigen verzekerden, heb je te maken met veel adm. lasten z.a.
- Bedden zullen veelal leeg staan. Is financieringsvraagstuk m.b.t. beschikbaarhouden van bed.
- De aanbieders die deze zorg kunnen leveren, hebben nu al lange wachtlijsten. Deze gelabelde bedden zullen dan van de reguliere capaciteit af gaan.

- Doorstroom naar passende voorziening /domein na IBS (ervan uitgaande dat ook dan geen Wlz indicatie geldt). Dus jammer dat de zorglevering na IBS opname niet geduid is.

Daarnaast kreeg ik van inhoudelijk adviseurs de opmerking; op basis van de inhoud van de medische verklaring aangeeft dat het via de Wlz geregeld zou moeten worden, omdat er in de medische verklaring naar de Wlz gewezen zou worden, zonder dat er een Wlz indicatie aanwezig is. In het document staat hierover niets vermeld onder de 'eisen van een medische verklaring'. Het zou fijn zijn als hier helderheid over kan bestaan: Dat de afwezigheid van een Wlz indicatie inhoudt dat het via de Zvw geregeld moet worden, ongeacht wat hierover in de medische verklaring wordt geadviseerd.

Met vriendelijke groet,

[Redacted signature]



Zorgverzekeraars Nederland
Sparrenheuvel 16 | 3708 JE ZEIST

[Redacted address line]

Van:

Verzonden: dinsdag 5 oktober 2021 09:41

Aan:

CC:

Onderwerp: Consultatie conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs

Geachte heer, mevrouw,

We stellen u graag in de gelegenheid om vanuit uw expertise te reageren op bijgevoegde conceptduiding.

Op verzoek van de Nza beantwoorden we in deze conceptduiding twee vragen:

- Valt het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake kundige arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een inbewaringstelling (ibs), onder de Zvw dan wel de Wlz?
- Valt de zorg tijdens ibs voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben, onder de Zvw?

We willen graag uw reactie op twee vragen:

Bij een duiding gaat het om de vraag of bepaalde zorg, gegeven de bestaande wetgeving tot de verzekerde zorg behoort en zo ja, ten laste van welke zorgverzekering die komt. Ziet u in de conceptduiding feitelijke onjuistheden of omissies?

We hebben signaleren dat deze duiding uitvoeringsproblemen met zich meebrengt.

Kunt u vanuit uw eigen positie aangeven of dat het geval is? Wilt u daarbij beschrijven welke dat zijn en hoe bezwaarlijk die zijn?

We ontvangen uw reactie graag voor 25 oktober as. U kunt uw reactie sturen naar

[Redacted email address] Alvast hartelijk dank voor de reactie.

Met vriendelijke groeten,

Mascha den Haan
mr. M.W.B. den Haan

Adviseur

.....
Langdurige Zorg (Ouderenzorg)

Zorg Advies

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
.....



<http://www.zorginstituutnederland.nl>
.....

Van goede zorg verzekerd

Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

--

In bovenstaande mailwisseling wordt gerefereerd naar een bijlage met reacties. De reacties uit de bijlage zijn hieronder weergegeven inclusief het paginanummer van de conceptduiding.

Duiding pagina 17:

De gedwongen zorg op basis van een machtiging ingevolge de Wzd en de Wvvgz, zoals bijvoorbeeld een ibs, betreft een civielrechtelijk kader en is daarom geen forensische zorg.²²



[Redacted]
Dat betekent dan dat als het gaat om een rechtelijke machtiging dat de zorgverzekering dan niet wordt opgeschort en er nog steeds sprake is van een doorlopende ZVW verzekering. Klopt dat?
Na de WZD kan dan een eventuele strafmaatregel wel een opschortend effect krijgen van de zorgverzekering krijgen. Klopt dat?

Duiding pagina 19:

'De machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling heeft een geldigheidsduur van zes weken. Die periode is voldoende om een reguliere machtiging tot opname en verblijf aan te vragen, waaronder een medische verklaring waarin niet slechts een ernstig vermoeden, maar een daadwerkelijke diagnose van een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking wordt gegeven en het daaraan gekoppelde ernstig nadeel'



[Redacted]
Wat zegt dit over de duur van zorg. Wat is duur dat de zorg ingezet kan worden. Dit geeft vooral aan de geldigheid van de verklaring en niet de duur van zorg zelf.

Duiding pagina 20:

Verder geldt dat de arts die de verklaring opstelt onafhankelijk is. Onafhankelijk wil zeggen dat de arts gedurende ten minste één jaar geen zorg heeft verleend aan de cliënt en dat hij onafhankelijk ten opzichte van de zorgaanbieder functioneert. Hiermee wordt de objectiviteit van de medische verklaring gegarandeerd. Het gaat immers om een geval waarin de cliënt of de vertegenwoordiger het niet eens is met het verblijf in de accommodatie.²⁷



[Redacted]
Dit is niet controleerbaar en dus vanuit zorgverzekeraarsperspectief niet uit te voeren.

Duiding pagina 25:

Volgens de Wzd is er sprake van een onvrijwillige opname en verblijf als betrokkene zich tegen de opname en het verblijf verzet of, als betrokkene wilsonbekwaam en/of minderjarig is, een vertegenwoordiger heeft die zich tegen de opname en het verblijf verzet. Voor een opname of voortzetting van verblijf waartegen de betrokkene zich verzet is een rechterlijke machtiging nodig. Als het ernstig nadeel zo onmiddellijk dreigend is dat een machtigingsprocedure bij de burgerlijke rechter niet kan worden afgewacht, volstaat een machtiging tot inbewaringstelling (ibs) van de burgemeester van de gemeente waarin betrokkene zich bevindt. Zie voor de ibs ook hoofdstuk 2.

Geregisteerde accommodatie

Het gaat bij ibs altijd om intramurale zorg, niet om ambulante zorg. Ibs behelst



Bij RM is het advies van CIZ leidend voor wie verantwoordelijk is om te zorgen dat iemand in zorg komt. Hoe is dat geregeld voor IBS? De medische verklaring IBS gaat niet naar een zorgverzekeraar en is dus niet van op de hoogte dat er iets gedaan moet worden.



Woonplaats conform BRP of toevallig in die gemeente logeert?

Duiding pagina 26:

aan de bekostiging. Een lager tarief voor ongecontracteerde zorg is evenmin van toepassing, dit zou niet stroken met het feit dat betrokkene geen keuze heeft voor gecontracteerde zorg.⁵⁰



Hoe zit dit dan met het eigen risico? De betrokkene maakt ook hier geen keuze en is het dan wel logisch om eigen risico op te leggen?

Duiding pagina 30:

in verband met risico's voor de veiligheid als gevolg van huiselijk geweld, het college na een melding als bedoeld in artikel 2.3.2, eerste lid van de Wmo⁵⁷, onverwijld tot verstrekking van een tijdelijke maatwerkvoorziening beslist in afwachting van de uitkomst van het onderzoek, bedoeld in artikel 2.3.2 en de aanvraag van de cliënt.



Dit is dan zonder een RM of IBS?

Duiding pagina 36:

de ibs een geldigheidsduur van 6 weken.⁷² Is onvrijwillige opname ook daarna nog nodig, dan moet in de vierde week voor het einde van deze termijn een rechterlijke machtiging worden aangevraagd.⁷³

Uit de totstandkoming van de Wzd blijkt dat de wetgever door middel van een ibs in feite onder meer de mogelijkheid geeft om een reguliere machtiging tot onvrijwillige opname en verblijf aan te vragen. Daarvoor is met name van belang dat een



Is dit dan ook 6 weken van zorg (onvrijwillige opname) of heeft de machtiging/IBS zelf dan een geldigheid van 6 weken. Hoeveel dagen na de maximale termijn van 3 dagen kan verlengd worden?

Duiding pagina 38:

Als het niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen de afgesproken termijn (maximaal 3 maanden) af te bouwen, wordt ingevolge lid 10 opnieuw multidisciplinair overleg gevoerd én wordt hierbij een niet bij de zorg betrokken deskundige gevraagd om me te denken bij het uitgebreide deskundigenoverleg.



Waar is deze termijn op gebaseerd?

Van:
Verzonden: woensdag 20 oktober 2021 12:00
Aan:
CC:
Onderwerp: RE: Consultatie conceptduiding medische
verklaring en zorg tijdens ibs



Beste Mascha den Haan,

Hartelijk dank voor het toezenden van de *conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs*. Wij hebben kennis genomen van de inhoud en kunnen ons vinden in de manier waarop u de vragen heeft beantwoord, die u in de begeleidende mail benoemt.

In reactie op de twee vragen die u ons stelt, kunnen we mededelen dat ons *geen feitelijke onjuistheden of omissies* zijn opgevallen die we u kunnen meegeven. Voor wat betreft de uitvoeringsproblemen die de duiding mogelijk zou veroorzaken geven we u het volgende mee: onze inschatting is dat de duiding bij onze achterban *geen uitvoeringsproblemen* zal veroorzaken. Integendeel. Wij denken juist dat de duiding voor gemeenten de gewenste helderheid schept.

We hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

Met vriendelijke groet,



Van:
Verzonden: dinsdag 5 oktober 2021 09.41
Aan:
CC:
Onderwerp: Consultatie conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs

Geachte heer, mevrouw,

We stellen u graag in de gelegenheid om vanuit uw expertise te reageren op bijgevoegde conceptduiding.

Op verzoek van de Nza beantwoorden we in deze conceptduiding twee vragen:

- Valt het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake kundige arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een inbewaringstelling (ibs), onder de Zvw dan wel de Wlz?
- Valt de zorg tijdens ibs voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben, onder de Zvw?

We willen graag uw reactie op twee vragen:

Bij een duiding gaat het om de vraag of bepaalde zorg, gegeven de bestaande wetgeving tot de verzekerde zorg behoort en zo ja, ten laste van welke zorgverzekering die komt. Ziet u in de conceptduiding feitelijke onjuistheden of omissies?

We hebben signaleren dat deze duiding uitvoeringsproblemen met zich meebrengt.
Kunt u vanuit uw eigen positie aangeven of dat het geval is? Wilt u daarbij beschrijven welke dat zijn en hoe bezwaarlijk die zijn?

We ontvangen uw reactie graag voor 25 oktober as. U kunt uw reactie sturen naar [REDACTED] Alvast hartelijk dank voor de reactie.

Met vriendelijke groeten,

Mascha den Haan

mr. M.W.B. den Haan

Adviseur

.....
Langdurige Zorg (Ouderenzorg)

Zorg Advies

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
[REDACTED]
<http://www.zorginstituutnederland.nl>

.....
Van goede zorg verzekerd

Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

Van:

Verzonden: woensdag 20 oktober 2021 16:33

Aan:

CC:

Onderwerp: RE: Consultatie conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs

Ha Mascha,

Tijdens het laatste TO over de zorg ten tijde van een IBS kwam de vraag naar voren of een nieuwe prestatie enkel ingezet zou moeten worden voor de zorg ten tijde van de IBS of ook voor de rechterlijke machtiging. Nu heb ik een deel van de historie gemist, dus dacht mail jou even en hopelijk weet jij meer hierover. In de concept duiding lees ik het volgende:

Mogelijke misverstanden over de Wlz

Het Zorginstituut signaleert dat in de praktijk misverstanden kunnen bestaan over de hiernavolgende wettelijke regelingen in de Wlz, daarom verschaffen we daar voor de volledigheid duidelijkheid over in deze bijlage.

'Vangnet financiering' vanuit de Wlz geldt niet voor ibs

In artikel 10.5.1, eerste lid, van de Wlz is het volgende bepaalt:

'Een persoon die door middel van een rechterlijke machtiging als bedoeld in artikel 24 of 28a van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten is aangewezen op verblijf in een instelling heeft gedurende de geldigheidsduur van die machtiging doch ten hoogste gedurende het verblijf in

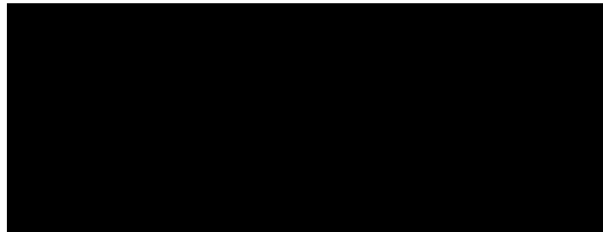
een instelling recht op zorg als bedoeld in [artikel 3.1.1](#), voor zover deze persoon geen toepassing geeft aan [artikel 3.2.3](#) of het verblijf niet wordt bekostigd op grond van een zorgverzekering als bedoeld in de [Zorgverzekeringswet](#), op grond van de [Jeugdwet](#) of op grond van de [Wet maatschappelijke ondersteuning 2015](#).'

De bedoeling van artikel 10.5.1 van de Wlz is slechts om, ten laste van het Fonds langdurige zorg, een vangnetfinanciering te regelen voor het geval iemand met één van bovenbedoelde machtigingen zijn zorg niet langs de reguliere weg gefinancierd kan krijgen of, hoewel hij wel voor zo'n indicatie in aanmerking zou komen, weigert een Wlz-indicatie aan te vragen.^[1]

Artikel 10.5.1 van de Wlz heeft betrekking op rechterlijke machtigingen als bedoeld in artikel 24 en 28a van de Wzd, maar ziet niet op ibs (artikel 29 van de Wzd). De vraag of een dergelijke bepaling voor ibs wenselijk is, kan het Zorginstituut in het kader van een duiding niet beantwoorden.

Klopt het dat indien er sprake is van een rechterlijke machtiging dit loopt via de vangnetconstructie in de Wlz? Oftewel dat voor de zorg ten tijde van een rechterlijke machtiging geen oplossing gezocht hoeft te worden binnen het elv? Hoe zie jij dat? We horen het graag!

Met vriendelijke groet,



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Van:

Verzonden: dinsdag 5 oktober 2021 09:41

Aan:

CC:

Onderwerp: Consultatie conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs

Geachte heer, mevrouw,

We stellen u graag in de gelegenheid om vanuit uw expertise te reageren op bijgevoegde conceptduiding.

Op verzoek van de Nza beantwoorden we in deze conceptduiding twee vragen:

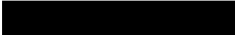
- Valt het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake kundige arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een inbewaringstelling (ibs), onder de Zvw dan wel de Wlz?
- Valt de zorg tijdens ibs voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben, onder de Zvw?

We willen graag uw reactie op twee vragen:

Bij een duiding gaat het om de vraag of bepaalde zorg, gegeven de bestaande wetgeving tot de verzekerde zorg behoort en zo ja, ten laste van welke zorgverzekering die komt. Ziet u in de conceptduiding feitelijke onjuistheden of omissies?

We hebben signaleren dat deze duiding uitvoeringsproblemen met zich meebrengt.

Kunt u vanuit uw eigen positie aangeven of dat het geval is? Wilt u daarbij beschrijven welke dat zijn en hoe bezwaarlijk die zijn?

We ontvangen uw reactie graag voor 25 oktober as. U kunt uw reactie sturen naar  Alvast hartelijk dank voor de reactie.

Met vriendelijke groeten,

Mascha den Haan

mr. M.W.B. den Haan

Adviseur

.....
Langdurige Zorg (Ouderenzorg)

Zorg Advies

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....

<http://www.zorginstituutnederland.nl>

.....
Van goede zorg verzekerd

Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

Van:

Verzonden: maandag 25 oktober 2021 08:55

Aan:

CC:

Onderwerp: Reactie NZa op consultatie conceptduiding medische
verklaring en zorg tijdens ibs

Ha Mascha,

Dank voor het toesturen van de consultatie voor de conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs. Naar aanleiding van de consultatie hebben we nog een vraag/punt dat we voor de zekerheid willen meegeven. In de concept duiding lezen we:

'Geregistreeerde accommodaties staan los van bekostigingsdomeinen

Zoals de Wzd losstaat van de bekostigingsdomeinen, staan de accommodaties dit vanuit de Wzd gezien ook. In geval van ibs bepaalt artikel 34 van de Wzd tevens dat de burgemeester de bevoegdheid heeft opname te bevelen. De betreffende geregistreeerde accommodatie is verplicht de betrokkene op te nemen. Zo ligt het voor de hand dat een VG-cliënt die gedwongen moet worden opgenomen met een ibs wordt geplaatst in een intramurale instelling voor verstandelijk gehandicapten. Dit betreffen normaliter cliënten met een Wlz-indicatie.

Als de cliënt geen Wlz-indicatie heeft, kan de zorg niet ten laste van de Wlz komen en is het zorgkantoor dus niet verantwoordelijk. Als de zorgaanbieder de declaratie naar de zorgverzekeraar stuurt, is het in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of de zorg voor de individuele verzekerde onder de zorgverzekering valt. Of de zorgaanbieder wel of geen contract heeft doet daaraan niet af, ook niet aan de bekostiging. Een lager tarief voor ongecontracteerde zorg is evenmin van toepassing, dit zou niet stroken met het feit dat betrokkene geen keuze heeft voor gecontracteerde zorg. ^[1]

Voetnoot: ^[1] Dit volgt uit de zorgplicht, artikel 11, van de Zvw. Deze plicht behelst dat de zorgverzekeraar er onder meer voor moet zorgen dat de verzekerde zorg voor verzekerde beschikbaar is. Zie specifiek voor deze situatie de MvT Kamerstuk 29763, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl)

Eerder hebben we contact gehad over de onderstreepte zin. Jij verwees toen naar de MvT Kamerstuk 29763, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen (officielebekendmakingen.nl) onder 'Zekerheid voor de verzekerden' en ook het kopje daarvoor 'niet gecontracteerde zorg':

Ongeacht de vorm die wordt gekozen om inhoud te geven aan de zorgverzekering, staat voorop dat de zorgverzekeraar de zorgkosten zal moeten betalen en zich ervoor zal moeten inspannen dat aan de zorgbehoefte van zijn verzekerden wordt voldaan. Als de verzekerde de zorg heeft verkregen, bij een gecontracteerde zorgaanbieder of bij een zelfgekozen zorgaanbieder, is er geen probleem. Als de verzekerde de zorg echter niet kan verkrijgen bij een gecontracteerde zorgaanbieder of zelf geen zorgaanbieder kan vinden, heeft hij recht op bemiddeling van zijn zorgverzekeraar bij het verkrijgen van de zorg. Dan zal de zorgverzekeraar – ongeacht de overeengekomen prestatiewijze – de verzekerde dus te hulp moeten schieten.

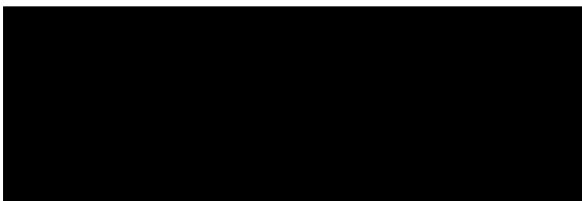
Ook een zorgverzekeraar die het contracteermodel hanteert, zal, indien er geen of onvoldoende zorgaanbieders bereid blijken met hem een overeenkomst te sluiten om zijn verzekerden te helpen, op grond van zijn zorgplicht desgevraagd toch in actie moeten komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van die zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval zal hij alle marktconforme kosten van de zorg aan zijn verzekerde voor zijn rekening moeten nemen. Voor een korting, zoals die kan worden toegepast als een verzekerde ondanks zijn keuze voor gecontracteerde zorg er toch zelf voor kiest de zorg in te roepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is in deze situatie geen plaats.

Als een verzekeraar niet genoeg gecontracteerde zorg kan inkopen, dan zal de verzekeraar moeten bemiddelen en vergoeden (marktconform) voor niet-gecontracteerde zorg. Als er wel genoeg gecontracteerde zorg is ingekocht, maar

een cliënt toch naar een ongecontracteerde aanbieder gaat, dan is er naar ons idee wel 'gewoon' plaats voor een korting. Hoe dat in de praktijk uitwerkt bij deze cliënten is de vraag (zij kiezen waarschijnlijk niet bewust voor een niet-gecontracteerde aanbieder), maar zoals wij het nu lezen is het dus niet zo dat de korting (of een korting in het algemeen) per definitie wordt uitgesloten wanneer het gaat om gedwongen zorg.

We horen graag hoe jullie hier naar kijken.

Met vriendelijke groet,



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#) | [Twitter](#)

Van:

Verzonden: maandag 25 oktober 2021 22:01

Aan:

CC:

Onderwerp: RE: Consultatie conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs

Beste Mascha,

Op de valreep geven wij een reactie op de conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs. Dank voor die mogelijkheid.

Ik formuleer het wat kort (als beoogd is zaken over te nemen in het rapport, dan kan ik er later deze week nog een redactionele slag op maken. **Deze tekst is daar niet geschikt voor**). Mochten zaken onduidelijk zijn, dan horen we het graag.

Je stelt 2 vragen in je begeleidende mail:

1. Bij een duiding gaat het om de vraag of bepaalde zorg, gegeven de bestaande wetgeving tot de verzekerde zorg behoort en zo ja, ten laste van welke zorgverzekering die komt. Ziet u in de conceptduiding feitelijke onjuistheden of omissies?
 - Wat wij missen in de duiding is een goede definitie wat wordt verstaan ons "tijdens de ibs". Wanneer is het "na de ibs?" Zeer relevant, aangezien deze duiding alleen op "tijdens" ziet.
 - Op pagina 6 staat "Kort gezegd blijkt hieruit een ernstig vermoeden van een causaal verband tussen de aandoening (zoals de verstandelijke

handicap) en het gedrag dat daaruit voortvloeit en de noodzaak tot onvrijwillige opname, waarvan de onvrijwillige opname, gelet op de Wzd altijd verblijf is met geneeskundige zorg". Het is van belang dat "de verstandelijke handicap" wordt aangepast in "zoals een vermoeden van een verstandelijke handicap (of beperking)". Want de verstandelijke beperking is lang niet altijd formeel vastgesteld op het moment van ibs. Dat zou door het hele rapport genuanceerd dienen te worden.

- De conclusie uit paragraaf 3.4.5 zou ook toegevoegd mogen worden aan paragraaf 3.5 en de samenvatting. Dit biedt helderheid over de medische verklaring van jeugdigen.
- In paragraaf 4.3 staat "Als de zorgaanbieder de declaratie naar de zorgverzekeraar stuurt, is het in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of de zorg voor de individuele verzekerde onder de zorgverzekering valt. Of de zorgaanbieder wel of geen contract heeft doet daaraan niet af, ook niet aan de bekostiging. Een lager tarief voor ongecontracteerde zorg is evenmin van toepassing, dit zou niet stroken met het feit dat betrokkene geen keuze heeft voor gecontracteerde zorg." Dat wel of geen contract geen verschil uitmaakt en dat er geen tariefskorting kan plaatsvinden bij ongecontracteerde zorg zijn zeer belangrijke conclusies. Die zouden absoluut een plek verdienen in de hoofdconclusies van het rapport en de samenvatting.
- Het is denk ik nodig dat de term FACT wordt toegelicht in paragraaf 4.10.1. Dat is niet voor iedereen even bekend.
- In paragraaf 4.10.4 missen we in de opsomming de orthopedagoog-generalist.

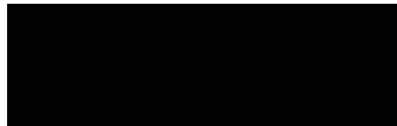
We hebben signaleren dat deze duiding uitvoeringsproblemen met zich meebrengt. Kunt u vanuit uw eigen positie aangeven of dat het geval is? Wilt u daarbij beschrijven welke dat zijn en hoe bezwaarlijk die zijn?

- In paragraaf 4.10.4 staat een beschrijving van de huidige praktijk van de zorg tijdens ibs. Daarbij valt op dat de zorg in een totaalpakket wordt geboden, met de AVG de psychiater en andersom. Echter, in de ELV ZvW wordt de psychiater "buiten haken gezet", dat zou separaat gedeclareerd moeten worden. Dit is zeer bezwaarlijk, des te meer omdat niet alle aanbieders zijn aangesloten op het zorgprestatie-model voor GGZ en FZ, dat komend jaar ingaat. Een integrale prestatie zou inhoudelijk en pragmatisch veel wenselijker zijn.
- Onduidelijk is of de client bij ELV ZvW het eigen risico verbruikt. Hier gaat het ZINL niet over, maar is wel een direct gevolg van de duiding ZvW. Wij achten het zeer onwenselijk als de client zijn eigen risico verbruikt bij ibs. Het eigen risico is een sturingsinstrument. Terwijl de client geen keuze heeft bij ibs, gezien het verplichte karakter. VWS kan -en zou o.i. dienen te- besluiten dat deze zorg wordt uitgezonderd van het eigen risico.

Ten slotte, de duiding van het ZINL biedt een deel van de puzzel en mogelijke handvatten voor nadere uitwerking in prestatie- en bekostigingstermen. Aanpalende vraagstukken over bijvoorbeeld regievoering en doorstroming zijn ook elementen die verbeterd moeten worden om de zorg voor clienten met ibs te optimaliseren. Daar vragen wij onophoudelijk aandacht voor, onder andere bij VWS.

Met vriendelijke groet,





Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht
Postbus 413, 3500 AK Utrecht

Meer weten over het coronavirus en de gehandicaptenzorg? Kijk op vgn.nl/corona en volg VGN op social media.



Van:

Verzonden: dinsdag 5 oktober 2021 09:41

Aan:

Onderwerp: Consultatie conceptduiding medische verklaring en zorg tijdens ibs

Geachte heer, mevrouw,

We stellen u graag in de gelegenheid om vanuit uw expertise te reageren op
bijgevoegde conceptduiding.

Op verzoek van de Nza beantwoorden we in deze conceptduiding twee vragen:

- Valt het opstellen van de medische verklaring door een 'ter zake kundige arts' in verband met een machtiging van de burgemeester ten behoeve van een inbewaringstelling (ibs), onder de Zvw dan wel de Wlz?
- Valt de zorg tijdens ibs voor volwassen cliënten met een verstandelijke beperking die geen Wlz-indicatie hebben, onder de Zvw?

We willen graag uw reactie op twee vragen:

Bij een duiding gaat het om de vraag of bepaalde zorg, gegeven de bestaande wetgeving tot de verzekerde zorg behoort en zo ja, ten laste van welke zorgverzekering die komt. Ziet u in de conceptduiding feitelijke onjuistheden of omissies?

We hebben signaleren dat deze duiding uitvoeringsproblemen met zich meebrengt.

Kunt u vanuit uw eigen positie aangeven of dat het geval is? Wilt u daarbij beschrijven welke dat zijn en hoe bezwaarlijk die zijn?

We  ie graag voor 25 oktober as. U kunt uw reactie sturen naar mdenhaan@zinl.nl. Alvast hartelijk dank voor de reactie.

Met vriendelijke groeten,

Mascha den Haan

mr. M.W.B. den Haan

Adviseur

.....

Langdurige Zorg (Ouderenzorg)

Zorg Advies

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1 | 1112 ZA | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....

M +31 (0)6 43995102 (tijdelijk)

Mdenhaan@zinl.nl

<http://www.zorginstituutnederland.nl>

.....

Van goede zorg verzekerd

Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk

--



Consultatie duiding opstellen medische verklaring en zorg aan mensen met een verstandelijke beperking zonder Wlz-indicatie tijdens IBS

Reactie NVAVG en VerenSo 28 oktober 2021

Hartelijk dank voor uw consultatie vraag. We kunnen ons vinden in de conclusie die het Zorginstituut trekt ten aanzien van de bekostiging. Als het gaat om de uitvoering zouden we nog graag een aantal kanttekeningen willen meegeven ter verduidelijking van de rollen.

Opstellen medische verklaring

We willen graag meegeven dat in de dagelijkse praktijk het niet voorkomt dat artsen verstandelijk gehandicapten een medische verklaring IBS opstellen, wel voor RM. Daar liggen een aantal redenen onder:

1. Meestal is er sprake van multiproblematiek (zowel VG, psychiatrisch en soms maatschappelijke problemen). In de handreiking samenloop Wzd en Wvggz staat aanbevolen bij 4.1: *(Tijdens de procedure voor een crisismaatregel (Wvggz) of inbewaringstelling (IBS; Wzd))*: om in geval van multiproblematiek diagnoses te stellen, is het aanbevelingswaardig dat de burgemeester bij vermoeden van multiproblematiek de betrokkene (zo mogelijk) hoort en een psychiater om een medische verklaring vraagt, ongeacht of een IBS of een crisismaatregel wordt overwogen.
2. Daarnaast worden (met argument vanuit het EVRM) in de jurisprudentie vaak medische verklaringen opgesteld door een arts voor verstandelijk gehandicapten weerlegd als er tevens sprake is van psychiatrische problematiek. In crisissituaties is dit vaak aan de hand.

Rol van zorgverantwoordelijke

Ter volledigheid willen we benoemen dat de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten niet de rol van zorgverantwoordelijke vervullen. Dit is opgenomen in het standpunt Wzd ambulant [Standpunt Wzd ambulant - VerenSo](#) van 10 juni 2021.

Randvoorwaarden ambulante situatie

Landelijk is er nog de nodige onduidelijkheid over rolverdeling en bekostiging als het gaat om ambulante situatie. De huisarts is in meer dan 95% van de gevallen de regiebehandelaar en zou ook diverse taken op zich moeten nemen. VerenSo en NVAVG vinden het belangrijk dat de randvoorwaarden ook ambulant op orde zijn, zodat de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten als professional zijn werk op een verantwoorde en patiëntveilige manier kan doen en hij niet verantwoordelijk gemaakt wordt voor het ontbreken van de noodzakelijke randvoorwaarden.

Uitschrijven namen

Graag willen we aangeven dat de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten niet meer willen worden afgekort. Net zoals dat een huisarts voluit wordt geschreven geldt dit ook voor deze artsen. We hebben gemerkt dat de afkorting ook veel onduidelijkheid en onherkenbaarheid op.