



Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017

Inhoud

Beleidsregels indicatiestelling Wet langdurige zorg (Wlz) 2017	5
Toelichting	6
Bijlage 1 Algemeen	7
1 Algemeen	7
1.1 Definities	7
1.2 Grondslagen	10
1.3 Voortgezet verblijf in verband met een psychische stoornis	10
2 Afwegingskader	11
2.1 Stap 1: in kaart brengen van de zorgsituatie	12
2.2 Stap 2: vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'	13
2.3 Stap 3: vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is	13
2.4 Stap 4: vaststellen toegang tot de Wlz	13
2.5 Stap 5: vaststellen van het recht op Wlz-zorg	17
2.6 Ingangsdatum en geldigheidsduur	19
2.7 Informatie bij besluit	20
3 Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel	21
Bijlage 2 Grondslagen	25
1 Algemeen	25
2 Aandachtspunten	25
3 De vijf grondslagen	25
3.1 Somatische aandoening of beperking	25
3.2 Lichamelijke handicap	26
3.3 Psychogeriatrische aandoening of beperking	27
3.4 Verstandelijke handicap	27
3.5 Zintuiglijke handicap	28
Bijlage 3 Gebruikelijke zorg	30
1. Gebruikelijke zorg	30
2. Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd	32
Colofon	33

Beleidsregels indicatiestelling Wet langdurige zorg (Wlz) 2017

Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ),

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

besluit:

Artikel 1

Het Centrum indicatiestelling zorg hanteert beleidsregels bij het beoordelen of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor één of meer van de in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg aangewezen vormen van zorg. Deze beleidsregels zijn opgenomen in de bijlagen 1 tot en met 3 bij dit besluit.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2017.

Artikel 3

Dit besluit wordt aangehaald als: Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017.

Artikel 4

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017 worden de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016 ingetrokken.

Artikel 5

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

Utrecht, 1 december 2016



*Ing. D. Hoefsmit MBA,
Voorzitter Raad van Bestuur CIZ*

Toelichting

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

De beleidsregels strekken ertoe uniformiteit te bereiken bij de indicatiestelling door het CIZ. Beleidsregels houden in dat een bestuursorgaan, in casu het CIZ, handelt overeenkomstig die beleidsregels. Ingevolge artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht moet het CIZ van de beleidsregels kunnen afwijken indien handelen volgens de beleidsregels voor een of meer belanghebbenden gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregels te dienen doelen.

De wijzigingen in deze beleidsregels ten opzichte van de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016 betreffen vooral de volgorde en de opbouw van bijlage Algemeen. De wijzigingen zijn gebaseerd op reacties van de gebruikers van deze beleidsregels. We verwachten daarmee de leesbaarheid te verbeteren.

Verder zijn een aantal andere wijzigingen aangebracht. Zo is beschreven dat het CIZ geen taak meer heeft in het bepalen of een verzekerde bij een zorgprofiel ook recht heeft op dagbesteding. Dagbesteding is conform artikel 3.1.1 Wlz onderdeel van het verzekerd pakket. De subsidieregeling Eerstelijns verblijf valt vanaf 2017 onder de zorgverzekeringswet. Verwijzingen naar deze subsidieregeling zijn aangepast.

In het schema 'richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd' is een toelichting gegeven op het begrip meervoudig complexe handicaps (MCG).

Ten slotte zijn tekstuele verbeteringen gedaan en zijn enkele oude 'AWBZ-teksten' die niet meer overeen komen met de Wlz verwijderd.

Net als bij de voorgaande beleidsregels zijn de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017 vastgelegd in drie bijlagen.

- Bijlage 1 is een algemeen hoofdstuk dat onder meer definities bevat en een uitwerking van het afwegingskader dat leidt naar de toegang tot de Wlz en het best passende zorgprofiel voor de verzekerde.
- Bijlage 2 regelt de zogenaamde grondslagen. Eén van de vereisten om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg is de aanwezigheid van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.
- Bijlage 3 geeft beleidsregels voor gebruikelijke zorg. Gebruikelijke zorg is de dagelijkse zorg die ouders aan kinderen geacht worden te bieden.

Bijlage 1 Algemeen

1 Algemeen

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

1.1 Definities

Onderstaande definities zijn op alle bijlagen bij de beleidsregels indicatiestelling Wlz van toepassing.

Blijvende zorgbehoefte

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

Ernstig nadeel¹

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

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

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

Escalatie

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

Fysieke problemen

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

¹ Op www.ciz.nl staat nadere uitleg over ernstig nadeel.

Gebruikelijke zorg

De dagelijkse verzorging en opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden (zie bijlage 3 Gebruikelijke zorg).

Instelling

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

Kind

Verzekerde jonger dan 18 jaar.

Partner

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

Permanent toezicht

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

24 uur per dag zorg in de nabijheid

Zorg en toezicht is 24 uur per dag in de nabijheid nodig. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen.

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

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

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

Wachten op de zorgverlener bij ongeplande zorgmomenten zal mogelijk ernstig nadeel opleveren gezien de medische situatie / prognose. Het nadeel kan niet voorkomen worden door inzet van zorg op geplande momenten of op afroep. Er kan bijvoorbeeld risico zijn op complicaties, zoals verwaarlozing of het oplopen van lichamelijk letsel ten gevolge van bedlegerigheid, een slechte voedingstoestand of tekorten in de zelfzorg.

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

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

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

Palliatief terminale zorg

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

Verzekerde met een psychische stoornis

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

Voortdurend

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

Zelfzorg

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

Zorg uit ander domein

Dit betreft zorg die is geborgd in een ander domein (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), Zorgverzekeringswet (Zvw), Jeugdwet, forensische zorg). Er is voor deze zorg geen recht op zorg vanuit de Wlz. Zie verder paragraaf 2.4.2 van deze bijlage.

Zware regieproblemen

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

1.2 Grondslagen

De Wlz geeft aan dat er op zorginhoudelijke gronden slechts toegang tot Wlz-zorg kan zijn als er sprake is van een of meer met name genoemde 'grondslagen'.

Grondslag: een aandoening, beperking, stoornis of handicap als gevolg waarvan de verzekerde recht kan hebben op Wlz-zorg.

De grondslagen voor Wlz-zorg zijn:

1. een somatische (SOM) of psychogeriatrische (PG) aandoening of beperking,
2. een verstandelijke (VG), lichamelijke (LG) of zintuiglijke (ZG) handicap.

In de bijlage Grondslagen wordt weergegeven op welke manier het CIZ de grondslag van een verzekerde bepaalt.

1.3 Voortgezet verblijf in verband met een psychische stoornis

Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar. Na afloop van deze periode kan de zorg telkens voor een onafgebroken periode van maximaal drie jaar verder worden voortgezet (artikel 3.2.2 Wlz).

2 Afwegingskader

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

Voor dit onderzoek wordt een uniform afwegingskader gehanteerd:

Afwegingskader Wet langdurige zorg (Wlz)

1

In kaart brengen zorgsituatie

- Ziekte, aandoening, stoornis
- Beperkingen
- Vaststellen grondslag(en)

2

Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'

- Permanent toezicht
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid
 - Fysieke problemen
 - Zware regieproblemen
- Voorkomen escalatie/ernstig nadeel

3

Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is

- Blijvend
- Afwegen mogelijkheid (functionele) verbetering/herstel/ontwikkeling

4

Vaststellen toegang tot de Wlz

- Gebruikelijke zorg van ouders aan hun kind
- Zorg uit ander domein
- Uitzonderingen op toegangscriteria

5

Vaststellen recht op zorg

- Best passend zorgprofiel
- Geldigheidsduur
- Kenmerk meerzorg indien van toepassing

2.1 Stap 1: in kaart brengen van de zorgsituatie

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

1. De relevante ziekten, aandoeningen en/of stoornissen en beperkingen van de verzekerde. Daarbij wordt ook meegenomen een eventueel lopende behandeling en de ziektebiografie van verzekerde.
2. De objectieve aard en de mate van de beperkingen van de verzekerde². Daarbij gaat het om beperkingen van activiteiten, die relevant zijn in relatie tot de zorgvraag. De verwachte duur van de beperkingen wordt ook onderzocht.
3. Aan de hand van het onderzoek naar ziekte/aandoening/stoornis en de beperkingen bepaalt het CIZ de grondslag.

Bij het in kaart brengen van de ziekte(n), aandoening(en), stoornissen en beperkingen van de verzekerde baseert het CIZ zich op (inter)nationaal erkende classificatie instrumenten zoals de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10), de DSM-IV en DSM-5³ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

De stoornissen en beperkingen van de verzekerde worden vastgelegd op een vierpuntsschaal (score 0 tot en met 3).

Stoornissen

score 0: *"Geen probleem/geen hulp van een ander nodig"*

Er is geen sprake van een stoornis of het optreden van de stoornis leidt niet tot een zorgvraag, omdat deze onder controle is door middel van behandeling, medicatie of een hulpmiddel.

score 1: *"Wel probleem: af en toe hulp, toezicht of sturing nodig"*

De stoornis leidt af en toe tot een zorgvraag. Af en toe is 1 tot 6 keer per week.

score 2: *"Wel probleem: vaak hulp, toezicht of sturing nodig"*

De stoornis leidt vaak tot een zorgvraag. Vaak is 1 tot 2 keer per dag.

score 3: *"Wel probleem: continu hulp, toezicht of sturing nodig"*

De stoornis leidt continu tot een zorgvraag. Continu is 3 of meerdere keren per dag.

Beperkingen en participatieproblemen

score 0: *"Kan deze activiteit zelf/er is geen hulp van een ander nodig"*

Deze score wordt geregistreerd als verzekerde geen beperkingen heeft ten aanzien van de betreffende activiteit.

score 1: *"Kan deze activiteit zelf maar een ander moet toezien of stimuleren"*

Deze score wordt geregistreerd als verzekerde een andere persoon nodig heeft, die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om de betreffende activiteit zoveel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt.

score 2: *"Kan deze activiteit slechts met veel moeite/een ander moet helpen"*

Deze score wordt geregistreerd als verzekerde de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf kan uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit gedeeltelijk overnemen, waarbij de resterende zelfredzaamheid van verzekerde gerespecteerd en/of zoveel mogelijk bevorderd wordt.

2 Soms kan het nodig zijn de invloed van de omgeving (gebouwde of sociale omgeving) te betrekken bij het objectiveren van de beperkingen. De omgeving kan zowel beperkingen van de verzekerde compenseren waardoor ze minder ernstig lijken, als ook ongunstige invloed hebben op de mogelijkheden en ontwikkeling van de verzekerde.

3 In 2017 wordt de DSM-5 in Nederland geïmplementeerd.

score 3: "Kan deze activiteit niet zelfstandig/een ander moet dit overnemen"

Deze score wordt geregistreerd als verzekerde de activiteit in het geheel niet zelf kan uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen

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

2.2 Stap 2: vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid'

In deze stap wordt vastgesteld of de verzekerde is aangewezen op:

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

Het 'ernstig nadeel' wordt vastgelegd.

2.3 Stap 3: vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is

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

Onderzocht wordt of, op basis van de ziekte, aandoening, stoornissen en beperkingen, kan worden vastgesteld dat de verzekerde blijvend (levenslang) zal zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Als er nog mogelijkheden zijn voor zodanige (functionele) verbetering of herstel (bijvoorbeeld vanwege behandeling⁴ van de ziekte, aandoening, stoornissen en/of beperkingen) dat er (nog) niet kan worden vastgesteld dat de behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid /permanent toezicht blijvend is, is er geen toegang tot de Wlz.

Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie).

Bij kinderen moet worden meegewogen dat ook bij kinderen met een beperking nog (enige) ontwikkeling mogelijk is.

2.4 Stap 4: vaststellen toegang tot de Wlz

In deze stap wordt vastgesteld of en in welke mate er sprake is van gebruikelijke zorg, zorg uit een ander domein of uitzonderingen op de toegangscriteria Wlz.

⁴ Vanuit de Zww, de Jeugdwet of de subsidieregeling extramurale behandeling.

2.4.1 Gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg is de dagelijkse verzorging en opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden. Voor zover sprake is van gebruikelijke zorg is er geen recht op Wlz-zorg. Zie hiervoor bijlage 3 Gebruikelijke Zorg.

2.4.2 Zorg uit ander domein

Intensieve kindzorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Artikel 3.1.5 onder b van het Besluit langdurige zorg (Blz):

De verzekerde heeft geen recht op zorg ingevolge de wet indien hij minderjarig is en krachtens zijn zorgverzekering recht heeft op de verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering.

Dit betekent dat intensieve kindzorg (IKZ) onder de Zvw valt en niet onder de Wlz, ook (of juist) als het gaat om kinderen die behoefte hebben aan permanent toezicht en /of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Intensieve kindzorg uit de Zvw is beschikbaar voor:

- Kinderen met zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging en waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Het gaat hierbij om onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag met betrekking tot fysieke functies, waarbij de ouders/hulpverleners actief de vitale lichaamsfuncties van het kind moeten controleren. Het gaat bijvoorbeeld om actieve controle van de ademhaling, het slikken, een bewustzijnsdaling, inwendige- of onderhuidse bloedingen, de bloeddruk en de lichaamstemperatuur. Bij afwijkingen moet direct worden ingegrepen omdat anders gevaar ontstaat. Het gaat bij dit gevaar met name om acute zuurstofdaling veroorzaakt door bijvoorbeeld een ademstilstand of een obstructie van de ademhaling, het optreden van een zwaar epileptisch insult of een shock. Voorbeelden van tijdig ingrijpen zijn het toedienen van (extra) zuurstof, uitzuigen, het toedienen van medicatie en reanimeren.
Bij permanent toezicht hoeft niet altijd sprake te zijn van verpleegkundige handelingen, maar het gaat om permanent toezicht (actieve observatie) gericht op de vitale lichaamsfuncties.
- Kinderen met lichtere complexe problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij een of meer specifieke verpleegkundige handelingen nodig zijn en waarbij zorg voortdurend in de nabijheid nodig is. Bij deze kinderen moet de zorg weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid beschikbaar zijn, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. Bij de specifieke verpleegkundig handelingen, gaat het om handelingen als het toedienen van zuurstof, aan- en afkoppelen beademingsapparatuur, toediening van intraveneuze medicatie toediening of parenterale voeding, verwisselen van canules en openhouden en doorspoelen van katheters en dergelijke.

Bij kinderen met een grondslag SOM of LG (zonder VG) die niet voldoen aan een van bovenstaande situaties is er geen recht op zorg vanuit de IKZ (Zvw) en bepaalt het CIZ regulier of er toegang tot de Wlz is.

Kinderen waarbij zich op zeer jonge leeftijd naast de complexe somatische problematiek of lichamelijke handicap ook een verstandelijke handicap manifesteert, kunnen zowel behoren tot

de doelgroep voor intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening (Zvw) als tot de doelgroep van de Wlz. Het aangrijpingspunt van de zorg is hiervoor bepalend. Wanneer het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg verschuift, kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. In de praktijk blijkt dat dit aangrijpingspunt van de zorg vaak rond de vijfde verjaardag verschuift van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg. Voor sommige kinderen kan dit ook eerder of later dan de vijfde verjaardag het geval zijn. Als deze kinderen voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz, dan vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz.

Palliatief terminale zorg

Bij de indicatiestelling voor palliatief terminale zorg geldt het volgende:

- Als de verzekerde voorafgaand aan de palliatief terminale zorg *nog geen Wlz-indicatie* voor een zorgprofiel had, valt de zorg onder de zorgverzekeringswet (artikel 3.1.5 sub a Blz).
- Als de verzekerde voorafgaand aan de palliatief terminale zorg *wel een Wlz-indicatie* voor een zorgprofiel⁵ had geldt dat de palliatief terminale zorg uit de Wlz wordt geleverd. Dit ongeacht waar de verzekerde deze zorg wil ontvangen. Zie verder onder 'Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel' en zorgprofiel 'VV beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg'.

Jeugdwet

Indien een minderjarige verzekerde met een verstandelijke beperking zorg en ondersteuning nodig heeft, gericht op opvoeding en (indien mogelijk) op deelname aan het maatschappelijk leven binnen een veilige leef- en woonomgeving zoals bedoeld in het zorgprofiel 'VG wonen met begeleiding en verzorging', bestaat geen recht op Wlz-zorg (artikel 3.1.5 sub c Blz).

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

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

Wet forensische zorg

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die verleend wordt in een strafrechtelijk kader, met inbegrip van verslavingszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten.

Voor de Wlz en de forensische zorg is het volgende van toepassing:

- De indicatie van een verzekerde die al een Wlz-indicatie heeft, blijft van kracht als deze verzekerde forensische zorg opgelegd krijgt.
- Het CIZ indiceert niet voor Wlz-zorg voor een verzekerde bij wie forensische zorg is opgelegd en die tijdens de tenuitvoerlegging van de forensische zorg een aanvraag doet voor Wlz-zorg. De forensische zorg voorziet in de zorgbehoefte.

⁵ Verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, derde lid van de Wlz (verzekerden met een 'laag' zorgprofiel/ZZP) worden beschouwd als verzekerden met een Wlz-indicatie indien zij zijn opgenomen in een Wlz-instelling. Als deze verzekerden hun zorg thuis via de Wmo 2015 of hun zorgverzekering ontvangen, worden zij beschouwd als verzekerden zonder Wlz-indicatie.

Bij het aflopen van de forensische titel kan aansluitend een aanvraag voor Wlz-zorg worden gedaan.

2.4.3 Uitzonderingen op de toegangscriteria

Zorgprofielen (SG)LVG, (Sterk Gedragsgestoord) Licht Verstandelijk Gehandicapt

Een verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op Wlz-zorg als hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Een verzekerde met een licht verstandelijke handicap, gecombineerd met gedragsproblemen heeft ook recht op Wlz-zorg wanneer hij:

- a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, of
- b. volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf (Artikel 3.2.1 lid 3 Wlz).

Het gaat hierbij om (jong)volwassenen die zijn aangewezen op integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG of SGLVG behandelinstelling, zoals beschreven in de zorgprofielen voor maximaal 3 jaren (artikel 3.2 lid 1 en artikel 2.5 Rlz).

Ad a: Een meerderjarige verzekerde die vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege integrale, multidisciplinaire behandeling in een (SG)LVG behandelinstelling, komt hiervoor in aanmerking. Zie verder onder specifieke criteria voor het bepalen van het best passend zorgprofiel.

Ad b: Een verzekerde die tot de 18e verjaardag behandeling vanuit de Jeugdwet ontving in een LVG behandelinstelling en die volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van deze behandeling met verblijf komt hiervoor ook in aanmerking als hij geen behoefte (meer) heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De behandelaar geeft aan dat nog een periode (en welke periode/hoe lang) voortzetting van deze behandeling in een LVG behandelinstelling nodig is. Het CIZ toetst niet aan de toegangscriteria Wlz⁶.

Verzekerden met een psychische stoornis, zorgprofielen GGZ-B

Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar (artikel 3.2.2 Wlz).

Indien de behandelaar heeft bepaald dat de verzekerde na 3 jaar verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg uit de Zvw nog steeds is aangewezen op voortzetting van deze zorg, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passend zorgprofiel vast voor maximaal 3 jaar⁷.

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

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

7 Het CIZ toetst niet aan de reguliere toegangscriteria Wlz. Zie voetnoot 6.

zorgbehoefte van de verzekerde het best passende zorgprofiel vast.

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

2.5 Stap 5: vaststellen van het recht op Wlz-zorg

In deze stap wordt het indicatiebesluit Wlz vastgesteld, met het zorgprofiel waarop de verzekerde is aangewezen, ingangsdatum en geldigheidsduur en indien van toepassing het kenmerk meerzorg.

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

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

Uitzondering: de problematiek bij de grondslag somatische aandoening of beperking en de grondslag lichamelijke handicap ligt naar aard en inhoud dicht bij elkaar. Het verschil tussen de reeksen VV en LG heeft te maken met de aard van het begeleidingsdoel in relatie tot de levensfase. De zorgprofielen LG zijn meer gericht op stabilisatie en ontwikkeling waar bij de zorgprofielen VV er meer aandacht is voor begeleiding bij achteruitgang in de ouderenzorg. In voorkomende gevallen kan daarom bij een verzekerde met een grondslag lichamelijke handicap een best passend zorg profiel uit de reeks VV worden gekozen (ook als deze grondslag niet aanwezig is) en andersom.

Zie ook hoofdstuk 3 van deze bijlage, Specifieke criteria voor het bepalen van het best passende zorgprofiel.

Dagbesteding

In artikel 3.1.1. Wlz is beschreven dat dagbesteding en vervoer van en naar de dagbesteding valt onder het verzekerde pakket. Dit voor zover de verzekerde er naar aard, inhoud en omvang en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen (artikel 3.2.1 Wlz). Het CIZ heeft hierin geen taak.

Meerzorg

Het CIZ onderzoekt of er sprake is van aandoeningen, stoornissen en beperkingen die mogelijk leiden tot meer zorg dan beschikbaar is in het best passende zorgprofiel.

Als wordt voldaan aan één van de vier onderstaande situaties, wordt een kenmerk meegegeven aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor dient vervolgens onderzoek te doen naar de benodigde zorgomvang.

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

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

Ad 1 en 2: Er is sprake van beademing wanneer de ademhaling mechanisch door apparatuur wordt overgenomen, al dan niet volledig of ter ondersteuning. Dit kan continu het geval zijn. Maar ook intermitterend, bijvoorbeeld alleen gedurende de nacht of mede 'on demand'⁸ (automatische inschakeling van de apparatuur bij het wegvallen van de ademhaling bij de verzekerde). (Mechanische) beademing met behulp van apparatuur kan plaatsvinden via een tracheostoma (invasief) of via een mond-/neuskap (non-invasief).

De volgende zaken vallen niet onder beademing:

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

Ad 3 en 4: Het gaat hierbij om verzekerden met (naast de aandoeningen en beperkingen die tot genoemde zorgprofielen leiden) zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze somatische / lichamelijke problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging waarbij permanent toezicht noodzakelijk is gericht op de fysieke functies, waarbij de ouders/hulpverleners actief de vitale lichaamsfuncties van de verzekerde moeten controleren. Het gaat hier bijvoorbeeld om actieve controle van de ademhaling, het slikken, een bewustzijnsdaling, inwendige- of onderhuidse bloedingen, de bloeddruk en de lichaamstemperatuur. Bij afwijkingen moet direct worden ingegrepen omdat anders gevaar ontstaat. Het gaat bij dit gevaar met name om acute zuurstofdaling veroorzaakt door bijvoorbeeld een ademstilstand of een obstructie van de ademhaling, het optreden van een zwaar epileptisch insult of een shock. Voorbeelden van tijdig ingrijpen zijn het toedienen van (extra) zuurstof, uitzuigen, het toedienen van medicatie en reanimeren.

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

Het zorgkantoor heeft ook de bevoegdheid om zelfstandig op verzoek van de verzekerde het onderzoek naar meerzorg te starten. Dat betekent dat de verzekerde die al een passend zorgprofiel heeft en meerzorg wenst zich tot het zorgkantoor dient te wenden en niet tot het CIZ.

2.6 Ingangsdatum en geldigheidsduur

Ingangsdatum

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

Indien er een indicatie voor zorg vanuit de Wlz is die naar beneden wordt bijgesteld, kan het CIZ een overgangperiode in acht nemen⁹. Daarbij wordt rekening gehouden met de mate waarin wordt ingegrepen in de lopende indicatie en de aard en de omvang van de door de verzekerde aangegane verplichtingen ter voorziening in zijn zorgbehoefte.

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

1. Bij indicatiestellingen in het kader van het plan 'Waardigheid en Trots' (gebruikmakend van de instrumenten van het experiment regelarme instellingen-ERA) beslist het CIZ op de dag waarop de aanvraag bij het CIZ binnenkomt. De ingangsdatum van de geïndiceerde zorg is de datum waarop de zorg is gestart, tot maximaal 14 (kalender)dagen voor de datum dat de aanvraag bij het CIZ is ingediend.
2. De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan ook vóór de datum van het indicatiebesluit liggen, als er sprake is van bijzondere omstandigheden in een concreet geval¹⁰. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in de volgende situaties:
 - Bij aanvragen voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie, aansluitend aan eerstelijns verblijf (Zorgverzekeringswet), bij beëindiging van de forensische status van een verzekerde die Wlz-zorg behoeft en na het toewijzen van een status bij asielzoekers. In deze gevallen is sprake van een plotselinge wijziging in de situatie van de verzekerde.
 - Als een verzekerde vanwege bijzondere omstandigheden reeds Wlz-zorg ontvangt, conform artikel 3.2.4 lid 2 Blz. Het gaat dan om een acute onvoorziene verandering in de gezondheidssituatie van de verzekerde waarbij al direct na de medische diagnostiek en behandeling duidelijk is dat de verzekerde blijvend is aangewezen op zorg vanuit de Wlz. Het gaat niet om wijzigingen in de omgeving van de verzekerde (bijvoorbeeld uitval van mantelzorg). Dan is de verzekerde aangewezen op zorg en ondersteuning vanuit andere domeinen totdat is vastgesteld dat de verzekerde blijvend is aangewezen op de Wlz.

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

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

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

Geldigheidsduur

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

- het indicatiebesluit dat berust op artikel 3.2.1 lid 3 Wlz in welk geval de geldigheidsduur is bepaald op maximaal drie jaren (zorgprofielen LVG en SGLVG);
- het indicatiebesluit dat berust op artikel 3.2.2 Wlz in welk geval de geldigheidsduur is bepaald op maximaal drie jaren die na afloop van die periode telkens voor een onafgebroken periode van maximaal drie jaren kan worden verlengd (zorgprofielen GGZ-B);
- het zorgprofiel 'herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling' (sector Verpleging en Verzorging), in welk geval de geldigheidsduur is bepaald op maximaal 6 maanden.

Verdragsgerechtigden

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

2.7 Informatie bij besluit

Naast het zorgprofiel en de geldigheidsduur kan aanvullende informatie bij het indicatiebesluit worden gegeven. Deze informatie maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit, omdat deze informatie niet is gericht op rechtsgevolg. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Als aanvullende informatie bij het indicatiebesluit kan worden vermeld:

1. Voorkeur van de cliënt: het CIZ kan de voorkeur van de verzekerde over de vorm waarin hij de zorg wil ontvangen registreren.

Als de verzekerde (nog) geen voorkeur heeft bepaald wordt geen voorkeur meegegeven.

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

- a. VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging,
- b. LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep,
- c. LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
- d. LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding, of
- e. LVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum.

De zorgprofielen in de sector GGZ 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering', 'voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging', 'beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding' kunnen op basis van artikel 3.3.4 Wlz alleen worden geleverd in een gecontracteerde instelling.

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

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

Resultaat:

Een indicatiebesluit voor Wlz-zorg conform wet en regelgeving.

Het indicatiebesluit wordt ter kennis van de verzekerde gebracht.

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

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

3 Specifieke criteria voor het bepalen van het passende zorgprofiel

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

Zorgprofiel VV beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding

Bij het onderzoek naar de zorgbehoefte van een verzekerde bij een aanvraag voor een zorgprofiel "beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding" is het nodig om inzicht te krijgen in het gevolgde behandelbeleid van de gedragsproblemen. Het betreft verzekerden met bijvoorbeeld ernstig en blijvend niet aangeboren hersenletsel, ernstige mate van dementie, Korsakov, ouderen met complexe lichamelijke problematiek met actieve psychiatrie en ouderen met doofblindheid op latere leeftijd in combinatie met ernstige gedragsproblemen.

Er is een onderscheid tussen ernstige gedragsproblemen die van tijdelijke aard zijn en uitdoven (adaptatieproblemen, delier etcetera) en ernstige gedragsproblemen die langdurig van aard zijn. De verantwoordelijke Wlz behandelaar definieert samen met een multidisciplinair team het probleem, stelt de behandeldoelen vast en beslist welke behandeling ingezet wordt.

Bij een aanvraag voor het zorgprofiel onderzoekt het CIZ aan de hand van een behandelplan welke behandeling wordt gegeven, of het behandelbeleid optimaal gevolgd is en welk effect de behandeling op het probleemgedrag heeft (evaluatie en prognose). Pas daarna kan worden beoordeeld of er een blijvend recht is op het gevraagde zorgprofiel.

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit voor dit zorgprofiel is onbepaald.

Alleen als op basis van de geobjectiveerde gegevens van de Wlz-behandelaar voor deze individuele verzekerde blijkt dat de ernstige gedragsproblemen van tijdelijke aard zijn, kan er kortdurend sprake zijn van dit zorgprofiel. Aansluitend volgt een indicatie voor het best passende zorgprofiel na deze periode.

Zorgprofiel VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling

Dit zorgprofiel is aan de orde bij verzekerden die ook na de herstelgerichte behandeling blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om escalatie dan wel ernstig nadeel te voorkomen.

Bij verzekerden heeft medisch specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij sprake is geweest van een ziekenhuisopname.

De medisch specialistische diagnostiek/interventie, ook van de comorbiditeit, is afgerond. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De verzekerde heeft een tijdelijke behoefte aan extra behandeling en zorg, meestal 2 tot 6 maanden. Bij verzekerde is sprake van verminderde leerbaarheid en trainbaarheid als gevolg van problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies.

Bij het bepalen of sprake is van herstelgerichte behandeling, aansluitend aan een klinische opname, moet worden voldaan aan alle onderstaande criteria:

- a) naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen;
- b) revalidatie moet gericht zijn op herstel of het aanleren van vaardigheden;
- c) er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht;
- d) er moet een behandelplan zijn;
- e) de verzekerde moet in staat zijn te leren;
- f) er moet van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake zijn, gecoördineerd door een hoofdbehandelaar;
- g) de te geven behandeling moet een door de beroepsgroep geaccepteerde methode zijn;
- h) de te geven behandeling moet programmatisch en doelmatig zijn;
- i) voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk die van een Wlz-behandelaar.

Zorgprofiel VV beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg

Dit zorgprofiel is beschikbaar voor verzekerden die voorafgaand aan de palliatief terminale levensfase al Wlz-zorg ontvingen, zie paragraaf 2.4.2.

Daarbij geldt:

- a. Voor verzekerden met een Wlz-indicatie¹¹ die niet in een Wlz-instelling wonen¹², kan dit zorgprofiel worden geïndiceerd als de verzekerde lijdt aan een ziekte/aandoening en zich in de terminale levensfase bevindt, dat wil zeggen een levensverwachting heeft van korter dan drie maanden.
Dit geldt ook voor verzekerden die al verbleven in een Wlz-instelling, maar de zorg in de laatste levensfase thuis of in een hospice zonder toelating voor verblijf willen ontvangen.
- b. Verzekerden die in een Wlz-instelling wonen, zullen in de eindfase van hun leven de noodzakelijke zorg krijgen op basis van het eerder toegekende zorgprofiel. Het verlenen van zorg aan het eind van het leven is een onderdeel van de taken van een instelling. Het zorgprofiel VV beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg kan bij verzekerden die al in een Wlz-instelling wonen, worden geïndiceerd als een verzekerde met een Wlz-indicatie lijdt aan een ziekte/aandoening en zich in de terminale levensfase bevindt, dat wil zeggen een levensverwachting heeft van korter dan drie maanden, en indien de zorgvraag aan alle onderstaande criteria voldoet:
 - er is noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg die in het reeds geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is en;
 - er is noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust en;
 - er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines, en noodzaak van continue nabijheid van zorg.
- c. Verzekerden die op basis van een Wlz-indicatie wonen in een kleinschalig wooninitiatief die zijn aangewezen op palliatief terminale zorg hebben recht op zorgprofiel VV beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg vanuit de Wlz.

11 Verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, derde lid van de Wlz (verzekerden met een 'laag' zorgprofiel/ZZP) worden beschouwd als verzekerden met een Wlz-indicatie indien zij zijn opgenomen in een Wlz-instelling. Als deze verzekerden hun zorg thuis via de Wmo 2015 of hun zorgverzekering ontvangen, worden zij beschouwd als verzekerden zonder Wlz-indicatie.

12 Een kleinschalig wooninitiatief conform artikel 3.1.4 Blz is geen Wlz-instelling.

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

Indicatiecriteria die beide van toepassing zijn op dit zorgprofiel:

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

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

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

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

- Welke zorginterventies hebben plaatsgevonden om de bijzonder ernstige gedragsproblematiek te verminderen. Dit zijn bijvoorbeeld behandeling (eventueel medicamenteus/therapieën/video-opnames), specifieke benadering, groepsgrootte, woonvorm, inzet gespecialiseerd personeel.
 - Tot welk resultaat de zorginterventies hebben geleid (evaluatie rapport).
 - Een onderbouwde conclusie (op basis van het voorgaande) dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met de reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid.
2. Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) volledig rapport van de CEP-score, opgesteld door meerdere deskundigen onder eindverantwoordelijkheid van een gedragsdeskundige. Uit de score blijkt dat de vastgestelde chronische gedragsproblematiek een zwaarte heeft van ten minste 3.
 3. Indien er met het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) een consultatietraject is gedaan, de door het CCE uitgebrachte (advies)rapportage.

Zorgprofielen LVG, Licht Verstandelijk Gehandicapt

Jongvolwassenen met een licht verstandelijke handicap met daarnaast meervoudige problematiek zoals beperkt sociaal aanpassingsvermogen en ernstige, chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problemen, behoren tot de doelgroep Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG). De problematiek bij deze verzekerden komt vaak voor in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

Als er voor verzekerden uit de doelgroep een noodzaak is tot integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling en ze voldoen aan de criteria voor opname in deze instelling, wordt een zorgprofiel uit de reeks LVG-zorgprofielen geïndiceerd. De noodzaak tot een integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling wordt aangegeven bij de aanvraag en onderbouwd door een betrokken behandelaar.

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

- behandelperspectief/prognose. Uit de onderzoeksgegevens moet blijken dat er perspectief is dat de gevraagde behandeling leidt tot verbetering in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de verzekerde, geformuleerd in een concreet behandeldoel. De behandeling moet een multidisciplinair karakter hebben, gecoördineerd door een Wlz-behandelaar waarbij tijdens de intake- en diagnostiekfase is gebleken dat intramurale opname en behandeling noodzakelijk is;
- niveau van verstandelijk functioneren: een IQ tussen 50 en 85;
- de leeftijd waarop de indicatie wordt gesteld is tussen 18 en 23 jaar. Voor de leeftijdsgroep vanaf 21 jaar geldt dat er meestal sprake is van voortgezette hulpverlening die het karakter

- heeft van woon- en vaardigheidstraining;
- er is sprake van ernstige gedragsproblemen. De bepaling van de ernst van de gedragsproblemen wordt ontleend aan een medisch of gedragskundig rapport dat bij de aanvraag wordt aangeleverd of wordt opgevraagd in verband met onderzoek van het CIZ.

Voor verzekerden met een lichte verstandelijke handicap die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht, zonder noodzaak tot behandeling in een LVG-behandelinstelling, is geen LVG-zorgprofiel aan de orde. Mogelijk is er wel recht op een zorgprofiel in de reeks VG.

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

Bij Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte cliënten (SGLVG-clënten) is sprake van onbegrepen en risicovol gedrag dat wordt veroorzaakt door een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen al dan niet in combinatie met psychiatrische problemen. De problematiek komt tot uiting in alle facetten van het leven: (gezins)systeem, wonen, werken en vrije tijd. De problemen versterken elkaar en zijn vaak onderling met elkaar verweven. Hoewel er doorgaans ook sprake is van (actieve) psychiatrische problematiek wordt deze categorie verzekerden meestal onder de grondslag verstandelijke handicap geïndiceerd. De reden hiervoor is dat de gedragsproblemen/stoornissen sterk verweven zijn met de licht verstandelijke beperking. De behandeling van deze problemen moet aansluiten bij het cognitieve niveau van de verzekerde.

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

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

- er is een behandelperspectief en een behandelprognose;
- een multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk;
- verzekerde heeft een IQ tussen de 50 en 85;
- de leeftijd van verzekerde ligt meestal tussen 18 en 55 jaar;
- verzekerde heeft ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen;
- er is sprake van comorbiditeit van psychiatrische problemen en/of ontwikkelingsstoornissen;
- er is sprake van ernstige handelingsverlegenheid van de omgeving vanwege deze problematiek;
- eerdere behandeltrajecten hebben niet (voldoende) resultaat gehad.

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

Bijlage 2 Grondslagen

1 Algemeen

Deze bijlage kan worden aangehaald als 'bijlage Grondslagen'.

Op deze bijlage is de bijlage 'Algemeen' van toepassing.

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

2 Aandachtspunten

Vaststellen grondslag

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

Eén grondslag of meer grondslagen

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

Grondslag met de meeste invloed op de zorgbehoefte

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

3 De vijf grondslagen

3.1 Somatische aandoening of beperking

Een somatische aandoening of beperking vindt zijn oorzaak in een actuele somatische ziekte of aandoening. Een somatische aandoening die gekenmerkt wordt door progressief beloop of wisselend stabiele/instabiele fases en die bij verergering door medische en/of paramedische behandeling eventueel nog kan verbeteren heeft dus als grondslag somatische aandoening of beperking. In sommige situaties bereikt een (chronische) somatische aandoening op enig moment een "eindstadium" waarin geen functionele verbetering meer te verwachten is. Wanneer sprake is van blijvende beperkingen, veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel), dan is de grondslag somatische aandoening of beperking niet meer aan de orde en is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Bij twijfel over de vraag of er een eindstadium is bereikt, wordt de behandelend arts geraadpleegd.

Bij zorg in de terminale¹³ levensfase is altijd de grondslag somatische aandoening of beperking van toepassing. De laatste levensfase is aangebroken als het overlijden binnen afzienbare tijd verwacht wordt en de behandeling niet meer gericht is op genezing of verbetering, maar op verlichting van het lijden.

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)

Er is sprake van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)¹⁴ als lichamelijke klachten langer dan enkele weken duren en als er bij adequaat medisch onderzoek geen aandoening is gevonden die de lichamelijke klachten voldoende verklaart.

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

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

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

Indien de medisch adviseur van het CIZ, na overleg met de curatieve sector de overtuiging heeft dat de situatie onomkeerbaar is en de beperkingen blijvend zijn, dan is een Wlz-indicatie mogelijk.

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

3.2 Lichamelijke handicap

Ook een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. Wanneer sprake is van beperkingen als gevolg van stoornissen van het zenuwstelsel en het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering) en er geen sprake is van een terminale situatie¹⁵, dan is de grondslag lichamelijke handicap van toepassing. Het vaststellen van de mogelijkheid tot een functionele verbetering is aan de behandelend arts.

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

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

15 zie ook voetnoot 13.

3.3 Psychogeriatrische aandoening of beperking

De psychogeriatrische grondslag wordt gevormd door een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen waarbij er aanwijzingen zijn voor een significante cognitieve achteruitgang ten opzichte van een eerder niveau van functioneren, in een of meer cognitieve domeinen (complexe aandacht, executieve functies, leervermogen en geheugen, taal, perceptueel-motorisch of sociaal cognitief).

De substantiële beperking in de cognitieve prestaties is bij voorkeur vastgesteld met gestandaardiseerde neuropsychologische tests, of, als die er niet zijn, een ander gekwantificeerd (klinisch) onderzoek.

De cognitieve deficiënties doen zich niet alleen voor in de context van een delirium en zij kunnen niet worden verklaard door een psychische stoornis (zoals een depressieve stoornis, schizofrenie).

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

3.4 Verstandelijke handicap

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

Deficiënties in het intellectueel functioneren worden zowel vastgesteld door een professionele beoordeling als door een geïndividualiseerde gestandaardiseerde intelligentie test.

Deficiënties in het adaptief functioneren leiden er toe dat verzekerde zonder blijvende ondersteuning niet zelfstandig kan functioneren in het dagelijks leven.

Er is daarom sprake van een grondslag verstandelijke handicap:

- als een verzekerde een normscore van 70 of lager behaalt op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- er dusdanige beperkingen in het adaptief functioneren zijn vastgesteld dat verzekerde aangewezen is op blijvende ondersteuning om de deficiënties in het adaptief vermogen te beperken ten einde ernstig nadeel voor verzekerde te voorkomen en
- de beperkingen op bovengenoemde terreinen al voor het 18e jaar aanwezig¹⁶ zijn.

Afhankelijk van de ernst van de beperkingen in het adaptief functioneren, en de eventuele aanwezige gedragsproblemen, kan ook een IQ-score tussen de 70 en 85 tot een grondslag verstandelijke handicap leiden als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- De verzekerde behaalt een normscore tussen de 70 en 85 op een algemene en voor hem valide intelligentietest, en
- Uit de bovengenoemde professionele beoordeling moet blijken dat verzekerde als gevolg van zijn verstandelijke beperkingen afhankelijk is van intensieve ondersteuning in de conceptuele, sociale en praktische domeinen, ter voorkoming van ernstig nadeel voor verzekerde.

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

- Bij deze professionele beoordeling wordt ter ondersteuning van de onderzoeksbevindingen bij voorkeur gebruik gemaakt van één van de binnen de beroepsgroep gebruikelijke testen om het adaptief functioneren in kaart te brengen. In ieder geval dient uit het professionele onderzoek een duidelijk beeld verkregen te worden van de actuele stoornissen en beperkingen en de mate van ondersteuning waarop verzekerde is aangewezen.
- De beperkingen op bovengenoemde terreinen moeten al voor het 18e jaar aanwezig zijn.

3.5. Zintuiglijke handicap

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

Visuele handicap

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

Een visuele handicap valt onder de grondslag zintuiglijke handicap als er volgens de richtlijnen voor diagnostiek van de NOG¹⁷ sprake is van:

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

Auditief-communicatieve handicap

Van een auditieve stoornis is sprake als door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat.

Zoals in de FENAC¹⁸-richtlijnen voor diagnostiek is aangegeven, is er sprake van een auditieve stoornis indien:

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

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

Spraak-/taalstoornis

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

- Spraakproductie (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit).

¹⁷ Nederlands Oogheekkundig Gezelschap.

¹⁸ Nederlandse Federatie van Audiologische Centra.

- Spraakperceptie (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt).
- Morfo-syntactische kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite met begrijpen wat anderen zeggen).
- Lexicaal-semanticke kennis (receptief en productie bijvoorbeeld moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken).

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

Een spraak-/taalstoornis wordt onder de grondslag zintuiglijke handicap vastgesteld als:

- de communicatieproblemen zodanig ernstig zijn dat verzekerde afhankelijk is van een-op-een begeleiding in de communicatie en daarbij een blijvende multidisciplinaire aanpak voor zijn communicatieproblemen nodig heeft, en
- er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen, en
- de spraak-, taalstoornis¹⁹ op zich zelf staat, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrische, fysiologische, neurologische, cognitieve) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

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

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

Bijlage 3 Gebruikelijke zorg

1. Gebruikelijke zorg

Deze bijlage geeft nadere invulling aan hetgeen met 'redelijkerwijs' is bedoeld in artikel 3.2.1 lid 1 Wlz, en de Memorie van Toelichting bij de Wlz, hoofdstuk 2.2.1 (Zorginhoudelijke toegangscriteria). Deze bijlage is van toepassing op bijlage 1 'Algemeen' van de beleidsregels indicatiestelling Wlz en kan worden aangehaald als 'bijlage Gebruikelijke zorg'.

Gebruikelijke zorg is de dagelijkse verzorging en opvoeding die (pleeg)ouders/wettelijk vertegenwoordigers aan kinderen geacht worden te bieden. Dit geldt ook als de ouder de gebruikelijke zorg vanwege een eigen aandoening, beperking, stoornis of handicap niet kan bieden. Het CIZ onderzoekt de zorgbehoefte van een kind mede op basis van de in deze bijlage opgenomen 'Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd'.

Als een kind niet bij (een van) de ouder(s) kan wonen, vanwege de onmogelijkheden van de ouder(s) om een veilig thuis te bieden en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s), is verblijf op grond van de Jeugdwet aan de orde.

Gebruikelijke zorg:

- het door ouders aan kinderen bieden van een woonomgeving waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat en zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans die nodig is bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid, is voor alle leeftijden gebruikelijke zorg.
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid is gebruikelijke zorg afhankelijk van de leeftijd van het kind (zie richtlijn). Hiermee wordt bedoeld dat zorg en toezicht gedurende het gehele etmaal in de nabijheid nodig is zonder dat daarbij permanente actieve observatie nodig is. Het gaat hier om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is wel nodig op zowel geplande als ongeplande momenten en ook voortdurend in de nabijheid. Dit is gebruikelijke zorg omdat ook een kind met een normaal ontwikkelingsprofiel tot een bepaalde leeftijd
 1. niet zelf de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten, of
 2. niet zelf in staat is om op relevante momenten adequaat hulp in te roepen om ernstig nadeel te voorkomen, of
 3. ook vaak op ongeplande momenten zorg in de zin van begeleiding of overname van zelfzorg nodig heeft.
- 'permanent toezicht' in de zin van onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen, valt niet onder gebruikelijke zorg. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor verzekerde kan worden voorkomen²⁰. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) misgaan.

²⁰ Dit betekent niet dat elk kind dat permanent toezicht nodig heeft onder de Wlz valt. Immers, als het permanent toezicht nodig heeft vanwege complexe somatische of lichamelijke problematiek, zoals beschreven onder 'Intensieve kindzorg vanuit de zorgverzekeringwet' in bijlage algemeen, dan wordt de zorg geleverd uit de Zw. Als permanent toezicht nodig is vanwege ernstige gedragsproblematiek, dan is behandeling eerst aangewezen, voordat kan worden beoordeeld of sprake is van blijvende zorgbehoefte.

Bij de beoordeling van Gebruikelijke zorg wordt gebruik gemaakt van de Richtlijn die hieronder is opgenomen. Het uitgangspunt van de Richtlijn is de zorg die ouders volgens heersende maatschappelijke opvattingen moeten bieden aan kinderen zonder beperkingen, rekening houdend met verschillen die bij kinderen in dezelfde leeftijdscategorie bestaan.

2. Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd²¹

Kinderen van 0 tot 3 jaar

- hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen;
- hebben voortdurend, dat wil zeggen op geplande en ongeplande momenten, overname van zelfzorg nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Kinderen van 3 tot 5 jaar

- hebben zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen;
- hebben overdag voortdurend begeleiding en overname van zelfzorg nodig;
- hebben 's nachts soms nog begeleiding en overname van zelfzorg nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

NB: deze zorg voor kinderen vanaf 3 jaar is geen gebruikelijke zorg als is vastgesteld dat het gaat om een kind met ernstige meervoudig complexe handicaps (MCG), ook wel genoemd ernstige meervoudige beperkingen (EMB). MCG/EMB kinderen hebben een ernstige verstandelijke beperking met een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief en een motorische beperking. Meestal is ook sprake van zintuiglijke problemen (waaronder prikkelverwerkingsstoornissen) en/of somatische aandoeningen.

Kinderen van 5 tot 8 jaar

- hebben zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen;
- hebben overdag nog voortdurend begeleiding nodig;
- hebben overdag op geplande en soms op ongeplande momenten hulp bij of overname van zelfzorg nodig;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Kinderen van 8 tot 18 jaar

- hebben geen zorg in de nabijheid nodig omdat zij in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel voor henzelf te voorkomen;
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig en passend bij hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

21 Dit is een niet limitatieve lijst.

Colofon

Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017

december 2016

Dit is een uitgave van het Centrum indicatiestelling zorg.

Vormgeving

Slooves Grafische Vormgeving, Grave

CIZ

Postbus 2690

3500 GR Utrecht

T 088 – 789 10 00

www.ciz.nl

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