

Casuïstiek

Zvw, Wmo, Wlz en Jeugdwet



Deze casuïstiek is verzameld binnen de gemeenten uit de regio's die onderdeel uitmaken van de 'Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's'. De antwoorden van Menzis zijn alleen op deze regio's van toepassing en vallen binnen de afspraken van de Werkagenda. Aan deze antwoorden kunnen geen rechten worden ontleend. Periodiek worden deze vragen en antwoorden geüpdatet en verspreid onder de samenwerkingspartners.

Dit document is een product van de [Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's](#).
Samen werken we aan goede gezondheid voor onze inwoners en verzekerden.

Datum

21 maart 2020

Referentie

24 februari 2020, 2^e update

Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's.....	4
1.2	Afspraken over samenwerking binnen de Werkagenda bij onduidelijke casuïstiek	4
1.3	Werkwijze bij individuele casuïstiek.....	5
1.4	Wat staat er in dit document?	6
2	Casuïstiek grensvlak Wmo – Zvw	7
2.1	Kwetsbare ouderen.....	7
2.2	Palliatief terminale zorg	8
2.3	Persoonlijke verzorging	9
2.4	Zorg tijdens kortdurend verblijf Wmo	14
2.5	Vergoeding hulp bij huishouden	14
3	Casuïstiek grensvlak Wmo – Wlz	15
3.1	Beschermde Wonen	15
3.2	Modulair Pakket Thuis en Volledig Pakket Thuis	16
3.3	Nachtzorg	19
3.4	Wmo voorzieningen voor cliënten buiten Wlz- instelling (of op wachtlijst)	20
3.5	ZZP LVG	23
3.6	Hulpmiddelen	23
3.7	24 uren zorg.....	24
4	Casuïstiek grensvlak Wmo – Zvw – Wlz	26
4.1	Spoedzorg	26
4.2	Uitval van respijtzorg	28
5	Casuïstiek grensvlak Zvw – Jeugdwet	31
5.1	Hulp, ondersteuning en zorg op school	31
5.2	Intensieve kindzorg.....	32
6	Casuïstiek grensvlak Zvw – Wlz	33
6.1	Weigering aanvraag Wlz indicatie	33
7	Casuïstiek grensvlak Jeugdwet – Wlz	36
7.1	Overgang Jeugdzorg naar ander domein	36

1 Inleiding

1.1 Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's

Deze casuïstiek maakt onderdeel uit van de 'Werkagenda Menzis, gemeenten en regio's'. De Werkagenda is een samenwerking tussen Menzis en de gemeente Den Haag en (regio)gemeenten Arnhem, Enschede (Twente), Groningen, de Achterhoek en FoodValley. Daarbij geven zij gezamenlijk invulling aan de verantwoordelijkheden die zij hebben als gevolg van de herzieningen ten aanzien van ondersteuning en zorg sinds 2015. In de regio's waarin een groot deel van de inwoners verzekerd is bij Menzis, zijn circa 80 gemeenten en Menzis aan de slag met hun nieuwe verantwoordelijkheden als opdrachtgever en financier, om samen te zorgen voor een samenhangend en betaalbaar aanbod van ondersteuning, hulp en zorg.

Het gezamenlijke streven is om te zorgen voor een betere gezondheid voor burgers met een effectieve inzet van middelen.

1.2 Afspraken over samenwerking binnen de Werkagenda bij onduidelijke casuïstiek

Binnen de Werkagenda zijn afspraken gemaakt over de samenwerking tussen Menzis en gemeenten ten behoeve van zorgcontinuïteit en snelle afhandeling bij onduidelijkheden.

Uitgangspunt: de klant is nooit de dupe

Het bieden van continuïteit van de zorg en/of ondersteuning (bestaande klanten) en een snelle oplossing voor de klant (bestaande en nieuwe klanten) zijn daarbij het belangrijkste uitgangspunt. Als Menzis en een gemeente er niet snel uitkomen wie verantwoordelijk is voor de financiering van de zorg die een klant nodig heeft, wordt in onderling overleg direct besloten worden wie in het belang van de klant tijdelijk de zorg voor de klant regelt en betaalt. Zo wordt tijd gekocht om samen tot overeenstemming te komen over een permanente oplossing, zonder dat de klant daar de dupe van wordt.

Hoe organiseren we dat?

1. We maken met de gemeenten binnen de Werkagenda en de gemeenten in de regio's een *procesafspraken* over hoe we in onderlinge afstemming casuïstiek behandelen. Het proces is erop gericht zo snel mogelijk de onduidelijkheid op te lossen.
2. Als dit niet gelijk kan, wordt er in ieder geval een *tijdelijke oplossing* voor de klant of specifieke groepen van klanten afgesproken.

1.3 Werkwijze bij individuele casuïstiek

1. Contact tussen contactpunt van de gemeente en Zorgadvies van Menzis

Als er onduidelijkheid is over wie verantwoordelijk is voor de zorg zal de klant of aanbieder zich waarschijnlijk melden bij de Zorgadviseur van Menzis of het klantcontactcentrum (KCC)¹ van een gemeente. Als uit het verhaal van de klant blijkt dat gemeente en Menzis verschillend denken over wie de financier is, zoeken deze aanspreekpunten onderling contact om de situatie te bespreken en samen naar een oplossing te zoeken.

Dit zal naar verwachting al in een groot deel van de situaties tot een snelle oplossing leiden. Menzis en gemeenten hanteren een *maximumtermijn van 2 werkdagen* indien de klant op dat moment verstoken is van zorg en/of ondersteuning. Indien de omstandigheden van de klant daarom vragen, moet de oplossing sneller worden geboden.

2. Opschaling naar overleg tussen Menzis en gemeente op hoger niveau

Indien er geen oplossing gevonden wordt in het overleg tussen deze partijen, wordt opgeschaald naar de contactpersoon van de gemeente en de contactpersoon van Menzis. Dit overleg kan twee uitkomsten hebben: de vraag van de klant wordt definitief opgelost of de permanente oplossing wordt niet gevonden en er wordt een tijdelijke oplossing afgesproken. Aan de klant en de zorgaanbieder wordt gecommuniceerd dat het een tijdelijke oplossing betreft. Een van beide partijen regelt en betaalt de zorg tijdelijk (wie dit is hangt af van welke zorg het betreft; welke partij kan dit het gemakkelijkst regelen). In de tussentijd worden volgende stappen genomen om tot een permanente oplossing te komen. Indien achteraf blijkt dat niet de juiste partij de zorg gefinancierd heeft, vindt z.s.m. verrekening plaats.

3. Escalatie naar VWS

Als Menzis en de betreffende gemeente er samen niet uit kunnen komen – bijvoorbeeld omdat de wetgeving te onduidelijk is – leggen zij de situatie gezamenlijk voor aan VWS. Op basis van deze uitkomsten wordt een permanente oplossing voor de klant geregeld. Dit kan parallel plaatsvinden aan het in gang zetten van tussenoplossingen.

4. Van tijdelijke naar permanente oplossingen en verrekening

Er wordt een termijn verbonden aan de periode dat een tijdelijke oplossing ‘onderzocht’ wordt en bepaald wordt of deze definitief is, zodat het risico dat zoeken naar permanente oplossing te lang duurt en dus onterechte financiering doorloopt. Hiervoor wordt alsnog een termijn van *4 weken* gehanteerd. Permanente oplossingen worden vertaald naar casuïstiek, die in gezamenlijkheid tot stand komen.

5. Regionaal optrekken en kennis delen

Om te voorkomen dat dezelfde casuïstiek zich ook voordoet bij andere gemeenten wordt bestaande casuïstiek en oplossingen binnen de structuur van de Werkagenda gedeeld met de convenantgemeenten en de achterliggende regio's.

¹ Bij elke gemeente verschilt de entiteit die het eerste aanspreekpunt is voor klanten of aanbieders en de afspraken over wie welke vragen beantwoordt. Zo worden in Arnhem vragen door het KCC doorgezet naar de wijkteams. Voor de helderheid wordt in deze memo de naam klantcontactcentrum gebruikt.

1.4 Wat staat er in dit document?

In dit document is verzamelde casuïstiek opgenomen waarbij knelpunten zijn gesignaleerd rondom de grensvlakken tussen de verschillende wetten binnen de regio's van de Werkagenda. Daarbij kan onduidelijkheid ontstaan over bekostiging, verantwoordelijkheden etc. Deze casuïstiek wordt continu verzameld en toegevoegd aan dit document. Er zullen dan ook periodiek nieuwe versies worden verspreid wanneer er antwoorden zijn gevonden voor nieuwe casuïstiek.

Er wordt op twee manieren² naar oplossingen gezocht:

1. Voorgelegd aan VWS/Meldpunt het juiste loket (<https://www.informatielangdurigezorg.nl/contact>)
2. Voorgelegd aan Menzis

Wanneer voor deze casuïstiek structurele oplossingen zijn gevonden worden ze:

3. Opgenomen in de Casuïstiek Werkagenda en worden verspreid in de regio's van de Werkagenda.

² Behalve het voorleggen van deze vragen aan Menzis of VWS zijn partners van de Werkagenda zelf ook aan de slag om tot oplossingen te komen.

2 Casuïstiek grensvlak Wmo – Zvw

2.1 Kwetsbare ouderen

Vraag 1:

Een gemeente heeft te maken met een klant (75 jaar) met leeftijd gerelateerde beperkingen en artrose. De klant krijgt hulp bij het douchen. Valt dit onder de Wmo of de Zvw? De klant heeft ook nog een visuele beperking. Betreft dit de Wmo of Zvw?

Antwoord:

Deze casus geeft weinig informatie voor een goed oordeel. De combinatie van een visuele beperking met artrose kan een verhoogd valrisico inhouden bij het douchen, maar hoe ernstig zijn de artrose en de visuele beperkingen, en welke aanpassingen zijn nog mogelijk? Een bezoek door een wijkverpleegkundige lijkt hier nodig om tot een oordeel te komen, waarin ook de mogelijkheden voor aangepaste voorzieningen in de douche worden opgenomen.

(Bron: Menzis)

2.1.1 Casemanagement dementie (zie ook [Dementie, wat nu?](#))

Vraag 2:

Wanneer valt begeleiding / casemanagement bij dementie onder de verantwoordelijkheid van gemeenten (Wmo) en wanneer onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar (Zvw)?

Antwoord:

Coördineren, organiseren en regie voeren. Deze kernelementen van casemanagement zijn inherent aan het leveren van goede multidisciplinaire zorg. Het is daarom geen aparte te verzekeren prestatie, maar onderdeel hiervan. Het is ook geen aparte zorgvorm als diagnostiek of indicatiestelling. Vergoeding kan vanuit de Zvw of vanuit de Wmo. Het valt onder de Zvw als de nadruk ligt op de coördinatie en organisatie van geneeskundige zorg. Casemanagement valt onder de Wmo als de verzekerde maar af en toe een arts of verpleegkundige ziet en de coördinatie en organisatie vooral de maatschappelijke ondersteuning betreft, zoals huishoudelijke zorg of dagbesteding. *(Bron: zorginstituut nederland)*

Vraag 3:

Ten aanzien van de inzet van de Wmo voordat de indicatie dementie wordt vastgesteld en de casemanager dementie ingezet kan worden: kan er al in een vroeg stadium bij de eerste signalen al gekeken worden of iemand begint te dementeren? Wie besluit of bepaalt dat? En betaalt dat?

Antwoord:

Als er een begeleidingsvraag is, is het niet bij voorbaat relevant wat de oorzaak van deze vraag is.

Het begin van dementie is niet exact vast te stellen. Er zijn wellicht symptomen als vergeetachtigheid, maar die kunnen ook veroorzaakt worden door andere ziekten, sociale problemen of ouderdom. Het begeleiden van ouderen die dreigen weg te glijden door vereenzaming of wellicht een beginnende dementie (achteraf vast te stellen) is vooral om er voor te zorgen dat ze sociaal en fysiek actief blijven. Als er vragen zijn of er daadwerkelijk sprake is van dementie dan is de huisarts de aangewezen functionaris.

(Bron: Menzis)

2.2 Palliatief terminale zorg

Vraag 4:

Het is niet duidelijk of begeleiding van patiënten die palliatief terminale zorg ontvangen onder de Wmo of de Zvw vallen. Hoe zit dat?

Antwoord:

Patiënten die in de terminale fase in de thuissituatie of in een hospice zonder WTZi indicatie persoonlijke verzorging, verpleging en de daarbij behorende begeleiding krijgen, vallen voor deze zorg en ondersteuning volledig onder de Zvw. Zie voor meer informatie:

<https://www.informatielangdurigezorg.nl/soorten-zorg/palliatief-terminale-zorg>

Daarnaast kan er ook altijd nog sprake zijn van behoefte aan Wmo zorg bv mantelzorgondersteuning of huishoudelijke begeleiding.

(Bron: Menzis)

Vraag 5:

In 2014 werden de zorgkosten voor cliënten die terminaal waren of binnenkort zouden worden betaald uit het ZZP (AWBZ). Zij kregen dan vanuit het CIZ een ZZP GGZ 6 waaruit alle zorgkosten betaald konden worden.

De RIBW kon dan de coördinator in de zorgverlening zijn en kon na behoefte meer of minder zorg inkopen. Daardoor konden we de zorg flexibel inzetten rondom de cliënt. Er werden bijvoorbeeld verpleegkundigen ingehuurd om de zorg en handelingen voor een terminale cliënt te verlenen. Het budget vanuit een ZZP GGZ 6 was daarvoor altijd toereikend:

- inzet van RIBW medewerkers die 16 uur per dag bij betreffende cliënt aanwezig waren en niet verpleegkundige of verzorgende taken zoals aanwezigheid bij cliënt,
- alle zorg coördineren zowel overdag als 's nachts;
- inzet van nachtverpleegkundigen,
- overdag kwam Buurtzorg op behoefte en of noodzaak vanwege een verpleegkundige handeling langs.

Hoe kunnen we iemand beschermd laten wonen, zonder dat deze persoon naar een hospice of ziekenhuis moet, maar wel de noodzakelijke medische en onplanbare zorg krijgt?

Antwoord:

Allereerst moeten we onderscheid maken in Beschermd wonen via de Wmo of via de Wlz. In dit laatste geval is de Wlz verantwoordelijk voor bekostiging van de palliatieve zorg. In de Wlz

zijn regelingen om tijdelijk de noodzakelijke extra kosten te financieren voor Wlz geïndiceerde mensen.

Indien er sprake is van beschermd wonen ten laste van de Wmo, kunnen zorgverzekeraars aanvullende palliatieve zorg via de wijkverpleging bekostigen wanneer het gaat om specifieke verpleegkundige handelingen. Als dit niet aan de orde is, valt de palliatieve zorg onder de verantwoordelijkheid van de Wmo.

(Bron: Menzis)

2.3 Persoonlijke verzorging

Vraag 6:

De afbakening van de persoonlijke verzorging die onder de Wmo valt en die onder de Zvw valt is niet duidelijk, met name bij nieuwe gevallen. Kan hiervoor een aangescherpte formulering worden gegeven?

Antwoord:

Algemene opmerking:

Zowel de Wmo als de aanspraak Wijkverpleging in de Zvw zijn zo ingericht dat er regelruimte is om op lokaal- en individueel niveau voorzieningen en zorg op maat te kunnen bieden. We onderschrijven de noodzaak om voor grijze gebieden en grensgevallen kaders te bieden om lastige casuïstiek op te lossen. Het is echter niet de bedoeling en niet mogelijk om algemeen geldende richtlijnen op te stellen voor alle voorkomende casuïstiek.

De algemene regel is dat indien de persoonlijke verzorging onderdeel is van een op participatie gerichte ondersteuning dan valt dat onder de Wmo (dit kan ook het geval zijn als er sprake is van het daadwerkelijk overnemen van verzorgende handelingen) en indien de persoonlijke verzorging samenhangt met een geneeskundige behandeling of een groot risico daarop dan valt het onder de Zvw. Alles daar tussenin is maatwerk waarvoor algemene kaders zijn te geven, maar waarbinnen professionals ruimte hebben om samen met de cliënten en diens omgeving maatwerk te leveren. Het hangt af van de situatie van de cliënt en de mogelijkheden van diens sociale netwerk. Werkende oplossingen moeten gemaakt worden in de praktijk samen met de zorgvrager.

We gaan er vanuit dat dit soort casuïstiek besproken wordt in de relatie tussen wijkverpleegkundige, huisarts en wijkteams en dat daar een passende oplossing wordt gevonden, die gemotiveerd en onderbouwd wordt in de vorm van een zorgplan.

(Bron: Menzis)

Zie voor specifieke informatie over het onderscheid de website:

<https://www.informatielangdurigezorg.nl/ondersteuning-thuis/welke-wet/verschillen>

(Bron: Menzis)

2.3.1 Psychische beperking en/of somatische aandoening

Vraag 7:

Een cliënte met een psychiatrische grondslag voor persoonlijke verzorging gaat per 1 januari 2015 over naar de Wmo. In verband met een tijdelijke somatische aandoening heeft ze extra persoonlijke verzorging (bijna verdubbeld). Wie is in dat geval verantwoordelijk voor de persoonlijke verzorging?

Antwoord:

Wanneer er tijdelijk extra persoonlijke verzorging is vanwege tijdelijke somatische problemen, dan kan deze tijdelijk bekostigd worden vanuit de Zvw. Dit wordt geïndiceerd door de wijkverpleegkundige. Wanneer de somatische problemen voorbij zijn, kan deze tijdelijke constructie weer beëindigd worden en wordt de persoonlijke verzorging weer vanuit de Wmo bekostigd.

(Bron: Menzis)

Vraag 8:

Komt gedurende de tijdelijke fase met extra persoonlijke verzorging door een somatisch probleem, alleen de extra persoonlijke verzorging voor rekening van de zorgverzekeraar of de volledige persoonlijke verzorging (dus inclusief het deel dat voorheen gefinancierd werd uit de Wmo)?

Antwoord:

Het gaat niet om de grondslag somatische aandoening, maar om het criterium 'behoefte hebben aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop'. Indien een wijkverpleegkundige vaststelt dat de cliënt voldoet aan dit criterium, stopt het overgangsrecht op PV uit de Wmo 2015 en ontvangt de cliënt alle PV vanuit de Zvw. Zodra de somatische aandoening is verdwenen/verminderd en de zorgvraag zodanig is veranderd dat het niet langer voldoet aan het Zvw criterium, zal de cliënt de PV uit de Wmo 2015 krijgen, indien de zorgvraag voldoet aan het criterium van de Wmo 2015 (ondersteuning bij ADL). Dit zal door de gemeente tijdens een onderzoek worden vastgesteld. Enkel het hebben van een somatische aandoening maakt niet dat er sprake is van een geneeskundige context, niet elke somatische aandoening leidt automatisch tot een behoefte aan geneeskundige zorg.

(Bron: VWS)

Vraag 9:

Er is persoonlijke verzorging noodzakelijk bij een cliënt met psychiatrische problematiek en somatische problematiek. De psychiatrische problematiek is prominent aanwezig, maar de noodzakelijke hulp bij de persoonlijke verzorging komt duidelijk uit de somatische aandoening voort. Onze redenering is dat dit dan valt onder de Zvw, klopt dit?.

Antwoord:

De aard van de persoonlijke verzorging is niet relevant, deze is meestal van somatische aard. De vraag is of de persoonlijke verzorging samenhangt met een op participatie gerichte begeleiding of samenhangt met een geneeskundige behandeling. Oftewel, waarom kan de cliënt niet in zijn eigen persoonlijke verzorging voorzien, zou iemand wel zichzelf kunnen verzorgen als er geen sprake was van psychiatrische problematiek? De meeste geëigende aanbieder zou in dit geval wellicht een op somatische zorg ingerichte (thuiszorg) aanbieder kunnen zijn.

(Bron: Menzis)

2.3.2 Maaltijdvoorzieningen

Wie is verantwoordelijk en financiert het klaarmaken en aanreiken van de maaltijd?

Onderstaande vragen zijn allen verschillende vragen/varianten op bovenstaande hoofdvraag. Er is al langere tijd discussie over de ondersteuning bij de maaltijd, wie dat zou moeten bieden en hoe dit dan gefinancierd zou moeten worden.

In de werkagenda hebben Menzis en gemeenten hier meerdere bijeenkomsten over georganiseerd waarbij duidelijk werd dat gemeenten en zorgaanbieders Wijkverpleging hier verschillend mee omgaan.

Via de landelijke tafel ZN-VNG is er een factsheet maaltijdvoorziening ontwikkeld die richting geeft aan de oplossing.

[De factsheet is hier te vinden.](#)

Notie Menzis (Wlz)

Via een zorgaanbieder (ouderenzorg) heeft Menzis een aanvraag voor overbruggingszorg ontvangen. In deze aanvraag werd aangegeven dat er Begeleiding Individueel ingezet zou gaan worden voor maaltijdvoorziening. De dochter van deze mevrouw heeft aangegeven dat de gemeente de maaltijdvoorziening stopgezet heeft bij het ingaan van de Wlz-indicatie.

Echter is maaltijdvoorziening niet inbegrepen in een MPT/overbruggingszorg. Pas wanneer de klant opgenomen wordt in een zorginstelling met verblijf, zal de klant maaltijdvoorziening vanuit de Wlz vergoed krijgen.

Modulair Pakket Thuis (MPT)/overbruggingszorg

- Persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding individueel en begeleiding groep
- Bevat in principe géén behandeling, tenzij apart aangevraagd
- Bevat wel huishoudelijke verzorging
- Bevat wel het ondersteunen bij het klaarmaken van maaltijden

Volledig Pakket Thuis (VPT)

- Bevat alle zorg die onder de Wlz valt, met uitzondering van huisvesting/huur appartement
- Afhankelijk van de afspraken met het zorgkantoor, kan het VPT wel/geen behandeling bevatten
- Bevat wel huishoudelijke verzorging
- Bevat wel maaltijdvoorziening

Opname in een instelling

- Omvat alle zorg: behandeling, huishoudelijke verzorging, maaltijdvoorziening, reguliere zorg.

Vraag 10:

Voorheen hielpen wijkverpleegkundigen met maaltijden (ontbijt maken en warme maaltijd opwarmen). Zij geven aan dit nu niet meer te mogen doen, omdat dit ondersteuning is die onder de Wmo valt. De mensen melden zich nu bij de gemeenten. Onze insteek is verwijzen naar algemene voorzieningen als tafeltje dekje of open eettafels. Hoe gaan we hier slim mee om?

Antwoord:

Soms is een algemene voorziening niet de juiste oplossing voor een klant en zal er een meer individuelere oplossing gezocht moeten worden. Bijvoorbeeld door vrijwilligers in te zetten of de maaltijden warm te brengen in plaats van gekoeld met magnetron.

Waar er geen afspraken waren tussen gemeenten en zorgaanbieders komt het probleem nu naar voren. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben voor dit soort situaties [een factsheet Maaltijdondersteuning](#) ontwikkeld.

NB. Er is geen wetgeving die bepaald dat wijkverpleegkundigen niet mogen helpen met de maaltijd. Het staat gemeenten vrij om, als een inwoner is aangewezen op individuele maaltijdondersteuning, hiervoor een thuiszorgaanbieder in te zetten en deze te financieren.

(Bron: Menzis)

Vraag 11:

Een mevrouw (70 jaar) heeft cardiale problemen (geen cognitieve problemen), waardoor ze zeer beperkt is in haar mobiliteit. Ze heeft een beperkt uithoudingsvermogen; lopen naar de keuken is al teveel voor haar. Ze zit hele dagen in de stoel thuis en loopt alleen 's ochtends en 's avonds van- en naar de slaapkamer (en naar het toilet). Thuiszorg (wijkverpleegkundige) geeft aan dat mevrouw hulp nodig heeft bij het klaarmaken en aanreiken van de maaltijd. De zeer beperkte inspanningstolerantie zorgt ervoor dat mevrouw voor deze activiteiten niet zelf zorg kan dragen. Ook is er geen sociaal netwerk die een structurele oplossing kan bieden (geeft de wijkverpleegkundige aan).

De zorgverzekeraar geeft aan dat deze activiteit niet door hen wordt vergoed, maar dit tot het domein van de gemeente behoort. Wijkverpleging heeft nu vier zorgmomenten per dag en biedt op dit moment nog hulp bij deze activiteit (vergoeding verloopt op dit moment via de zorgverzekeringswet) tot dat de gemeente een maatwerkvoorziening heeft gesteld.

Toelichting:

Indien het gekoppeld kan worden aan een zorgmoment dan is het in kader van zo min mogelijk hulpverleners over de vloer een oplossing dat de wijkverpleging ook de maaltijd aanreikt (bijvoorbeeld 's ochtends bij de ADL ondersteuning of 's middags bij moment van verpleging), mits dat in korte tijd uitvoerbaar is. Uiteindelijk zal de gemeente ook voor dit soort casuïstiek een maatwerkvoorziening moeten organiseren, bijvoorbeeld door afspraken te maken met zorgaanbieders zoals hierboven is beschreven. Het is niet opportuun dat wijkverpleging apart voor de maaltijdvoorziening langs gaat komen.

(Bron: Menzis)

2.3.3 Toedienen van medicatie

Vraag 12:

Een meneer met schizofrenie moet medicatie toegediend krijgen. Zou dit dan vanuit de Wmo geleverd moeten worden?

Antwoord:

Wat wordt hier bedoeld met toedienen van medicatie? Als het gaat om het toedienen van een injectie, is het wijkverpleging dus Zvw. Bij medicatieproblemen is de apotheker de eerst aangewezen partij om zorg te dragen voor een adequate verstrekking vorm. Vaak worden de medicijnen dan geleverd in een systeem waarin alle medicijnen per moment in afzonderlijke zakjes zitten (zgn. Baxter). De cliënt heeft dan beter overzicht en kan zich vaak weer zelf redden.

Medicijnen toedienen valt ook onder de persoonlijke verzorging gekoppeld aan begeleiding. Deze professional dient hiertoe wel goed uitgerust te zijn. Goede afstemming met huisarts, apotheek of POH GGZ is noodzakelijk (conform: "De Veilige principes in de medicatieketen").

(Bron: Menzis)

Vraag 13:

Meneer heeft een indicatie voor HbH, begeleiding groep en persoonlijke verzorging. Bij het huisbezoek gaf de verzorgende aan dat zij meneer bij zijn verzorging ook de medicatie aanreiken maar dat zij dat eigenlijk niet mogen doen omdat dit onder de Wmo zou vallen. Zij komen er drie keer per dag en kunnen dit in één moeite doen. Is het dan echt de bedoeling dat wij hiervoor apart moeten gaan indiceren? Er zijn namelijk ook thuiszorgaanbieder die dan zeggen dat zij dit niet willen doen omdat ze dan ook verantwoordelijk zijn mocht er iets fout gaan?

Antwoord:

De verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid bij het ondersteunen en begeleiden van medicatie door professionals is niet afhankelijk van de financieringsvorm. Als deze cliënt niet zelf het beheer over zijn medicatie kan hebben, dan moet gekeken worden met welke hulpmiddelen hij dat wel zelf kan leren (is begeleiding). Samen met huisarts en apotheker kan worden gekeken met welke aanpassingen de cliënt dat wel zelf kan. Zodra een zorgaanbieder een actieve rol hierin heeft, moet dit volgens 'De Veilige principes in de medicatieketen'. Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg in de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de (hoofd)behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de (hoofd)behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeut e.d.) nodig. Zeker bij gespecialiseerde GGZ komt het regelmatig voor dat begeleidingsactiviteiten een wezenlijk onderdeel zijn van de behandeling. De wijkverpleegkundige kan deze activiteiten in opdracht van de behandelaar uitvoeren, echter de zorg dient gefinancierd te worden vanuit het kader GGZ. Begeleidingsactiviteiten die een niet geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van de behandelaar is vereist en waarbij geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig is, worden niet gerekend tot geneeskundige GGZ. Deze begeleidingsactiviteiten kunnen mogelijk vallen onder de Wmo 2015 Ook als er sprake is van het daadwerkelijk overnemen van de zorg.

(Bron: Menzis)

2.3.4 Specialistische zorg

Vraag 14:

Onlangs had ik een overleg met het hoofd transfer van het ziekenhuis. Zij hadden een casus, met de vraag 'waar hoort dit thuis'.

Het gaat over een jongeman met een ZP4-indicatie GGZ. Zorgaanbieder VG levert zorg. Nu heeft deze man brandwonden opgelopen en heeft specialistische wondzorg (MSVT) nodig; te indiceren door het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft de VG-aanbieder gevraagd de specialistische zorg in te zetten. De vraag is: waar moet de rekening naar toe?

Antwoord:

Medisch specialistische verpleging thuis valt bij klanten met een Wlz indicatie onder de Wlz, ongeacht de leveringsvorm. Alleen in uitzonderlijke situaties, waarbij de medisch specialist de verpleegkundige zorg direct aanstuurt, kan de verpleging ten laste van de Zvw komen. In dat geval valt het onder het DBC vanuit het ziekenhuis.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/p/persoonlijke-verzorging-begeleiding-en-verpleging-wlz/verpleging-wlz>

(Bron: Menzis)

2.4 Zorg tijdens kortdurend verblijf Wmo

Vraag 15:

Wanneer er sprake is van kortdurend verblijf geïndiceerd vanuit de Wmo, hoe regelen we dan dat er de noodzakelijke zorg wordt geboden tijdens verblijf (PV en VP)? En indien de cliënt thuis al VP/PV ontving (bijvoorbeeld van een mantelzorger of wijkverpleegkundige), hoe nemen we dan de geboden mantelzorg/wijkverpleegkundige taken mee indien sprake is van ophoging/doorzetting?

Antwoord:

Indien iemand tijdelijk wordt opgenomen vanuit de Wmo (respijtzorg ter ontlasting van de mantelzorg) kan de wijkverpleging worden voortgezet zoals thuis, eventueel met aanpassingen vanwege de veranderde situatie. Dit is ter beoordeling van de wijkverpleegkundige.

(Bron: Menzis)

2.5 Vergoeding hulp bij huishouden

Vraag 16:

Het gaat om een locatie waar mensen intramuraal wonen met een (verstandelijke) met ZP. De begeleiding van deze mensen met een ZP voor de duur van het overgangsjaar blijft terugkomen op voortzetting van de HbH. Het sociaal team heeft contact gehad met Menzis Zorgadvies, maar zij geven aan dat als iemand met een ZP is opgenomen binnen een instelling, de instelling verantwoordelijk is voor de HbH. De begeleiding vindt dat de gemeente de HbH moet leveren/vergoeden. Deze mensen wonen intramuraal, er is 24-uurs achtervang geregeld en dat wordt betaald uit de ZP indicatie. Hoe zit het precies met de vergoeding van HbH bij ZP's?

Antwoord:

Het gaat hier om een intramurale voorziening. De instelling is verantwoordelijk voor de huishoudelijke hulp. Bij verblijf in een instelling zorgt de instelling voor het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde. De instelling mag de verzekerde die daartoe in staat is, vragen om mee te helpen.

3 Casuïstiek grensvlak Wmo – Wlz

3.1 Beschermd Wonen

Vraag 17:

Een cliënt verblijft in een instelling voor beschermd wonen ten laste van de Wmo. Nu blijkt dat deze cliënt een verstandelijke beperking heeft en een passende plek beter gerealiseerd kan worden binnen een instelling die op deze groep is ingericht. Een indicatie VG kan hiervoor worden aangevraagd bij het CIZ op basis van de Wlz. De verwachting is dat deze indicatie verkregen zal worden.

Hoe overbruggen we de periode totdat opname in een passende Wlz instelling geregeld is?

Antwoord:

Vanaf het moment van de verkregen indicatie voor de Wlz, valt de cliënt inderdaad niet meer onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. In het geval van een wachtlijst, is er sprake van overbruggingszorg. Het zorgkantoor bespreekt met de cliënt hoe deze zorg geleverd wordt. De overbruggingszorg wordt gefinancierd vanuit de Wlz.

(Bron: VWS)

Vraag 18:

Beleidsmatig wordt Beschermd Wonen benaderd als een tijdelijke voorziening. Cliënten zouden na 3 à 5 jaar naar een lichtere voorziening moeten doorstromen. Nu zijn er cliënten met een psychiatrisch heden en verleden die al vele jaren beschermd wonen en waarvoor dit de hoogst haalbare vorm van zelfredzaamheid is.

Is het de bedoeling dat we de mensen die langer dan vijf jaar wonen en niet in staat zijn naar een zelfstandiger woonvorm te gaan overboeken naar de Wlz?

Antwoord:

Vanaf 2021 kan ook op basis van een psychische grondslag toegang verkregen worden tot de Wlz. Bij bepaling van de toegang moet er sprake zijn van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in nabijheid. Als mensen voldoen aan de criteria van de Wlz, is de Wlz verantwoordelijk. Indien dit niet aan de orde is, blijft de financiering van de plek de verantwoordelijkheid van de Wmo.

Vraag 19:

Het betreft een casus waarbij een moeder op de moeder-kind groep zit van een zorgaanbieder (LVB). Eén van de grootste problemen is: 'tijdelijk beschermd wonen' voor een volwassene met LVB-problematiek past niet binnen de Wmo maar dus ook niet binnen Wlz (chronisch). Menzis (Zorgkantoor) verwijst naar het besluit van CIZ. De vraag is wie de juiste gesprekspartner is: het zorgkantoor of CIZ?

Antwoord:

Bij deze casussen speelt vooral de indicatiestelling Wlz. Kern in de Wlz is de onafhankelijke indicatiestelling die is neergelegd bij het CIZ. Wanneer zij een indicatiebesluit hebben afgegeven is er toegang tot de Wlz. Dat indicatiebesluit kan niet naar believen worden aan- of uitgezet.

Indien er een indicatiebesluit is dient het zorgkantoor er op dat moment voor te zorgen dat er passende zorg voor handen is. Is er geen indicatiebesluit dan zijn de gemeenten en de zorgverzekeraars aan zet. Het Zorgkantoor heeft geen invloed op het indicatiebesluit en kan niets doen zonder indicatiebesluit. Dit biedt echter nog geen daadwerkelijke oplossing. Vraag is: hoe kan hier een oplossing voor worden gevonden?

Opmerking Menzis:

In de werksessies over het thema 'afhankelijkheden' is geconstateerd dat er rondom de doelgroep jongeren - jongvolwassenen met meervoudige problematiek (GGZ, LVB en sociale problemen) forse knelpunten zijn, zowel inhoudelijk als in de afstemming en afhankelijkheden tussen jeugdzorg, Wmo en Wlz. Op dit moment worden werksessies georganiseerd om na te gaan wat de samenwerkingsmogelijkheden zijn. Gemeenten, Menzis en aanbieders zijn bezig om een prognoseplan op te stellen, zodat een kind weet waar hij/zij aan toe is en al vroeg duidelijk is wie welke verantwoordelijkheden heeft bij de zorg van het kind. Zodra hier meer informatie over beschikbaar is, zal dit op de website komen te staan (www.werkagendamenzisgemeenten.nl).

3.2 Modulair Pakket Thuis en Volledig Pakket Thuis

Vraag 20:

Een gemeente heeft te maken met het Modulair Pakket Thuis voor mensen met een Wlz indicatie. Wie financiert de rolstoelen voor deze cliënten? Worden deze vanuit de Wmo betaald of vanuit de Wlz?

Antwoord:

Op basis van de indicatie die iemand heeft wordt duidelijk of iemand recht heeft op een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 of de Wlz. Als iemand een Wlz-indicatie heeft, hoeft de Wmo geen maatwerkvoorzieningen meer te verstrekken. In het kader van het overgangsrecht dienen gemeenten hulpmiddelen en woningaanpassingen te verstrekken voor thuiswonende Wlz-gerechtigden (MPT). In de notitie van de VNG is hierover meer informatie te vinden:

https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2015/20150715-notitie-overheveling-wlz-indicatie-zelfstandig-wonen.pdf

(Bron: notitie overheveling voorzieningen thuiswonenden met Wlz indicatie, VNG)

Vraag 21:

Sommige cliënten wonen thuis en hebben al een hoge zorgvraag (veelal dementerend). In principe zouden deze mensen ook onder de Wlz kunnen vallen. De Wlz is voorliggend aan de Wmo. Het gaat ook om mensen die per se thuis willen blijven wonen en de omgeving dat ook wenst en dit mogelijk maakt.

Op het moment dat een professional op huisbezoek komt, ontvangen mensen hun zorg via verschillende functies; PV vanuit de Zvw, begeleiding (OMD en/of OZL) vanuit de Wmo en (soms) VP vanuit de Zvw. Bij het huisbezoek blijkt dat er eigenlijk sprake is van een situatie waarbij 24-uur zorg nodig is. Het los indiceren van functies kan soms leiden tot meer uren zorg dan het maximum aantal uren dat in een MPT mogelijk is. Een MPT bij een bepaald zorgprofiel (overeenkomstig ZZP 5) omvat maximaal 17 uur zorg, waarbij 1 dag begeleiding groep gelijk staat aan 1 uur. Dat betekent dat als mensen 3 dagen naar een dagbesteding gaan, er nog 14 uur over is voor PV. Als er ook VP nodig is en/of respijtzorg, is het MPT dus weliswaar voorliggend, maar niet toereikend. VPT is doorgaans ook geen optie, want dan moet je al naast het verpleeghuis wonen. Als deze functies los worden geïndiceerd, kan er in totaal meer uur zorg worden ingezet.

Bijkomend probleem is dat een Wlz indicatie niet tijdelijk kan worden afgegeven. Dat betekent dat als mensen een Wlz indicatie aanvragen, krijgen en verzilveren middels een MPT, een eventuele uitbreiding van de zorg dikwijls niet mogelijk is en toch tot opname moet leiden. Als je eenmaal onder de Wlz valt, kom je er niet meer uit. Het dilemma is voor ons of wij mensen wel of niet een Wlz indicatie laten aanvragen in dergelijke situaties.

Antwoord:

Verzekerden en zorgverleners kunnen niet zelf kiezen onder welke wetgeving een zorgvraag valt. De aard van de zorgvraag bepaalt vanuit welke wet zorg wordt gefinancierd.

De Wet langdurige zorg is er voor mensen die **blijvend** permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. De Wlz voorziet niet in de situatie dat iemand **tijdelijk zorg** nodig heeft. Het CIZ bepaalt in een indicatiebesluit of iemand toegang heeft tot de Wlz. In de Wlz zijn verschillende leveringsvormen mogelijk. De klant kan kiezen tussen zorg in een instelling of zorg thuis. Zorg thuis kan verkregen worden in de vorm van een volledig pakket thuis (VPT) modulair pakket thuis (MPT) of een persoonsgebonden budget (PGB) of een combinatie van een MPT met een PGB.

Bij keuze voor zorg thuis vindt er een beoordeling plaats door het zorgkantoor of deze zorg doelmatig en verantwoord is. De kosten van een MPT mogen niet hoger zijn dan de kosten van een PGB. Voor deze problematiek heeft VWS de Extra Kosten Thuis regeling beschikbaar gesteld voor alle Wlz cliënten die hun zorg op basis van een MPT of PGB verzilveren. Dit betekent dat alle cliënten toegang hebben tot 25% meer zorg bovenop de zorg die normaalgesproken in een MPT of PGB past. De koppeling van een zorgzwaartepakket aan een maximaal aantal is niet aan de orde. Wanneer de zorg thuis niet doelmatig en verantwoord is, is opname in een zorginstelling aan de orde.

Vraag 22:

Het betreft de inzet van huishoudelijke ondersteuning bij een aanwezige Wlz-indicatie. Wie bepaalt dat zorg modulair wordt ingezet (Wlz geeft aan dat dit op verzoek van de cliënt gebeurt)? Hoe zit dit proces bij Menzis in elkaar?

Antwoord:

Dit is een landelijk proces. Wanneer een cliënt een Wlz-indicatie ontvangt gaat hiervan een bericht naar het Zorgkantoor. In beginsel heeft elke cliënt met een Wlz-indicatie de keus om deze zorg af te nemen in de vorm van een MPT, mits dat verantwoord en doelmatig thuis

geleverd kan worden. Het zorgkantoor kan helpen te bepalen hoe de cliënt de zorg wil ontvangen. Medewerkers van het zorgkantoor bespreken met de cliënt de mogelijkheden om thuis hulp te ontvangen (met een persoonsgebonden budget of zorg in natura) of in een instelling. Ook kijken ze welke zorgaanbieders er in de regio zijn. Bij keuze voor zorg thuis vindt er een beoordeling plaats door het zorgkantoor of deze zorg doelmatig en verantwoord is. Daarvoor is het landelijk toetsingskader ontwikkeld:

<https://www.menziszorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/toetsingskader-doelmatige-en-verantwoorde-zorg-thuis>

Huishoudelijke hulp maakt onderdeel uit van zowel het VPT als het MPT.

Vraag 23:

Ondanks de aanwezigheid van het Wmo-register is het voor ons als gemeente lastig om te weten of cliënten een modulair of een volledig pakket thuis hebben, dit staat daar namelijk niet in. Ook cliënten weten dit niet altijd. Kunnen we een contactpersoon bij het zorgkantoor krijgen zodat we dat na kunnen vragen bij Menzis?

Antwoord:

Deze informatie kan binnen de huidige privacyregels niet zonder meer gedeeld worden. De cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger kan deze informatie zelf op aanvragen bij het Zorgkantoor, afdeling zorgregistratie.

Vraag 24:

Het betreft een cliënt met een forse Wmo-indicatie. In overleg met hem en zijn vrouw is er een indicatie voor de Wlz (zonder opnamewens) aangevraagd bij het CIZ en deze indicatie is toegekend. In casu is de zorgaanbieder eerder geïnformeerd over de toekenning dan de cliënt. Aan de zorgaanbieder is aangegeven dat ze op grond van het geïndiceerde pakket 10 uur minder aan zorg kunnen inzetten oftewel er is geen afstemming geweest waardoor er meer zorg is ingezet door de zorgaanbieder in de overgangperiode Wmo/Zvw - Wlz. Het afgegeven pakket lijkt wel passend, alleen is de omzetting ervan naar de thuissituatie minimaal; inzet van 13-uur zorg waar men van heeft gezegd dat dit de bandbreedte is die het zorgkantoor mag hanteren. Door het sociaal team is aangegeven dat men ophoging mag aanvragen van het aantal uren als de zorg niet toereikend is, maar dat wordt ontkend.

Klopt het dat er bij VPT thuis geldt dat er maar één aanbieder mag zijn voor alle zorg? In casu gaat meneer naar dagopvang en krijgt verder persoonlijke verzorging. VPT (waarbij je dus ook Hulp bij het Huishouden ontvangt) zou dus niet mogelijk zijn. Klopt dit?

Antwoord:

De casus is erg onduidelijk. De beschikking wordt altijd aan de klant gestuurd en daarna krijgt de aanbieder een melding via het berichtenkeer. Het sociaal team heeft geen bevoegdheid over wanneer een ophoging aangevraagd wordt.

Bij een VPT geldt inderdaad dat er één aanbieder verantwoordelijk is voor alle zorg. Een tweede zorgaanbieder kan wel als onderaannemer ingeschakeld worden. In dit geval had de heer beter een MPT-beschikking kunnen hebben, daarin zijn mogelijkheden om met verschillende aanbieders te werken. Het budget voor de zorgaanbieders in VPT en MPT is gebaseerd op de PGB tarieven. Als de zorgaanbieder met dezelfde uurtarieven werkt als in de ZVW-wijkverpleging dan zijn er per saldo minder uren beschikbaar.

3.3 Nachtzorg

Vraag 25:

Het betreft een oudere meneer waarbij sprake is van dementie. De meneer woont samen met zijn echtgenoot en een volwassen zoon. De zoon heeft een eigen zaak en moet een keer per week 's nachts naar de veiling. De meneer heeft een persoonlijk alarmeringssysteem waarbij er in de nacht een signaal naar de zoon gaat als hij uit bed komt. De zoon begeleidt de meneer dan weer in bed. Hierdoor wordt dwalen tot nu toe zo veel mogelijk voorkomen. Overdag moet er altijd iemand in de buurt aanwezig zijn die de meneer kan begeleiden en toezicht kan bieden. Er is sprake van permanent toezicht. Dit toezicht wordt over het algemeen dus geboden door mantelzorg behalve één nacht in de week. Er is geen oplossing binnen de eigen kracht (echtgenote is niet bij machte om de meneer weer in bed te krijgen, dochter heeft een zware burn-out (woonachtig in een andere woonplaats) en heeft het advies van de huisarts om niet in de thuissituatie te verblijven (is te intensief op dit moment).

Vraag is een indicatie voor nachtzorg. Op dit moment is het niet duidelijk of dit indiceerbare zorg is en wie daarvoor verantwoordelijk is (Wmo of Wlz). Wellicht dat een ZZP uit de Wlz aan de orde is (volledig pakket thuis). Deze casus is uiteindelijk opgelost via de Wlz, maar geeft wel een grijs gebied aan. Met name bij onplanbare zorgmomenten, dit is via begeleiding erg lastig te regelen.

Welke structurele oplossing is wenselijk bij dit grijze gebied tussen Wmo en Wlz?

Antwoord:

Zolang er geen Wlz-indicatie is, is dit een vorm van respijtzorg, dus Wmo. Op basis van de beschrijving zou een Wlz wellicht mogelijk zijn (beoordeling ligt bij het CiZ). Met een ZZP zijn er dan meer mogelijkheden in de vorm van VPT of een PGB.

(Bron: Menzis)

Aanvulling

Verzekerden zijn niet verplicht een Wlz-indicatie aan te vragen. Het is een keuze met bijbehorende consequenties. De keuze om geen Wlz-indicatie aan te vragen, daar waar een verzekerde hier wel voor in aanmerking zou kunnen komen, is aan de verzekerde. Dit kan betekenen dat bepaalde zorg voor eigen rekening komt van de verzekerde.

Het is aan de Wmo/consulent/casemanager/wijkverpleegkundige dit duidelijk te communiceren. Als voldaan wordt aan de criteria, zoals deze door het CiZ gehanteerd worden, dan is er geen aanspraak meer op zorg vanuit de Zvw/Wmo. Zorg die voortkomt uit de noodzaak aan 24 uur zorg in de nabijheid, zoals bijvoorbeeld het niet kunnen voeren van regie op inname eigen medicatie of maaltijdzorg komt niet voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking

3.4 Wmo voorzieningen voor cliënten buiten Wlz- instelling (of op wachtlijst)

Vraag 26:

Vanuit meerdere gemeenten zijn er vragen gesteld over Wmo voorzieningen voor mensen met een Wlz-indicatie die niet in een Wlz instelling verblijven.

Voorbeeld gemeente A:

Een 88-jarige vrouw met een indicatie ZPZ 4 W:

ingezet wordt beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide behandeling, klasse 7, ZIN, onbeperkte duur.

Gemeente heeft tijdelijk ingezet: Hulp bij het huishouden categorie HH2, 3 ½ uur per week

Een 66-jarige vrouw met een verstandelijk beperking met de indicatie ZPZ 4 VG:

VG (Sector Verstandelijk Gehandicapt) wonen met begeleiding en intensieve verzorging en vervoer, klasse 7, ZIN, tot 07-12-2029.

Gemeente heeft tijdelijk ingezet: Hulp bij het huishouden categorie HH1, 2 uur per week

De gemeente stelt dat deze cliënten niet in aanmerking komen voor een Wmo-voorziening met als onderbouwing:

- Beide indicaties bevatten ZIN geeft CIZ aan, geen PGB, VPT (Volledig Pakket Thuis) of MPT (Modulair pakket Thuis).
- ZIN betreft volgens CIZ bij deze beide indicaties verblijf. Het kan bij thuis wonen alleen door hulpverlener (ofwel de thuiszorgorganisatie die de zorg levert) bij het CIZ omgezet worden naar VPT. Dit betreft dan het omzetten van de betalingsstroom. Het Zorgkantoor is verantwoordelijk voor de betalingen.
- Beide indicaties bevatten lijfgebonden handelingen/zorg; valt derhalve onder Wlz en niet Wmo.
- MPT kan pas toegepast worden bij indicaties die zijn afgegeven in 2015. Voor indicaties die zijn afgegeven vóór 2015 geldt dit niet.
- Indicatie is leidend voor wie verantwoordelijk is, niet de uitvoering.
- 2015 is een overgangsjaar. De Wmo is voor huishoudelijke hulp in dit jaar bij een Wlz-indicatie alleen nog verantwoordelijk als er sprake is van een MPT. Per 2016 (onder voorbehoud en in afwachting van nadere besluitvorming) valt deze vorm ook onder de Wlz. Alle overige vormen vallen per 2015 al onder de Wlz.

Voorbeeld gemeente B:

In onderstaande casus is tijdelijk een Wmo-voorziening ingezet om te voorkomen dat de cliënt tussen wal en schip zou vallen, maar wij zijn van mening dat dit een Wlz-cliënt betreft. De tijdelijke indicatie loopt 1 juli af. Er is voor die tijd behoefte aan duidelijkheid over waar de cliënt onder valt. Graag willen we hierover in gesprek met Menzis.

Het betreft een 89-jarige vrouw:

Noodzaak tot ondersteuning bij huishoudelijke hulp is er. De cliënt is verwezen naar de zorgverzekeraar omdat de cliënt een Wlz-indicatie heeft. Door de Wlz wordt geen ondersteuning huishoudelijke hulp geboden, dit is schriftelijk bevestigd. Om te voorkomen dat er geen ondersteuning bij het huishouden geboden wordt, wordt er tijdelijk vanuit de Wmo ondersteuning bij het huishouden geregeld in afwachting van het medisch advies. Middels het medisch advies moet de belastbaarheid van de huisgenoten van de cliënt ten aanzien van de huishoudelijke taken worden vastgesteld. Als dit advies binnen is zal de indicatie worden aangepast (dus niet pas aan het einde van de looptijd van de tijdelijke indicatie). Achteraf zal de financiering bekeken worden of deze vanuit de Wlz moet komen of

vanuit de Wmo. Wij redeneren dat de cliënt een Wlz indicatie heeft, NIET in een modulair pakket omdat alle zorg die zij thuis ontvangt van de zorgaanbieder is, dus moet de HH onder de Wlz vallen.

Wie financiert de huishoudelijke hulp in het geval van het MPT?

Antwoord:

NB: Het CIZ stelt enkel het Wlz zorgprofiel vast, niet de verzilveringswijze. Wa tin bovenstaande casuïstiek wordt gesteld klopt dus niet. Het CIZ kan hier niets over zeggen. Het MPT kan toegepast worden op alle op dit moment geldende Wlz indicaties, dus ook indicaties die gesteld zijn voor 2015.

Per 2016 maakt de HH onderdeel uit van het MPT en wordt vanuit de Wlz verstrekt.

(Bron: VWS)

Vraag 27:

De afbakening Wlz blijkt lastig in de praktijk. We hebben voorbeelden waarbij er een aanvraag voor OH is gedaan, maar er is ook een casus voor hulpmiddelen en één voor woningaanpassingen, waarbij onduidelijk is of dit vanuit de gemeente of zorgverzekeraar vergoed dient te worden.

Antwoord:

De casus is niet helemaal duidelijk, maar we gaan er vanuit dat er hier bedoeld wordt op een extramuraal verzilvering van ZZP geïndiceerde zorg. De mensen die het betreft wonen thuis, maar hebben een Wlz (ZZP) indicatie: dan is altijd de Wlz-aanbieder aan zet om alles naar behoren te regelen. De klant kan eventueel nog kiezen op basis van het overgangsrecht en zou als hij binnen de regels past over kunnen naar Zvw en Wmo en dan is er een nieuwe situatie en zal gemeente weer aan zet zijn met betrekking tot de maaltijd ondersteuning. Voor meer informatie over de afbakening van de Wlz voor zelfstandig wonende cliënten met een Wlz indicatie, zie: https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2015/20150715-notitie-overheveling-wlz-indicatie-zelfstandig-wonen.pdf

(Bron: Menzis)

Vraag 28:

Een dementerende mevrouw (slechtziend) heeft diverse vormen van ondersteuning via de Wmo: PV en begeleiding via een zorgaanbieder en Hbh. Inmiddels is de situatie zodanig verslechterd dat deze mevrouw op de wachtlijst staat voor opname in een centrum voor blinden en slechtzienden en zij heeft een Wlz-indicatie. Het zou dus logisch zijn dat de betaling van de zorg vanaf het moment van de Wlz-indicatie ook uit de Wlz gefinancierd zou worden (excl. Hbh). Echter: de zorgaanbieder is niet gecontracteerd vanuit de Wlz. Een oplossing zou zijn dat een andere aanbieder de zorg overneemt. Dat is echter zeer ongewenst; mevrouw accepteert geen andere zorg.

Het is gewenst dat de huidige zorg doorloopt totdat de opname door kan gaan. Hoe kan de betaling toch via de Wlz plaatsvinden?

Antwoord:

Als deze mevrouw een Wlz-indicatie heeft en de zorg is toegewezen aan het centrum voor blinden en slechtzienden dan is deze zorgaanbieder als dossierhouder verantwoordelijk voor het regelen van de overbruggingszorg. De zorginstelling moet zorgdragen voor adequate zorg

in de thuissituatie als overbrugging tot opname. De instelling is een kleine gespecialiseerde aanbieder die waarschijnlijk op korte termijn geen plek heeft en die ook geen faciliteiten biedt voor extramurale zorg buiten hun eigen locatie.

Het meest voor de hand liggende scenario is dat de instelling een andere aanbieder via onderaanneming inzet. Dat kan na toestemming van het Zorgkantoor. Echter het Zorgkantoor vereist dat de onderaannemer voldoet aan dezelfde criteria als regulier gecontracteerde aanbieders. Dat lijkt twijfelachtig bij de huidige aanbieder.

Er zal toch met een andere gecontracteerde aanbieder iets geregeld moeten worden (wellicht is er een creatieve oplossing mogelijk door de huidige zorgverleners tijdelijk in dienst te nemen bij een gecontracteerde aanbieder o.i.d.). Een andere mogelijkheid is dat de cliënt een PGB aanvraagt voor de zorg die wordt geleverd door de ongecontracteerde zorgaanbieder. Mocht er geen geschikte oplossing komen of de wachttijd tot opname onverantwoord lang worden, dan moet er contact opgenomen worden met het Zorgkantoor (door de cliënt zelf of de wettelijk vertegenwoordiger). Er moet dan naar een alternatief gezocht worden voor de huidige aanbieder van voorkeur.

(Bron: Menzis)

3.5 ZZP LVG

Vraag 29:

Het gaat over een 19-jarige jongen met een LVG3 indicatie. Hij kreeg 24-uur zorg met deze indicatie bij een instelling. Vanwege wangedrag is hij eruit gezet. Hij heeft een aantal weken op straat gezworven en is toen terecht gekomen bij een andere instelling. Zij kunnen geen zorg bieden met deze indicatie en de indicatie kan niet meer omgezet worden naar een PGB. De eerste instelling weigert mee te werken aan het idee om de tweede instelling middels onderaannemerschap te laten werken. Er is een toezienend voogd en die geeft aan dat hij het advies van het zorgkantoor had gekregen een verzoek te doen bij het CIZ om de indicatie LVG3 te stoppen en opnieuw aan te kloppen bij de Gemeente. Dient de gemeente de zorg te financieren?

Antwoord: *(nieuw vanwege wijzigingen regelgeving)*

Een LVG indicatie kan binnen de Wlz alleen verzilverd worden in een intramurale behandelsetting. Voor ambulante zorg of zorg buiten een behandelsetting moet de cliënt een Wlz indicatie aanvragen, of wanneer de cliënt niet in aanmerking komt voor een Wlz indicatie, moet de cliënt zich richten tot de WMO voor ambulante ondersteuning of beschermd wonen. Hiervoor is geen negatief indicatiebesluit van het CIZ noodzakelijk.

Bron: Informatie langdurige zorg <https://www.informatielangdurigezorg.nl/behandeling-gedragsproblemen-jongvolwassenen-lvb>

3.6 Hulpmiddelen

Een jongeman heeft een indicatie Wlz. Hij woonde in een instelling met behandeling en verblijf en heeft daar een elektrische rolstoel verstrekt gekregen via de instelling/zorgkantoor. Hij is (enkele weken geleden) verhuisd naar een woonvorm. Deze stichting geeft aan dat mensen daar wonen zonder behandeling. Er is nu een technisch mankement met de rolstoel en de jongeman meldt zich bij de gemeente.

Blijft de rolstoel onder verantwoordelijkheid van het zorgkantoor vallen of is de gemeente nu verantwoordelijk op grond van de Wmo? Wanneer dit laatste het geval is, krijgen burgers dan vanuit het zorgkantoor een signaal/brief dat de rolstoel niet meer onder het zorgkantoor valt en dat ze naar de gemeente moeten voor verzoek van overname?

Antwoord:

De rolstoel is formeel eigendom van de instelling en niet van de klant. De instelling draagt zorg voor de aanspraak en voor communicatie en informatie aan de klant. Het zorgkantoor stuurt dan ook geen brief naar de klant met betrekking tot hulpmiddelen en/of rolstoelen. Wanneer een klant een instelling verlaat en weer "zelfstandig" gaat wonen (met verzilvering van zijn indicatie in VPT/MPT) dan dient de instelling de rolstoel in te nemen en stelt deze vervolgens (weer) beschikbaar aan het centraal rolstoeldepot, tenzij de instelling/gemeente een voorstel tot overname vragen.

Het zorgkantoor beheert het administratieve proces tussen instelling, leverancier en zorgkantoor. Zo geeft het zorgkantoor aan de gemeente aan voor welk bedrag de rolstoel kan worden overgenomen. De cliënt valt hier verder buiten.

Als de rolstoel is overgenomen door de gemeente valt onderhoud en reparatie onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. De gemeente is immers eigenaar geworden.

Nb. Indien de klant met een ZZP in de woonvorm gaat wonen, dan valt vanaf 1-1-2020 de verstrekking onder de Wlz.

(Bron: Menzis)

3.7 24 uurs zorg

Vraag 30:

Voorgeschiedenis

Mevrouw S. (74 jaar) heeft in het verleden psychiatrische problemen gehad. Er zijn verslagen vanuit de GGZ:

Uit 1999 is er een verslag waarbij mevrouw 2,5^e maand is opgenomen in een instelling voor toenemende angstigheid en depressie. Mogelijke aanleiding waren gezondheidsproblemen van haar echtgenoot. Mogelijk organische oorsprong en een afhankelijke persoonlijkheid. In het verslag wordt naast de depressie en angst gesproken over een matige zelfzorg die niet verbeterde in de loop van de opname. Er is sprake van dwanghandelingen (licht).

Vijf jaar later maakt mevrouw een CVA met minimale restverschijnselen door. Enkele maanden later volgt weer een opname van 7,5^e maand in de ouderenpsychiatrie i.v.m. toenemende verwardheid. Er wordt gesproken van een organische oorsprong. Hierin wordt ook de matige zelfzorg besproken. Specifiek wordt de incontinentie en het ontbreken van de drang om naar het toilet te lopen beschreven. Hier wordt ook geen verbetering in verwacht. Verder worden ook weer de dwanghandelingen (licht) beschreven.

Tijdens beide opnames is mevrouw ook lichamelijk volledig onderzocht om lichamelijke oorzaken uit te sluiten. Mevrouw komt dan weer thuis wonen op verzoek van haar echtgenoot en mevrouw zelf. Het echtpaar heeft geen kinderen. Er is sprake van een klein sociaal netwerk wat voornamelijk om de inmiddels overleden echtgenoot draaide.

Mevrouw heeft van 2009 tot en met eind 2014 een CIZ indicatie gehad voor extramurale zorg. Deze werd ingezet voor hulp bij medicatie-inname en wassen van mevrouw. Haar echtgenoot kreeg in de tijd ook zorg. Opvallend was dat mevrouw zeer afhankelijk was van de echtgenoot en hem in alles steunde. Haar dienende en afhankelijke gedrag viel op. Toen de echtgenoot overleed, is mevrouw in een mentaal gat gevallen.

Beschrijving huidige situatie:

De zorg die mevrouw nodig heeft, bestaat uit 3x per dag wassen omdat zij niet naar het toilet gaat. Zij kan lopen maar loopt niet op eigen initiatief. Ze zit dag en nacht in haar stoel. Mevrouw krijgt via maaltijdvoorziening een warme maaltijd. Deze wordt door de bezorger bij haar neergezet en door de thuiszorgmedewerker weer op het aanrecht gezet. Mevrouw eet niet als het haar niet voorgezet wordt. Omdat ze ook diabeet is, krijgt ze van de thuiszorg brood (voorverpakt) en drinken (in pak) voorgezet. De thuiszorg geeft haar medicatie, maar voert geen controle op inname.

Procesbeschrijving:

Vanaf januari 2015 is er door de wijkverpleegkundige een indicatie vanuit de Zvw gesteld. Mevrouw heeft door haar toenemende afhankelijkheid in maart een Wlz-indicatie bij het CIZ laten doen voor opname in een verzorgingshuis. Deze aanvraag is afgewezen op basis van

psychiatrische grondslag, er werd door het CIZ gesteld dat de gemeente de aangewezen instantie is om de aanvraag te doen.

Eind zomer werd er een aanvraag volgens de formulieren van de gemeente gedaan. Deze zijn naar de regiogemeente gestuurd.

Twee maanden later wordt er een afwijzing door de regiogemeente gestuurd.

Weer een maand later is op advies van de gemeente een nieuwe CIZ aanvraag gedaan met daarin nagenoeg dezelfde gegevens als de eerdere aanvraag in maart.

Dilemma:

Te verwachten valt dat de nieuwe aanvraag bij het CIZ niet tot dezelfde uitkomst zal leiden als de aanvraag van maart 2015. Een nieuwe afwijzing betekent dat er weer een verwijzing richting gemeente volgt, waarmee we in een vicieuze cirkel zijn gekomen en er geen oplossing komt voor de cliënt.

Bij welke instantie moet de mevrouw aankloppen om de voor haar noodzakelijke 24-uurszorg te krijgen, zonder dat er steeds naar de andere partij wordt gewezen als financier?

Antwoord:

Deze vraag is naar VWS gestuurd. Een dergelijke individuele casus vergt echter een zorginhoudelijk oordeel en kon dus niet beantwoord worden door VWS. Wel is aangeraden dat mevrouw zich aanmeldt bij het Meldpunt Juiste Loket, voor gevallen waarbij verschillende partijen naar elkaar verwijzen. Dat kan via:

<https://www.informatielangdurigezorg.nl/contact>

Er wordt dan binnen drie dagen, maar meestal nog dezelfde dag, contact opgenomen en eventueel worden de partijen op hun verantwoordelijkheid gewezen.

(Bron: VWS)

4 Casuïstiek grensvlak Wmo – Zvw – Wlz

4.1 Spoedzorg

Vraag 31:

Cliënten met een Wmo-indicatie of zonder indicatie, konden voorheen gebruik maken van de crisisopvang wanneer zij deze nodig hadden. De nood wordt beoordeeld door een externe psychiater/psycholoog/reclassering of een andere professionele betrokkene (dus niet door de aanbieder). Op het moment dat deze beoordeling gedaan wordt, leveren aanbieders een bed en een gestructureerde leefomgeving met 24 uur begeleiding om de crisissituatie zo spoedig mogelijk te stabiliseren. Ook maakt de persoon gebruik van dagactivering in en rondom de gemeente of op de locatie.

Tot 31 december 2014 werd deze zorg altijd 14 dagen gefinancierd zodat de tijd die er nodig is om een CIZ indicatie aan te vragen, overbrugd werd voor de zorgaanbieder. Wanneer het langer duurt dan 14 dagen, dan was dat het risico van de zorgaanbieder.

Op dit moment is het zo dat inwoners van 14 gemeenten (die vallen onder een samenwerkingsverband binnen de regio) nog steeds gebruik willen maken van de crisisopvang, maar er zijn geen financiële afspraken gemaakt in het aanbestedingsproces. Inwoners die voorheen naar de crisisopvang gingen (voor maximaal 6 weken) worden nu langer "thuis" gehouden, waardoor de crisis alleen maar ernstigere vormen aanneemt en het stabiliseren ook langer duurt. Ook merken aanbieders dat andere zorginstellingen geen crisis meer aannemen, waardoor er meer dan vorige kwartalen, een beroep wordt gedaan op de aanbieder.

Voor zorgaanbieders komt het risico (komt er wel of geen indicatie) onevenredig hoog te liggen. Diverse andere gemeentes in Nederland hebben hierin een beweging gemaakt richting de zorgaanbieder. Voorbeelden hiervan zijn de gemeente Deventer en Apeldoorn, zij hebben het arrangement van spoedzorg opgenomen in de afspraken met ons als crisisopvang aanbieder. Er zijn verschillende afspraken gemaakt, deze variëren van een dagtarief, kort durend verblijf functie of een spoedpakket van acht weken.

Graag zou ik met het samenwerkingsverband van de 14 gemeenten tot een regeling komen waarbij de zorg kan worden gecontinueerd en de financiële risico's worden gedeeld. Het is van belang om te realiseren dat het gaat om mensen die geen indicatie of een Wmo-indicatie hebben. Is het van belang dat deze mensen een verblijfsindicatie krijgen? Of is het juist van

belang dat mensen de crisisperiode doorkomen en daarna weer zo normaal mogelijk terugkomen in de situatie waar ze vandaan komen? Het is dus de vraag of het wenselijk is dat er altijd een CIZ indicatie aangevraagd wordt, aangezien iemand daarmee toegang krijgt tot langdurig verblijf terwijl het de vraag is of dit altijd van toepassing moet zijn.

Als er een CIZ indicatie wordt aangevraagd en wordt afgegeven dan gaat deze (over het algemeen) in vanaf de datum dat de aanvraag is ingediend.

Eigen verkenning oplossingsrichtingen

Het verhaal is landelijk ook nog niet rond. Wat speelt is dat de spoedzorg (tijdelijke intramurale opvang/ crisisopvang) voorheen onder de AWBZ viel, in de vorm van een specifieke ZZP. Dat is echter niet overgegaan naar de Wlz. Het is nu zo dat:

- mensen die spoedzorg nodig hebben waarbij waarschijnlijk sprake is van permanent toezicht moeten bij de Wlz zijn, een eventuele inzet van spoedzorg wordt bij een Wlz toekenning alsnog vergoed.
- mensen met geneeskundige spoedzorg vallen onder de Eerstelijns verblijf (ELV) in de Zvw. Hiermee valt een gat voor mensen (of beter gezegd voor aanbieders) die spoedzorg nodig hebben maar waarbij na opname blijkt dat ze niet onder de Wlz of de ELV vallen. Dit is zo'n grijsgebied tussen de Wmo, Wlz, Zvw.

De VNG is hierover in gesprek met VWS, ZN, CIZ en anderen, want gemeenten hebben hiervoor geen financiële middelen gekregen. Het budget zit in de Wlz. VNG onderhandelt om deze middelen overgedragen te krijgen.

In de informatiekaart van de VNG staat dat aanbieders gemeenten benaderen om garant te staan voor het budget mocht er geen Wlz indicatie of subsidie eerstelijns verblijf worden afgegeven. Dat zouden gemeenten kunnen doen en dan de kosten betalen die de aanbieder maakt. De informatiekaart is hier te vinden: <https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaal-domein/publicaties/informatiekaart-spoedzorg>

Zijn er landelijke afspraken over het overhevelen van financiële middelen voor het gat dat kan ontstaan bij het aanvragen van spoedzorg?

Moeten gemeenten en aanbieders hier zelf onderling afspraken over maken? Hoe wordt dit elders in het land opgelost?

Antwoord:

In de Wlz is de regeling voor spoedzorg zoals bekend was in de AWBZ niet opgenomen. Aanbieders kunnen dus niet declareren op titel van de Wlz, als na beoordeling door het CIZ (indicatie binnen twee weken na melding) blijkt dat niet aan de voorwaarden voor de Wlz wordt voldaan. Zie ook: <http://hervorminglangdurigezorg.nl/helpdesk/vvt/draaiboek-vvt/primair-proces/17-indicatieproces> onder punt 'aandachtspunten Wlz'.

4.2 Uitval van respijtzorg

Vraag 32:

Een dame verblijft sinds twee weken in een verpleeghuis in het kader van respijtzorg (via de gemeente). Reden is dat haar partner (mantelzorger) plots opgenomen is in het ziekenhuis, en zij in verband met haar dementie niet alleen kan zijn. De respijtzorg bestaat uit maaltijden, bed en toezicht. De dame in kwestie heeft echter meer zorg nodig dan de respijtzorg indicatie. Ze heeft geen Wlz ZZP-indicatie, en krijgt thuis al thuiszorg. Er blijkt nu veel meer zorg nodig dan zij kunnen bieden. Kan aanvullend geïndiceerd worden door wijkverpleegkundige uit de Zvw?

VWS zegt hierover: Het gemeentelijk domein (Wmo 2015/Jeugdwet) is verantwoordelijk voor het ondersteunen van mantelzorgers van cliënten zonder een Wlz-indicatie. Een belangrijke vorm van ondersteuning kan zijn het bieden van respijtzorg, dat wil zeggen: zorg waardoor een mantelzorger tijdelijk ontlast wordt van zijn taak. Als onderdeel van de aan cliënten te verstrekken voorziening kan een gemeente ervoor kiezen deze in te vullen door kortdurend verblijf in een instelling in te kopen. Indien er tijdens de respijtzorg wijkverpleging noodzakelijk is dienen gemeenten en zorgverzekeraars hierover afspraken te maken.

Welke afspraken heeft Menzis hierover gemaakt?

Antwoord:

De wijkverpleegkundige zorg kan conform de richtlijnen (indicatie etc.) vanuit de Wijkverpleging worden geleverd en gedeclareerd. De wijkverpleegkundige kan daarbij acteren, mits er geen Wlz zorg geleverd wordt in de vorm van Modulair Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket Thuis (VPT), want dan betreft het alleen zorg die geleverd wordt vanuit de Wlz.

Als er een situatie is ontstaan waarin 24- uur per dag zorg in de nabijheid noodzakelijk wordt geacht, kan bij het CiZ een aanvraag worden gedaan voor Wlz.

(Bron: Menzis)

Vraag 33:

Een echtpaar woont nog zelfstandig. Mevrouw heeft een agressieve vorm van Parkinson (medisch). Zij kan niet meer alleen zijn (24 uren zorg, beschermd wonen?), omdat zij last heeft van duizelingen en er val gevaar is (criterium 'behoefte hebben aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop'). Daarnaast is ze in haar zelfzorg afhankelijk van haar man (is de PV nu medisch gericht of op participatie? In dit geval lijkt beiden van toepassing). Ook de maaltijdvoorziening wordt door haar man verzorgd (Wmo).

Tot vóór vorige week was meneer mantelzorger voor zijn vrouw. Iedere morgen komt de wijkverpleging mevrouw wassen en aankleden. Verder kunnen zij zich redden.

Meneer heeft vorige week zijn dijbeen gebroken en is vanmorgen van het ziekenhuis overgebracht naar het verpleeghuis voor revalidatie. Mevrouw kan vanwege haar Parkinson niet alleen zijn. Dochter belde met de vraag of zij naar een zorghotel kan van het verpleeghuis. Gedurende het weekend waren kinderen in de gelegenheid om bij moeder te blijven, maar de kinderen zijn niet in staat om dit blijvend op te vangen.

Wat voor soort indicatie hoort hierbij:

- Respijtzorg
- Eerstelijns verblijfzorg

— Wlz-indicatie

Gemeente heeft de volgende afwegingen gedaan:

Respijtzorg is kortdurende opvang, hier gaat het om langere tijd.

We hebben nagedacht over uitbreiding wijkverpleging. Maar eigenlijk kan dat niet omdat deze mevrouw niet alleen kan zijn. En de mantelzorger voorkomt in deze situaties een intramurale opname.

Verder vraag ik me af hoe we moeten omgaan met dit soort medische aandoeningen waardoor mensen begeleid moeten worden om vallen - en dus verder geneeskundige zorg - tegen te gaan. Dat voldoet namelijk zowel aan de criteria van de Wmo (ADL begeleiding daar bij) als aan de Zvw (criterium 'behoefte hebben aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop').

Antwoord:

Op grond van de gegeven informatie zou deze mevrouw in aanmerking moeten komen voor een Wlz-indicatie, omdat er sprake is 24-uurs toezicht.

Indien de huisarts echter beoordeeld dat terugkeer naar huis mogelijk is bij herstel van mantelzorg, is een opname op basis van eerstelijns verblijf geëigend.

Afhankelijk van het herstel van haar echtgenoot zou ze daarna weer naar huis kunnen of alsnog in aanmerking kunnen komen voor een permanente Wlz-indicatie. Wij adviseren in zo'n situatie de zorgvraag van mevrouw te laten beoordelen door het CIZ.

(Bron: Menzis)

Vraag 34:

Van huisartsen komt het signaal dat de toegang tot respijtzorg niet duidelijk is, met name buiten kantooruren. Het gaat hier om situaties waarbij de centrale mantelzorg plotseling uitvalt. In de discussie met gemeenten blijft hierover onduidelijkheid bestaan.

Voor spoedopnames wordt veelal gebruik gemaakt van de regeling kortdurend eerstelijns-verblijf. Deze regeling kan ingezet worden indien er tijdelijk behoefte is aan medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg. Is die noodzaak er niet, dan moet een regeling voor respijtzorg worden geregeld vanuit de Wmo.

De meeste gemeenten eisen dat aanvragen voor respijtzorg verlopen via het Wmo-loket. Een aantal gemeenten vullen respijtzorg in als een planbare voorziening en beperken respijtopnames ook tot drie etmalen per week. Er is geen regeling voor spoedeisende gevallen.

Een voorbeeld:

De doktersdienst wordt in het weekend geroepen bij een echtpaar waarvan de man licht dementeert. Tot dan toe redden ze zich nog goed, omdat zijn vrouw precies weet hoe ze hem moet helpen. De vrouw heeft acute neurologische klachten, de dienstdoende huisarts vindt het noodzakelijk dat ze naar het ziekenhuis gaat voor nadere diagnostiek. Op dat moment ontstaat er een probleem. Haar man kan wel een paar uur alleen thuis zijn, maar zonder begeleiding kan hij niet voor de maaltijden zorgen en zich zelf verzorgen. Er moet snel een oplossing worden gevonden voor de man. Als er geen oplossing is door familie dan is respijtzorg (er is immers geen medische noodzaak bij de man) de voor de hand liggende voorziening.

Een aantal gemeenten heeft hierover afspraken gemaakt, een aantal gemeenten stelt zich op het standpunt dat een spoedeisend tijdelijke opname per definitie geen respijtzorg is.

Wat is het standpunt van VWS hierover?

Antwoord:

Er is een afweging nodig van huisarts/specialist ouderengeneeskunde/wijkverpleegkundige of bij deze cliënt sprake is van een medische noodzakelijke kortdurend verblijf. Bij de beoordeling van de huisarts helpen de volgende documenten:

- Indicatiecriteria voor eerstelijnsverblijf, zie ook <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/verblijf-zvw>

In bovenstaande bestanden staat onder meer dat een huisarts moet vaststellen of de cliënt een aandoening heeft waarvoor verblijf met 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid onder medische verantwoordelijkheid van de huisarts noodzakelijk is.

Een huisarts schat in dat binnen korte termijn terugkeer naar huis om zorginhoudelijke redenen mogelijk is en dat zorg in nabijheid in een verblijf dan niet meer noodzakelijk is. De huisarts stelt vast dat de noodzakelijke zorg voor de cliënt niet verantwoord en doelmatig thuis geleverd kan worden.

De huisarts moet vaststellen dat de medisch noodzakelijke zorg voor de cliënt niet verantwoord en doelmatig thuis geleverd kan worden. Wij kunnen ons niet wagen aan een medisch oordeel.

Kortom, toegang kortdurend verblijf is mogelijk op medisch oordeel, maar dan moet er wel een overtuigend verhaal liggen waardoor 24-uurs nabijheid/toezicht nodig is onder medische verantwoordelijkheid.

De huisarts moet vaststellen dat de medisch noodzakelijke zorg voor de cliënt niet verantwoord en doelmatig thuis geleverd kan worden, bijvoorbeeld in dit geval door een combi informele hulp en professionele hulp (thuiszorg).

(Bron: VWS en ZN)

5 Casuïstiek grensvlak Zvw – Jeugdwet

5.1 Hulp, ondersteuning en zorg op school

Vraag 35:

Vaak wordt onder andere verwezen naar de zorgverzekeraar in verband met begeleiding van kinderen met multi-problematiek op school. De zorgverzekeraar verwijst naar de gemeente (Jeugdwet) en de gemeente verwijst naar de zorgverzekeraar (intensieve kindzorg).

Antwoord:

Vanaf 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de begeleiding en persoonlijke verzorging, indien nodig ook tijdens onderwijsuren. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulp bij het aan- en uitkleden bij gym, bij de toiletgang of bij medicijngebruik. Gemeenten stemmen de ondersteuning af met de samenwerkingsverbanden passend onderwijs.

Verpleging tijdens het onderwijs valt vanaf 2015 onder de zorgverzekering (Zvw). Daarbij valt te denken aan wondverzorging of het inbrengen van een sonde. Als een kind verpleging uit de Zvw krijgt, blijft eventuele verzorging onder de Jeugdwet vallen. Daarop is één uitzondering, namelijk de verzorging die onderdeel is van de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening (intensieve kindzorg). Het gaat hier om:

kinderen met zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die behoefte hebben aan verzorging of verpleging waarbij permanent toezicht nodig is
kinderen met lichtere complexe problematiek of een lichamelijke handicap waarbij specifieke verpleegkundige handelingen nodig zijn en de zorg voortdurend in de nabijheid nodig is. Of en in welke mate er sprake is van verzekerde zorg is ter beoordeling aan een Hbo-kinderverpleegkundige.

Ouders maken hierover afspraken met de school.

Leerlingen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of op 24 uur per dag zorg in de nabijheid vallen onder de voorgenomen Wet langdurige zorg (Wlz). Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) beslist over de toegang tot de Wlz. Daarbij vindt voor de dagdelen dat de leerling naar school gaat niet langer een aftrek van de zorg plaats. Als een kind toegang heeft tot de Wlz is dagbesteding onderdeel van zijn recht op Wlz-zorg. De Wlz-zorgaanbieder en de school zorgen voor afstemming als kinderen met Wlz-zorg ook onderwijs volgen.

Zorgverzekeringswet: ouders maken afspraken met de school over de inzet van ondersteuning vanuit de Zorgverzekeringswet.

Op dit moment (februari 2020) wordt er gewerkt aan regelgeving over Zorg in onderwijstijd. Dat gaat wel met name over de Cluster 3 en 4 scholen.

(Bron: Menzis)

Vraag 36:

Een kind (12 jaar) heeft diabetes en hij dient een aantal keer per dag geprikt te worden ter controle van zijn diabetes. Dit is een handeling die hij uiteindelijk zelfstandig moet kunnen, maar wat door omstandigheden (onrust, autisme, stress) nog niet mogelijk is. Concreet betekent dit dat hij ook op school geprikt moet worden. Het is onduidelijk is of dit valt onder verpleging of persoonlijke verzorging en of dit valt onder de Zorgverzekeringswet of de Jeugdwet.

Er is contact geweest met de afdeling Zorgadvies van Menzis, maar veel wijzer worden de ouders en ook de medewerkers van ons CJG (toegang jeugdzorg in onze gemeente) daar niet van.

Informatie is te vinden op; <https://www.informatielangdurigezorg.nl/soorten-zorg/zorg-op-school>

Antwoord:

In onze optiek valt dit onder “Verpleging en daarmee samenhangende persoonlijke verzorging tijdens het onderwijs”. Het toedienen en controle op insuline gebruik (evt. incl. bloedsuikerwaarde bepaling) valt daaronder (zeker als het niet stabiel is en een relatie heeft met een geneeskundig risico). De klant/het kind moet deze begeleiding hebben en als het geen pedagogische begeleiding is, valt het onder de Zvw.

Het is aan een kinderverpleegkundige om samen met het kind, de ouders en school te kijken wat er nodig is. Zie ook <https://www.zorgeloosmetdiabetesnaarschool.nl/>

Doel is bij kinderen natuurlijk altijd om zelf met de diabetes om te leren gaan, maar zeker op de basisschool zal hier altijd een volwassene direct op of enige afstand bij betrokken zijn. Door een kinderverpleegkundige zal dus altijd gekeken worden of de situatie voldoende stabiel is om de verantwoordelijkheid voor de begeleiding van het kind over te dragen aan de ouders of bijvoorbeeld een leerkracht op school. Het aanleren aan het kind, aan ouders of leerkrachten door een kinderverpleegkundige betreft verzekerde zorg. Soms kan ook de diabetesverpleegkundige die het kind vanuit het ziekenhuis begeleidt deze rol vervullen. Als blijkt dat de zorg niet verantwoord aan ouders of school kan worden overgedragen, dan kan de kinderverpleegkundige besluiten de zorg (al dan niet tijdelijk) over te nemen, dit betreft verzekerde zorg.

(Bron: Menzis)

5.2 Intensieve kindzorg

Vraag 37:

Wie is verantwoordelijk voor de zorg, begeleiding en het kortdurend verblijf bij intensieve kindzorg?

Antwoord:

Bij deze kinderen vallen persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en kortdurend verblijf allen onder de Zvw. Dit is ter beoordeling aan een kinderverpleegkundige.

Pedagogische zorg valt hier niet onder.

(Bron: Menzis)

6 Casuïstiek grensvlak Zvw – Wlz

6.1 Weigering aanvraag Wlz indicatie

Vraag 38:

Het betreft een thuiswonende hoogbejaarde vrouw met een grote zorgbehoefte en cognitieve problemen ten gevolge van dementie. Er zijn vijf geplande zorgmomenten per etmaal, waarvan een deel van de zorg door twee personen uitgevoerd moet worden. Totaal ongeveer 24 uur geplande uren zorg per week. Daarnaast maakt ze zeer frequent gebruik van de alarmering, waarbij er niet altijd een duidelijke zorgvraag is. Er is afgesproken dat de bel wordt afgenomen na tien alarmeringen in korte tijd.

Er zijn in de afgelopen jaren meerdere gesprekken geweest over de zorg, waarin aangegeven is dat de situatie steeds complexer wordt en moeilijk te organiseren valt binnen de kaders van de wijkverpleging. Mevrouw heeft echter maar één duidelijke wens: thuis blijven wonen. Haar familie steunt haar volledig in deze wens.

De zorgaanbieder heeft vervolgens de mogelijkheid onderzocht om te komen tot een VPT of MPT oplossing vanuit de Wlz. Deze optie is besproken met de familie. De cliënt en de familie weigeren echter een aanvraag voor Wlz-indicatie te doen bij het CIZ.

Daarbij kwam de aanbieder tot het inzicht dat de middelen (ongeveer 17 uur per week) die beschikbaar zijn vanuit een VPT lager waren dan de al ingezette uren vanuit de aanspraak wijkverpleging.

Door Menzis is aangegeven dat in deze casus de grens is bereikt qua doelmatigheid. De vraag roept zich op of hier nog sprake kan zijn van verantwoorde zorg. Als een dementerende cliënt zo intensief en niet adequaat gebruik maakt van een alarmering is er sprake van een noodzaak tot 24-uurstoezicht.

De aanbieder heeft een procedure beëindiging van zorg opgestart en de cliënt en haar familie een brief verzonden waarin aangekondigd wordt dat de thuiszorg per datum... wordt beëindigd. In de brief wordt ook aangegeven op welke wijze zij een CIZ spoedindicatie kunnen aanvragen en er wordt aangegeven dat er een intramurale plek per direct beschikbaar is voor mevrouw.

Toelichting:

Terugblikkend op dit geheel valt op dat de zorgaanbieder erg lang is meegegaan in de wens van haar cliënt. De kwaliteitswens van mevrouw (thuis blijven wonen) staat hier op gespannen voet met de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Of de weigering van de cliënt en familie berust op principiële gronden of dat ook hier financiële redenen meespelen is niet geheel duidelijk. Zeker met een maatregel als het ontnemen van de personenalarmering is er een duidelijke grens overschreden die tot ingrijpen had moeten leiden.

Duidelijk in deze casus is dat deze zorg onder Wlz zou moeten vallen. Een indicatie kan echter alleen aangevraagd worden door de cliënt, of door diens familie of zorgaanbieder met toestemming van de cliënt. Cliënten weigeren dit soms vanuit principe of vanuit financiële overwegingen.

Als we het standpunt Verpleging Wlz en Zvw van het Zorginstituut Nederland (10 juni 2015) volgen dan is de Wlz voorliggend. "Als de verpleging kan worden bekostigd uit de Wlz, is er geen aanspraak op de verpleging ten laste van de Zvw".

Kan een aanvraag Wlz ook gedaan worden door een zorgaanbieder zonder toestemming van de cliënt?

De aanspraak op verpleging vanuit de Zvw vervalt indien de verpleging uit de Wlz bekostigd kan worden. Betekent dat ongeacht of er wel of geen CIZ is de aanspraak Zvw vervalt?

Zo ja, had in deze casus de zorg al eerder ten laste van de Wlz gebracht moeten worden? Is Menzis gerechtigd om in dit soort situaties de betaling te beëindigen en kan de rekening bij de klant worden neergelegd? Immers het valt niet meer onder de aanspraak en men houdt zich (ook) niet aan de polisvoorwaarden (meewerken aan deugdelijke indicatie/zorgbehoefte bepaling en opstellen en uitvoeren van een zorgplan) ?

Deze casus laat zien dat er in de overgang van Zvw naar Wlz zowel voor de cliënt als voor de zorgaanbieder financiële nadelen zitten. De cliënt moet een eigen bijdrage betalen in de Wlz en de inkomsten voor de zorgaanbieder vanuit een ZZP in de Wlz zijn lager dan het totaal van de uren in de Zvw.

Het is zaak voor zorgaanbieders om helder te communiceren met cliënt en familie in zorgplanbesprekingen over de grenzen van verantwoorde zorg en ook de huisarts daarin tijdig betrekken.

Omdat gemeenten een maatwerkvoorziening mag weigeren als iemand een Wlz indicatie kan krijgen en de Zvw deze bepaling niet kent is het noodzakelijk dat zorgaanbieder, gemeente en Menzis tijdig in overleg treden bij dit soort situaties.

(Bron: Menzis)

Antwoord:

Het CIZ beoordeelt of iemand voldoet aan de Wlz- voorwaarden en zodoende toegang krijgt tot zorg uit de Wlz. Een cliënt mag iemand machtigen om de aanvraag namens hem/haar te doen. De verzekerde heeft recht op verzorging en verpleging thuis vanuit de Zvw zodra een wijkverpleegkundige heeft vastgesteld dat de zorg onder de aanspraak wijkverpleging valt. De zorgverzekeraar is verplicht deze zorg te vergoeden. Momenteel geldt dus dat de zorgverzekeraar verplicht is zorg te vergoeden aan de verzekerde totdat het CIZ een Wlz- indicatie heeft afgegeven. Het is dus niet mogelijk om mevrouw te dwingen om een Wlz indicatie aan te vragen. Wel kan een Bopz procedure gestart worden.

Zorgverzekeraars Nederland heeft in juli een toetsingskader voor doelmatige en verantwoorde zorg thuis gepubliceerd. Dit is van toepassing op zorg voor mensen die een indicatie voor een Wlz-zorgprofiel hebben en die geen wens tot opname hebben.

Omdat in het toetsingskader nog niet alle uitgangspunten volledig zijn uitgekristalliseerd en we nog geen ervaring hebben met het effect van dit toetsingskader op alle praktijksituaties, is landelijk afgesproken het kader als een groeidocument te beschouwen. Met de in het veld

opgedane kennis en ervaring in 2015 kan dit leiden tot doorontwikkeling van het toetsingskader. De implementatie neemt plaats in fases. Nadere informatie daarover kunt u lezen in de toelichting.

De zorgaanbieders worden begin september uitgenodigd door het zorgkantoor voor een (regionale) informatiesessie over de toepassing van het kader en de daaraan gekoppelde rekenmodule, die van kracht wordt per 1 oktober 2015. De actuele versies van deze documenten zijn te vinden:

<https://www.menziszorgkantoor.nl/zorgaanbieders/zorginkoop/toetsingskader-doelmatige-en-verantwoorde-zorg-thuis>

Op dit moment heeft een verzekeraar geen mogelijkheid om een cliënt te verplichten een Wlz-indicatie aan te vragen. Op dit moment wordt binnen het ministerie van VWS bezien of een doelmatigheidstoets zoals binnen de Wlz is opgenomen, ook in de Zvw opgenomen moet worden. Hierop is op dit moment echter nog geen antwoord.

(Bron: VWS en ZN)

7 Casuïstiek grensvlak Jeugdwet – Wlz

7.1 Overgang Jeugdzorg naar ander domein

Vraag 39:

Wanneer na 18de jaar nog behandeling nodig is, dan is dit in principe voor de Wlz. Echter verwijst CIZ heel makkelijk naar de gemeente en gemeente naar CIZ. Er is dus een doelgroep die hier de dupe van wordt en tussen wal en schip komt te vallen. Een zorgaanbieder geeft aan dat CIZ verantwoordelijkheid moet nemen, maar doet dit niet. En vragen of gemeenten ook willen aankloppen bij CIZ en signaal af willen geven bij VNG.

Bovendien werd aangegeven dat in het verleden ook kinderen met ouders tijdelijk werden opgenomen en dat dit nu niet meer kan vanwege de knip jeugdwet/Wlz. Gemeenten zijn niet verantwoordelijk voor intramurale zorg voor volwassenen en zorgkantoren alleen nog voor chronische langdurige intramurale zorg.

Antwoord:

Het gaat hier om de overgang van de Jeugdzorg naar een ander domein bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Wanneer de behandeling reeds is begonnen voor het 18^e levensjaar dan mag hij worden afgemaakt in de Wlz.

De Wlz is bedoeld voor cliënten die **blijvend** permanent 24-uurs toezicht of zorg in de onmiddellijke nabijheid nodig hebben, zie:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/toegang+tot+wlz-zorg#Indicatiestelling>

Veel jeugdigen van 18 jaar zijn nog in ontwikkeling en het is moeilijk te beoordelen of zij permanent (dus levenslang) 24-uurs toezicht nodig hebben. De Wlz kent geen tijdelijke vormen van indicatiestelling. In de Werkagenda wordt onder het thema Afhankelijkheden aandacht besteed aan de problematiek van de overgang van de Jeugdwet 18-/18+ en is deze vraagstelling ook onder de aandacht van VWS en het CIZ gebracht, zie:

<http://www.werkagendamenzisgemeenten.nl/wp-content/uploads/2015/01/Afhankelijkheden-GGZ-en-Jeugd.pdf>

Indien een jeugdige na zijn of haar 18e verjaardag nog doorlopende hulp nodig heeft en deze valt niet onder een ander wettelijk kader, dan is er sprake van doorlopende jeugdhulp (onder de Jeugdwet), zie:

<https://www.voordejeugd.nl/actueel/nieuwsberichten/1496-informatiekaart-leeftijdsgrenzen-18-nu-beschikbaar>