



**VAV Handboek
Wiz
GRZ-ELV-GZSP
Langdurige GGZ**

Versie 1.0

definitief

VAV-WERKGROEP CHRONISCHE ZORG
2024

Disclaimer: aan deze werkwijzer kunnen geen rechten worden ontleend daarnaast is het document een ontwikkeldocument en is het nadrukkelijk nog niet bedoeld voor externe communicatie en verspreiding. Werkwijzer is opgesteld door Medisch Adviseurs verbonden aan de VAV, voorheen VAGZ.

Inhoud

1	Inleiding.....	3
2	Leeswijzer	4
3	Omschrijving van de Chronische zorg:.....	5
4	Wet langdurige zorg (Wlz)	8
5	Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) en Herstelgerichte Behandeling (HB)	19
6	Eerstelijnsverblijf (ELV).....	23
7	Extramurale behandeling/ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)	28
8	Verpleging en verzorging in de thuissituatie	32
9	Chronische zorg in de GGZ	33
10	Zorg voor mensen met een zintuigelijke handicap	36
	Bijlage 1 Begrippenlijst.....	38
	Bijlage 2 Zorgprofielen in de Wlz	41

1 Inleiding

De (herziening) van de Langdurige Zorg in 2015 heeft geleid tot grote veranderingen in de structuur, de omvang en het karakter van het zorgstelsel en het maatschappelijke vangnet. Deze grootschalige herziening werd gevolgd door talrijke deel-herzelingen, aanpassingen en aanvullingen op onderdelen van zorg en maatschappelijke organisatie. Ook aanpalende zorgvelden en maatschappelijke ondersteuningsmogelijkheden werden geraakt door de consequenties van deze enorme transformatie. Door deze veranderingen ontstond meer druk op de curatieve sector. Daarnaast hebben de transitie ook gemaakt dat het Persoonsgebonden Budget wettelijk verankerd is in de verschillende wetten zo ook de Zorgverzekeringswet. Al met al is het zorgstelsel een complexe aangelegenheid geworden waar iedere steun om te komen tot een werkbare helderheid welkom is. Met deze werkwijzer hoopt de VAV-werkgroep chronische zorg een praktisch instrument te bieden voor de dagelijkse praktijk.

Met de (herziening) van de langdurige zorg krijgen onder meer zorg verzekeraars en zorgkantoren veel te stellen. Hierin is een duidelijke rol toebedeeld aan de medisch adviseurs van deze organisaties¹. De omvang van deze werkzaamheden en het bijhouden van de veranderingen die gaande zijn is dusdanig qua omvang dat dit onmogelijk door individuele medisch adviseurs kan worden gedaan. Bovendien is het noodzakelijk om landelijk zoveel als kan en mag met dezelfde maat te meten, niet alleen voor zorgverzekeraars zelf maar ook voor onze verzekerden en voor het zorgveld. Hierom is samenwerking en taakverdeling noodzakelijk om te komen tot een rechtmatige, rechtvaardige en effectieve uitvoering.

Zoende is in de loop van 2015 binnen de Vereniging Artsen Volksgezondheid (VAV, voorheen VAGZ) het voorstel gerezen om voor Langdurige Zorg, gesteund door het VAV bestuur, een werkgroep op te richten. Eerst op VAV niveau om daarna op te schalen naar een hoger en breder niveau, waarbij het de bedoeling is in de breedte gebruik te maken van kennis en input van uit het veld en betrokken structuren, instanties, beroepsverenigingen, vakgroepen, wetenschappelijke verenigingen, koepels en eindgebruikers van de zorg. Vervolgens of daarnaast, is het belangrijk getracht aansluiting te krijgen bij relevante bestuurlijke en politieke gremia om de resultaten voldoende effectief te kunnen verzilveren. Anders dan de naam suggereert is het domein van de VAV-werkgroep Chronische zorg niet alleen de Wlz, maar tevens ook alle zorg die vanuit de AWBZ overgeheveld is naar de zorgverzekeringswet, namelijk ELV, GRZ, GZSP, respectievelijk vanuit de zorgverzekeringswet naar de Wlz, namelijk de langdurige GGZ. Vandaar de naam 'chronische' zorg.

Als eerste tastbare eindproduct heeft de VAV-werkgroep Chronische zorg zich ten doel gesteld een handboek voor de Chronische zorg (Wlz, ELV, GRZ, GZSP, langdurige GGZ, ZG) op te leveren. Dit document is hiervan de eerste versie. De werkwijzer is een dynamisch stuk dat op geleide van de ontwikkelingen en suggesties van collega's, gebruikers van zorg en vanuit het werkveld, periodiek zal worden aangepast en aangevuld. In de werkgroep is afgesproken dat dit uiterlijk 2027 gebeuren zal. Voorafgaand aan publicatie zijn specifiek de VAV-leden geconsulteerd en om hun commentaar gevraagd.

De VAV-werkgroep Chronische zorg (per februari 2023) bestaat uit:

Bernadette Vermeer, Willem van Bork, Ton Mulder, Marco Persoons, Judith Coersen
Danielle van Veenendaal, Vera Piscaer, Peter Buwalda, Cornelia Rosman.

Reacties, opmerkingen of vragen kunnen gemaïld worden naar b.vermeer@vqz.nl

¹ Zie voor een uitgebreidere beschrijving van het beroepsprofiel van de adviserend arts ook de [werkwijzer](#) die de beroepsvereniging hiervoor heeft opgesteld.

Beroepsprofiel artsen werkzaam in het ziektekostenstelsel - VAGZ, 10 mei 2017

Te raadplegen op: <https://vavolksgezondheid.nl/app/uploads/2019/12/VAGZ-Beroepsprofiel-artsen-werkzaam-in-het-ziektekostenstelsel.pdf>

2 Leeswijzer

Deze werkwijzer is primair geschreven voor VAV leden. Het doel van deze werkwijzer is veelzijdig en beoogt praktische hulp te bieden bij de inhoud, het begrip en de interpretatie en de toepassing van de wet- en regelgeving in de Chronische zorg . Daarnaast hoopt deze werkwijzer verheldering te geven op het gebied van de knelpunten en afbakeningsvraagstukken tussen de verschillende domeinen en zorgvelden waar deze werkwijzer zich op richt. Het is een kennisdocument met onder meer het beschrijven van achtergrond van de wet- en regelgeving, het schetst een aantal nieuwe ontwikkelingen, kan gebruikt worden als instrument bij de zorginkoop, en biedt concrete handvatten bij het toetsen of beoordelen van aanvragen in de chronische zorg. Het is een dynamisch document en kan gezien de omvang van de chronische zorg niet volledig zijn.

In hoofdstuk drie wordt eerst beschreven wat we als VAV-werkgroep onder de brede term 'chronische zorg' verstaan, en wordt een korte schets van de ontwikkelingen in deze sector geschetst. Vervolgens volgt in hoofdstuk vier de beschrijving van de zorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt. In de hoofdstukken daarna worden de verschillende vormen van 'chronische zorg' die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen toegelicht. Per hoofdstuk worden de mogelijke knelpunten besproken. In het laatste hoofdstuk zijn deze gebundeld in een overzicht met knelpunten en bijbehorende suggesties voor oplossingen. Vanwege het overvloedig voorkomen van afkortingen, jargon en ondoorgrondelijke begrippen in dit werkveld, is in bijlage één een afkortingen- en begrippenlijst bijgesloten.

Enkele hoofdstukken zoals Zorg voor lichamelijk gehandicapten en Zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn nog in bewerking en zullen bij een volgende versie worden toegevoegd.

3 Omschrijving van de Chronische zorg:

van AWBZ naar Wlz, Zvw, Jeugdwet en WMO; PGB

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was een Verplichte Volksverzekering die op 1 april 1968 in werking trad met als impliciete verzekerde onderdelen inrichtingen voor zwakzinnigen, blinden en slechtzienden, doven en slechthorenden, verpleeginrichtingen, en ziekenhuisopname, welke langer dan 365 dagen duurden. Later vielen hieronder ook Zorg door Kruisverenigingen (Totaal 1450 verenigingen tot 1980 met hierin wijkverpleging, gezinszorg, Consultatiebureaus) én Zorg en verblijf in Bejaardenoorden/ verzorgingshuizen.

Door explosieve groei van AWBZ-gelden van een jaarbudget van 20,3 miljard in 2003 tot 28,5 miljard in 2014 waarbij en nauwelijks sprake was van effectieve beheermogelijkheden, raakte deze volksverzekering verouderd. Via de Hervorming Langdurige Zorg kwam men in 2015 tot de Wet Langdurige zorg (Wlz). Daarna volgden vele deel-herzieningen, aanpassingen en aanvullingen.

In de aanloop naar 2015 vond de transitie plaats van het gehele AWBZ Pakket waarbij de taken werden verdeeld over verschillende zorgsoorten en domeinen:

1. Wet Langdurige zorg (Wlz), uitvoerder zorgkantoren;
2. Zorgverzekeringswet (Zvw), uitvoerder zorgverzekeraars;
3. Jeugdwet, uitvoerder de met gemeente;
4. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), eveneens als uitvoerder de gemeente.

Wij definiëren in dit document Chronische Zorg als alle onderwerpen die naar de Wlz of Zvw zijn overgeheveld en door de zorgverzekeraars en zorgkantoren uitgevoerd worden. Dit is de geneeskundige vervolgzorg voor doelgroepen met chronische problematiek. Concreet gaat dit om de volgende zorg:

Binnen de Wlz

- Zorg voor mensen met een indicatie voor de Wet langdurige zorg

Binnen de Zvw

- Geriatrische revalidatiezorg
- Eerstelijns verblijf
- Geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen
- Overige Verpleging en verzorging
- Intensieve kindzorg
- Langdurige geestelijke gezondheidszorg
- Zorg voor mensen met een zintuigelijke beperking

Hieronder valt dus niet de zorg voor kinderen en jongeren tot 18 jaar (m.u.v. de intensieve kindzorg), die nu door gemeenten vanuit de Jeugdwet wordt uitgevoerd. Ook de gemeentelijke taken die onder de Wmo vallen, waaronder persoonlijke verzorging, begeleiding en tijdelijk verblijf worden niet in dit document besproken. Echter voor zover dit relevant is zullen afbakeningsvragen zoals overlappingen, lacunes en (potentiële) strijdigheden tussen deze (en andere) domeinen in de werkwijzer worden besproken.

Het Persoonsgebonden Budget (Pgb) als bijzondere leveringsvorm

Het grootste deel van de langdurige chronische zorg wordt geboden in natura. Dit wil zeggen dat de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar afspraken maakt met zorgorganisaties. De burger kan vervolgens kiezen welke zorgaanbieder de benodigde zorg of ondersteuning mag leveren. Voor burgers die in staat zijn om naar behoefte over meer regie over eigen leven en zorg te beschikken kunnen een aantal vormen van LZ-Zorg worden geboden in de vorm van persoonsgebonden budget (Pgb).

Het Pgb ontstond als experiment binnen de AWBZ in 1990. Na de hervorming zorgstelsel in 2015 is het mogelijk geworden om een Pgb te verkrijgen in alle vier de zorgwetten (Wlz, Zvw, WMO en Jeugdwet).

Vanwege de populariteit van het PGB nam het gebruik van het PGB enorm toe. Het SCP berekende een jaarlijkse groei van het PGB van 9%. Daarbij was sprake van een stijging van de kosten van torenhoge budgetten (tot € 500.000 per jaar wordt geïndiceerd).

Inmiddels bedraagt het aantal personen met een PGB (bron CBS)²

N= 57.669 uit Wlz en Wmo (ultimo 2022)

N= 19.970 uit Zvw(wijkverpleging) (ultimo 2020)

Daarnaast kwam er door de complexiteit van PGB-aanvragen een enorme groei aan PGB bemiddelingsbureaus. Door deze ontwikkeling is de belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget "Per Saldo" ontstaan.

Binnen de Zvw heeft de zorgverzekeraar de plicht om de inzet van zorgverlening uit het pgb te toetsen. Daarvoor is er landelijk door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een PGB reglement opgesteld die zorgverzekeraars hanteren bij de beoordeling op rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorginzet.

Binnen de Wlz heeft het zorgkantoor de verantwoordelijkheid om de inzet van zorgverleners en zorgverlening uit PGB te toetsen op veilige, doelmatige en verantwoorde zorg (thuis). Doelmatig wil zeggen dat de zorg thuis niet duurder is dan de zorg die persoon in een instelling zou krijgen. De zorg moet qua kwaliteit en kosten in balans zijn en aansluiten op de zorgbehoefte.

Verantwoord wil zeggen dat de zorg goed aansluit bij uw zorgbehoefte waardoor een veilige woon- of leefsituatie thuis ontstaat. Dit betekent dat er zorg of toezicht in de nabijheid is die noodzakelijk is en geschikt in de thuissituatie. Ook kijkt het zorgkantoor naar de integrale inzet van alle zorgverleners en de verhouding tussen professionele en informele zorg.

Om aanspraak te maken op een pgb WLZ is een indicatie voor Wlz noodzakelijk. Daarbij kan tevens sprake zijn van extra subsidies, mocht de pgb- budgethouder niet uitkomen met het budget. Te weten: Extra Kosten Thuis (EKT), of Meerzorg of Persoonlijk Assistentie Budget. Daarnaast zijn er extra subsidies bij chronische beademingsondersteuning of maatwerktoeslag thuiswonend kind <18jaar en overige subsidies. (zie ZN regeling extra budget)

Voor- en nadelen Pgb

Het voordeel van pgb is dat de persoon (budgethouder) eigen regie kan voeren over de inzet van zorgverleners. Ook de mogelijkheid voor deels Zorg in natura en zorg via pgb is mogelijk. Een goede balans tussen professionals en informele zorgverleners (waaronder vaak familieleden, vrienden en bekenden) die de zorg uitvoeren is mogelijk.

Het nadeel is dat er geen zicht is op de realisatie van de uitvoering en de kwaliteit. Bovendien is afbakening met gebruikelijke zorg slecht gedefinieerd. Ook budgethouders zonder eigen regie komen in aanmerking voor een pgb. Personen met hoge zorgzwaarte zouden hierdoor tekort worden gedaan door geen professionele zorgverleners in te zetten. Dit leidt tot problemen met de kwaliteit van de zorg, fouten en mogelijk fraude. Zo kan het gebeuren dat een budgethouder niet de zorg krijgt waarvoor hij heeft betaald. Ook maken budgethouders fouten bij het beheer van het pgb. In sommige gevallen is er sprake van fraude. Het is inmiddels bekend dat er pgb bemiddelingsbureautjes worden opgericht die niet altijd het juiste voor hebben met de budgethouders. Min VWS investeert in toenemende mate in goede informatie aan budgethouders om misstanden te voorkomen.

Bij zorg middels een pgb moet verzekerde in staat zijn om veel zelf te regelen:

- Het opstellen van een budgetplan,
- Het afsluiten van zorgovereenkomsten met de zorgverleners,
- Verantwoording afleggen over de besteding van het pgb.

² [Gebruik persoonsgebonden budget | Gebruik | Monitor Langdurige Zorg; StatLine - Personen met toegekend persoonsgebonden budget \(pgb\); ultimo kwartaal \(cbs.nl\); StatLine - Personen met pgb; persoonskenmerken \(cbs.nl\)](#)

1. Bij een Pgb is er geen enkele bemoeienis meer van het zorgkantoor. De budgethouder is verantwoordelijk. Wanneer de budgethouder het Pgb zelf niet kan beheren moet er een gewaarborgde hulp komen. Het zorgkantoor beoordeelt alleen op de in het Pgb geregelde zorg adequaat en verantwoord is. Daarnaast heeft het zorgkantoor heeft met de uitvoering via een Pgb geen rol meer. De budgethouder kan daarom niet terugvallen op het zorgkantoor.
2. Wanneer er voor een volledig pakket thuis gekozen wordt dan regelt de aanbieder alles. Je hebt dan alleen via de aanbieder invloed op de zorg. Het zorgkantoor maakt alleen inkoopafspraken met de aanbieder. De aanbieder moet voldoen aan de wettelijke kwaliteits eisen.
3. Kiest iemand voor een modulair pakket thuis dan kan de zorgvrager zelf kiezen welke zorg bij wie wordt ingekocht. Dat moet de zorgvrager zelf regelen. Het zorgkantoor gaat dat niet regelen.
4. Het zorgkantoor bepaalt of de thuissituatie veilig genoeg is. Doelmatigheid kan een overweging zijn om niet over te gaan tot thuisverpleging en -verzorging. Ook kunnen er wettelijke beperkingen zijn. Voor deze werkwijzer gaat het te ver om daar al te gedetailleerd op in te gaan.
5. Wanneer de zorg thuis wordt verzilverd middels een Vpt of een Mpt zal de zorgaanbieder zekerheden willen hebben over de continuïteit van het leveren van de zorg. Daartoe zal er een mentor moeten komen en zal er bewindvoering moeten zijn.
6. Los van de bovenstaande beperkingen moet er bij een Vpt of een Mpt een calamiteiten plan zijn. Dat moet in staan wie wat doet wanneer er zich een crisis voor doet? Wlz zorg voorziet namelijk niet in langer durende crisis situaties. De specifieke interventie om de crisis te deëscalieren wordt over het algemeen gefinancierd vanuit de Zvw.

4 Wet langdurige zorg (Wlz)

A. Wlz Algemeen: indicatiestelling, zorgprofielen, toewijzingsvormen, extra zorg/extra kosten en eigen bijdrage

Inleiding

De Wlz is geregeld in de wet van 3 december 2014, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg. De Wlz is een volksverzekering. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) zorgt voor de bekostiging van de zorg vanuit deze volksverzekering. Vervolgens mandateert VWS de uitvoer van de Wlz naar de verschillende regionale zorgkantoren die een budget ontvangen rekening houdend met demografische verschillen. De Wlz regelt de bekostiging van zorg voor bijna alle mensen die voor het resterende deel van hun leven onafgebroken zijn aangewezen op 24 uur zorg per dag in de nabijheid (of permanent toezicht). Er zijn hierop enkele uitzonderingen zoals de jeugd-GGZ, medische kindzorg vanuit de Zvw en palliatieve thuiszorg vanuit de Zvw. De toegang tot zorg op grond van de Wlz begint met een indicatie door het CIZ.

In de volgende paragrafen worden verschillende aspecten van de Wlz verder toegelicht, waaronder het afwegingskader. Een uitgebreide weergave van de zorgprofielen (inclusief mogelijkheid tot aanvragen meerzorg) staat in de bijlagen van deze werkwijzer.

Indicatiestelling

Het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) stelt als onafhankelijk orgaan, aan de hand van een afwegingskader (beleidsregels), de toegang tot de Wlz en de zorgzwaarte en het zorgpakket vast in de vorm van een zorgprofiel. Bij toegang krijgen cliënten een levenslange indicatie. Op basis van de onderliggende aandoening(en) en zorgzwaarte wordt er een grondslag, sector en zorgprofiel geïndiceerd. Elk zorgprofiel bevat een omschrijving van het cliëntprofiel (Zie bijlage "zorgprofielen"). Voor toegang tot zorg vanuit de Wlz moet er een minstens één grondslag vast te stellen zijn. De grondslag 'Psychische stoornis' is sinds 2021 toegevoegd aan de Wlz. Hiermee is de Wlz voor een grotere groep verzekerden toegankelijk geworden.

Binnen de AWBZ bestonden er lage zorgprofielen die niet zijn overgenomen in de Wlz. Deze lage zorgprofielen³ worden niet meer toegekend. De cliënten met een laag zorgprofiel hebben bij de overgang van AWBZ naar Wlz de mogelijkheid gekregen om te kiezen voor verblijf in een instelling. De cliënten die daar destijds gebruik van hebben gemaakt, houden via overgangsrecht toegang tot verblijf via de Wlz.

Afwegingskader⁴

Voor de beoordeling of iemand recht heeft op Wlz-zorg wordt een uniform afwegingskader gehanteerd. Eea is vastgelegd in de beleidsregels indicatiestelling WLZ van het CIZ. Dit kader omvat de volgende activiteiten:

1. Vaststellen of de aanvraag in behandeling kan worden genomen.
2. In kaart brengen van de zorgsituatie: ziekten, aandoeningen en/of stoornissen; beperkingen; grondslag(en). Eventuele lopende behandelingen en ziektebiografie worden hierin meegenomen.
3. Vaststellen of de verzekerde is aangewezen op
 - a. permanent toezicht om escalatie of ernstig nadeel te voorkomen, 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.

³ Met de lage zorgprofielen worden de profielen VV 1 t/m 3m VG 1 en 2, LG 1 en 3, ZG aud 1 en ZG vis 1 bedoeld.

⁴ https://www.ciz.nl/images/pdf/beleidsregels/Beleidsregels_indicatiestelling_Wlz_2023.pdf

Dit laatste is aan de orde wanneer er of door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig is, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig is.

4. Vaststellen of de zorgbehoefte blijvend is. Er wordt onderzocht of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid zoals is vastgesteld in stap 3 blijvend is.
5. Beoordelen of er sprake is van uitzonderingen op de toegangscriteria. Er kan sprake zijn van voorliggendheid van zorg uit een ander domein (bijvoorbeeld verpleging en verzorging voor kinderen vanuit de Zorgverzekeringswet; palliatief terminale zorg; jeugdwet); of van gebruikelijke zorg.
6. Vaststellen van het best passende zorgprofiel, de ingangsdatum, de geldigheidsduur indien van toepassing en of er sprake is van het kenmerk meerzorg.

Omvang van de zorg

De zorg vanuit de Wlz bevat o.a. verblijf, verzorging, begeleiding, verpleging, Wlz-behandeling, hulpmiddelen, vervoer en logeeropvang. Deze zorg kan worden geleverd in verschillende vormen van zorg in natura (ZIN), zoals volledige zorg in natura zoals bijvoorbeeld een opname in een zorginstelling, volledig pakket thuis (VPT), modulair pakket thuis (MPT) en in een persoonsgebonden budget (PGB).

Toewijzingsvormen Wlz: PGB, MPT, VPT, ZIN

Hierbij geeft het CIZ de volgende mogelijkheden aan:

1. Zorg in Natura (ZIN)
2. Modulair Pakket Thuis (MPT)
3. Volledig Pakket Thuis (VPT)
4. Persoons Gebonden Budget (PGB)⁵

Keuzemogelijkheden en zorgtoewijzing

Welke zorg er thuis mogelijk is binnen het MPT en VPT, is terug te vinden op de site van het zorginstituut.⁶ Een cliënt kan ervoor kiezen om zijn Wlz-zorg zelf te regelen met een PGB. Zorg die betaald wordt met een PGB is te combineren met MPT of VPT. Inzet van zorg thuis via een PGB moet, net zoals bij zorg in natura (ZIN), doelmatig en verantwoord zijn. Dit wordt daarom ook getoetst door de zorgkantoren. Wil een cliënt zijn PGB combineren met ZIN dan beoordeelt het zorgkantoor altijd de complete zorgvraag. De cliënt (budgethouder) is zelf verantwoordelijk voor het inkopen en organiseren van kwalitatief goede zorg met een PGB. Hij stemt dit zelf, of met zijn gewaarborgde hulp, af met het zorgkantoor.

Het is mogelijk dat zorg thuis via ZIN niet doelmatig en verantwoord geregeld kan worden, maar dat dit wel lukt (in combinatie) met een PGB. Dit kan bijvoorbeeld als een cliënt zorg nodig heeft op veel en onregelmatige tijdstippen of locaties of 24 uur toezicht nodig heeft. De Wlz-zorgaanbieder is niet in staat dit te regelen, maar de cliënt kan dit wel organiseren door mantelzorg, huisgenoten en/of informele zorgverleners in te schakelen. Bij twijfel of een Pgb medisch niet verantwoord en/of niet doelmatig is, kan de huisarts in overleg met de medisch adviseur ingeschakeld door het zorgkantoor overleg voeren over veilige en verantwoorde zorglevering thuis.

De zorgprofielen uit de (SG)LVG reeks en GGZ Beveiligd Wonen kunnen in geen geval in een PGB worden verzilverd.⁷

Zorginkoop en bekostiging

De inkoop van Wlz-zorg verloopt via de zorgkantoren. Deze kopen “bedden” in bij zorgaanbieders (intramuraal) of VPT/MPT extramuraal.

⁵ www.zorginstituutnederland.nl

⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>

⁷ [Document - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](#)

Wlz-zorg vanuit een PGB wordt niet door zorgkantoren ingekocht maar door de budgethouder. De zorgkantoren onderzoeken en besluiten of het doelmatig en verantwoord is om de zorg via een PGB te regelen

Grondslagen

De Wlz-zorgprofielen zijn ingedeeld in sectoren, bijvoorbeeld verpleging en verzorging (VV), lichamelijk gehandicapt (LG) of GGZ wonen. Vaak zijn er meerdere grondslagen waarmee iemand aanspraak kan maken op Wlz gefinancierde zorg. Het uitgangspunt is dat het gekozen zorgprofiel past bij de vastgestelde grondslag(en), de stoornissen, de beperkingen en de daaruit voortvloeiende actuele zorgbehoefte. Voor iedere grondslag zijn er meerdere zorgprofielen beschikbaar.

De grondslagen voor Wlz-zorg zijn:

- Somatische aandoening of beperking
- Lichamelijke handicap
- Psychogeriatrische aandoening of beperking
- Psychische stoornis
- Verstandelijke handicap
- Zintuiglijke handicap
 - o Visuele handicap
 - o Auditief-communicatieve handicap
 - o Spraak-/taalstoornis

Als iemand meer dan één grondslag heeft, wordt eerst gekeken welke grondslag de meeste invloed heeft op de zorgbehoefte. Als de bijbehorende profielen niet voldoende aansluiten, kan worden gekozen voor een profiel dat hoort bij een van de andere grondslagen die vastgesteld zijn bij die persoon. Dit kan als de beperkingen elkaar beïnvloeden, of op grond van leeftijdsgebonden cliëntkenmerken of specifieke gedragsproblemen. Het vaststellen van het best passend zorgprofiel is daarom maatwerk en is afhankelijk van de actuele zorgbehoefte

Extra zorg thuis

Het kan gebeuren dat een verzekerde meer zorg nodig heeft dan op grond van zijn indicatie mogelijk is. Het zorgkantoor kan dan extra geld toekennen voor de zorg.

Het toekennen van extra geld door het zorgkantoor kan vanwege:⁸

1. Toeslagen
2. Zorg in expertisecentra
3. Meerzorg
4. Extra Kosten Thuis (EKT)
5. Duurdere behandeling of begeleiding
6. Persoonlijk Assistentie Budget (PAB)

Bij palliatief terminale zorg kan ook extra geld nodig zijn.

1. Toeslagen

Een toeslag is mogelijk als meer zorg nodig is dan op grond van de indicatie mogelijk is én de zorgbehoefte bestaat uit:

- Gespecialiseerde epilepsiezorg
- Chronische invasieve beademing
- Non-invasieve beademing
- Klinisch intensieve behandeling
- Niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie
- CVA (beroerte)
- Ziekte van Huntington
- Observatie

⁸ [Extra zorg \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

Als een verzekerde deze zorgbehoefte heeft, is altijd extra zorg nodig, bij verblijf in een instelling of in de thuissituatie (bij volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb)).

Bij pgb kan het zorgkantoor het pgb verhogen.

2. Expertisecentra

Een toeslag is mogelijk als meer zorg nodig is dan op grond van de indicatie mogelijk is én de zorgbehoefte bestaat uit gespecialiseerde zorg in verband met het Syndroom van Korsakov, waarbij sprake is van verblijf in een instelling.

3. Meerzorg

Bij bepaalde zorgzwaartepakketten (ZZP)/zorgprofielen is meerzorg mogelijk. De zorgbehoefte moet dan minimaal 25% in uren hoger zijn dan de zorg, die op grond van de indicatie mogelijk is. De zorgaanbieder of de verzekerde kan meerzorg aanvragen bij het zorgkantoor. De zorgaanbieder kan ook meerzorg aanvragen voor een groep verzekerden als aan de voorwaarden van de NZa wordt voldaan. Het zorgkantoor toetst of aan de voorwaarden wordt voldaan. Als meerzorg wordt toegekend, bepaalt het zorgkantoor de omvang (een geldbedrag) en de geldigheidsduur. Het zorgkantoor kan het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) om advies vragen bij de beoordeling van de aanvraag voor meerzorg. Tegen een besluit van het zorgkantoor is het mogelijk om in bezwaar en beroep te gaan.

4. Extra kosten thuis (EKT)

Een verzekerde kan Wlz-zorg thuis krijgen in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) of een modulair pakket thuis (mpt). Deze zorg thuis kan duurder zijn dan wanneer de verzekerde in een instelling zou verblijven of zorg van een instelling zou ontvangen in de vorm van een volledig pakket thuis (vpt). Het zorgkantoor kan besluiten dat de kosten voor zorg thuis tot maximaal 25% hoger mogen zijn dan het basisbedrag. EKT is voor alle Wlz-cliënten met een mpt en/of pgb mogelijk. Het basisbedrag is het maximale bedrag dat beschikbaar is voor de vormen van zorg waaraan het persoonsgebonden budget mag worden besteed, zonder verhogingen. Het zorgkantoor kan ook besluiten dat de kosten voor zorg thuis tijdelijk hoger mogen zijn als de verzekerde tijdelijk verpleging nodig heeft vanwege een medisch-specialistische behandeling. Het zorgkantoor bepaalt de hoogte van de extra vergoeding voor deze noodzakelijke zorg. Voor kinderen tot 18 jaar kan het zorgkantoor besluiten dat de kosten voor behandeling, voor individuele begeleiding of voor begeleiding in groepsverband hoger mogen zijn als dit noodzakelijk is voor de ontwikkeling van het kind.

5. Duurdere behandeling of begeleiding

Het zorgkantoor kan na toepassing van Extra kosten thuis (EKT) voor een verzekerde, die niet in aanmerking komt voor een toeslag en/of meerzorg, hogere kosten voor individuele behandeling of behandeling in groepsverband toestaan dan het bedrag dat hiervoor beschikbaar is.

Het zorgkantoor kan na toepassing van Extra kosten thuis (EKT) voor een verzekerde, die niet in aanmerking komt voor een toeslag en/of meerzorg, hogere kosten toestaan of een hoger bedrag toekennen voor begeleiding in groepsverband dan het bedrag dat hiervoor is opgenomen in het ZZP behorend bij het zorgprofiel of dat hiervoor geldt bij Wlz-zorg in de vorm van een persoonsgebonden budget (volgens bijlage H bij de Regeling langdurige zorg).

6. Persoonlijk assistentie budget (PAB)

Het persoonlijk assistentie budget (PAB) is bedoeld voor verzekerden vanaf 18 jaar die volledig regie hebben over het eigen leven, maar een zeer zware lichamelijke beperking hebben en die vanuit medisch oogpunt zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de directe nabijheid om levensbedreigende situaties te voorkomen. Het zorgkantoor kan het persoonsgebonden budget (pgb) van de verzekerde verhogen tot een bedrag van maximaal € 324.073 per kalenderjaar, als aan de voorwaarden wordt voldaan. De verzekerde kan dan zelfstandig wonen en participeren in de samenleving.

Palliatief terminale zorg

Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting van de verzekerde is dan niet langer dan 3 maanden. Ook als de verzekerde niet binnen 3 maanden overlijdt, kan hij aangewezen blijven op deze zorg.

Als de verzekerde een Wlz-indicatie heeft, wordt palliatief terminale zorg betaald vanuit de Wlz. Het maakt daarvoor geen verschil of de verzekerde in een instelling verblijft of Wlz-zorg ontvangt in de vorm van een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt), persoonsgebonden budget (pgb) of een combinatie van een modulair pakket thuis en een persoonsgebonden budget (mpt + pgb). Als een verzekerde palliatief terminale zorg ontvangt, dan kan extra geld nodig zijn voor de noodzakelijke zorg vanuit de Wlz.

Als de verzekerde in een instelling verblijft, of een instelling Wlz-zorg biedt in de vorm van een volledig pakket thuis (vpt), dan kan de Wlz-zorgaanbieder de kosten voor de noodzakelijke zorg declareren bij het zorgkantoor. Bij verblijf in een instelling, moet aan de voorwaarden worden voldaan, die staan in [artikel 2.2, eerste lid, onder d van de Regeling langdurige zorg](#).

Als de verzekerde thuis zorg wil krijgen in de vorm van een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb) kan het zorgkantoor op verzoek de vergoeding of het pgb verhogen. Bij Wlz-zorg in de vorm van een pgb is dan een terminaliteitsverklaring nodig met de levensverwachting van de verzekerde. Het zorgkantoor kan om een nieuwe terminaliteitsverklaring vragen.

Eigen bijdrage

Voor het ontvangen van Wlz zorg betalen Wlz gerechtigden een eigen bijdrage. Deze wordt berekend en geïnd door het CAK. De eigen bijdrage hangt af van hoogte van inkomen, het huishouden, de gekozen leveringsvorm en de hoogte van de indicatie.⁹ Zie hoofdstuk 12 knelpunten LZ over problemen die rond deze eigen bijdrage kunnen ontstaan. Overigens kan de verplichting tot een eigen bijdrage van invloed zijn op de keuze van mensen al of niet een WLZ-aanvraag te doen.

De Wlz verlaten

De Wlz is bedoeld voor cliënten die levenslang zijn aangewezen op 24-uurs zorg. In uitzonderingsgevallen kan het vóórkomen dat iemand in de loop van de tijd toch niet meer aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet. Wanneer een client in die situatie de Wlz-indicatie wilt laten intrekken kan hij zelf een verzoek indienen bij het CIZ om zijn situatie te laten herbeoordelen. Wanneer een client geen Wlz indicatie meer wil, maar nog wél voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz is deze niet (zonder meer) te beëindigen. Dit zou alleen kunnen wanneer de zorg vanuit andere domeinen (Wmo, Zvw) overgenomen wordt. Gemeentes en zorgverzekeraars zijn hiertoe niet verplicht.

⁹ www.cak.nl

B. Wlz-behandeling en afbakening met andere zorgvormen, assistentie/begeleiding

Wanneer er een Wlz-indicatie is toegekend blijven er raakvlakken bestaan met de Zorgverzekeringswet, met name als het gaat om aanspraak op behandeling.

De Wlz-behandeling die niet los te zien is van de rest van de integrale zorg maakt onderdeel uit van de Wlz. Wlz-behandeling omvat daarmee zorg van specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de grondslag voor de Wlz-indicatie. Hieronder valt bijvoorbeeld ook aanvullende functionele diagnostiek door een Wlz-behandelaar. Wlz-behandeling is alleen in natura mogelijk.

Afbakening met medisch specialistische zorg

Het gaat bij Wlz-behandeling niet om medisch specialistische zorg vanuit de Zvw. Medisch specialistische zorg komt ten laste van de Zvw. De enige uitzondering op deze regel is als een cliënt de grondslag psychische stoornis heeft. In die situatie komt de geneeskundige zorg die klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden, ten laste van de Wlz.

Voor een volledige beschrijving van de grenzen van Wlz-behandeling:

[Behandeling \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

Medebehandeling

Verzekerden met een Wlz-indicatie hoeven verblijf en behandeling niet van dezelfde instelling te ontvangen. Bijvoorbeeld als iemand thuis woont of in een instelling die geen behandeling biedt. Als een verzekerde verblijf en behandeling niet van dezelfde instelling ontvangt, kan de Wlz-behandelaar de specifieke medische, gedragswetenschappelijke of paramedische behandeling inzetten naast de algemene behandeling door de huisarts. Dat heet medebehandeling en maakt onderdeel uit van de Wlz. De huisarts (Zvw) blijft in dat geval medisch eindverantwoordelijk. Lees meer:

[Samenwerking huisarts - specialist ouderengeneeskunde - Verenso](#)

Herstelgerichte behandeling

Vanwege de inhoudelijke overeenkomsten wordt de herstel gerichte behandeling met verpleging en verzorging (zorgprofiel VV9B) beschreven in het hoofdstuk Geriatrische Revalidatie Zorg (hoofdstuk 5)

Paramedische zorg

Paramedische zorg valt onder Wlz-behandeling als het specifieke paramedische zorg betreft. Er is sprake van specifieke paramedische zorg als de behandelaar specifieke kennis of vaardigheden nodig heeft om de betreffende cliënt te behandelen, óf als de zorg onderdeel is van de integrale zorg die de instelling biedt. Dit staat verder beschreven in:

[standpunt 'Paramedische zorg in de Wlz'.](#)

Afbakening diagnostiek

Het Zorginstituut krijgt vaak vragen over wanneer diagnostiek onder de Wlz valt en wanneer onder medisch specialistische zorg. Het Zorginstituut heeft naar aanleiding hiervan zowel een algemeen standpunt diagnostiek uitgebracht als een specifiek standpunt als het gaat om röntgendiagnostiek.

Diagnostische activiteiten die zijn aangevraagd door een Wlz-behandelaar komen ten laste van de Wlz als de inhoudelijke beoordeling van de data door de Wlz-behandelaar wordt uitgevoerd. Als de medisch specialist de data inhoudelijk beoordeelt, komt dat deel van de zorg ten laste van de Zvw.

Lees meer in:

['Standpunt Diagnostiek - Afbakening Wlz en medisch specialistische zorg'](#)

['Standpunt 'Röntgendiagnostiek op aanvraag van een Wlz-arts komt ten laste van de Zvw'.](#)

Partnerverblijf

Voor de partner van een persoon met een Wlz indicatie is het wettelijk gezien mogelijk (met uitzondering van de GGZ profielen) mee te verhuizen naar een instelling. De zorgaanbieder vraagt bij het CIZ een indicatiebesluit voor partnerverblijf aan en registreert de meeverhuizende partner. Lang Niet alle

zorgaanbieders hebben aanbod voor partnerverblijf. Als de meeverhuisde partner zelf ook zorgbehoevend wordt, maar nog niet voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, zal hij voor zijn zorg een beroep moeten doen op de Wmo of zijn zorgverzekering.

ADL assistentie

ADL-assistentie is gedurende het hele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) in en om de ADL-woning, waaronder alarmopvolging bij een noodoproep. De ADL-assistentie vindt plaats op verzoek en aanwijzing van de ADL-bewoner. Per 1 januari 2015 is de ADL-assistentie geregeld in een subsidieregeling op grond van de Wlz. Het Zorginstituut verstrekt subsidies aan zorgaanbieders die ADL-assistentie leveren.¹⁰

Onder ADL-assistentie vallen hulp en diensten, zg. "hand- en spandiensten", zoals het bijvullen van printerpapier, het vervangen van een batterij, het opruimen van een omgevallen glas melk, het openmaken van een fles wijn en dergelijke.

ADL assistentie onderscheidt zich van verpleegkundige zorg omdat de geneeskundige context ontbreekt. Verpleegtechnische handelingen welke normaal gesproken door een mantelzorger worden uitgevoerd kunnen middels een verlengde arm constructie vallen onder ADL assistentie.

ADL assistentie is onlosmakelijk verbonden met het wonen bij één van deze drie erkende aanbieders. ADL kan niet bij andere woonvormen worden aangeboden. ADL assistentie kent maar één leveringsvorm.

Onder ADL-assistentie wordt ook verstaan de gedurende het etmaal direct oproepbare assistentie bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning op verzoek en aanwijzing van de ADL-bewoner, zoals:

- hulp bij eten of drinken (serveren van voedsel op bed en op tafel en hulp bij verplaatsen);
- persoonlijke hulp en toilet maken (mondverzorging, haarverzorging, scheren, nagels knippen, kleden, hulp bij baden en toiletbezoek);
- eenvoudige verpleegtechnische handelingen zoals het aanreiken van medicijnen, het aanleggen van verbanden en spalken, huidverzorging bij decubitus, aan en uitdoen van een prothese, het aanleggen van een draagurinaal, katheteriseren, toedienen van een klysma, injecteren met prikpen en verpleegtechnische handelingen bij ademhalingsondersteuning, waaronder bronchiaal toilet;
- het verlenen van eerder genoemde hulp en diensten, de zg hand en span diensten.

Met ADL-assistentie heeft de verzekerde zodoende, gedurende het gehele etmaal, direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Bij een noodoproep ingeval van levensbedreigende situaties (bijvoorbeeld bij thuisbeademing) is ADL-assistentie binnen 2-5 minuten met alarmopvolging beschikbaar.

ADL assistentie wordt gefinancierd middels een subsidie regeling welke ten laste komt van de Wlz.

Subsidie voor ADL-assistentie is mogelijk als de zorgaanbieder ADL-assistentie biedt aan een verzekerde die:

- een lichamelijke handicap of een somatische aandoening heeft;
- is aangewezen op een rolstoeltoegankelijke woning;
- is aangewezen op ten minste vijf uur oproepbare ADL-assistentie per week; en
- voldoende sociaal zelfredzaam is om zelfstandig te wonen, zorg op te roepen en aanwijzingen te geven.

Het kan alleen geleverd worden door een erkende ADL assistentie aanbieder. Dat zijn er drie;

¹⁰ [ADL-assistentie | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

Fokus; <http://www.fokuswonen.nl/Home/Fokuswonen>
Ons Tweede Thuis; <https://nah-ig.onstweedethuis.nl/wonen-en-logeren/>
Stichting Wassenaarse
zorgverlening, <https://www.swz-zorg.nl/algemeen/wonen-met-zorg/de-bonte-os>

ADL-assistentie is alleen beschikbaar in en om de ADL-woning. ADL-assistentie is niet mogelijk buiten de ADL-woning. Dit betekent dat als de ADL-bewoner, naast de gesubsidieerde ADL-assistentie in en om de ADL-woning, andere zorg nodig heeft, of zorg buiten de ADL-woning hij daarvoor is aangewezen op andere wettelijke regelingen, zoals de Wmo of de Zvw.¹¹

Voor de indicatie ADL-assistentie is geen omvang bepaald. Als een verzekerde voldoet aan de voorwaarden wordt een besluit ADL-assistentie afgegeven.¹²

Belangrijk weegcriterium bij het indiceren van ADL assistentie is de afwezigheid van de noodzaak van zorg in de nabijheid of permanent toezicht. ADL assistentie kan namelijk niet worden afgegeven wanneer er aanspraak bestaat op Wlz gefinancierde zorg.

Meer informatie over Als assistentie is te vinden op de site van het CIZ.

C. Wlz: knelpunten

Zorgval / verschil eigen bijdrage:

Wanneer de overstap van de Zvw naar de Wlz wordt gemaakt kan het voorkomen dat er in de nieuwe situatie minder zorg kan worden ingezet. Dit komt doordat er in principe geen maximum zit aan budgetten in de ZVW. Vanuit de Wlz krijgt de client een zorgprofiel waar een maximum aan zit aan de in te zetten zorg voor dat budget. Dit kan een reden zijn voor cliënten om de overstap niet te willen maken ook als de zorgbehoefte inhoudelijk wel binnen de Wlz past. Hierbij is het van belang dat een aanvraag voor de Wlz door zorgverzekeraars niet kan worden afgedwongen.

Wanneer de overstap van de Wmo naar de Wlz wordt gemaakt kan het zijn dat de eigen bijdrage fors toeneemt. Binnen de Wmo bestaat een abonnementstarief van 19 eu per maand (2022). Binnen de Wlz is er een eigen bijdrage inkomensafhankelijk, waardoor die vrijwel altijd fors hoger is. Ook dit kan een reden zijn voor cliënten om een Wlz-aanvraag af te houden. De gemeente heeft meer mogelijkheden dan de zorgverzekeraar om een beoordeling over toegang tot de Wlz (door het CIZ) af te dwingen. De wetstekst van de Wmo geeft hier namelijk wel ruimte voor en die van de Zvw niet.

Niet-vrijwillige opname binnen de langdurige zorg – Wvvggz en Wzd

Tot 2020 vonden niet-vrijwillige opnames hun basis in de Wet BOPZ. Sinds 2020 is de Wet BOPZ vervangen (en in feite opgesplitst) door de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). De laatstgenoemde wet regelt de niet-vrijwillige zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking of een gelijkgestelde aandoening.

ZonMw heeft in oktober 2022 een uitgebreide evaluatie van de nieuwe wetgeving gepresenteerd¹³, genaamd "Eerste evaluatie Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en Wet zorg en dwang, deel 2". Men beschrijft in de conclusie o.a. het volgende. "De relatie tussen de Wvvggz en de Wzd is ingewikkeld, en roept in de uitvoeringspraktijk veel vragen op. Die vragen hangen in belangrijke mate samen met de keuze om twee separate wetten tot stand te brengen in een situatie van overlappende domeinen. De mate van overlap tussen de doelgroepen blijkt groter te zijn dan ten tijde van de totstandbrenging van beide wetten werd gedacht, waardoor de omvang en complexiteit van allerlei 'grensgeschillen' aanzienlijk is." Voor een uitgebreide beschrijving van de knelpunten m.b.t. Wvvggz en Wzd verwijzen we naar deze evaluatie.

¹¹ [ADL-assistentie | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

¹² https://www.ciz.nl/images/pdf/beleidsregels/Beleidsregels_indicatiestelling_Wlz_2023.pdf

¹³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/10/21/evaluatie-wvvggz-wzd-eindrapport>

De door ZonMW genoemde complexiteit rondom grensgeschillen zien we in de praktijk ook terug in de langdurige zorg. Dit gaat bijvoorbeeld om de vraag waar cliënten met zowel psychiatrische als cognitieve problematiek het beste kunnen worden opgenomen en onder welke wetgeving. Bij beoordelen van plaatsingsverzoeken of indicatie-aanvragen moeten de zorginhoudelijke argumenten altijd voorop staan. Zo zijn er in 2020 situaties geweest waarin alle deskundigen van mening waren dat een client met een psychische stoornis de beste passende zorg kon ontvangen binnen een Wzd-accommodatie. Hier was destijds geen mogelijkheid voor binnen de Wzd.

In 2021 heeft er daarom een wijziging¹⁴ in de wetsteksten plaatsgevonden waardoor het volgende nu mogelijk is. Een rechter kan op verzoek van het CIZ een machtiging vanuit de Wzd verlenen voor een persoon met een psychische stoornis wanneer die stoornis gelijk kan worden gesteld aan een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap.

- Dit kan wanneer er door een ter zake kundige arts is geoordeeld dat de gedragsproblemen of regieverlies voortkomend uit de psychische stoornis dezelfde zijn als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap kan veroorzaken, en;
- waarbij de benodigde zorg in verband met deze gedragsproblemen of regieverlies vergelijkbaar is met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, en;
- waarbij deze gedragsproblemen kunnen of dit regieverlies kan leiden tot ernstig nadeel.

Wachlijsten binnen de Wlz, leidend tot onduidelijkheid over status wachtenden

Op dit moment zijn in veel regio's wachtlijsten voor Wlz-zorg. Dit geldt met name voor VV04 zorgprofielen. Zorgaanbieders geven aan dat zij niet de benodigde zorg kunnen bieden - omdat het tarief behorend bij het VV04 zorgprofiel te laag is - en daarom geen plekken meer beschikbaar stellen voor cliënten met dit zorgprofiel. Dit heeft wachtlijsten voor deze kwetsbare groep ouderen tot gevolg, waarbij instroom nog met name plaatsvindt via spoedopnames. Dit terwijl allen op de wachtlijst in aanmerking zouden moeten kunnen komen voor opname. Er vinden gesprekken plaats tussen de NZa, het ministerie van VWS en de betrokken brancheorganisaties over het creëren van een passend zorgaanbod voor cliënten met een zorgprofiel VV04. Dit heeft echter tot op heden niet tot een oplossing geleid. Een ander gevolg is dat er bij Wlz-aanvragen steeds vaker op een hoger zorgprofiel wordt aangestuurd.

Wlz-aanbieders kunnen Wlz-zorg aanbieden met of zonder behandeling.

Er bestaat voor zorgaanbieders de mogelijkheid om Wlz-zorg aan te bieden zonder behandeling. Dit gebeurt regelmatig bij kleinschalige woonvormen, bijvoorbeeld voor cliënten met dementie. Er is in die instellingen geen vaste specialist ouderengeneeskunde die eindverantwoordelijk is voor de medische zorg van de cliënten. De huisarts is in die gevallen de behandelverantwoordelijke. Hoewel deze constructie steeds vaker wordt toegepast spreken verschillende huisartsen hun zorgen uit omdat zij hierdoor relatief veel patiënten in hun praktijk kunnen krijgen met complexe meervoudige problematiek.¹⁵

Partnerverblijf binnen de Wlz

In de wet staat beschreven dat partnerverblijf mogelijk is binnen de Wlz (met uitzondering van de zorgprofielen op basis van de grondslag Psychische stoornis). In de praktijk blijkt dat partneropnames praktisch niet worden aangeboden, wegens praktische bezwaren bij de zorgaanbieders.

Verblijfsplek voor mensen met cognitieve stoornissen

Het kan in de praktijk complex zijn om de juiste vervolgplek of revalidatiezorg te vinden voor patiënten die pre-existent al beperkingen hadden in het functioneren (cognitieve stoornissen van nog onbekende oorzaak, zorg mijden etc).

¹⁴ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2021Z09574&did=2021D21121>

¹⁵ [Tot hoever reikt de zorg in het verpleeghuis light ? - NRC](#)

Overige bronnen:

Afwegingskader ZN toewijzing zorg thuis:

<https://www.zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=1029111808>

Zorgprofielen:

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2020-09-03#BijlageA>

[Blijvend overgangsrecht vanuit de AWBZ bij laag zorgzwaartepakket | Wetten en regels | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/meeverhuizende-partner-Wlz>

Toewijzingsvormen:

<https://www.zn.nl/publicaties/document?documentregistrationid=5712019456>

<https://www.zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=1029111808>

5 Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) en Herstelgerichte Behandeling (HB)

A. GRZ

Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de Geriatrische revalidatie zorg (GRZ) en de grens met het Wlz-zorgprofiel Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling (VV9b).

De GRZ is Zvw gefinancierde zorg en wordt ook in de Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatie (MSR) beknopt beschreven¹⁶. Vanwege de gemiddeld hoge leeftijd van de patiënten en omdat deze soort revalidatie altijd werd en wordt geleverd door Wlz instellingen, wordt de GRZ hier tot de chronische zorg gerekend. De GRZ wordt daarom in dit handboek chronische zorg uitvoeriger besproken. Omdat de herstelgerichte behandeling vanuit de Wlz (HB) zoveel raakvlakken, overeenkomstige kenmerken en potentiële overlappingsen heeft zullen we beiden vormen van zorg in dit hoofdstuk bespreken.

Voor een Wlz-cliënt wordt revalidatie doorgaans bekostigd vanuit de Wlz. Wanneer een verzekerde Wlz-zorg ontvangt, waarbij sprake is van verblijf met behandeling, dan is GRZ uit de Zvw niet mogelijk. Wlz-cliënten die in een instelling wonen zonder behandeling of die thuis zorg ontvangen (in de vorm van vpt, mpt, pgb of combinatie) kunnen eventueel ook in aanmerking komen GRZ. De beoordeling, of er voor een cliënt een aanvraag voor GRZ danwel herstelgerichte behandeling uit de Wlz gedaan moet worden, ligt bij de behandelaar die de geriatrische beoordeling (geriatrisch assessment) uitvoert en niet bij het CIZ.

[Geriatrische revalidatiezorg \(Zvw\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

GRZ

Geriatrische revalidatie kan in essentie beschreven worden als kortdurende multidisciplinaire behandeling in een instelling met als doel terugkeer naar huis. In dit document worden de criteria benoemd waar een verzekerde aan moet voldoen om in aanmerking te komen voor geriatrische revalidatie in een instelling.

Artikel 2.5c van het besluit zorgverzekering omschrijft de geriatrische revalidatie als volgt¹⁷

- Lid 1: Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
- Lid 2: De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
 - a. de zorg binnen een week aansluit op verblijf als bedoeld in [artikel 2.12](#)¹⁸ in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een instelling als bedoeld in [artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg](#)¹⁹ gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling, **en**
 - b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in [artikel 2.12](#).
- Aandachtspunten/uitzonderingen:
 - Het tweede lid, onderdeel a, is niet van toepassing indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en waarbij sprake is van voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening.
 - De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar op grond van een gemotiveerd

¹⁶ Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatiezorg [Werkwijzer Medisch Specialistische Revalidatiezorg \(vavolksgezondheid.nl\)](#)

¹⁷ Er ligt een voorstel vanuit ZIN tot afschaffing van dit artikel: zie verder

¹⁸ Betreft kortweg gezegd verblijf in ziekenhuis

¹⁹ Betreft verblijf in een instelling die zorg, bekostigd vanuit de Wlz levert

en plausibel verzoek van de SO van de behandelende GRZ instelling, een langere periode toestaan.

Werkveld

Uit de deze aanspraakbeschrijving volgt dat deze zorg vooral gericht is op ouderen die aangewezen zijn op verblijf inclusief verpleging en verzorging, met een tijdelijke stoornis die geleid heeft tot behandelbare beperkingen op het gebied van zowel de maatschappelijke participatie als de ADL. Intensieve verzorging en verpleging met een noodzaak van aansterken na een somatische aandoening zonder Geriatrische Revalidatie herstel gerichte behandeling, valt niet onder revalidatie

De afbakening tussen medische specialistische revalidatie en geriatrische revalidatie wordt over het algemeen bepaald door de leeftijd (alhoewel dit relatief is) kwetsbaarheid, complexe multi-morbiditeit en afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid van de verzekerde. Ook het tempo van de revalidatie kan bepalend zijn voor die wegging.

Ontwikkelingen

De geriatrische revalidatiezorg (revalidatie voor ouderen) is sinds 2013 opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zorg is nu nog specifiek geregeld in artikel 2.5c van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Sinds 2013 zijn er veel ontwikkelingen in deze zorg geweest. Eén daarvan is de wens om ook zonder voorafgaand ziekenhuisverblijf, goed te bepalen welke zorg nodig is en deze meer ambulante te geven, waarbij de patiënt thuis is. De huidige bepaling (artikel 2.5c Bzv) belemmert deze gewenste ontwikkelingen. Ook is alle zorg van de specialist ouderengeneeskunde sinds 2020 in de Zvw opgenomen en daarom lijkt de zorg nu dubbelop geregeld in de Zvw. Om deze redenen, adviseert het Zorginstituut artikel 2.5c Bzv te schrappen.

Een andere ontwikkeling betreft de verdere ambulantisering in de GRZ. Waar nu de ambulante GRZ-behandeling nog vooraf gegaan moet worden door GRZ-verblijf, zijn er initiatieven qua regelgeving en qua uitvoering, om ambulante GRZ mogelijk te maken, zonder voorafgaande opname.

Verder wordt in het hoofdstuk ELV de afbakening van deze zorgvorm met de GRZ besproken en de wens van de VAV-werkgroep om deze zorgvormen samen te voegen.

Onlangs heeft de beroepsgroep een kwaliteitsbeschrijving GRZ ontwikkeld.²⁰

B. Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling (VV9B)

In de Wlz beleidsregels indicatiestelling 2023⁴ wordt het Zorgprofiel VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling als volgt omschreven.

Dit zorgprofiel is bedoeld voor mensen:

- die medisch specialistische diagnostiek/interventie hebben gehad (meestal tijdens een opname in het ziekenhuis) en waarbij deze medisch specialistische diagnostiek/interventie - ook van comorbiditeit en multimorbiditeit - is afgerond; én
- die aansluitend tijdelijk een herstelgerichte behandeling nodig hebben vanuit een integrale en multidisciplinaire aanpak; omdat de verwachting is dat de persoon in die tijdelijke periode kan herstellen en/of een aantal vaardigheden kan leren en trainen waardoor hij beter kan functioneren. Een specifieke benadering is nodig vanwege problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies; én
- waarbij het functioneren niet zodanig kan verbeteren dat hij op termijn zonder permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid kan (om escalatie dan wel ernstig nadeel te voorkomen). Relevant is dus dat de persoon ook na de herstelgerichte behandeling is aangewezen op de Wlz.

Een indicatiebesluit voor het zorgprofiel VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling heeft een geldigheidsduur van ten hoogste zes maanden.

²⁰ [221213-Kwaliteitsbeschrijving-geriatrische-revalidatiezorg-Verenso.pdf](#)

Dit zorgprofiel is niet aan de orde voor mensen die geriatrische revalidatiezorg (GRZ) ontvangen. Indien het revalidatietraject is gestart binnen een GRZ-indicatie maakt de persoon zijn revalidatiebehandeling binnen deze GRZ-indicatie af. Dit geldt ook als tijdens de revalidatie blijkt dat de persoon na afronding van de revalidatie blijvend zal zijn aangewezen op zorg uit de Wlz. Tijdens de GRZ of aansluitend aan de GRZ is dus geen indicatie voor een zorgprofiel VV9b mogelijk.

C. Knelpunten

Alternatieve arrangementen

Sinds de aanspraak GRZ is geïntroduceerd (2013 binnen de Zvw), zijn er in het veld steeds meer initiatieven voor nieuwe revalidatie arrangementen ontstaan, waarbij de tarifiering van GRZ niet zou volstaan. In de (nabije) toekomst zal de politiek hier mogelijk nieuwe duidingen aan geven.

Omschrijving zorgtraject, zorgproces en professionele richtlijnen

Er ligt een opdracht bij de beroepsgroep van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) om het totale zorgtraject bestaande uit de indicatiestelling, zorgproces, hun professionele behandelrichtlijnen en de kwaliteit van zorg, adequaat en eenduidig te beschrijven. Recent is de kwaliteitsbeschrijving GRZ ²¹ verschenen.

In de al wel voorhanden zijnde “Handreiking Geriatrisch Assessment” voor specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso, 2013) is een aantal meetinstrumenten benoemd om de kwaliteit van de GRZ- behandeling te meten. De praktijk leert echter dat er tot op heden meestal nog steeds gebruik wordt gemaakt van de Barthel-score, terwijl een analyse hiervan ontbreekt

Toegang GRZ en afbakening Wlz

Er is vaak discussie over hoe revalidatiezorg gefinancierd moet worden bij ouderen van wie vooraf niet bekend is of zij na revalidatie naar huis kunnen of verpleeghuiszorg nodig zullen hebben. Deze groep wordt in de praktijk vaak afgewezen voor GRZ, terwijl zij lang niet altijd aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoen.

GRZ is in principe bedoeld om ouderen te helpen terugkeren naar de thuissituatie. Er zijn afspraken tussen zorgverzekeraars en revalidatie-instellingen over tarieven, (multi)disciplinaire behandeluren, ligduur en percentage van patiënten dat naar huis terugkeert. Dit alles maakt dat er naast zorginhoudelijke aspecten ook financiële aspecten meespelen in de overwegingen rond toegang tot GRZ. Het is onaanvaardbaar om binnen de GRZ veel patiënten op te nemen met: een hoge kans op langdurige revalidatie, een trage start van de revalidatie (bv. na CVA) of hoge kans op uitplaatsing naar een verpleeghuis.

Revalidatie vanuit de Wlz is alleen mogelijk als vooraf duidelijk is dat iemand blijvend is aangewezen op 24-uurs zorg. Bij uitplaatsing van ziekenhuis naar revalidatieafdeling is vaak nog niet vast te stellen hoe lang de revalidatie zal duren óf welke woonvorm na revalidatie passend is. Patiënten kunnen dan voor GRZ én Wlz worden afgewezen. Dit leidt regelmatig tot uitplaatsingsproblematiek vanuit ziekenhuizen.

Het is wenselijk dat er naar een oplossing wordt gezocht tussen betrokken ketenpartners (bijvoorbeeld kaderartsen GRZ/Verenso, CIZ en zorgverzekeraars). Er lopen op dit moment enkele initiatieven rondom deze problematiek.

Tijdelijke opname zonder revalidatiedoelen

Er is in de praktijk een noodzaak tot tijdelijke opnames voor observatie of diagnostiek (bijvoorbeeld bij verdenking psychogeriatric) die niet binnen de grenzen van ELV of GRZ vallen. Het kan voor huisartsen en andere behandelaren in de praktijk complex zijn om deze opnames te realiseren.

²¹ [221213-Kwaliteitsbeschrijving-geriatrische-revalidatiezorg-Verenso.pdf](#)

Overige bronnen:

Wet en regelgeving Q&A van de Nza:

[Zoeken | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

Werkveld (Zie Zorginstituut Nederland):

[Geriatrische revalidatiezorg \(Zvw\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

Protocollen/richtlijn

[VER-003-29-handrGeriatrischAssesement-v4.pdf \(verenso.nl\)](#)

https://www.verenso.nl/_asset/_public/Thema-en-projecten/GRZ/StandpuntVerensoBehandelkadersdef.pdf

6 Eerstelijnsverblijf (ELV)

A. ELV: ontstaan, aanspraak, beschrijving

Bij de hervorming LZ in 2015 is er voor gekozen voor om alleen toegang tot de Wlz te bieden aan verzekerden met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Ervanuit gaande dat lichtere zorg zoals geboden op grond van de lagere ZZZP's (zorgzwaartepakket) niet meer in een klinische setting behoefde te worden geboden, werden de lagere ZZZP's van de AWBZ bij de overgang naar de Wlz niet meer meegenomen naar de Wlz. Daarnaast werd per 1 januari 2015 in het Besluit zorgverzekering de prestatie 'verpleging in de wijk' ingevoerd die het mogelijk maakte om onder de basisverzekering zorg 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' te leveren aan een verzekerde in zijn eigen omgeving (artikel 2.10 Bzv).

Met deze verandering verdween de financieringsgrond voor kortdurend verblijf op grond van de Wlz. Omdat het in veel gevallen noodzakelijk was deze zorg toch in een klinische setting te bieden, maar deze wegens het ontbreken van een indicatie voor klinische medisch specialistische behandeling buiten de reikwijdte van de Zvw viel, ontstond er een lacune. Daardoor dreigden mensen die op zorg met verblijf waren aangewezen zonder adequate zorg te blijven, en konden mensen bijvoorbeeld na klinische medisch specialistische behandeling niet op verantwoorde wijze uit het ziekenhuis worden ontslagen. Dit leidde tot onverantwoorde situaties thuis of tot onterecht ziekenhuis verblijf. Om deze problemen op te lossen werd per 1 januari 2015 op grond van artikel 11.1.5. van de Wlz (Zie bijlage 3 subsidieregeling ELV) t.b.v. eerstelijns verblijf een subsidieregeling gecreëerd. Per 2017 werd de financiering van deze voorziening opgenomen in de Zorgverzekeringswet.

Aanspraak ELV

De aanspraak ELV staat omschreven als "Medisch noodzakelijke verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden (generalistische geneeskundige zorg)". Daarbij beschouwt men als generalistisch zorg verlenend arts: de huisarts, Arts VG en SO. De prestatie "verblijf" wordt omschreven als "verblijf duurt minimaal 24 uur en het moet medisch noodzakelijk zijn in verband met de geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4²² van het Bzv.

Werkveld en omvang

De doelgroep bestaat uit kwetsbare individuen met een tijdelijke of langdurige stoornis die leidt tot beperkingen op het gebied van de maatschappelijke participatie en de ADL. De onderliggende stoornis kan behandelbaar zijn en de tijdelijkheid staat centraal. Het gaat nadrukkelijk niet over verzekerden die al aanspraak hebben op de Wlz. De verzilvering van de eventuele aanspraak op de Wlz heeft geen invloed op de grond voor tijdelijke noodzaak van verblijf bij het wegvallen van de mantelzorg. De Wlz is in een dergelijke situatie voorliggend op de Zvw. De Monitor Langdurige Zorg 2020) vermeldt 32.115 personen die gebruik maakten van ELV.

Definitie en doel ELV

ELV is een medisch noodzakelijk kortdurend verblijf van minimaal 24 uur. ELV is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling, waaronder (geriatrische) revalidatiezorg of herstel gerichte zorg, aangewezen is. Doel kan zijn het analyseren van de aandoening(en) en/of beperking(en) en de gevolgen hiervan, deze opheffen c.q. stabiliseren zodat terugkeer naar de oorspronkelijke woonsituatie mogelijk is.

²² wetten.nl - [Regeling - Besluit zorgverzekering - BWBR0018492 \(overheid.nl\)](#)
zie ook [Verblijf \(Zvw\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

Artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering omschrijft het als geneeskundige zorg 'voor zover het gaat om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg' en kan worden onderverdeeld in de onderstaande 6 prestaties.

1. Eerstelijnsverblijf laag complex
2. Eerstelijnsverblijf hoog complex
3. Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg
4. *Resultaatbeloning en zorgvernieuwing*
5. *Coördinatiefunctie verblijf*
6. *Onderlinge dienstverlening*

Elke prestatie kent een tarief per etmaal. Deze tarieven zijn afgeleid van de oude tarieven uit de AWBZ. De beroepsvereniging Verenso heeft een afwegingskader ELV ontwikkeld, daarnaast is onlangs een kwaliteitsbeschrijving door de beroepsgroep gepubliceerd.

Cliëntprofielen per prestatie

Ad 1, ELV laag complex ('ELV basis')

Van ELV laag complex is sprake bij een tijdelijke noodzaak voor ADL assistentie door het tijdelijk niet beschikbaar zijn van mantelzorg of aansterken onder toezicht van een huisarts na een somatische ziekte. De zorglevering is laagcomplex door de aard van de zorgvraag. Het zorgniveau is niet vergelijkbaar met een zorghotel (zie verder) en er is geen sprake van herstelgerichte zorg. Ondersteuning bij de ADL staat centraal en het niet beschikbaar zijn van mantelzorg leidt tot de noodzaak van het verblijf. Er is sprake van geneeskundige zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden. De huisarts blijft hoofdbehandelaar en er bestaat een adequate regievoering door de verzekerde. De indicatie voor ELV basis wordt over het algemeen door de huisarts zelf gesteld.

Ad 2, ELV hoog complex

ELV hoog complex wordt gekenmerkt door medisch noodzakelijke, niet planbare, verpleging en verzorging waarbij de SO (of Arts VG) meestal hoofdbehandelaar is. Er is sprake van zorg zoals een SO die pleegt te bieden. Hoewel ook de ELV hoogcomplex zorg is zoals huisartsen die plegen te bieden, is in de praktijk bij deze zorgvorm de specialist ouderengeneeskunde of arts VG de hoofdbehandelaar.

ELV hoog complex is vergelijkbaar met het Wlz profiel V&V 06. Of er sprake is van ELV hoog complex dan wel Wlz wordt bepaald door de vraag of er sprake is van een tijdelijke of blijvende situatie waarbij verzekerde aangewezen is op permanent toezicht of 24-uurs zorg in nabijheid.

Ad 3, ELV palliatief terminale zorg

Voor deze prestatie bestaan heldere criteria. Kenmerkend hierbij is dat het gaat om cliënten die aangewezen zijn op verblijf in verband met verpleging en verzorging, waarbij volgens de behandelend arts sprake is van een levensverwachting van gemiddeld drie maanden of korter.

Indicatiestelling ELV

Gegeven de kenmerken van de patiënt en zijn hulpvraag maakt de huisarts bij het vaststellen van ELV, (eventueel) in samenspraak met de transferverpleegkundige/verpleegkundige in de wijk en/of specialist ouderengeneeskunde de afweging of er een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies (het ontstaan van lijden en blijvende schade). De huisarts neemt hierbij de persoonlijke (thuis)situatie van de patiënt mee in zijn overweging. Ook moet worden vastgesteld dat opname in het ziekenhuis medisch gezien niet noodzakelijk is, dat er geen structurele behoefte is aan verblijf (in deze situatie is een Wlz-indicatie aangewezen) en dat terugkeer naar huis en herstel op (korte) termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van een palliatief terminale fase).

Leveringsomvang ELV prestaties

De prestaties eerstelijnsverblijf laag complex, eerstelijnsverblijf hoog complex, eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg omvatten de volgende componenten:

- Verblijf voor zorg die medisch noodzakelijk is. Hierbij is inbegrepen de huisvestingskosten, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen, etc.
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging.

- De geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Bij de geneeskundige zorg is ook de diagnostiek, voor zover uitgevoerd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, inbegrepen.
- De psychologische zorg binnen ELV op verzoek van de huisarts of specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten. Bij deze zorg is ook de diagnostiek, voor zover uitgevoerd door de bevoegd en bekwame gedragsdeskundige, inbegrepen. De gedragsdeskundige moet als medebehandelaar worden gezien, naast de huisarts of specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten die hoofdbehandelaar zijn.
- De paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie), die samenhangt met de indicatie voor opname in eerstelijnsverblijf.

B. ELV: Knelpunten, afbakening en overlap

Ten aanzien van de verschillende ELV prestaties kan per prestatie een lijst met knelpunten worden opgesteld. De belangrijkste daarvan zullen hieronder kort worden beschreven.

Ontbreken van richtlijnen en kaders

Het is aan de beroepsgroep van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) om het zorgproces, richtlijnen en indicatie criteria voor behandeling of verblijf noodzakelijk onder regie van een SO adequaat en eenduidig te beschrijven. Onlangs zijn de kwaliteitsbeschrijving GRZ²³ en de kwaliteitsbeschrijving ELV²⁴ gepubliceerd.

Afbakening ELV laag complex, ELV hoog complex

Op dit moment is de afbakening tussen ELV Basis en ELV Hoog complex onduidelijk. De beroepsgroepen (huisartsen en SO's) hebben hier geen duidelijke richtlijnen en afspraken over gemaakt. Voor de toekomst is het wenselijk dat hier duidelijker behandel richtlijnen, afwegingskader en indicatieprotocollen voor worden ontwikkeld door de beroepsgroepen. Zorgverzekeraars zouden hier een stimulerende rol in kunnen vervullen.

Afbakening ELV en GRZ

Een knelpunt betreft dat het in toenemende mate voorkomt dat GRZ voorafgegaan, cq. gevolgd wordt door Eerstelijns Verblijf (ELV) en beide functies apart en volgtijdelijk worden gedeclareerd. Dit echter is strijdig met de wet en regelgeving.

- ELV voorafgaand aan GRZ:
Omdat cliënten na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname in aanmerking komen voor GRZ, en waarbij dus ook een geriatrisch assessment heeft plaatsgevonden, maar nog te kwetsbaar zijn om te revalideren, wordt eerst ELV geregistreerd en gedeclareerd, en pas (bij revalideerbaarheid) na dagen of weken de GRZ-DBC geopend. Echter: bij het tot stand komen van de regelgeving omtrent GRZ is expliciet door de Nza aangegeven dat dit niet de bedoeling is. Immers de in te zetten revalidatie intensiteit zal laag (of zelfs met nul) beginnen om dan geleidelijk toe te nemen naar volledig. ELV voorafgaand aan GRZ is daarom volgens de regelgeving niet aan de orde. Daarbij is tevens in de regelgeving aangegeven dat qua voorafgaand verblijf bij opname in de GRZ alleen sprake kan zijn van (kortgezegd) ziekenhuisverblijf. ELV valt hier niet onder. In de praktijk kan het (zelden) voorkomen dat men kiest voor optimaal herstel (binnen een ELV), bijvoorbeeld na een forse OK waarbij wondzorg en/of niet mogen of kunnen belasten, medisch gezien prevaleert. Na een korte herstelperiode kan maximaal gerevalideerd worden totdat terugkeer naar huis weer mogelijk is.
- ELV aansluitend op GRZ: Hierbij geldt dat deze situaties op inhoudelijke gronden onlogisch zijn. Immers de doelstelling GRZ is revalideren tot terugkeer naar zelfstandig wonen. En kan dan ook pas afgesloten worden als dit bereikt is. ELV na GRZ past daar niet bij en mag in die situaties niet worden gedeclareerd.

²³ [221213-Kwaliteitsbeschrijving-geriatrische-revalidatiezorg-Verenso.pdf](#)

²⁴ [230124_Kwaliteitsbeschrijving-eerstelijnsverblijf-Verenso.pdf](#)

Onderscheid ELV (Hoogcomplex) en GRZ is in de praktijk een dunne grens.

- Bij ELV ligt de nadruk op herstel na een (ingrijpende) medische gebeurtenis.
- Bij GRZ betreft het een programmatisch gestructureerd multidisciplinaire behandeling.
- ELV is geïndiceerd vanuit het afwegingsinstrument van Significant²⁵
- ELV Laagcomplex betreft een enkelvoudig medisch probleem waarvoor herstel intramurale setting geïndiceerd is. de medisch verantwoordelijke arts is veelal de huisarts.
- ELV Hoogcomplex betreft zorg/ behandeling van elkaar beïnvloedende medische problematiek, waarbij meerdere behandel disciplines bijdragen aan het herstel.
- GRZ is geïndiceerd vanuit het triage-instrument van Verenso²⁶. GRZ is voor kwetsbare patiënten met complexe multimorbiditeit en afgenomen leerbaarheid en trainbaarheid. waarbij het revalidatietempo aangepast wordt aan de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. De behandel disciplines kunnen dezelfde zijn als bij ELV Hoogcomplex. Bij GRZ ligt de nadruk op een programmatisch en gestructureerde behandelaanbod.
- Doelstelling is terug naar huis. De regiebehandelaar is een SO.
- Hiermee is GRZ aanspraak veel concreter dan ELV. Dus GRZ definiëren, de rest is ELV. ELV is breder gedefinieerd.
- Als er een medische noodzaak is voor verblijf ivm medische zorg, maar het betreft behandeluren die financieel niet passen binnen de ELV tarieven, is dit geen aanleiding voor omzetten naar GRZ. Vergeten wordt vaak dat financiering een gemiddelde is, waarbij praktijkvariatie dus is meegenomen

Om bovengenoemde knelpunten en ook vage afbakening tussen beide zorgvormen is de VAV-werkgroep overigens van mening dat de scheiding tussen ELV- en GRZ-zorg moet komen te vervallen.

Opname voor mensen met cognitieve stoornissen of psychiatrie

Het kan in de praktijk complex zijn om bij een crisissituatie thuis, of na een opname in een ziekenhuis, de juiste opnameplek te vinden voor patiënten die pre-existent al bepaalde beperkingen hadden in het functioneren (cognitieve stoornissen van onbekende oorzaak, psychiatrische problematiek, zorgmijden etc). Vaak wordt er bij deze groep nog niet voldaan aan de toegangscriteria van de Wlz omdat bijvoorbeeld diagnostiek nog niet rond is, of de prognose niet duidelijk is. Het blijkt ingewikkeld om dan een observatie-/revalidatie-/diagnostiek-/of delierherstelplek te vinden. Ook is vaak niet duidelijk hoe een dergelijke opname moet worden bekostigd. Daar komt nog bij dat psychiatrische problematiek soms als contra-indicatie wordt gezien voor opname. Het risico bestaat dat deze kwetsbare groep mensen thuis blijft tot de situatie verder escaleert. Ook zien we in de praktijk dat er veel Wlz-indicaties worden gedaan met als doel tijdelijke opnames te bekostigen, omdat men geen andere oplossing ziet. Het is wenselijk dat er meer helderheid komt over de mogelijkheden en bekostiging van crisisopnames buiten de Wlz.

Respijtzorg en Mantelzorg

Respijtzorg is bedoeld als (vervangende) opvang voor kwetsbare mensen met als doel het ontlasten van de mantelzorger. Dit kan gefinancierd worden uit de Wlz of WMO (of, bij kinderen onder de 18, uit de Jeugdwet). Het eerstelijnsverblijf (ELV) is medisch noodzakelijk verblijf in verband met generalistische geneeskundige zorg, gefinancierd vanuit de Zvw.

Met name voor kwetsbare ouderen is de afbakening tussen deze twee vormen van kortdurend verblijf niet altijd helder. Het onderscheid wordt soms gemaakt op basis van het wel of niet aanwezig zijn van actuele medische problematiek. Dit criterium kan echter ingezet worden om vrijwel iedere tijdelijk verblijf behoevende kwetsbare oudere richting de ELV te sturen.

Vervangende zorg (respijtzorg) kan bestaan uit dagopvang, logeeropvang of thuiszorg.

Voor wat betreft de zorg die in de eigen omgeving door de mantelzorgers wordt verleend, geldt dat bij (dreigende) overbelasting van de mantelzorger respijtzorg mogelijk is. De decentralisatie van 1 januari 2015 heeft hier geleid tot een knelpunt. Immers wanneer de verzekerde is aangewezen op 24 uren zorg in de

²⁵ Significant, in opdracht van VWS, *Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0*, november 2016 [sf \(verenso.nl\)](http://www.verenso.nl)

²⁶ Verenso, *triage instrument voor geriatrische revalidatiezorg*, maart 2013 [2 september 2010 \(verenso.nl\)](http://www.verenso.nl)

nabijheid en er geen (noodzaak tot) Wlz indicatie is, zal door het wegvallen van de mantelzorger de verzekerde min of meer gedwongen worden om tijdelijk opgenomen te worden. De gemeente zal in een dergelijke niet zonder meer overgaan tot respijtzorg uit de Wmo. Dit is voor mantelzorgers moeilijk te begrijpen. Het betreft hier namelijk niet direct zorg op basis van de Wmo. Wanneer de mantelzorger tijdelijk uitvalt en er is geneeskundige zorg nodig omdat de gezondheidssituatie niet stabiel is, er medische of verpleegkundige zorg of toezicht nodig is en de huisarts oordeelt dat de zorg niet meer verantwoord thuis kan worden geboden, kan eerstelijns verblijf intensief op basis van de subsidieregeling mogelijk zijn. Wanneer dat niet het geval is kan een zorghotel aan de orde zijn. Mocht een zorghotel of het ELV gefinancierd worden uit de Zvw zal de gemeente over het algemeen niet over gaan tot het leveren van respijtzorg.

Afbakening ELV en Zorghotel

Bij een zorghotel is sprake van de situatie dat client herstelt in een verblijf waar ook zorg geleverd wordt. In tegenstelling tot ELV is er bij het Zorghotel geen medische noodzaak/indicatie voor verblijf. Er is bijvoorbeeld geen noodzaak tot niet planbare verpleegkundige zorg.

Daarmee valt het onderscheid tussen Eerstelijnsverblijf en Zorghotel als volgt te omschrijven:

- Bij verblijf in ELV moet er een medische noodzaak zijn voor verblijf met zorg die thuis niet veilig en/of verantwoord gegeven kan worden. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat de toestand van de betrokkene niet stabiel is, of omdat er observatie nodig is voordat een diagnose duidelijk is. Binnen ELV is er dan ook er 24/7 beschikbaarheid van zorgpersoneel.
- Verblijf in een zorghotel is voor andere niet-medische of niet-zorginhoudelijke redenen.
- ELV is basisverzekering
- Zorghotel kan een vergoeding kennen uit de aanvullende verzekering

Palliatieve zorg: ELV palliatief, pgb, Wlz en wijkverpleging.

Palliatieve terminale zorg kan worden ingezet in de terminale fase. Dwz wanneer overlijden binnen drie maanden wordt verwacht. Palliatieve zorg kan worden vergoed vanuit de Wlz en vanuit de ZVW.

Aanspraak vanuit de Wlz is er alleen wanneer er al eerder een Wlz indicatie is afgegeven.

Binnen de Wlz zijn er 4 bekostigingsvormen: ZP 10 kan worden ingezet in een verpleeghuis, MPT, VPT of PGB kunnen worden ingezet in een hospice of de thuissituatie.

Vanuit de ZVW zijn er de volgende bekostigingsmogelijkheden.

- Wijkverpleging: dit kan vervolgens worden ingezet in de thuissituatie of in een hospice. Dit kan ook in een PGB worden gefinancierd. Alleen verpleegkundige zorg waarop verzekerde redelijkerwijs is aangewezen, die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg, of een hoog risico daarop, komt voor vergoeding vanuit de ZVW in aanmerking (zie werkwijzer verpleging en verzorging in de thuissituatie, april 2021). In de praktijk zal er dus, met name in de laatste fase een beroep (moeten) worden gedaan op vrijwilligers en mantelzorg.
- ELV palliatief: indien 24 uren toezicht en ondersteuning nodig is.

Overige bronnen

- NZA-Beleidsregel ELV 2021 [Welke regels gelden voor de kortdurende zorg in 2023? | Kortdurende zorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)
- ZiNL, Standpunt Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet, 2016" [Standpunt 'Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet' | Standpunt | Zorginstituut Nederland](#)
- Brief van Zorginstituut Nederland aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Stand van zaken eerstelijnsverblijf in de Zorgverzekeringswet, 22 december 2015
- CIZ, Beleidsregels indicatiestelling voor de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2016
- HHM, Kortdurende (herstel)zorg, Doelgroepen, omvang en oplossingsrichtingen, Enschede, 10 maart 2014 [CONCEPT \(hhm.nl\)](#)
- NZa: CE 16-04, Memo: Bekostiging Eerstelijns Verblijf, Datum vergadering : 27 januari 2016

7 Extramurale behandeling/ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

A. GZSP: aanspraak, beschrijving

Wet en regelgeving

Extramurale behandeling was tot 1 januari 2015 een AWBZ-aanspraak. Na 2015 werd deze extramurale behandeling vergoed op basis van een tijdelijke subsidieregeling vanuit de Wlz. Tussen 2015 en 2021 werden reeds delen van deze zorg in de Zvw ondergebracht. Op 1 januari 2021 werd deze zorg geheel overgeheveld naar de Zvw. De term 'extramurale behandeling' kreeg in de Zvw de benaming "GZSP". De overheveling van de zorgvorm GZSP staat in het teken van langer thuis wonen en 'de juiste zorg op de juiste plek'. Met ingang van 2021 heet Dagbehandeling "GZSP zorg in een groep"

Aanspraak

Zoals in de zorgmonitor van de Nza²⁷ is beschreven, staat bij GZSP de geneeskundige context voorop. Met andere woorden: behandeling met een geneeskundig doel, gericht op herstel en/of omgaan met beperkingen. GZSP is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook interdisciplinair door de tijd heen. GZSP versterkt de generalistische geneeskundige zorg in de eerste lijn en ondersteunt - onder andere - de huisarts bij het leveren van zorg. GZSP is zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten plegen te bieden bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. GZSP kan individueel worden aangeboden of in een groep. Zorgverzekeraars hebben inmiddels inkoopkaders ontwikkeld met betrekking tot de GZSP.

Doelgroep

GZSP is bedoeld voor specifieke doelgroepen, zoals:

- ouderen met multi-problematiek,
- mensen met progressieve, degeneratieve neurologische aandoeningen (zoals de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington, de ziekte van Korsakov en multiple sclerose),
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel en
- mensen met een verstandelijke beperking van achttien jaar en ouder.

GZSP is geen oplossing voor die situaties waarbij zorg thuis niet meer op verantwoorde wijze verantwoord te verlenen is. Zo lang mogelijk thuis blijven ken immers zijn grenzen.

Werkveld

Bij GZSP zijn veelal aanbieders ook binnen de Wlz actief. De regiebehandelaar is meestal een SO of Arts VG. In multidisciplinaire teams kunnen ook paramedici en vak therapeuten een rol hebben. Zij zijn echter nooit de regiebehandelaar. Er zijn specifieke zorgaanbieders die een behandelaanbod bieden waarvoor een erkend keurmerk zoals Hersenz en FACT-LVB

De GZSP kent de volgende prestaties:

1. Zorg zoals SO's en Artsen VG plegen te bieden
2. Onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatie
3. Zorg zoals gedragswetenschappers plegen te bieden
4. Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten
5. Zorg in een groep aan lichamelijk gehandicapten / mensen met niet-aangeboren hersenletsel
6. Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington
7. Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (sglvg)
8. Reistoelag zorgverlener
9. Onderlinge dienstverlening
10. Experiment

²⁷ [Monitor contractering gzsp 2021 | NZa-Magazines](#)

Toelichting:

Prestatiebeschrijving Zorg zoals SO's en Artsen VG plegen te bieden²⁸

- Het gaat hierbij om medisch (generalistische) geneeskundige Zorg. Deze moet worden opgevat als zorg verleend door niet-medisch specialisten. Daaronder verstaan wij o.a. Huisartsen, SO's, artsen VG. Medische zorg verleend door medisch specialisten valt buiten de reikwijdte van GZSP.
- Het omvat de volgende zorgverlening:
 - Diagnostiek van het functioneel niveau (dus niet wat heeft de patiënt, maar wat kan de patiënt). Prognose over het te behalen niveau.
 - Behandeling: alles wat te maken heeft met herstel en aanleren van vaardigheden, maar ook coping, leren leven met beperkingen. Zowel diagnostiek als behandeling zijn beperkt in de tijd. Doel, voortgang en uitkomst zullen duidelijk moeten zijn. Het handelen en interventies zijn gebaseerd op wetenschappelijke standaarden
 - Geneeskundige zorg wordt niet alleen verleend door artsen: ook verpleegkundigen, paramedici en orthopedagogen kunnen betrokken zijn.
 - Indicatie wordt gesteld door zorgverlener en is gebaseerd op richtlijnen, protocollen en beroepsnormen. Dit is niet anders dan elders in de Zvw.
 - Consulten gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de huisarts, dan wel hoofdbehandelaar zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg. Het gaat om contact met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst;
 - Diagnostiek na verwijzing bestaande uit (multidisciplinair) onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk zorg- en behandelplan een patiënt nodig heeft;
 - Uitvoering van en regie op het behandelplan, waarbij naast de eigen inzet ook meerdere disciplines met kennis van specifieke patiënt(groepen) kunnen worden aangestuurd om het behandeldoel te bereiken.
- Een in het kader van GSPZ soms nog steeds gebruikte term als Continue, Systematische, Langdurige en Multidisciplinaire (CSLM-) zorg is onvoldoende onderscheidend en komt in het Zvw vocabulaire dan ook niet voor. Gericht overleg met de behandelend arts (de huisarts van de patiënt of de hoofdbehandelaar van de patiënt, zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg);
- Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/ multidisciplinair overleg anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt zit in het tarief en kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is. Voor de individuele prestaties wordt een tarief per uur bepaald.

GZSP zorg in een groep

Binnen de tijdelijke subsidieregeling werd nog gesproken over 'dagbehandeling'. Met de overheveling naar het basispakket is ervoor gekozen deze naam aan te passen naar "zorg in een groep". "Dagbehandeling" wordt veelal groepsgewijs aangeboden omdat patiënten veel kunnen leren uit de interactie binnen de groep. Het individuele zorgplan dat elke patiënt heeft beschrijft de behandeldoelen binnen de "dagbehandeling", waarbij het overkoepelende doel steeds het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen is. Binnen deze behandeling kunnen verschillende zorgverleners ingezet worden, bijvoorbeeld gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en/of paramedici zoals een fysiotherapeut. Er zijn specifieke programma's voor zorg in een groep voor mensen met een bepaalde aandoening, zoals patiënten met Huntington en Parkinson. Voor de prestatie 'zorg in een groep' wordt een tarief per dagdeel bepaald.

"Dagbehandeling" (zorg in een groep) is niet hetzelfde als dagbesteding. Dagbesteding is gericht op het aanbieden van activiteiten en structuur, als ook ondersteuning van de mantelzorgers. De activiteit is zowel het doel als het middel binnen de dagbesteding en wordt gefinancierd uit de Wmo.

²⁸ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-23126 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

Omschrijving begrip “Regiebehandelaarschap”

De beleidsregel GZSP vermeldt de volgende tekst over de term regiebehandelaarschap²⁹

“Zorginstituut Nederland heeft de volgende omschrijving van een regiebehandelaar binnen de GZSP gegeven. De regiebehandelaar is een functionaris die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan. Dit betekent dat hij zorginhoudelijk in staat moet zijn om, in samenwerking met andere zorgverleners, de zorgbehoefte van de patiënt te bepalen en te omschrijven in het behandelplan. De regiebehandelaar moet het behandelplan kunnen aanpassen aan mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte. Zorginhoudelijke overwegingen bepalen welke zorgverlener de taak van regiebehandelaar op zich kan nemen. De benodigde competenties kunnen variëren afhankelijk van de aard van de aandoening en de problemen en beperkingen van de betrokken patiënt. Gezien de competenties die nodig zullen zijn voor het “Regiebehandelaarschap” ligt het voor de hand dat dit een BIG-geregistreerde geneeskundige zal zijn. Dit is echter geen formeel vereiste.”

Ons standpunt is dat de geneeskundige context binnen GZSP moet prevaleren. Gedragswetenschappers of paramedici kunnen ondersteunend zijn, maar geen regierol hebben. Verder moet de BIG-geregistreerde behandelaar een actieve behandelaarsrol in het behandelplan hebben. Hierbij ligt het voor de hand dat hij/zij tenminste betrokken is bij de intake, opstellen van het behandelplan en het MDO. Richtlijnen en beroepskaders hiervoor vanuit de beroepsverenigingen ontbreken echter nog.

B. GZSP: knelpunten en afbakening

Behandeling en begeleiding

Aangezien het in deze groep gaat om chronische problematiek, is het van belang te benadrukken dat de GZSP een behandelvorm is, met begin- en eindpunt. Dit in tegenstelling tot begeleiding bijvoorbeeld in de vorm van dagbesteding. Dit laatste valt niet onder de GZSP.

Zie hieronder ook de toelichting bij ‘WMO’.

Afbakening WMO

De huidige subsidieregeling is afgeleid van de AWBZ regeling. Er kan mogelijk spraakverwarring ontstaan problemen met afbakening en beheersbaarheid. De GZSP betreft per definitie een geneeskundige context. Het aansturen van een behandelteam hoort bij competenties van de SO/ arts VG. Een SO/ arts VG als regiebehandelaar werkt vaak in een multidisciplinair team en voert de regie over de behandeling van de patiënt. Daarnaast kan hij in de eerste lijn ook als medebehandelaar of als consulent naast de huisarts optreden. Om de patiënt de meest optimale zorg en behandeling te kunnen bieden wordt ook hier vaak samengewerkt in multidisciplinaire teams waarbij de specialist ouderengeneeskunde de regie voert. Het al dan niet aanwezig zijn van een geneeskundige context, en de noodzaak voor een multidisciplinaire behandeling onder regie van een SO/ arts VG bepaalt ook de afbakening met WMO dagbesteding. Indien er geen sprake (meer) is van een medische context vervalt de aanspraak op GZSP. Een noodzakelijke of gewenste vorm van opvang of dagbesteding valt dan onder de WMO

Regiebehandelaar bij zorg in een groep

Regiebehandelaarschap is over het algemeen voorbehouden aan BIG-geregistreerde geneeskundigen, omdat de GZSP het behandelen betreft van elkaar beïnvloedende medische problemen, waarbij de gedragsproblemen één factor van het geheel kan zijn. Ondanks pogingen in het veld om andere disciplines deze rol op zich te laten nemen om zo gebruik te kunnen maken van de GZSP tarieven, wordt dit door zorgverzekeraars in hun inkoopkader maar in heel beperkte mate toegestaan.³⁰

Ontbreken van kaders

Er is landelijk een grote praktijkvariatie in de inzet en invulling van GZSP-zorg in groep: er zijn geen standaarden of richtlijnen die richting geven over de inhoud van de zorg, de noodzakelijke behandeluren en

²⁹ [Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-22135 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

³⁰ ZN uitgangspunt zorg in groep staat de volgende BIG-geregistreerde gedragswetenschappers, voor omschreven doelgroepen toe (hersen-, factlvb, behandeling conform kwaliteitskader jonge mensen met dementie): ▪ Klinisch psycholoog; ▪ GZ-psycholoog; ▪ Orthopedagoog generalist; ▪ Klinisch neuropsycholoog; ▪ Psychiater (alleen voor SGLVG).

de benodigde dagdelen Zorg in een groep. Een heldere omschrijving en afbakening van de zorgvormen die onder de GZSP vallen is noodzakelijk. Het is aan de beroepsgroepen om tot een eenduidige beschrijving te komen van de indicatiestelling, zorgprocessen, richtlijnen, behandelduur en kwaliteit van zorg. Vanuit ZN is een dringend beroep aan de Nvavg, Verenso en VGN gedaan om hiertoe te komen. Op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZA is door ZN wel al een tweetal documenten opgeleverd met hierin de minimale uitgangspunten voor de individuele prestaties en voor de prestatie zorg in een groep. Anders punt van aanvraag is de mate van evidence als het gaat om het aantonen van het effect van de diverse behandelingen.

Taakdelegatie en taakherschikking

Er is een beperkte beschikbaarheid van SO's, artsen VG en GZ psychologen. Voor SO en arts VG worden Verpleegkundig specialisten en Physician Assistants steeds vaker vanuit taakdelegatie en taakherschikking ingeschakeld. Ook dit zijn BiG geregistreerden. De GWS die niet-BiG geregistreerd zijn, zijn ons inziens vanuit kwaliteit en bevoegd- en bekwaamheid niet een vervanging voor een BiG-geregistreerde. De BiG-geregistreerde gedragswetenschapper kan wel andere disciplines inzetten als er een zorgprogramma is waarin dit duidelijk is beschreven. Zij staan onder regie van de gedragswetenschapper en verlenen zorg in het kader van een multidisciplinair behandelplan.

Ontbreken van stopcriteria voor specifieke groepen

Er zijn in de voorafgaande jaren afasiecentra opgericht voor mensen na CVA en of met NAH. Dit betreft in principe geen multidisciplinaire behandeling wat een vereiste is binnen de GZSP zorg in een groep. Men kan in beginsel behoefte hebben aan een periode van acceptatie van deze beperking waarbij zowel psychologische behandeling als communicatietraining wordt geboden. Dit is voor een beperkte tijd acceptabel, echter betreft na enige tijd vooral communicatietraining, dit is geen multidisciplinaire behandeling. De logopedist is hiervoor ook meestal (regie-)behandelaar en valt buiten voorwaarden voor gzsp.

GZSP en toegang tot GRZ

Als een patiënt vanuit ziekenhuis opname nog zorg nodig heeft, zit de bekostiging van eventuele triage voor GRZ verrekend in de DBC van de MSZ behandelaar. Een assessment, noodzakelijk voor opname in de GRZ vanuit een thuissituatie, wordt bekostigd vanuit de GZSP. Gezien de DBC systematiek bij MSZ, waar ook de GRZ gebruik van maakt, zou het logisch zijn wanneer de ureinzet van het assessment toegeschreven wordt aan de behandeluren binnen een volgend GRZ traject, indien dit in de instelling plaats vindt waar de SO aan verbonden is.

Organisatie IBS beoordeling WZD

Met de invoering van de WZD en de Wvvgz is de verantwoordelijkheid voor de IBS beoordelingen bij mensen met psychogeriatrische problematiek bij de specialist ouderengeneeskunde terecht gekomen. De SO's waren bij de invoering echter in veel regio's (nog) niet georganiseerd in crisisteam, waardoor er voor deze beoordelingen soms lange wachttijden zijn.

Afbakening GZSP en ambulante GRZ

Binnen de GRZ bestaat al langere tijd de mogelijkheid om deze zorg (deels) ambulant te verlenen. Tot nu toe wordt hier nog weinig gebruik van gemaakt. Als dit in de toekomst wel op gang komt zou er een grijs gebied tussen deze ambulante GRZ en de GZSP kunnen bestaan. Hierbij ligt het voor de hand om eerst te toetsen of een cliënt in aanmerking komt voor ambulante GRZ, aangezien hiervoor duidelijke criteria voor zijn opgesteld. Voor de voorwaarden voor toegang tot GRZ zie *hoofdstuk 5*.

Overige bronnen

Nza_ beleidsregels GZSP:

[Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen BR/REG-21100](#)

[Regeling macrobeheersinstrument geriatrische revalidatiezorg, eerstelijnsverblijf en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen 2021 - NR/REG-2109](#)

[Prestatie- en tariefbeschikking geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen TB/REG-21600-01](#)

[Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen NR/REG-2101](#)

Regiebehandelaarsschap:

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_281213_22/1/

8 Verpleging en verzorging in de thuissituatie

Sinds 2015 wordt de wijkverpleging bekostigd vanuit de Zvw. Ook in de Wmo zit tegenwoordig een klein beetje persoonlijke verzorging voor zover deze niet samen gaat met geneeskundige zorg of een risico op geneeskundige zorg. De 'oude AWBZ' aanspraken "Begeleiding Groep" en "Begeleiding Individueel" zijn geen onderdeel van de aanspraak wijkverpleging.

Sinds 2015 is er volgens de aanspraak Verpleging en Verzorging sprake van Wijkverpleging bekostigd vanuit de Zvw, indien er sprake is van "zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in het kader van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop geleverd in de eigen omgeving van de cliënt"³¹. Ook bepaalde preventieve handelingen evenals coördinerende taken en de indicatiestelling vallen hier expliciet binnen

Onlangs is door het kenniscentrum verpleegkundigen ZN de 'werkwijzer beoordeling verpleging en verzorging in de thuissituatie 2.0' gepubliceerd (april 2021). Daarin wordt onder meer de aanspraak wijkverpleging besproken, en de afbakening wijkverpleging en verzorging thuis, de afbakening tov. andere wettelijke kaders en overige voorzieningen vanuit zvw.

[Publicaties - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](https://www.zn.nl/publicaties/zorgverzekeraars-nederland)

Voor een verdere bespreking van dit onderwerp willen we naar genoemde werkwijzer verwijzen.

³¹ Zvw Kompas Zorginstituut Nederland

9 Chronische zorg in de GGZ

A. Chronische zorg in de GGZ: beschrijving, leveringsvorm, financiering

Langdurige GGZ zorg, gepaard gaande met verblijf wordt, net als langdurige somatische zorg met verblijf, gefinancierd vanuit twee domeinen; De Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. De enige uitzondering hierop is GGZ problematiek voor de leeftijd van 18-. Dit wordt integraal gefinancierd uit de Jeugdwet. Dit document heeft alleen betrekking op langdurige GGZ problematiek in combinatie met verblijf bij 18+ verzekerden.

Wanneer de GGZ problematiek zonder verblijf gepaard gaat met participatie problemen moet er een beroep gedaan worden op individuele- of groepsbegeleiding welke door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning gefinancierd wordt. De gemeente stelt vast of dat aan de orde is. Bij de weging zal een gemeente altijd kijken naar de aard van de stoornis. Wanneer de GGZ problematiek behandelbaar is zal de gemeente geen begeleiding indiceren. In dit document wordt daar niet verder op ingegaan.

De afbakening tussen Wlz zorg, Zvw zorg en Wmo zorg wordt bepaald door de medische conditie van de verzekerde. Wanneer herstel aan de orde is en de verzekerde, onder supervisie van de Zvw behandelaar, mee kan doen aan het maatschappelijk verkeer, zal er over het algemeen geen beroep gedaan hoeven te worden op de Wlz of Wmo gefinancierde zorg. Begeleiding met een geneeskundig doel, welke gericht is op herstel of op het voorkomen van verslechtering, wordt georganiseerd door de Zvw behandelaar zelf. Deze begeleiding wordt gefinancierd uit de Zvw. Een dergelijke vorm van begeleiding kan levenslang en levensbreed noodzakelijk zijn. De wetgever heeft hier geen beperkingen aangebracht.

Wanneer een verzekerde aangewezen is op een klinische behandeling wordt dit gedurende drie jaar gefinancierd uit de Zvw. Het eerste jaar middels een bedprijs per dag, de deelprestaties At/m H. Het tweede en derde jaar worden gefinancierd middels een zorgzwaarte profiel. De Zvw kent zeven zorgzwaarte profielen (ZZP's). In de praktijk zijn dit er vijf omdat de eerste twee profielen in 2015 zijn afgeschaft. De Zvw behandelaar maakt jaarlijks een afweging, samen met de verzekerde of diens mentor, of uitstroom naar zelfstandig wonen op termijn mogelijk is. Is dit het geval zal er geen beroep gedaan worden op Wlz zorg.

Wanneer een klinische behandeling langer dan drie jaar duurt, hetgeen zich in uitzonderlijke situaties kan voordoen is, wordt de financiering van de behandeling, en het verblijf, overgenomen door de Wlz. Het CIZ geeft dan een ambtshalve indicatie af welke drie jaar geldig is. Het CIZ volgt de zorgprofielen die eerder in de Zvw geïndiceerd werden. Dit kan zich meerdere keren herhalen, de wetgever heeft hier geen termijnen of voorwaarden aan gesteld. De betreffende zorgverzekeraar zal met de behandelaar in gesprek gaan over de noodzaak van de verlengingen.

Mocht uitstroom naar zelfstandig wonen op een bepaald moment helemaal niet meer aan de orde zijn kan er een beroep gedaan worden op de Wlz. Een aanvraag voor Wlz gefinancierde zorg kan op elk moment van de klinische behandeling gedaan worden.

Het belangrijkste weegcriterium voor de behandelaar is de blijvende noodzaak van zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel of de noodzaak van permanent toezicht. Daarin verschilt de langdurige GGZ niet van andere indicaties voor de Wlz. De behandelaar overweegt dus eerst of herstel niet meer aan de orde is. Dit is de eerste stap in het indicatie proces voor Wlz gefinancierde zorg.

Het CIZ stelt vervolgens vast of het gevaarscriterium aanwezig is en controleert of behandeling inderdaad niet meer voorliggend is. Zij gebruikt hiertoe het hiernaast afgebeelde afwegingskader

Afwegingskader Wet langdurige zorg (Wlz) artikel 3.2.1 eerste lid

1	De aanvraag <ul style="list-style-type: none">• Naam, adres, BSN, handtekening• Zorgvraag• Informatie die voor de beslissing op de aanvraag nodig is
2	In kaart brengen van de zorgsituatie <ul style="list-style-type: none">• Ziekte, aandoening, stoornis• Beperkingen• Vaststellen grondslag(en)
3	Vaststellen 'permanent toezicht' of '24 uur per dag zorg in de nabijheid' <ul style="list-style-type: none">• Permanent toezicht• 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege<ul style="list-style-type: none">• fysieke problemen• zware regieproblemen• Voorkomen escalatie / ernstig nadeel
4	Vaststellen of zorgbehoefte blijvend is <ul style="list-style-type: none">• Mogelijkheden (functionele) verbetering / herstel / ontwikkeling
5	Uitzonderingen op de toegangscriteria <ul style="list-style-type: none">• Zorg uit ander domein• Gebruikelijke zorg
6	Vaststellen van het recht op Wlz-zorg <ul style="list-style-type: none">• Best passend zorgprofiel• Kenmerk meerzorg indien van toepassing• Ingangsdatum en geldigheidsduur• Motivering

Afbeelding 1 Afwegingskader Wlz

Bron: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0046043/2022-01-01>

Het belangrijkste weeg criterium is altijd de levenslange en levensbrede noodzaak van zorg in de nabijheid of de noodzaak van permanent toezicht. Wanneer er een gevaarscriterium is leidend tot een blijvende behoefte aan 24 uur per dag toezicht of zorg in de nabijheid zal het CIZ een passend woonprofiel indiceren. De conditie van de zorgvrager bepaalt het profiel waar iemand op is aangewezen en het CIZ zal zoveel mogelijk aansluiten bij de eerder geïndiceerde Zvw profielen.

Voor de GGZ zijn er vijf woonprofielen;

1. GGZ wonen met intensieve begeleiding.
2. GGZ wonen met intensieve begeleiding en verzorging.
3. GGZ wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering.
4. GGZ wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging.
5. GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

In de Regeling langdurige zorg (bijlage A bij artikel 2.1) zijn alle zorgprofielen in detail beschreven, deze zijn overgenomen in Bijlage 2. De Wlz woonprofielen voor de GGZ hebben allemaal hun eigen karakteristieken. Deze zijn na te lezen op de site van [Vws](#). Bij de eerste drie Wlz profielen voor de GGZ wordt geen behandeling geïndiceerd. Alleen in de laatste twee profielen is GGZ behandeling onderdeel van het profiel. Zie hoofdstuk 4 voor een verdere toelichting Wlz zorgprofielen.

Kort samengevat heeft een GGZ behandelaar in de Zvw dus drie jaar de tijd om te beoordelen of iemand aanspraak moet maken op de Wlz gefinancierde zorg vanwege een levenslange en levensbrede, chronische, niet meer te behandelen, GGZ stoornis.

Leveringsvormen Wlz gefinancierde zorg.

In principe bestaan er op de in natura uitvoering van Wlz gefinancierde GGZ zorg geen uitzonderingen in vergelijking met andere grondslagen. De in natura leveringsvormen worden besproken in hoofdstuk 3. Omdat het bij Wlz gefinancierde GGZ zorg vaker voor zal komen dat de GGZ indicatie thuis verzilverd gaat worden hebben we een aparte paragraaf over de levering thuis toegevoegd.

Zorg thuis (vpt, mpt en pgb)

Wanneer er gekozen wordt om over te gaan tot het uitvoeren van de zorg middels een Pgb gelden er voor de GGZ andere regels.

In het kort komt het er op neer dat een Zvw profiel wat ambtshalve door het CIZ ten laste is gebracht van de Wlz niet thuis via een PGB verzilverd kan worden. Deze profielen kunnen ook niet middels een Mpt of een Vpt verzilverd worden. Daar worden geen uitzonderingen op gemaakt.

Van de vijf Wlz GGZ Wonen profielen kunnen alleen de eerste vier middels een Pgb gefinancierd worden. Het GGZ wonen vijf profiel kan niet met een Pgb gefinancierd worden. Ook daar worden geen uitzonderingen op gemaakt, omdat het hier gaat over het bieden van de zorg in een beschermde omgeving.

Welke zorg kun je thuis krijgen?

- verpleging;
- persoonlijke verzorging;
- begeleiding (individueel of in groepsverband);
- Wlz-behandeling (individueel of in groepsverband);
- vervoer naar behandeling en/of begeleiding in groepsverband;
- verstrekken van eten en drinken;
- schoonhouden van de woonruimte;
- logeren (tijdelijk verblijf).

Wat moet je regelen als je thuis zorg wil krijgen?

- de huur of de hypotheek van de eigen woning;
- de kosten die thuis worden gemaakt voor bijvoorbeeld gas, water en licht. Maar ook de kosten voor een telefoon of internetabonnement. Dit zijn de gebruikelijke voorzieningen die iedereen heeft.
- geestelijke verzorging.

Veel hangt af van de leveringsvorm en van de afspraken die er gemaakt worden met de zorgaanbieder.

Er zijn verschillende leveringsvormen voor zorg thuis:

- Volledig pakket thuis (vpt)
- Modulair pakket thuis (mpt)
- Persoonsgebonden budget (pgb) (alleen bij de Wlz woon profielen 1 t/m 4)

Een combinatie van mpt en pgb is ook mogelijk. (Niet bij het woonprofiel 5)

Aan al deze leveringsvormen zijn voorwaarden verbonden. Het zorgkantoor en/of de zorgaanbieder overlegt met verzekerde welke leveringsvorm het meest passend is bij de wensen en situatie van verzekerde. Daarbij wordt besproken welke zorg door welke instelling geboden kan worden en welke zorg door mantelzorgers geboden kan worden. Bij zowel het vpt als het mpt moet de zorg naar het oordeel van het zorgkantoor verantwoord en doelmatig zijn.

B.Knelpunten langdurige GGZ

Overgang GGZ (Zvw) naar Wmo

Vanaf 2015 hebben mensen met psychische problemen en aandoeningen te maken met hun gemeente als het gaat om huisvesting, uitkeringen en re-integratie naar werk. Eventueel ook bij schuldhulpverlening. De gemeenten voeren De Wet maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) uit. Daarin zijn ook de opvang voor dak- en thuislozen, bemoeizorg en preventieactiviteiten op het gebied van geestelijke gezondheid geregeld. Gezien de raakvlakken met de Wmo en vanuit het gegeven dat ook langdurige GGZ eindig is of hoort te zijn, rijpt steeds meer het inzicht dat bij de overgang vanuit de zorg naar zelfstandigheid, een stabiele woon/leef omgeving en deelname aan de maatschappij een basis zijn voor herstel van autonomie en zelfstandigheid. Deze overgang dient juist bij deze (ex)patiënten die opnieuw hun plaats in de samenleving moeten gaan vinden zo optimaal als mogelijk geborgd te zijn. Hier zullen bij afronding van verblijf in de langdurige GGZ in de toekomst met gemeenten duidelijke afspraken gemaakt moeten worden om deze stabiele omgeving te borgen – zowel vanuit het woondomein als vanuit de Wmo ondersteuning. Duidelijke afspraken rond taakstellingen, voorwaarden voor ontslag, en financiering hiervan dienen dan ook in de toekomst lokaal/regionaal deze overgang mogelijk te maken. Het is inmiddels echter gebleken dat o.a. vanwege financiële discussies, personeels- en capaciteitstekorten en ingewikkelde regelgeving, deze voorwaarden eenvoudiger op papier te zetten zijn dan te realiseren. Het is daarom dat aan het principe “eindigheid” vooralsnog slechts een relatieve waarde mag worden toegekend.

Ontbreken richtlijnen/kader

In tegenstelling tot de GZ en VV sector is er voor de langdurige GGZ op dit moment nog geen kwaliteitskompas.

Overige bronnen:

- Protocollen/richtlijnen:
Vanuit ZN is een checklist beschikbaar welke van toepassing is op de LGGZ. Zie hiervoor de volgende link: <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=1812004865>

10 Zorg voor mensen met een zintuigelijke handicap

A. Zintuigelijke handicap: algemeen

Zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG-zorg) omvat multidisciplinaire zorg voor mensen met een visuele of auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.³²

ZG zorg met een geneeskundig karakter, niet gepaard gaande met verblijf, wordt net als somatische zorg gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet en niet vanuit de Wet langdurige zorg. Hierop zijn geen uitzonderingen.

Wanneer ZG problematiek behandeld moet worden in een klinisch omgeving wordt het verblijf ook gefinancierd vanuit de Zvw. De conditie van de zorgvrager bepaalt of deze is aangewezen op een klinische behandeling. Er zijn in Nederland een beperkt aantal aanbieders die een klinische ZG behandeling mogen aanbieden.

Wanneer ZG problematiek leidt tot participatie problemen kan er een beroep gedaan worden op individuele- of groepsbegeleiding welke door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning gefinancierd wordt. De gemeente stelt vast of dat aan de orde is.

De afbakening tussen de domeinen wordt ook in de ZG zorg bepaald door de medische conditie van de zorgvrager. Wanneer verbeteringen van de ZG-beperkingen aan de orde is en de verzekerde kan, onder supervisie van de ZG behandelaar, mee doen aan het maatschappelijk verkeer zal er over het algemeen geen beroep hoeven te worden gedaan op de Wmo. De noodzakelijke begeleiding met het geneeskundige doel wordt dan georganiseerd door de ZG behandelaar. Dit wordt gefinancierd uit de Zvw.

Wat is ZG-zorg en wat niet?

Het doel van ZG-zorg is altijd om de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

De ZG-zorg bestaat uit:

- diagnostiek (het vaststellen van de ernst van de beperking en de zorgvragen die daaruit voortvloeien)
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten

Onder de ZG-zorg valt niet:

- de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven
- zorg of ondersteuning om maatschappelijk te functioneren

B. Zintuiglijke handicap: Visuele beperking

Diagnostiek in verband met een visuele beperking:

Of sprake is van een visuele beperking wordt vastgesteld met toepassing van 'evidence based' richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). In deze NOG-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking staat, dat sprake is van een visuele beperking bij:

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

Zorg in verband met een visuele beperking:

De zorg aan mensen met een visuele beperking bestaat voor een groot deel uit kortdurende extramurale

³² Zorginstituut Nederland: [Zintuiglijk gehandicaptenzorg \(Zvw\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

zorgtrajecten (zorg die gegeven wordt buiten het ziekenhuis of zorginstelling). De ZG-zorg is erop gericht om de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren door het (psychisch) leren omgaan met de beperking of het opheffen of het compenseren van de beperking.

Zorg die betrekking heeft op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren vallen niet onder de ZG-zorg.

C. Zintuiglijke handicap: Auditieve beperking

Of sprake is van een auditieve beperking wordt vastgesteld met toepassing van 'evidence based' richtlijnen van de FENAC. In deze FENAC-richtlijnen voor diagnostiek voor vaststelling van een auditieve beperking staat dat er sprake is van een auditieve beperking als:

- 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.

Zorg in verband met een auditieve beperking

Het zorgtraject bij een auditieve beperking start met audiologische hulp. Deze hulp valt niet onder de ZG-zorg, maar is wel zorg uit het basispakket. Deze audiologische hulp bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek van de gehoorfunctie,
- advisering van de verzekerde over aan te schaffen gehoorapparatuur
- voorlichting aan de verzekerden met betrekking tot het gebruik van de apparatuur

Informatie over hulpmiddelen voor slechthorenden en doven is te vinden op de [site](#) van het Zorginstituut.

De ZG-zorg aan mensen met een auditieve beperking wordt geleverd door keel-neus-en-oorartsen (kno-artsen), audiologische centra en zorgverleners in de zintuiglijk gehandicaptensector.

Voor mensen met een gehoorbeperking kunnen onderdelen van ZG-zorg zijn:

- activiteiten om alternatieve communicatievormen te leren, zoals leren van Nederlandse Gebarentaal
- omgaan met de impact van de beperking en vergroten van zelfredzaamheid
- interventies gericht op (toekomstig) zelfstandig wonen
- hulp bij psychische klachten als gevolg van de auditieve beperking

Communicatietraining voor verzekerden met een zintuiglijke handicap valt onder de Zvw voor zover het gaat om het aanleren van vaardigheden.

Buiten de Zvw valt het 'inslijpen' van de aangeleerde vaardigheden. Met inslijpen wordt bedoelt: het herhaaldelijk oefenen en het onderhouden van de vaardigheden in de dagelijkse praktijk. Ook zorg die betrekking heeft op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren valt niet onder de ZG-zorg.

D. Overgang Zvw naar Wlz.

Wanneer zelfstandig wonen niet meer aan de orde is kan er een beroep gedaan worden op de Wlz. De eerste overweging is uiteraard altijd of verbetering van het functioneren niet meer aan de orde is.

Het belangrijkste weegcriterium voor het CIZ is de blijvende noodzaak van zorg in de nabijheid ter voorkoming van ernstig nadeel of de noodzaak van permanent toezicht als gevolg van de zintuiglijke beperking. Daarin verschilt langdurige Zg zorg niet van andere indicaties voor de Wlz.

Wanneer verbetering niet meer aan de orde is en de verzekerde aangewezen is op Wlz gefinancierde zorg kan de verzekerde over meerdere financierings vormen beschikken. Deze worden in Hoofdstuk 3 en 4 verder uitgewerkt.

Bijlage 1 Begrippenlijst

Begrip/afkorting	Definitie eventueel met toelichting
Aanspraak Wijkverpleging	Zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en deze zorg wordt geleverd 'in de eigen omgeving' .
ADL assistentie	Indicatie voor patiënten woonachting in een Fokus woning
Arts VG	Arts Verstandelijk Gehandicapt
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOPZ	Wet bijzondere opnemng psychiatrische ziekenhuizen
Bzv	Besluit zorgverzekeringswet
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EKT	Extra kosten Thuis. 25% extra budget indien wordt voldaan aan de voorwaarden zoals genoemd in de Rlz 5.3.
ELV	Eerste Lijns Verblijf
FACT	(Functional) assertive outreach community treatment
Fokus woning	Woning waarin mensen met een indicatie voor ADL assistentie geclusterd wonen.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGZ-B	Verblijf met behandeling in een psychiatrische instelling vanuit de Wlz
GGZ-C	Verblijf zonder behandeling met een psychiatrische grondslag vanuit de WMO
GRZ	Geriatrische Revalidatie Zorg
GZ	Gehandicapt Zorg
GZSP	Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen
HB	Herstelgerichte behandeling vanuit de Wlz
IBS	In Bewaring Stelling
IKZ	Intensieve Kind Zorg
LG	Lichamelijk gehandicapt
LGGZ	Langdurige GGZ
LZ	Langdurige Zorg
Meerzorg	Extra budget voor personen die meer zorg nodig hebben dan waarin wordt voorzien in de maximale indicatiestelling voor de Wlz. Niet iedereen komt hiervoor in aanmerking. Per 2016 kunnen alleen die personen in aanmerking komen die substantieel meer zorg nodig hebben dan gedekt wordt door het aan hen toegewezen zorgprofiel. Er is een beperkt aantal zorgprofielen waarbij meerzorg aan de orde kan zijn. Zie hiervoor Nza BELEIDSREGEL CA-BR-1608.
MPT	Modulair pakket thuis. Leveringsvorm van zorgprofiel binnen de Wlz waarbij bepaalde delen (modules) van het pakket thuis als zorg in natura thuis geleverd worden.
MSZ	Medisch Specialistische Revalidatie Zorg

Onplanbare zorg	Conform PGB Zvw reglement: wijkverpleegkundige zorg die niet in te plannen is gedurende de dag/nacht.
PAB	Persoonlijk Assistentie Budget
PG	Psychogeriatric
PGB	Persoonsgebonden budget.
POH	Praktijkondersteuner Huisartsenzorg
PTZ	Palliatief Terminale Zorg
Respijtzorg	Respijtzorg biedt de mogelijkheid om de mantelzorgers de zorg van hun zorgvrager even over te laten nemen. De bedoeling is dat de zorggever even rust en vrij kan nemen van de zorg dat hij/zij dag en nacht moet geven. De zorg kan zowel bij mensen thuis of bij een speciaal instelling plaatsvinden. Voorbeelden zijn dagopvang, logeerhuizen, zorgboerderijen en professionele respijtzorg thuis.
Rlz	Regeling langdurige zorg
RM	Rechterlijke machtiging
SGLVG	Sterk gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt
SO	Specialist Ouderengeneeskunde
Verpleegkundige	Verpleegkundige niveau 4 of 5 of 6. (MBO of HBO geschoold)
Verzorgende IG	MBO opleidingsniveau 3
VG	Verstandelijk gehandicapt
VPT	Volledig pakket thuis. Leveringsvorm van zorgprofiel binnen de Wlz waarbij de cliënt een compleet zorgpakket thuis ontvangt van één aanbieder.
Wijkverpleegkundige	Verpleegkundige niveau 5.
Wlz	Wet langdurige zorg
Wlz toeslagen	epilepsietoeslag beademingstoeslag PAB
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
VV	Verpleging en verzorging
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang
ZG	Zintuiglijk Gehandicapt
ZG aud	Zintuiglijk Gehandicapt auditief en communicatief
ZG vis	Zintuiglijk Gehandicapt visueel
ZiNL	Zorginstituut Nederland (voorheen: CVZ)
ZIN	Zorg in natura
ZP	Zorgprofiel
Zvw	Zorgverzekeringswet

Zvw-verzekerden	Iedereen met een verzekering voor de Zorgverzekeringswet (in principe is dat elke inwoner van Nederland omdat er een verplichting is om een zorgverzekering af te sluiten)
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage 2 Zorgprofielen in de Wlz

Sector Verpleging en verzorging (VV):

- VV beschermd wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging (VV 4)
- VV beschermd wonen met intensieve dementiezorg (VV 5)
- VV beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging (VV 6)
- VV beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding* (VV 7)
- VV beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging* (VV 8)
- VV herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (VV 9B)

Sector Verstandelijke gehandicapt (VG):

- VG wonen met begeleiding en verzorging (VG 3)
- VG wonen met begeleiding en intensieve verzorging (VG 4)
- VG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging* (VG 5)
- VG wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering (VG 6)
- VG (besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering* (VG 7)
- VG wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging* (VG 8)

Sector Licht verstandelijk gehandicapt (LVG):

- LVG wonen met enige behandeling en begeleiding (18 TOT 23 JAAR) (LVG 1)
- LVG wonen met behandeling en begeleiding (18 TOT 23 JAAR) (LVG 2)
- LVG wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep (18 TOT 23 JAAR) (LVG 3)
- LVG wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding* (18 TOT 23 JAAR) (LVG 4)
- LVG besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding* (18 TOT 23 JAAR) (LVG 5)
- LVG behandeling in een SGLVG behandelcentrum (SGLVG 1)

Sector Lichamelijk gehandicapt (LG):

- LG wonen met begeleiding en enige verzorging (LG 2)
- LG wonen met begeleiding en verzorging (LG 4)
- LG wonen met begeleiding en intensieve verzorging* (LG 5)
- LG wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging* (LG 6)
- LG wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging* (LG 7)

Sector Zintuiglijk gehandicapt, auditief en communicatief (ZGAUD)

- ZG aud wonen met intensieve begeleiding en verzorging (ZG AUD 2)
- ZG aud wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging* (ZG AUD 3)
- ZG aud wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging (ZG AUD 4)

Sector Zintuiglijk gehandicapt, visueel (ZGVIS)

- ZG vis wonen met begeleiding en enige verzorging (ZG VIS 2)
- ZG vis wonen met intensieve begeleiding en verzorging (ZG VIS 3)
- ZG vis wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging (ZG VIS 4)
- ZG vis wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging* (ZG VIS 5)

Sector GGZ, B-groep (GGZ-B)

- GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding (GGZ 3B)
- GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging (GGZ 4B)
- GGZ-G voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering (GGZ 5B)
- GGZ-B voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging* (GGZ 6B)
- GGZ-B beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding* (GGZ 7B)

Sector GGZ, Wonen

- GGZ Wonen met intensieve begeleiding
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering
- GGZ Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
- GGZ Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding

** mogelijkheid tot aanvragen van meerzorg*