



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

Eekholt 4  
1112 XH Diemen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
www.zorginstituutnederland.nl  
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

**Contactpersoon**

drs. A.M. Hopman  
T +31 (0)20 797 86 01

0530.201570095

Datum 2 juli 2015  
Betreft Aanbieding afwegingskader toegang Wlz

**Onze referentie**  
2015070095

Geachte heer Van Rijn,

Op 27 oktober 2014 heeft u Zorginstituut Nederland gevraagd een afwegingskader voor de toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) te maken. Met veel genoegen bied ik u dit hierbij aan.

Het afwegingskader is een operationalisering van de wettelijke toegangscriteria, zoals die op dit moment in de WLZ zijn geformuleerd. U heeft ook gevraagd te adviseren over de toegang tot de Wlz voor verzekerden met psychiatrische problematiek. Omdat is gebleken dat voor die groep aanvullende criteria nodig zijn waarvoor een wetwijziging is vereist, hebben we besloten daarover apart te adviseren. We streven ernaar om ons advies in oktober 2015 uit te brengen, in ieder geval op een zodanig tijdstip dat invoering per 1 januari 2017 mogelijk is. Dit heeft tot gevolg dat deze doelgroep gedurende langere tijd in onzekerheid verkeert. Zeker voor deze doelgroep is dat onwenselijk. We vragen u daarom om hen op korte termijn garanties te geven over de continuïteit van hun zorg, totdat ook voor hen een afwegingskader is vastgesteld.

U heeft ook gevraagd de effecten van het afwegingskader zo in beeld te brengen dat inzichtelijk wordt welke verschuivingen tussen domeinen hiervan het gevolg zijn. Als er verschuivingen tussen domeinen optreden, is dat het gevolg van de wijzigingen in de wetgeving zelf. Het afwegingskader heeft geen autonoom effect op verschuivingen tussen domeinen. Het is de operationalisering van de wettelijke toegangscriteria.

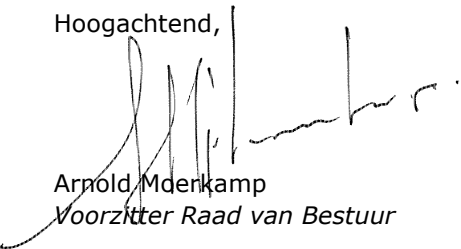
De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het afwegingskader was bij de validatie ervan te laag. Daar waren weliswaar een aantal plausibele verklaringen voor, maar we vinden het noodzakelijk dat het Centrum Indicatiestelling Zorg maatregelen neemt om deze structureel te verhogen. Ook vinden we het noodzakelijk de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid periodiek te toetsen. Het Zorginstituut wil daarover graag geïnformeerd worden.

We hebben gemerkt dat veel mensen zich zorgen maken over het feit dat de context van de verzekerde (mantelzorg, cliëntsysteem) geen rol speelt bij de indicatiestelling. We delen deze zorg, temeer omdat de Wmo aan gemeenten de mogelijkheid biedt om verzekerden die in aanmerking *kunnen* komen voor de Wlz,

maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo te weigeren. Dit kan ertoe leiden dat burgers die kunnen en willen volstaan met mantelzorg, aangevuld met enkele Wmo-voorzieningen en eventueel Zvw-zorg, zich gedwongen zien om gebruik te maken van de duurdere (integrale) zorg vanuit de Wlz. Wij vragen nogmaals uw aandacht voor dit effect.

Ik zal dit afwegingskader ook aanbieden aan het Centrum Indicatiestelling Zorg.

Hoogachtend,



Arnold Mdenkamp  
*Voorzitter Raad van Bestuur*

**Zorginstituut Nederland**  
Pakket

**Datum**  
2 juli 2015

**Onze referentie**  
2015070095



Zorginstituut Nederland

## Afwegingskader toegang Wet langdurige zorg

Datum 1 juli 2015  
Status Definitief



## Colofon

Volgnummer	2015056390
Contactpersoon	drs. A.M. Hopman +31 (0)20 797 86 01
Afdeling	Pakket
Uitgebracht aan	de Staatssecretaris van VWS



## Inhoud

### **Colofon—1**

### **Samenvatting—5**

### **Inleiding—9**

<b>1</b>	<b>Vraagstelling en aanpak—11</b>
1.1	Aanleiding tot het onderzoek—11
1.2	Aanpak van het onderzoek—11
1.3	Resultaat van het onderzoek—12
<b>2</b>	<b>Het afwegingskader—13</b>
2.1	Vaststellen aandoening, handicap—14
2.2	Vaststellen uitzonderingen—14
2.3	Vaststellen functioneren—14
2.4	Vaststellen ernstig nadeel—14
2.5	Besluitvorming—15
<b>3</b>	<b>Reacties van betrokken partijen—17</b>
3.1	Operationalisering van de wettelijke toegangscriteria—17
3.1.1	Vraag aan partijen—17
3.1.2	Antwoord van betrokken partijen—17
3.1.3	Reactie van het Zorginstituut—17
3.2	Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid—17
3.2.1	Vraag aan partijen—17
3.2.2	Antwoorden van partijen—18
3.2.3	Reactie van het Zorginstituut—18
3.3	Het begrip “blijvend”—18
3.3.1	Vraag aan partijen—18
3.3.2	Antwoorden van partijen—19
3.3.3	Reactie van het Zorginstituut—19
3.4	24 uur zorg in de nabijheid—19
3.4.1	Vraag aan partijen—19
3.4.2	Antwoorden van partijen—19
3.4.3	Reactie van het Zorginstituut—20
3.5	Overige opmerkingen—20
3.5.1	Niet meenemen van de GGZ in het afwegingskader—20
3.5.2	Niet betrekken van de beschikbare mantelzorg bij het bepalen van de zorgbehoefte—20
3.5.3	Afwegingskader en Zorgakkoord—20
3.5.4	Toepasbaarheid voor kinderen—21
3.6	Mogelijke witte vlekken—21
3.6.1	Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)—21
3.6.2	Uitgerevalideerde NAH—21
3.6.3	Jongeren met zintuiglijke handicaps—21
3.7	Opmerkingen over het stelsel van de langdurige zorg—22
3.7.1	Doelstelling Hervorming Langdurige zorg in gevaar—22
3.7.2	Grens tussen Wlz, Zvw en Wmo—22
3.7.3	Verlenging van GGZ-behandeling met verblijf—22
3.7.4	De positie van de orthopedagoog—22
3.7.5	Grondslagen—22

- 3.7.6 Risico op strategisch gedrag—23
- 3.7.7 Tekstuele opmerkingen—23
- 3.7.8 Overige vragen en opmerkingen—23

#### **4 Beslispunten—25**

- 4.1 Beperking tot bestaande doelgroepen—25
  - 4.1.1 Duiden en adviseren—25
  - 4.1.2 Specifieke kenmerken GGZ-cliënten—25
  - 4.1.3 Wetswijziging noodzakelijk—26
- 4.2 De term 'blijvend'—26
- 4.3 De term '24 uur per dag zorg in de nabijheid'—27
- 4.4 Verschuivingen tussen domeinen—27
- 4.5 Aanvullend onderzoek: monitoren effecten herziening zorgstelsel en mogelijke toegang voor de GGZ—27
  - 4.5.1 Aanvullende vragen over de effecten van de Wlz in brede zin (monitoring)—28
  - 4.5.2 Aanvullende vragen specifiek gericht op de GGZ—28

#### **5 Conclusies en aanbevelingen—29**

- 5.1 Goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria—29
- 5.2 De termen 'blijvend' en '24 uur per dag zorg in de nabijheid'—29
- 5.3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verbeteren—29
- 5.4 Aanvullend onderzoek—29

#### **6 Vaststelling door de Raad van Bestuur—31**

##### **Bijlagen:**

- 1. Verzoek VWS**
- 2. Rapport Bureau HHM Afwegingskader Wlz**
- 3. Aanbiedingsbrief bestuurlijke consultatie**
- 4. Verzendlijst bestuurlijke consultatie**
- 5. Reacties partijen op bestuurlijke consultatie**
- 6. Reactie op inbreng NIP**



## Samenvatting

De toegangscriteria voor de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn anders dan die van de AWBZ. De kern daarvan is dat de Wlz zich richt op blijvende problematiek die zonder 24 uur per dag toezicht of zorg nabij leidt tot ernstig nadeel, terwijl de AWBZ ook openstond voor tijdelijke problematiek en de criteria voor verblijf ruimer waren dan die in de Wlz. Vanuit hun verantwoordelijkheid voor het duiden van het verzekerd pakket en advisering bij indicatiegeschillen (Zorginstituut Nederland) en de indicatiestelling zelf (CIZ) hebben het Zorginstituut en het CIZ het voortouw genomen om, op verzoek van het Ministerie van VWS, een afwegingskader voor de toegang tot de Wlz te maken.

Het onderzoek bestond uit twee fasen. In de eerste fase werden op basis van literatuurstudie en interview met experts en professionals de bouwstenen voor het instrument verzameld. De tweede fase bestond uit het bouwen van het afwegingskader zelf. Het afwegingskader is gevalideerd door 1300 AWBZ-dossiers te indiceren met behulp van het afwegingskader.

De leden van de Wetenschappelijke Adviescommissie (WAR) van het Zorginstituut, aangevuld met wetenschappers die door het CIZ zijn aangezocht, hebben het onderzoek wetenschappelijk begeleid. De stakeholders zijn in drie bijeenkomsten in de gelegenheid gesteld hun inbreng te hebben. Het Ministerie is periodiek geïnformeerd.

Het onderzoeksrapport is als de bijlage opgenomen.

Het afwegingskader is opgebouwd in een aantal stappen:

1. Vaststellen aandoening of handicap.

In deze stap wordt beoordeeld of één van de in de wet genoemde aandoeningen, beperkingen of handicaps bij de verzekerde aanwezig is.

2. Vaststellen uitzonderingen.

In deze stap beoordeelt de indicatieonderzoeker of een van de uitzonderingen die in de wet staan, van toepassing is. Palliatief-terminale zorg voor verzekerden zonder Wlz-indicatie en intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening vormen geen aanspraak op de Wlz. Jeugdigen met een tijdelijke behoefte aan zorg in verband met een licht verstandelijke beperking, of verzekerden met een verstandelijke beperking die een in de Jeugdwet begonnen behandeling moeten afmaken, hebben ondanks de tijdelijkheid daarvan wel aanspraak op de Wlz.

3. Vaststellen functioneren.

Aan de hand van 46 vragen stelt de indicatieonderzoeker het functioneren van de verzekerde op alle relevante levensterreinen vast.

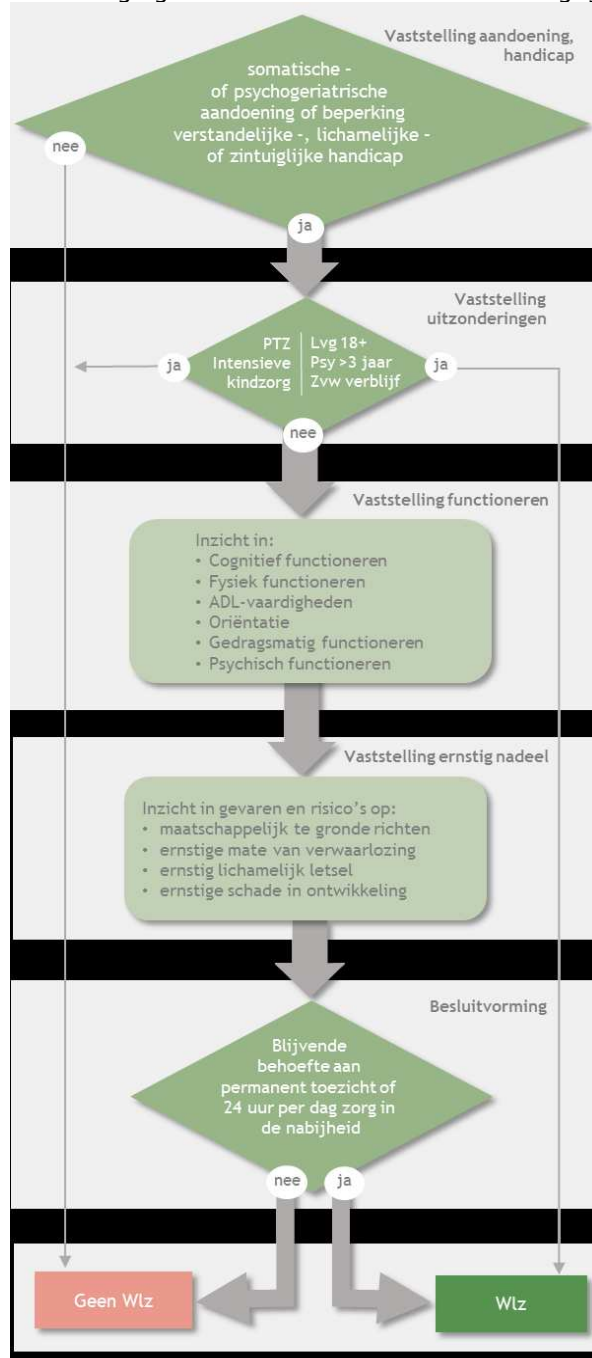
4. Vaststellen ernstig nadeel.

De indicatiesteller stelt op basis van negen vragen vast of er sprake is van ernstig nadeel, zoals de wet dat omschrijft.

5. Besluitvorming.

Op grond van de verzamelde informatie beoordeelt de indicatieonderzoeker of de verzekerde toegang heeft tot de Wlz.

Het afwegingskader ziet er schematisch weergegeven als volgt uit:



Het Zorginstituut heeft het concept afwegingskader ter bestuurlijke consultatie voorgelegd aan de stakeholders. In het rapport beschrijven we hun reacties op de consultatievragen en geven aan hoe we deze hebben betrokken in onze beoordeling van het afwegingskader.

Het Zorginstituut concludeert dat het afwegingskader een goede operationalisering is van de wettelijke toegangscriteria. Daarnaast doet het Zorginstituut een aantal aanbevelingen voor zorgvuldige implementatie van het afwegingskader.

Het Zorginstituut zal voor de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis aanvullend onderzoek doen. Hiervoor zal het samenwerken met het CIZ.

Ook zal het de mogelijke verschuivingen in beeld brengen die de Hervorming van de Langdurige Zorg tot gevolg kan hebben en onderzoeken hoeverre die verschuivingen zich in de praktijk nu al voordoen.



## Inleiding

Op 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden. Deze wet, die de AWBZ vervangt, regelt de aanspraak op zorg voor mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zorginstituut Nederland heeft als taak om uit te leggen wat tot die aanspraken behoort en hoe verzekerden hier toegang toe krijgen. Het CIZ bepaalt of verzekerden toegang hebben tot zorg vanuit de Wlz. Zorginstituut Nederland behandelt geschillen tussen verzekerden en het CIZ over de aanspraak. Het CIZ en Zorginstituut Nederland willen vanwege die verantwoordelijkheden het voortouw nemen om de toegang tot de Wlz zo goed mogelijk vorm te geven. De beslissing of een verzekerde toegang heeft tot de Wlz moet stroken met de wettelijke criteria, transparant en toetsbaar zijn en zoveel mogelijk zijn gebaseerd op de stand van de wetenschap en de praktijk.

In dit rapport beschrijft Zorginstituut Nederland op welke manier het afwegingskader tot stand is gekomen, en hoe de beoordeling van de toegang tot de Wlz op basis van dit afwegingskader plaatsvindt.

Tijdens het onderzoek zijn de stakeholders op relevante momenten geïnformeerd over de voortgang en in de gelegenheid gesteld hun inbreng te hebben. De relevante leden van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het Zorginstituut, aangevuld met wetenschappers die door het CIZ zijn aangedragen, hebben het onderzoek wetenschappelijk begeleid. Het concept afwegingskader is voor bestuurlijke consultatie aan de stakeholders voorgelegd. De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft op 29 mei 2015 over het afwegingskader geadviseerd. De commissie adviseerde maatregelen te nemen om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten, en die periodiek te meten. Daarnaast uitte de commissie zijn bezorgdheid over het feit dat de context van de verzekerde (mantelzorg en cliëntsysteem) geen rol speelt bij de indicatiestelling, temeer omdat de Wmo aan gemeenten de mogelijkheid biedt om verzekerden die in aanmerking *kunnen* komen voor de Wlz, maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo te weigeren. Dit kan ertoe leiden dat burgers die kunnen en willen volstaan met mantelzorg, aangevuld met enkele Wmo-voorzieningen en eventueel Zvw-zorg, zich gedwongen zien om gebruik te maken van de duurdere (integrale) zorg vanuit de Wlz.

We gaan in het eerste hoofdstuk in op het verzoek van VWS en de manier waarop de totstandkoming van het afwegingskader is aangepakt. In het tweede hoofdstuk beschrijven we het afwegingskader op hoofdlijnen. Het afwegingskader zelf is opgenomen in de bijlagen. In hoofdstuk 3 gaan we in op de bestuurlijke consultatie. We geven de vragen weer die we hebben gesteld, de reacties van partijen daarop, en op welke manier we daarmee zijn omgegaan. Hoofdstuk 4 gaat over de beslispunten die we in het ontwikkelingsproces zijn tegengekomen. We verantwoorden hier de gemaakte keuzes. We gaan in op het besluit om het afwegingskader op dit moment toe te spitsen op de huidige doelgroepen van de Wlz en waarom we vinden dat aanvullend onderzoek nodig is voor de toegang voor verzekerden met psychiatrische problematiek.

In hoofdstuk 5 geven we de conclusies en aanbevelingen voor de implementatie van het afwegingskader weer. Hoofdstuk 6 bestaat uit de vaststelling van dit rapport door de Raad van Bestuur.



## 1 Vraagstelling en aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding van dit rapport, de vraagstelling en aanpak van het onderzoek.

### 1.1 Aanleiding tot het onderzoek

De Wlz richt zich op doelgroepen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij om ernstig nadeel te voorkomen. Daarmee gelden in de Wlz andere toegangscriteria dan in de AWBZ. Zorginstituut Nederland en het CIZ hebben in een bestuurlijk overleg geconstateerd dat het bestaande instrumentarium voor de indicatiestelling daarom aan herziening toe is. Het Zorginstituut en het CIZ zagen in hun wettelijke taken ten aanzien van het duiden van de aanspraken en het vaststellen van Wlz-indicaties aanleiding om samen een nieuw kader voor de indicatiestelling te ontwikkelen.

Naar aanleiding van een overleg tussen het Zorginstituut, het CIZ en het Ministerie van VWS heeft het Ministerie het Zorginstituut gevraagd om samen met het CIZ onderzoek uit te zetten dat leidt tot een afwegingskader voor de toegang tot de Wlz<sup>1</sup>.

Daarnaast vroeg het ministerie om de effecten van het afwegingskader zo in beeld te brengen dat inzichtelijk wordt welke verschuivingen tussen domeinen hiervan het gevolg zijn.

Ook verzocht het ministerie om, gelet op de motie van de Tweede Kamer-leden Keijzer en Bergkamp van 20 januari 2014 (TK 30597, 397), de toegang van mensen met een psychische stoornis tot de Wlz bij het onderzoek te betrekken. Op dit moment hebben mensen met een psychische stoornis alleen toegang tot de Wlz als ze langer dan drie jaar in een instelling verblijven vanwege de behandeling van de psychische stoornis. Concreet verzocht VWS ons of er specifieke overwegingen zijn die nopen tot de conclusie dat mensen met een psychische stoornis blijvend kunnen zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

### 1.2 Aanpak van het onderzoek

Vanuit het Zorginstituut en het CIZ is een projectgroep samengesteld die de ontwikkeling van het afwegingskader en het daarbij behorende onderzoek begeleidde. Een stuurgroep op managementniveau was verantwoordelijk voor de sturing van het onderzoek. Voor de wetenschappelijke begeleiding is een commissie benoemd bestaande uit de relevante wetenschappers uit de Wetenschappelijke Adviescommissie (WAR) van het Zorginstituut, aangevuld met wetenschappers die door het CIZ zijn geselecteerd. Er zijn drie bijeenkomsten geweest met stakeholders, waarin de onderzoekers terugkoppeling gaven over het afwegingskader en stakeholders input konden leveren aan de onderzoekers. Ook is het Ministerie van VWS periodiek geïnformeerd over de voortgang van het onderzoek.

Het onderzoek omvatte twee fasen. De eerste fase betrof het verzamelen van de bouwstenen voor een afwegingskader, het tweede de ontwikkeling van het afwegingskader zelf.

Het onderzoek naar de bouwstenen had als doel om zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwde meetinstrumenten te vinden die gebruikt kunnen worden om kenmerken van de cliënten die gebruik maken van langdurige zorg in beeld te brengen. Deze meetinstrumenten konden vervolgens vertaald worden in

<sup>1</sup> Brief Directeur Generaal LZ aan sectorhoofd Zorg van 27 oktober 2014, kenmerk 124903.

toegangscriteria die passen binnen de wettelijke toegangscriteria: het afwegingskader. Uit het onderzoek naar de bouwstenen is gebleken dat het niet mogelijk is om op basis van precieze scores op deze cliëntkenmerken de toegang tot de Wlz te bepalen. Er is veeleer sprake van een combinatie van factoren die, wanneer zij gezamenlijk in een bepaalde mate optreden, bepalend zijn voor het oordeel dat Wlz zorg is aangewezen.

Het concept afwegingskader is gevalideerd door ruim 1300 bestaande AWBZ-indicatiebesluiten te beoordelen met behulp van het afwegingskader.

### 1.3

#### **Resultaat van het onderzoek**

Het afwegingskader blijkt goed te voldoen voor het doel waarvoor het is bestemd. Wel is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid relatief laag. In 70% van de gevallen kwamen twee indicatiestellers die hetzelfde dossier beoordeelden tot dezelfde conclusie. Dat is laag. De onderzoekers geven plausibele verklaringen voor deze lage score:

- De indicaties zijn gesteld op basis van een beperkt (AWBZ-)dossier, dat niet noodzakelijkerwijs alle informatie bevat die benodigd is voor een Wlz beoordeling.
- Er is geen persoonlijk contact met cliënten geweest om gegevens te actualiseren of te verduidelijken. Er was namelijk afgesproken om in het kader van het onderzoek geen contact te zoeken met aanvragers of cliënten om deze personen niet onnodig te belasten.
- De indicatiestellers hadden geen ervaring met het afwegingskader en interview had nog niet plaatsgevonden.

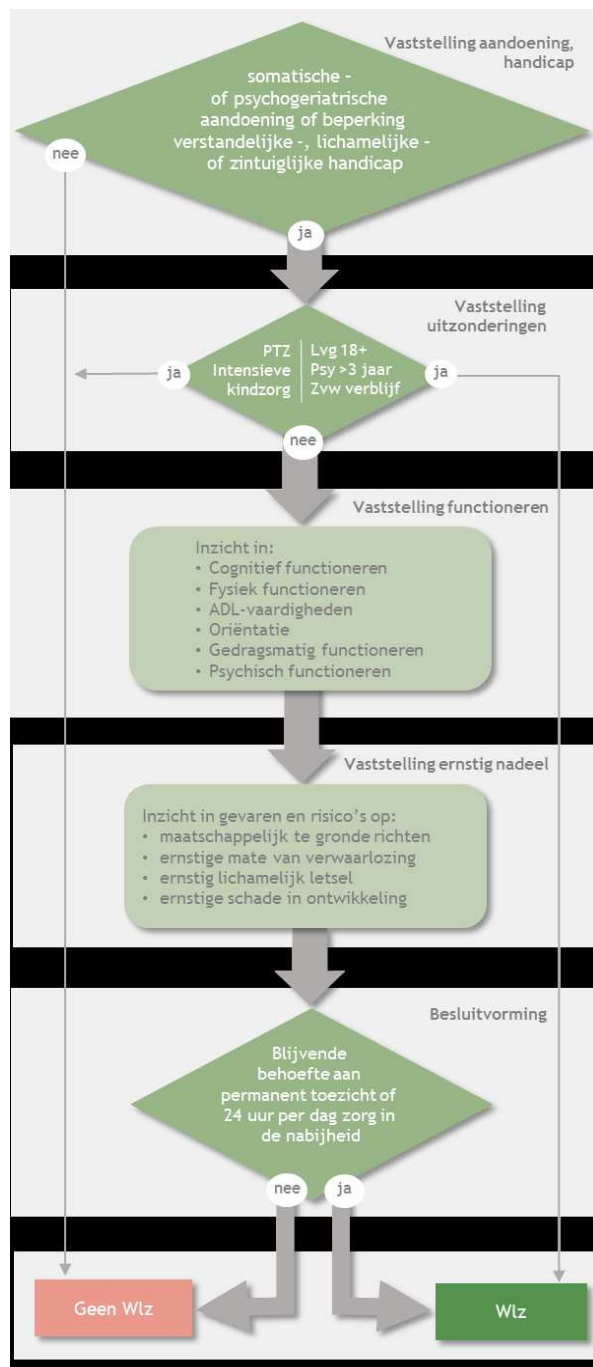
De onderzoekers doen aanbevelingen om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in de praktijk te vergroten en die periodiek te meten.

Het Zorginstituut concludeert dat het afwegingskader voldoet aan zijn doelstelling, maar dat er tijdens en na de implementatie maatregelen nodig zijn om het instrument verder te ontwikkelen en de eenduidige werking ervan te vergroten. Voor een gedetailleerdere beschrijving van het onderzoek verwijzen we naar het rapport van HHM dat als bijlage is toegevoegd.



## 2 Het afwegingskader

In dit hoofdstuk geven we een globale beschrijving van het afwegingskader. Het volledige instrument staat in de rapportage van bureau HHM die als bijlage is toegevoegd. We beschrijven het afwegingskader aan de hand van het volgende schema:



### **2.1 Vaststellen aandoening, handicap**

Net zoals in de AWBZ is voor toegang tot de Wlz een ziekte, aandoening of beperking ('grondslag') nodig: de achterliggende problematiek die ertoe leidt dat de verzekerde is aangewezen op zorg. Behalve psychische stoornissen geven alle grondslagen die de AWBZ kende, toegang tot de Wlz. Voor psychische stoornissen is dat alleen het geval als de verzekerde na drie jaar verblijf met behandeling nog steeds op die zorg (verblijf met behandeling) is aangewezen.

### **2.2 Vaststellen uitzonderingen**

De Wlz kent een viertal uitzonderingsgroepen.

Bij twee uitzonderingen is het mogelijk dat de verzekerde weliswaar voldoet aan de toegangsvoorwaarden van de Wlz, maar komt de zorg toch ten laste van de Zvw. Het gaat om palliatief-terminale zorg voor verzekerden zonder Wlz-indicatie en intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening.

Bij twee andere uitzonderingen voldoet de verzekerde wellicht niet aan de toegangscriteria, maar komt de zorg toch ten laste van de Wlz. Het gaat om meerderjarige verzekerden die vanwege een combinatie van gedragsproblemen en een licht verstandelijke handicap tijdelijk zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, of die een behandeling moeten afmaken die is begonnen in de Jeugdwet. Het gaat hierbij om integrale multidisciplinaire behandeling in een behandelinstelling voor Licht Verstandelijk Gehandicapten of Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten, voor maximaal drie jaar.

Ook verzekerden met een psychische stoornis die drie jaar behandeling met verblijf ten laste van de Zvw hebben gehad, en daarna nog steeds op die zorg zijn aangewezen, hebben daarvoor aanspraak op de Wlz.

### **2.3 Vaststellen functioneren**

Aan de hand van 46 vragen wordt het functioneren van de verzekerde vastgesteld ten aanzien van de volgende terreinen:

- cognitief functioneren
- fysiek functioneren
- ADL-vaardigheden (cognitief en fysiek)
- oriëntatie (cognitief en fysiek)
- gedragsmatig functioneren
- psychisch functioneren.

De vragen worden gescoord op een schaal van 0 tot 3, waarbij de schaal oploopt van geen beperkingen tot het volledig overnemen van de activiteit.

### **2.4 Vaststellen ernstig nadeel**

Er is geen 1-op-1 relatie tussen de scorelijst van het functioneren en het optreden van ernstig nadeel. Het functioneren van de verzekerde geeft weliswaar een niet te missen beeld van het functioneren, maar voor het optreden van ernstig nadeel is vooral de inschatting van de risico's op gevaar belangrijk.

Het afwegingskader bevat negen vragen aan de hand waarvan de indicatie-onderzoeker die risico's in beeld brengt en op grond waarvan hij de risico's inschat.

Er is sprake van een hoog risico als er concrete aanwijzingen zijn dat het risico zich voordoet.

Het begrip ernstig is gedefinieerd als een direct gevaar voor de eigen gezondheid.

Het afwegingskader geeft een nadere operationalisering van de elementen die kunnen leiden tot ernstig nadeel:

- zich maatschappelijk te gronde richten
- zichzelf verwaarlozen
- ernstig lichamelijk letsel
- ernstige schade in ontwikkeling of bedreiging van de veiligheid.

De vaststelling van het risico op ernstig nadeel is de kern van de beoordeling. De meerwaarde van deze operationalisering is dat het expliciet maakt waarom een verzekerde is aangewezen op de Wlz en niet kan volstaan met reguliere zorg. Het maakt daarmee een gestructureerde beoordeling mogelijk en maakt die beoordeling ook toetsbaar.

## 2.5 **Besluitvorming**

Op grond van een zorgvuldige afweging van bovenstaande informatie bepaalt de indicatieonderzoeker of de verzekerde blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

De verzekerde heeft toegang tot de Wlz als één van onderstaande vragen positief wordt beantwoord:

1. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan *permanent toezicht*: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen?
2. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan *24 uur per dag zorg in de nabijheid*, omdat hij zelf niet in staat is op relevante momenten hulp in te roepen en hij door *fysieke problemen* voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft?
3. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan *24 uur zorg per dag in de nabijheid*, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij door *zware regieproblemen* voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft?

Het afwegingskader bevat nadere omschrijvingen van de volgende begrippen:

- permanent toezicht
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid
- blijvend
- relevante momenten
- voortdurend
- zware regieproblemen.



### 3 Reacties van betrokken partijen

Het Zorginstituut heeft betrokken partijen bestuurlijk geconsulteerd over het concept afwegingskader. De aanbiedingsbrief is als bijlage bij dit rapport gevoegd. Ook is een overzicht van de aangeschreven partijen opgenomen. De reacties die zijn binnengekomen zijn ook bijgevoegd. Hieronder gaan we in op de vragen die we hebben gesteld en op de overige opmerkingen die partijen hebben gemaakt.

#### 3.1 Operationalisering van de wettelijke toegangscriteria

##### 3.1.1 *Vraag aan partijen*

Het eerste oordeel van het Zorginstituut is dat het afwegingskader een juiste operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is. Het onderzoek is zorgvuldig uitgevoerd en is goed afgestemd met belanghebbende partijen. Uit de validatie blijkt dat indicatieonderzoekers van het CIZ vinden dat zij de beslissing of iemand (vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap) al dan niet is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid om ernstig nadeel te voorkomen, goed kunnen nemen. Zij geven aan dat de besluitvorming explicieter en transparanter plaatsvindt met behulp van het afwegingskader dan met het instrumentarium waarmee zij de Wlz op dit moment uitvoeren. Aan de geconsulteerde partijen is de vraag gesteld of zij het eens zijn met die constatering.

##### 3.1.2 *Antwoord van betrokken partijen*

Vrijwel alle partijen beantwoorden deze vraag positief, waarbij waardering voor het gedegen onderzoek en de mate van betrokkenheid van stakeholders wordt uitgesproken. Alleen het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) is van mening dat het afwegingskader geen goede operationalisering is van de wettelijke toegangscriteria.

##### 3.1.3 *Reactie van het Zorginstituut*

Het Zorginstituut ziet in de reacties van partijen geen aanleiding het afwegingskader te wijzigen. Een uitgebreidere reactie op de inbreng van het NIP is als bijlage bij dit rapport toegevoegd.

#### 3.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

##### 3.2.1 *Vraag aan partijen*

Het Zorginstituut constateerde dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 70% laag is. Het constateerde ook dat daar plausibele redenen voor zijn en stelde een aantal maatregelen voor om die te verbeteren:

- Het persoonlijk contact met de verzekerde is al wettelijk vastgelegd, maar daarnaast is permanente scholing en intervisie nodig.
- Duidelijke instructies over de uitleg en toepassing van het afwegingskader kunnen behulpzaam zijn.
- We vinden het ook nodig dat het CIZ een methodiek ontwikkelt om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid periodiek te toetsen en dit te publiceren;

Aan de betrokken partijen is gevraagd of die maatregelen voldoende zijn om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verhogen.

### 3.2.2

#### *Antwoorden van partijen*

Vrijwel alle andere partijen vinden de genoemde maatregelen voldoende, maar benadrukken ook dat die *noodzakelijk* zijn om een goede doorontwikkeling van het instrument te borgen.

Verschillende partijen benadrukken dat de gestelde maatregelen structureel en continu moeten zijn, en dat over de periodieke toetsing moet worden gecommuniceerd met betrokken partijen.

De Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (VIA) en brancheorganisaties uit de GGZ (GGZ Nederland/Federatie Opvang/RIBW Alliantie) geven aan dat het ook cruciaal is dat degenen die de indicatie stellen voldoende medische kennis en kennis van de doelgroepen hebben. De samenwerkende ouderenpartijen stellen een second opinion voor om zoveel mogelijk te voorkomen dat verzekerden de zwaardere weg van bezwaar en beroep moeten volgen.

Het NIP vindt de betrouwbaarheid van het afwegingskader onvoldoende. NIP stelt dat er geen zekerheid is dat de voorgestelde maatregelen leiden tot voldoende verbetering van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

### 3.2.3

#### *Reactie van het Zorginstituut*

Het Zorginstituut is het eens met de opmerking van partijen dat het van belang is dat de genoemde maatregelen in het werkproces van het CIZ worden opgenomen. Het zal de transparantie bevorderen als het CIZ periodiek rapporteert over de toetsing van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Ook is het Zorginstituut het eens met de constatering dat voldoende kennis over specifieke doelgroepen cruciaal is. Het Zorginstituut adviseert het CIZ bij de implementatie van het afwegingskader deze voorstellen over te nemen. Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat het afwegingskader op die manier op een transparante en structurele manier toegepast kan worden. Een second opinion ligt naar de mening van het Zorginstituut minder voor de hand. Dat impliceert immers dat een andere beoordelaar dan het CIZ de indicatie stelt.

We vinden het niet zinvol het afwegingskader pas in te voeren als de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende is. Daarvoor zijn vier redenen:

- De gemeten interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is om plausibele redenen lager dan die in de werkelijkheid zal zijn;
- Het CIZ moet nu al indicaties stellen. Dat gebeurt op basis van een systematiek die nog op de AWBZ is gebaseerd;
- De transparantie en toetsbaarheid van de huidige systematiek is minder dan die van het afwegingskader;
- Verbetering en borging van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is beter mogelijk als de indicatieonderzoekers al met het instrument werken.

## 3.3

### **Het begrip "blijvend"**

#### 3.3.1

##### *Vraag aan partijen*

In de wet is de term 'blijvend' gedefinieerd als: 'van niet voorbijgaande aard'. Wetenschappers en professionals vonden de term 'van niet voorbijgaande aard' in eerste instantie onwerkbaar, omdat nooit met 100% zekerheid gesteld kan worden dat een verzekerde voor altijd aangewezen is op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Daarom is voorgesteld de term te interpreteren als: 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Wij benadrukten hierbij dat dit niet bedoeld is om een bredere uitleg aan de wet te geven: het moet altijd gaan om situaties waarvan op het moment van besluitvorming de prognose zodanig is dat het aannemelijk is dat de verzekerde de rest van zijn leven op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid is aangewezen.

In de consultatie is aan de betrokken partijen gevraagd of zij het eens zijn met deze interpretatie, of zij daarbij risico's op een ongewenste instroom in de Wlz zien, en welke maatregelen noodzakelijk zijn.

### 3.3.2 *Antwoorden van partijen*

De reacties van partijen zijn verschillend. Een beperkt aantal heeft geen opmerking. Een aantal partijen vindt de interpretatie juist, vooral omdat het erkent dat 100% zekerheid nooit mogelijk is. Enkele partijen geven aan dat die onzekerheid in bepaalde gevallen zou moeten leiden tot een tijdelijke indicatie. Ieder(In) vraagt zich af wat dan "binnen afzienbare tijd" inhoudt. ZN en de VIA zien risico's op ongewenste instroom omdat de term "binnen onafzienbare tijd" ook voor verschillende interpretaties vatbaar is. Daarbij merkt de VIA op dat ervaren en goed opgeleide professionals goed om kunnen gaan met een begrip als "blijvend".

### 3.3.3 *Reactie van het Zorginstituut*

De interpretatie van het begrip "blijvend" als "van niet voorbijgaande aard *binnen afzienbare tijd*" is in eerste instantie opgenomen om tegemoet te komen aan het feit dat experts aangeven dat het - vooral in de GGZ - nooit mogelijk is om te stellen dat iemand blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24-uur zorg in de nabijheid. Er is altijd een mogelijkheid dat de zorgbehoefte van de cliënt zodanig wijzigt dat een vorm van zelfstandig wonen met extramurale begeleiding mogelijk is.

Omdat van geen enkele cliënt in de Wlz met 100% zekerheid gesteld kan worden dat er nooit een verbetering kan komen in de zelfredzaamheid van de cliënt, is besloten deze ook voor de bestaande doelgroepen te laten staan, in de veronderstelling dat de duidelijkheid daarmee zou vergroten en de praktijk er mee zou zijn gediend.

Het blijkt echter dat deze formulering bij partijen leidt tot vragen en tot onduidelijkheid over een al dan niet tijdelijk karakter van de indicatie. Ook blijkt dat de indicerend artsen de toevoeging "binnen afzienbare tijd" geen verbetering vinden. De praktijk kan goed omgaan met de term "blijvend".

Het Zorginstituut constateert dat de toevoeging eerder verwarring dan verbetering tot gevolg heeft, en hanteert daarom verder de wettelijke definitie "van niet voorbijgaande aard".

## 3.4 **24 uur zorg in de nabijheid**

### 3.4.1 *Vraag aan partijen*

Tijdens de ontwikkeling van het afwegingskader bleek dat de omschrijving van de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' vragen oproep. De omschrijving van dit begrip in het afwegingskader is afgeleid van de Beleidsregels indicatiestelling 2015 die de staatssecretaris op 18 december 2014 heeft vastgesteld. De vraag is of de omschrijving daarvan in de beleidsregels en het afwegingskader geen uitbreiding van de wettelijke betekenis van dit begrip is.

Het Zorginstituut wil de staatssecretaris adviseren om de tekst in de Beleidsregels Indicatiestelling strikter aan te laten sluiten bij de omschrijving uit de Memorie van Toelichting van de Wlz en wil de term "24 uur zorg in de nabijheid" in het afwegingskader daar op aanpassen.

Aan partijen is de vraag gesteld of zij het daarmee eens zijn.

### 3.4.2 *Antwoorden van partijen*

Het NIP en Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) zien geen verschil tussen de tekst in de Beleidsregels Indicatiestelling (waarop de tekst van het afwegingskader is gebaseerd) en de Memorie van Toelichting van de wet. De VGN, LSR, Per Saldo en

Ieder(in) vinden het een juiste formulering van de praktische situatie. De overige partijen vinden het terecht een formulering te kiezen die nauw aansluit bij de Memorie van Toelichting, omdat die tekst en eenduidiger is. De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de VIA zien in de formulering in de Beleidsregels Indicatiestelling en het afwegingskader een risico van verbreding van de doelgroep van de Wlz.

#### 3.4.3

##### *Reactie van het Zorginstituut*

De onduidelijkheid over het begrip "24 uur zorg in de nabijheid" is ontstaan doordat de tekst in de Memorie van Toelichting afwijkt van de tekst in de Beleidsregels Indicatiestelling. Beide teksten zijn zo te lezen dat ze dezelfde strekking hebben, en in de praktische toepassing en ook bij de validatie, is die zo toegepast. De toevoeging in de Beleidsregels Indicatiestelling dat hiervoor nodig is dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zonodig ingrijpt om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen, kan echter gemakkelijk verkeerd worden uitgelegd: men zou er in kunnen lezen dat als een zorgverlener enkele keren per dag een gepland bezoek aflegt, dat voldoende is voor toegang tot de Wlz. Dat is niet het geval. Daarom vindt het Zorginstituut dat de tekst in de Memorie van Toelichting, de Beleidsregels Indicatiestelling en het Afwegingskader gelijkkluidend moeten zijn. Dat voorkomt onnodige spraakverwarring. De tekst uit de Memorie van Toelichting is de best passende.

### 3.5

#### **Overige opmerkingen**

Partijen hebben in hun reactie op de consultatie van het afwegingskader niet alleen de consultatievragen beantwoord, maar daarnaast een aantal andere opmerkingen gemaakt. In deze paragraaf gaan we daarop in.

#### 3.5.1

##### *Niet meenemen van de GGZ in het afwegingskader*

De partijen uit de GGZ-sector hadden verwacht dat ook verzekerden met een psychische stoornis in het afwegingskader zouden zijn meegenomen. In hoofdstuk 4 lichten we toe waarom we dit niet hebben gedaan.

#### 3.5.2

##### *Niet betrekken van de beschikbare mantelzorg bij het bepalen van de zorgbehoefte*

Een aantal partijen benadrukt dat het niet meenemen van de mantelzorg bij de indicatiestelling kan leiden tot ongewenste instroom. De samenwerkende ouderenbonden melden daarnaast dat sommige mantelzorgers de Wlz als een keurslijf ervaren. Het NIP vindt het terecht dat de beschikbare mantelzorg niet wordt betrokken in de beoordeling. Zoals in de consultatiebrief is aangegeven, is het Zorginstituut in zijn bestuurlijke brief over de concept-Wet langdurig intensieve zorg hier al op ingegaan. Het Zorginstituut vond dat de mantelzorg wel zou moeten worden meegewogen, omdat dat past bij de last-resort functie die voor die wet was beoogd. De Wlz is echter vastgesteld en bepaalt dat de beschikbaarheid van mantelzorg niet meegewogen mag worden bij de indicatiestelling. Het afwegingskader is een uitwerking van de wettelijke criteria. Nu de Wlz in werking is getreden, neemt het Zorginstituut die als uitgangspunt.

#### 3.5.3

##### *Afwegingskader en Zorgakkoord*

Enkele partijen stellen de vraag of het instrument rekening houdt met het Zorgakkoord, waarin de regeringspartijen hebben vastgelegd welke ZZPs behoren tot de doelgroep die op grond van zorgzwaarte aanspraak zou kunnen hebben op de kern-AWBZ (die later de Wlz is geworden). Het Zorginstituut ziet het Zorgakkoord als een afspraak van partijen hoe de toepassing van de wettelijke criteria in de praktijk zouden moeten uitwerken.



De wet is echter bepalend voor de toegang tot de Wlz. Of de wettelijke criteria leiden tot de uitwerking die partijen in het Zorgakkoord hebben beoogd, zal in praktijk moeten blijken. In aanvullend onderzoek zal het Zorginstituut nagaan welke zorgzwaartepakketten<sup>2</sup> tot toegang tot de Wlz kunnen leiden en in welke mate dat het geval is (zie paragraaf 4.3.1.).

Daarbij zij aangetekend dat de Wlz een ander karakter heeft dan de AWBZ. De wettelijke toegangscriteria zijn niet gebaseerd op de omvang van de benodigde zorg (het aantal benodigde uren zorg, zoals in de AWBZ), maar op de vraag of permanent toezicht of 24 uur zorg nabij noodzakelijk is. Het is dus mogelijk dat iemand met een omvangrijke zorgvraag (maar met een volledig intacte regiefunctie) geen toegang tot de Wlz heeft, en iemand met relatief weinig uren zorg wel, omdat hij wel blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

Tegelijkertijd hebben gemeenten, met de invoering van de Jeugdwet en de Wmo 2015, meer mogelijkheden gekregen om burgers te ondersteunen. Als zij hier succes mee hebben, kan dit het aantal Wlz-aanvragen terugbrengen.

Uit het aanvullende onderzoek zal blijken hoe de stelselwijziging in praktijk uitwerkt.

#### 3.5.4

##### *Toepasbaarheid voor kinderen*

Enkele partijen vragen of het afwegingskader ook toepasbaar is bij kinderen. Het afwegingskader is in de validatie toegepast op kinderen (N=49), waarbij indicatieonderzoekers van het CIZ hebben aangegeven, dat het afwegingskader goed toepasbaar was. Het verdient wel aandacht om bij het gebruik van het afwegingskader extra aandacht te besteden aan kinderen, zodat bij de afweging op een juiste wijze rekening wordt gehouden met 'het kind zijn' en de inzet van gebruikelijke zorg. Dit vraagt om gerichte instructie en intervisie.

### 3.6

#### **Mogelijke witte vlekken**

Een aantal partijen ziet risico's voor specifieke doegroepen. Dit zijn risico's die niet zozeer samenhangen met (toepassing van) het afwegingskader, maar zijn inherent aan de stelselwijziging.

We vinden het belangrijk de genoemde risico's toch te noemen, zodat er in de monitoring extra aandacht aan kan worden geschonken.

#### 3.6.1

##### *Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)*

De VGN noemt de groep met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) als groep die specifieke aandacht verdient. Het is een subgroep van de andere grondslagen die niet specifiek wordt genoemd. De VGN maakt zich zorgen dat die groep ten onrechte bij het begin van het afwegingskader afvalt.

#### 3.6.2

##### *Uitgerevalideerde NAH*

De VGN maakt zich ook zorgen over de groep met NAH die is uitgerevalideerd, maar nog wel een traject nodig hebben naar zelfstandig wonen. Om ongewenste instroom in de Wlz te voorkomen, moet die opvang in de Wmo goed zijn geregeld.

#### 3.6.3

##### *Jongeren met zintuiglijke handicaps*

Hetzelfde geldt voor jongeren (pubers) met zintuiglijke handicaps die tijdelijk zijn ontspoord: zij zijn tijdelijk aangewezen op specifieke zorg met verblijf die voorheen ten laste van de AWBZ kwam. Dat moet nu in de Zvw, Wmo en Jeugdwet worden geregeld.

<sup>2</sup> Onder de AWBZ werd gesproken over zorgzwaartepakketten (ZZPs), onder de Wlz is sprake van zorgzwaarteprofielen.

**3.7****Opmerkingen over het stelsel van de langdurige zorg**

Enkele partijen maken zich zorgen over het stelsel van de langdurige zorg of over hoe het is uitgewerkt. We willen ons in dit rapport beperken tot het afwegingskader. Voor zover de opmerkingen betrekking hebben op het afwegingskader gaan we daarop in. De opmerkingen die daar buiten vallen, geven we alleen weer.

**3.7.1***Doelstelling Hervorming Langdurige zorg in gevaar*

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) maakt zich zorgen of de doelstellingen van de Hervorming van de Langdurige Zorg wel worden gehaald als de huidige toegangscriteria worden toegepast. De toegangscriteria van de Wlz en de Wmo zijn volgens de VNG niet complementair. Bepaalde zorgvormen in de Wlz en de Wmo zijn voor cliënten, zeker met een pgb, niet onderscheidend en het feit dat de gemeente een Wmo-voorziening kan weigeren aan Wlz-geïndiceerden, zorgt voor een aanzuigende werking van de Wlz. Dat vindt de VNG ongewenst, omdat daardoor direct de Wlz wordt benut, zonder eerst de mogelijkheden van de brede voorzieningen van de Wmo te onderzoeken.

Doordat de Wlz voorliggend is en geen mogelijkheid biedt voor het meewegen van de sociale context, wordt de nadruk gelegd op de onmogelijkheden van de cliënt in plaats van de mogelijkheden van de cliënt in zijn sociale context.

**3.7.2***Grens tussen Wlz, Zvw en Wmo*

Ieder(in) signaleert dat de grens tussen de Wmo en Wlz niet duidelijk genoeg is, en dat partijen in de praktijk naar elkaar verwijzen, zonder dat iemand onderzoek doet. Hoewel we dit een ernstig signaal vinden, constateren we is dat het om een uitvoeringsprobleem gaat met betrekking tot de voorlichting. Zowel de gemeente als het CIZ heeft onderzoeksplicht als een burger/verzekerde een aanvraag doet.

**3.7.3***Verlenging van GGZ-behandeling met verblijf*

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie wijst er op dat in het afwegingskader staat dat de toegang tot de Wlz voor verzekerden met psychiatrische problematiek beperkt is tot drie jaar. Er staat niet vermeld dat daarna is telkens verlenging met drie jaar mogelijk is. De NVO maakt ook een dergelijke opmerking.

We hebben verduidelijkt dat verlenging met telkens maximaal drie jaar mogelijk is.

**3.7.4***De positie van de orthopedagoog*

De NVO maakt bezwaar dat de orthopedagoog in de tabel over diagnostiserende professionals niet is genoemd bij de sectoren lichamelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten en psychische stoornissen, terwijl die daar wel werkzaam zijn. Het is inderdaad zo dat orthopedagogen in die sectoren werkzaam zijn. Het gaat er hier echter om de vraag wie de diagnose mag stellen dat de genoemde stoornissen en beperkingen aanwezig zijn. Bij lichamelijke en zintuiglijke beperkingen en psychische stoornissen is dat niet de orthopedagoog.

**3.7.5***Grondslagen*

Ieder(in) vraagt of de grondslagen nu volledig worden losgelaten.

De vroegere grondslagen zijn nog wel genoemd in de Wlz, maar de term 'grondslag' wordt daar niet als zodanig in genoemd. Behalve voor de psychische stoornissen, zijn ze genoemd in artikel 3.2.1. Wlz. De psychische stoornissen staan in artikel 3.2.2. Er moet dus wel een stoornis, aandoening of beperking aanwezig zijn die toegang geeft tot de Wlz. Het gaat er vooral om dat iemand blijvend, dus levenslang is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij om ernstig nadeel te voorkomen.

3.7.6 *Risico op strategisch gedrag*

De brancheorganisaties in de GGZ zien in het feit dat de GGZ is verdeeld over verschillende wettelijke kaders (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Wfz) risico's op strategisch gedrag van partijen. Zij stellen voor de eerste Wlz-indicatie te beperken tot drie jaar en de financiële consequenties van het toepassen van het afwegingskader voor de GGZ in kaart te brengen. Deze opmerkingen zullen wij betrekken in het aanvullende onderzoek naar de mogelijke toegang tot de Wlz voor de GGZ-doelgroep.

3.7.7 *Tekstuele opmerkingen*

Ieder(in) vraagt de term 'zichtbaar' in vraag 46 te vervangen door 'aanwijsbaar'. We zien dat als verbetering en hebben die suggestie overgenomen. Hetzelfde geldt voor de suggestie de term 'geen inspanningstolerantie' te vervangen door 'inspanningsintolerantie'.

3.7.8 *Overige vragen en opmerkingen*

Ieder(in) vraagt wat de consequentie voor verzekerden met een zintuiglijke beperking is van hetgeen in voetnoot 5 op pagina 14 staat, namelijk dat oriëntatie wordt beoordeeld vanuit cognitieve en/of fysieke stoornissen. Oriëntatie-stoornissen worden veelal beoordeeld vanuit cognitieve beperkingen, terwijl voor zintuiglijk gehandicapten de oriëntatie-stoornissen met name voortkomen uit een fysieke stoornis (de zintuiglijke handicap). Indicatieonderzoekers hebben aangegeven, dat met de toelichting die in de voetnoot staat het beter mogelijk is om een goede afweging te maken voor verzekerden met een zintuiglijke handicap (en de verzekerde dus de juiste zorg ontvangt).

Ieder(in) signaleert ook dat termen als 'in hoeverre' en 'mate van ernst' deels subjectief zijn. En vraagt wat in verband daarmee wordt bedoeld met een adequate reactie op onverwachte situaties.

In de aanbevelingen hebben we voorgesteld om veel aandacht te besteden aan een nadere uitwerking van een instructie waarin meer inhoud wordt gegeven aan de begrippen 'in hoeverre' en 'de mate van ernst'. Met de vraag naar 'een adequate reactie op onverwachte situaties' wordt gevraagd naar de mate waarin de verzekerde in paniek kan raken door onverwachte situaties en daardoor onvoorspelbaar of onverantwoord gedrag kan vertonen.

De NIP wil de aantasting van kwaliteit van leven als (nieuw) criterium voor het begrip 'ernstig nadeel' toevoegen.

De NVO vindt de grens van 18 jaar te laag als op dat moment moet worden besloten of de zorg blijvend nodig is en pleit voor een leeftijd van 25 jaar.



## 4 Beslispunten

In dit hoofdstuk lichten we de beslissingen toe die het Zorginstituut in de loop van het project heeft genomen. We lichten toe waarom we de termen 'blijvend' en '24 uur per dag zorg in de nabijheid' willen hanteren in de strikte terminologie van de wet. We gaan dieper in op de constatering dat we de vraag van het Ministerie van VWS welke verschuivingen het afwegingskader tot gevolg heeft, nog niet kunnen beantwoorden.

We vinden aanvullend onderzoek nodig voor de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. We geven aan hoe we dat willen doen. Ook willen we aanvullend onderzoek doen om de maximale verschuivingen tussen domeinen te kunnen inschatten. We willen daarbij monitoren in hoeverre die verschuivingen zich nu al in de praktijk voordoen.

### 4.1 **Beperking tot bestaande doelgroepen**

We hebben vastgesteld dat het afwegingskader goed werkt voor de doelgroepen waarop de Wlz zich nu richt. Voor de GGZ vinden we aanvullend onderzoek nodig. Omdat we aanvankelijk hebben geprobeerd de GGZ wel te betrekken in het afwegingskader, willen we uitleggen waarom we daar op zijn terug gekomen.

#### 4.1.1 *Duiden en adviseren*

In eerste instantie dachten we dat het mogelijk zou zijn een afwegingskader te ontwikkelen dat ook toepasbaar zou zijn voor de GGZ-cliënten.

De huidige wet- en regelgeving richt zich op een aantal specifieke doelgroepen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij. In het onderzoek is gebleken dat over het algemeen goed is vast te stellen of de problematiek blijvend is, hoewel van geen enkele cliënt met honderd procent zekerheid gesteld kan worden dat deze de rest van zijn leven aangewezen zal zijn op permanent toezicht of 24 zorg nabij. Voor mensen met een psychische stoornis is dit lastiger.

Hieronder leggen we uit dat de specifieke kenmerken van GGZ-cliënten maken dat we deze groep niet kunnen meenemen in de duiding van de huidige wet, maar dat daarvoor aanvullende criteria nodig zijn, die wetswijziging vereist. We willen daarover afzonderlijk adviseren.

#### 4.1.2 *Specifieke kenmerken GGZ-cliënten*

Uit expertmeetings op het Ministerie tijdens de voorbereiding van de Wet Liz (de eerdere naam van de Wlz) bleek dat het nooit is uitgesloten dat psychiatrische problematiek zodanig verbetert dat de cliënt weer in een of andere vorm zelfstandig kan wonen en participeren. Dat is specifiek voor de GGZ; bij de andere doelgroepen is die onzekerheid veel minder. Aanvankelijk was dat de reden om de GGZ onder de Zvw onder te brengen. De experts die werden geconsulteerd bij de totstandkoming van het afwegingskader oordeelden hetzelfde als de experts die aanwezig waren op de expertmeetings bij VWS.

Het is vanzelfsprekend van belang dat GGZ-cliënten zolang mogelijk uitzicht houden op zelfstandigheid en participatie. Dat betekent ook dat ze moeten verblijven in een setting die daarop is gericht. De Wmo en Zorgverzekeringswet richten zich op ondersteuning en herstel van zelfredzaamheid, terwijl de Wlz zich principieel richt op doelgroepen die levenslang en levensbreed op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij zijn aangewezen. Toegang tot de Wlz lijkt dan ook niet altijd het best aan te

sluiten bij de zorgbehoefte en het toekomstperspectief van mensen met een psychische stoornis.

Het is goed denkbaar dat de aanwezigheid van een sterk sociaal netwerk juist bij deze groep een belangrijke voorwaarde kan zijn voor een zelfstandig leven. Dat sociale netwerk is bij mensen met psychiatrische problematiek vaak verzwakt. Het ligt dan voor de hand eerst te proberen die sociale context te ondersteunen en te (re)activeren. De gemeente is hier, op grond van de Wmo, de aangewezen partij voor. Ook is het mogelijk dat het voorzien in een totaal pakket aan zorg (dat nu eenmaal het geval is in de Wlz) invaliderend werkt op de zelfredzaamheid en autonomie van verzekerden met psychiatrische problematiek.

Toch zijn er cliënten van wie aannemelijk is dat zij zeer langdurig, misschien zelfs de rest van hun leven, intensieve begeleiding of behandeling nodig zullen hebben. De Wlz zou voor deze doelgroepen wel goed aan kunnen sluiten bij hun zorgvraag. Gedacht kan worden aan de mogelijkheid (enkele partijen stellen dat voor) om tijdelijke indicaties mogelijk te maken, zodat periodiek kan worden vastgesteld of de situatie zodanig is verbeterd dat een Wlz-indicatie niet meer nodig is. De huidige Wlz biedt deze mogelijkheid – behoudens enkele gespecificeerde uitzonderingen – niet, omdat de wet zich richt op verzekerden met een blijvende zorgvraag.

#### 4.1.3

##### *Wetswijziging noodzakelijk*

We zijn tot de conclusie gekomen dat voor de toegang tot de Wlz van verzekerden met psychiatrische problematiek wetswijziging noodzakelijk is.

Allereerst is het begrip 'blijvend' problematisch. In het onderzoek hebben we daarom het begrip opgevat als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Maar dit mag niet leiden tot een uitleg die feitelijk in strijd is met de wet. En het lijkt er op dat dit wel nodig is om mensen met ernstige psychiatrische problemen toegang te geven tot de Wlz. Dan is wetswijziging noodzakelijk.

Een tweede constatering is dat de huidige Wlz niet voorziet in het meenemen van de sociale context bij de bepaling van de toegang. De beoordeling of een verzekerde is aangewezen op de Wlz vloeit voort uit de beperkingen van de verzekerde zelf en staat los van de mogelijkheden die de omgeving nog zou kunnen bieden. Ook voor het laten meewegen van de sociale context is een wetswijziging noodzakelijk.

Tot slot voorziet de Wlz – behoudens enkele uitzonderingen voor specifieke doelgroepen – niet in het afgeven van indicaties voor een beperkte duur. Ook voor het kunnen indiceren voor bepaalde tijd is dus een wetswijziging nodig.

#### 4.2

##### **De term 'blijvend'**

De wettelijke definitie van 'blijvend' is 'van niet voorbijgaande aard'. In de praktijk is het vaak niet 100% zeker dat de verzekerde tot het eind van zijn leven zal zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een jong volwassene met ernstige verstandelijke beperkingen, waarvan iedereen overtuigd is dat die tot de doelgroep behoort, zich toch nog zo ontwikkelt dat een vorm van zelfstandig wonen mogelijk is. Of er ontstaan technologische oplossingen voor bijvoorbeeld alarmering of zelfredzaamheid.

In het onderzoek is die onzekerheid opgevangen door de term te omschrijven als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Daarmee is niet anders bedoeld dan dat de indicatieonderzoeker op het moment van beoordelen vaststelt dat de verzekerde, voor zover op dat moment is te overzien, levenslang zal zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Uit de reacties van partijen op het concept van het afwegingskader blijkt dat deze omschrijving het risico met zich meebrengt dat het begrip breder wordt uitgelegd dan is bedoeld.

Daarbij geven de professionals (Vereniging Indicerend Artsen) dat zij ook zonder een toevoeging als 'binnen afzienbare tijd' goed om kunnen gaan met een begrip als 'blijvend'.

We hebben daarom de conclusie getrokken dat de toevoeging niet de bedoelde verduidelijking biedt maar juist verwarrend werkt. Bij ingebruikname kan het CIZ de toevoeging zonder probleem verwijderen uit het afwegingskader. Bij de validatie is het immers in de beperkte uitleg gehanteerd.

#### **4.3 De term '24 uur per dag zorg in de nabijheid'**

De onderzoekers hebben voor de omschrijving van de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' aansluiting gezocht bij de Beleidsregels Indicatiestelling zoals die door de staatssecretaris voor 2015 zijn vastgesteld. Daarin staat dat nabijheid kan betekenen dat een zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen. Bij de besprekingen van het concept afwegingskader en in de consultatie van het concept van het afwegingskader is gesignaleerd dat deze omschrijving afwijkt van wat er in de Memorie van Toelichting staat, namelijk dat gedurende de gehele dag zorg nabij beschikbaar moet zijn, zowel op te plannen als op ongeplande momenten, omdat ieder moment iets mis kan gaan. We hebben in de consultatie gevraagd of de tekst niet beter kan aansluiten bij de Memorie van toelichting. Terecht merkt een aantal partijen op dat de strekking van de tekst in de Beleidsregels, mits in zijn context gelezen, feitelijk niet afwijkt van die van de Memorie van Toelichting. Toch kan de zin 'Hiervoor is nodig dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel te voorkomen' voor verwarring zorgen. Het kan zo worden geïnterpreteerd dat, als het nodig is dat meerdere malen iemand poolshoogte neemt, er al aanspraak is op de Wlz. Dat is niet het geval. Daarom adviseren we die zin te schrappen en de tekst uit de Memorie van Toelichting te gebruiken.

#### **4.4 Verschuivingen tussen domeinen**

Het ministerie van VWS heeft verzocht om de effecten van het afwegingskader zo in beeld te brengen dat inzichtelijk wordt welke verschuivingen tussen domeinen hiervan het gevolg zijn.

Als er verschuivingen optreden tussen de verschillende domeinen, is dat het gevolg van de wetgeving zelf, niet van het afwegingskader. Het afwegingskader heeft geen autonoom effect op verschuivingen tussen domeinen. Het is de operationalisering van de wettelijke criteria. De toegangscriteria en aanspraken van de Wlz zijn anders dan die van de AWBZ. Ook zijn de voorzieningen en aanspraken in de Wmo, Zorgverzekeringswet en Jeugdwet gewijzigd. Verschuivingen doen zich nu dus al voor. De meerwaarde van het afwegingskader is vooral gelegen in een explicitering van de besluitvorming en de toetsbaarheid en eenduidigheid ervan.

Dat maakt het niet minder belangrijk om inzicht te krijgen in de vraag hoeveel mensen zijn aangewezen op de Wlz, welke op de Wmo en Zvw en wat de (financiële) consequenties van de stelselwijziging in de praktijk zijn. Daarvoor is het nodig aanvullend onderzoek te doen.

#### **4.5 Aanvullend onderzoek: monitoren effecten herziening zorgstelsel en mogelijke toegang voor de GGZ**

Zoals in de vorige paragraaf is uitgelegd, heeft het afwegingskader zelf geen effect op verschuivingen tussen domeinen. Maar het is wel gewenst inzicht te krijgen in de effecten die de stelselwijziging in de praktijk heeft. Daarvoor is er een grotere steekproef nodig dan die bij de validatie van het afwegingskader is toegepast.

We zullen daarover aanvullend onderzoek laten doen. Ook is aanvullend onderzoek nodig om tot een goed advies te komen over de toegang van verzekerden met psychiatrische problematiek.

Het Zorginstituut zal voor deze onderwerpen in nauwe samenwerking met het CIZ aanvullend onderzoek uitzetten. We willen in dat onderzoek de volgende vragen beantwoorden.

#### 4.5.1

##### *Aanvullende vragen over de effecten van de Wlz in brede zin (monitoring)*

Het Zorginstituut zal (samen met het CIZ) de maximale verschuivingen tussen domeinen in beeld brengen, zo mogelijk gespecificeerd naar zorgzwaartepakketten/-profielen, en inzicht geven in de financiële consequenties daarvan. De mate waarin die verschuivingen zich daadwerkelijk voordoen, hangt af van de mate waarin gemeenten en zorgverzekeraars er in slagen de zorg in de Wmo en Zvw zo in te richten, dat verzekerden geen aanspraak hoeven te doen op de Wlz. Ook hangt het ervan af hoe snel gemeenten een voorziening weigeren als burgers (mogelijk) aanspraak maken op zorg uit de Wlz. We zullen daarom ook monitoren in hoeverre die verschuivingen zich in de werkelijkheid (nu reeds) voordoen.

Daarbij willen we ook inzicht geven in de gevolgen van de Wlz: voor welke zorgzwaartepakketten zoals deze bestonden onder de AWBZ (en thans nog bestaan als bekostigingstitel in de Wlz) geldt dat zij (in beginsel) ook binnen de reikwijdte van de Wlz vallen?

#### 4.5.2

##### *Aanvullende vragen specifiek gericht op de GGZ*

Voor de toegang tot de Wlz willen we advies uitbrengen over twee hierna genoemde varianten. We zullen daarbij ingaan op de mate waarin deze passen bij de strekking en doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg en het karakter van de Wlz daarbinnen. We zullen daarbij aansluiten bij de stand van de wetenschap en de praktijk.

##### Variant 1:

We adviseren over de effecten van het onverkorte toepassen van de huidige Wlz-criteria voor mensen met een psychische stoornis. We kijken daarbij zowel naar de inhoudelijke aspecten als naar de kwantitatieve gevolgen.

##### Variant 2:

We adviseren ook over één of meer varianten waarbij aanvullende inhoudelijke of andere criteria dan die in de huidige wetgeving staan, toegepast worden. In dit advies gaan we ook in op de gevolgen voor de doelgroep.

Na het onderzoek naar beide varianten zullen we een advies uitbrengen aan de Minister en staatssecretaris van VWS over de wijze waarop de toegang tot de Wlz gerealiseerd kan worden, passend bij de aard van de doelgroep en de doelstellingen van de Wlz.

We realiseren ons dat partijen zo snel mogelijk duidelijkheid willen over de toegang tot de Wlz van verzekerden met psychiatrische problematiek. We willen het onderzoek daarom zo spoedig mogelijk afronden, waarbij we ons in eerste instantie richten op 1 oktober 2015. In ieder geval zal ons advies op een zodanige termijn gereed zijn dat invoering van het afwegingskader voor de GGZ per 1 januari 2017 mogelijk is.

Bij de verdere ontwikkeling zullen we relevante partijen nauw betrekken.



## 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we kort de conclusies en aanbevelingen weer die uit dit rapport voortkomen.

### 5.1 **Goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria**

Zorginstituut Nederland vindt het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria voor de Wlz voor de doelgroepen die daar nu aanspraak op hebben.

### 5.2 **De termen 'blijvend' en '24 uur per dag zorg in de nabijheid'**

De aanvankelijke aanpassing van het begrip 'blijvend' veroorzaakt eerder verwarring dan verduidelijking. De wettelijke definitie 'van niet voorbijgaande aard' voldoet.

We constateren dat het begrip '24 uur per dag zorg in de nabijheid' in de Memorie van Toelichting op de wet anders is beschreven dan in de Beleidsregels indicatiestelling. Hoewel dat in de praktische toepassing geen gevolg hoeft te hebben, verdient een eenduidige omschrijving de voorkeur. De omschrijving uit de Memorie van Toelichting sluit het best aan bij de strekking van de wet. We adviseren het CIZ om bij ingebruikname van het afwegingskader die omschrijving te hanteren.

### 5.3 **Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verbeteren**

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het afwegingskader is nog te laag. Hoewel daar plausibele redenen voor zijn, bevelen we aan om bij de implementatie maatregelen te nemen die de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verbeteren en borgen. Het is niet zinvol te wachten met de implementatie van het afwegingskader totdat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende is. Op dit moment indiceert het CIZ ook al voor de Wlz. De transparantie en toetsbaarheid van het afwegingskader is groter dan die van de huidige werkwijze. Ook is verbetering beter mogelijk bij toepassing van het afwegingskader in de praktijk.

We adviseren het CIZ de volgende maatregelen te nemen:

- het ontwikkelen van een passende handleiding en instructie;
- specifieke instructies over de toepassing van het afwegingskader bij kinderen;
- voldoende materiedeskundigheid en kennis van specifieke doelgroepen;
- permanente scholing en intervisie;
- het ontwikkelen van een methode voor periodieke toetsing van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid
- de resultaten hiervan te publiceren.

### 5.4 **Aanvullend onderzoek**

We willen samen met het CIZ aanvullend onderzoek doen naar de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Daarbij zullen we verschillende scenario's verkennen: het toepassen van de criteria van de huidige wet, en varianten met aanvullende criteria. We zullen daarbij ingaan op de mate waarin deze passen bij de strekking en doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg en het karakter van de Wlz daarbinnen.

We streven er naar dat aanvullende onderzoek voor 1 oktober 2015 op te leveren, doch in ieder geval op een zodanig tijdstip dat implementatie van het afwegingskader voor de GGZ per 1 januari 2017 mogelijk is.

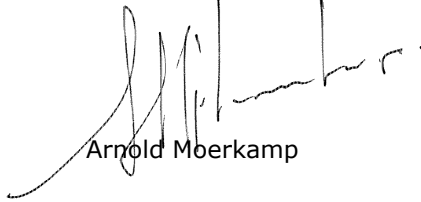
Ook willen we aanvullend onderzoek doen om de maximale verschuivingen tussen domeinen inzichtelijk te maken en monitoren in hoeverre die zich nu al in de praktijk voordoen.

## 6 Vaststelling door de Raad van Bestuur

Het afwegingskader is door de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland vastgesteld in zijn vergadering van 22 juni 2015.

### **Zorginstituut Nederland**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Arnold Moerkamp', written over a horizontal line.

Arnold Moerkamp



Zorginstituut Nederland



BUREAU

nhm

UNIVERSITEIT  
TWENTE.

## Wlz-afwegingskader

Ontwikkeling van een instrument om de toegang  
tot de Wlz te bepalen



Enschede, juni 2015  
PJ/15/0883/twlz

dr. Patrick Jansen  
dr. Stéphanie van den Berg  
ir. Nienke van Vliet



## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	3
1. Inleiding .....	4
1.1 Doelstelling .....	4
1.2 Onderzoeksvragen .....	4
1.3 Aanpak.....	5
1.4 Projectstructuur .....	6
1.5 Uitgangspunten.....	6
2. Inhoud afwegingskader .....	9
2.1 Vaststelling aandoening, handicap .....	10
2.2 Vaststelling uitzonderingen .....	11
2.3 Vaststelling functioneren .....	12
2.4 Vaststelling ernstig nadeel .....	16
2.5 Besluitvorming .....	18
3. Validatie afwegingskader .....	20
3.1 Validiteit .....	20
3.2 Casuïstiekbespreking .....	21
3.3 Validatie met bestaande indicaties .....	22
3.3.1 Selectie cliënten .....	22
3.3.2 Resultaten statistische analyses inhoud afwegingskader .....	24
3.3.3 Vaststelling ernstig nadeel en besluitvorming .....	28
3.3.4 Terugkoppeling CIZ-onderzoekers.....	30
4. Conclusies en aanbevelingen.....	32
4.1 Conclusies .....	32
4.2 Aanbevelingen.....	33
Bijlage 1. Leden projectorganisatie.....	36
Bijlage 2. Gebruikelijke zorg .....	38
Bijlage 3. Permanentieschaal Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).....	40



## Samenvatting

In het kader van de hervormingen in de langdurige zorg is per 1 januari 2015 de Wet langdurige zorg van kracht. Voor het bepalen van de toegang tot de Wlz is een nieuw afwegingskader nodig, waarmee wordt bepaald of een verzekerde met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Op basis van de resultaten van een uitgebreide achtergrondstudie hebben we in opdracht van het Zorginstituut en het Centrum Indicatiestelling Zorg een nieuw afwegingskader voor de Wlz ontwikkeld, dat met ingang van 2016 kan worden gehanteerd.

Met het afwegingskader worden de volgende aspecten zorgvuldig vastgesteld:

- de aandoening of handicap,
- de aanwezigheid van uitzonderingssituaties,
- het functioneren van de verzekerde,
- het optreden van ernstig nadeel voor de verzekerde,
- een blijvende behoefte van de verzekerde aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Het afwegingskader is getest tijdens 20 casuïstiekbesprekingen en een validatie met 1.316 dossiers van verzekerden met een AWBZ-indicatie.

Op basis van de bevindingen van casuïstiekbesprekingen en de validatie (data-analyse en opmerkingen van CIZ-onderzoekers) concluderen we dat het met dit afwegingskader goed mogelijk is om een zorgvuldige afweging te maken of er toegang is tot Wlz-zorg, en deze afweging goed te verantwoorden. Voorwaarde hiervoor is wel dat het proces van indicatiestelling zo wordt ingericht dat de interbeoordelaarbetrouwbaarheid geborgd is, bijvoorbeeld door het inregelen van casuïstiekbesprekingen, intervisie, herbeoordelingen en intercollegiale toetsing/review.

Met dit kader is het mogelijk om de afweging voor toegang tot de Wlz transparant te maken. Dit is van belang voor de motivering van indicatiebesluiten en voor de afhandeling van bezwaar- en beroepsprocedures. Daarnaast levert het afwegingskader ook relevante informatie op die kan worden gebruikt voor het ontwikkelen van zorgprofielen. In de Wlz is een aantal uitzonderingssituaties opgenomen: verzekerden met een psychische stoornis (GGZ-B) en enkele specifieke groepen verzekerden met een zeer intensieve zorgbehoefte hebben toegang tot de Wlz zonder aan de toegangscriteria te (hoeven) voldoen. Het CIZ toetst slechts of verzekerden tot deze groep behoren, maar past de toegangscriteria van de Wlz verder niet op hen toe.

Op basis van de resultaten met de ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader doen we enkele aanbevelingen voor het gericht gebruik van het afwegingskader.



## 1. Inleiding

Met ingang van 1 januari 2015 heeft de regering het stelsel van de langdurige zorg herzien om de kwaliteit en ondersteuning van zorg te verbeteren, de betrokkenheid van de samenleving te vergroten en toekomstige generaties ook goede langdurige zorg te kunnen garanderen. De AWBZ is daarbij omgevormd tot de Wet langdurige zorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voert de indicatiestelling voor de Wlz uit. Om te komen tot een landelijk uniform afwegingskader heeft Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) met het CIZ aan bureau HHM de opdracht gegeven een afwegingskader voor de Wlz te ontwikkelen, dat met ingang van 2016 kan worden gehanteerd.

### 1.1 Doelstelling

De ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader heeft in twee fasen plaats gevonden met de volgende doelstellingen:

- Fase 1: Het onderzoek moet bouwstenen opleveren waarmee het Wlz-afwegingskader kan worden gemaakt (zoals cliëntkenmerken die een rol spelen bij de zorgbehoefte en beschikbare meetinstrumenten).
- Fase 2: Dit betreft het maken van het afwegingskader zelf: de manier waarop de cliëntkenmerken tegen elkaar worden afgewogen en de normstelling om te beoordelen of een verzekerde toegang heeft tot de Wlz. Het afwegingskader moet hanteerbaar zijn voor het CIZ en het Zorginstituut bij de uitvoering van hun wettelijke taken (respectievelijk indicatiestelling en advisering over geschillen).

### 1.2 Onderzoeksvragen

Fase 1 geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Welke cliëntkenmerken spelen een rol bij de vraag of een verzekerde “een blijvende behoefte heeft aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht, ter voorkoming van ernstig nadeel voor de verzekerde”?
2. In welke mate bepalen de verschillende kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangsvoorwaarden, en hoe hangen die kenmerken onderling samen?
3. Hoe zijn die kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals zo evidence based mogelijk te meten?

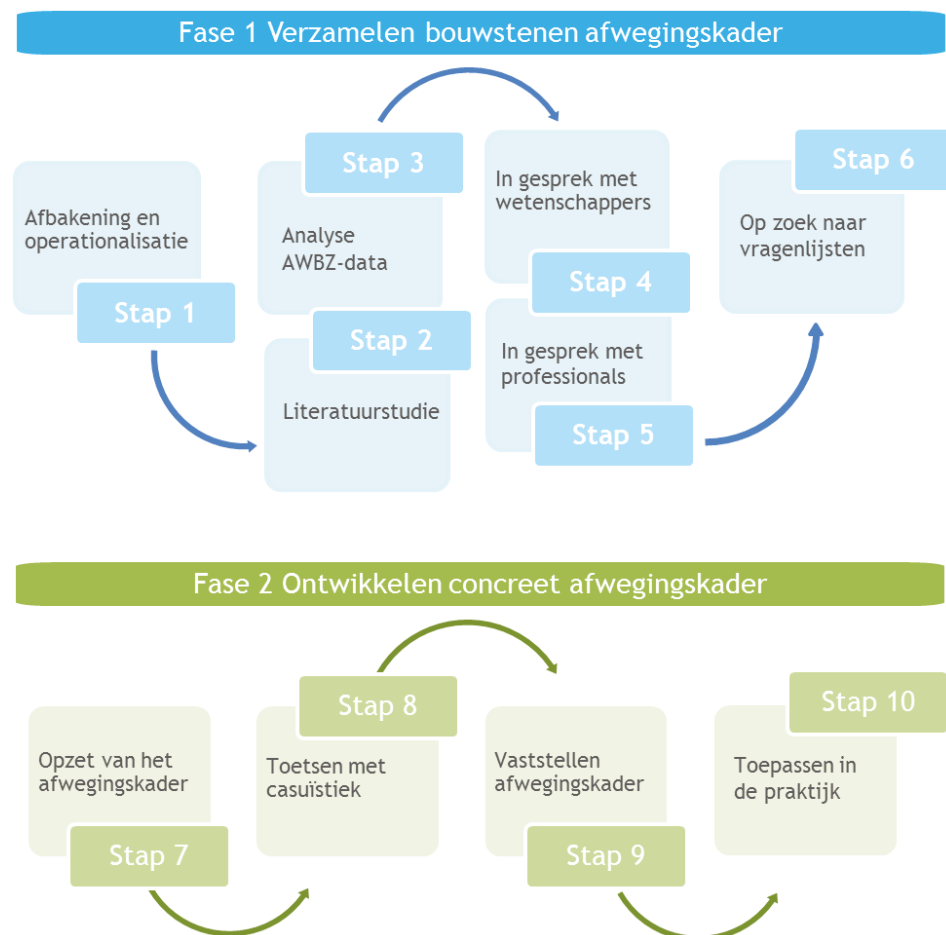
Fase 2 geeft antwoord op de volgende vragen:

4. Hoe moeten de cliëntkenmerken worden gewogen om vast te stellen dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz?
5. Hoe kunnen de cliëntkenmerken en bijbehorende meetinstrumenten toegepast worden in een afwegingskader dat leidt tot een onderbouwde beslissing of de verzekerde aanspraak heeft op zorg en ondersteuning op grond van de Wlz?

Het resultaat van dit onderzoek is tweeledig. Het betreft allereerst inzicht in de relevante kenmerken die een rol spelen in de weging tot het verkrijgen van toegang tot de Wlz. Daarnaast betreft het een concreet afwegingskader voor de Wlz. Dit kader is bruikbaar voor de professionals van het CIZ en het Zorginstituut bij de indicatiestelling en de advisering over geschillen. Tevens heeft het onderzoek informatie opgeleverd die kan worden gebruikt voor het ontwikkelen van de zorgprofielen voor de Wlz en voor een nadere uitwerking van de mogelijkheid om vanwege een psychische stoornis toegang te krijgen tot de Wlz.<sup>1</sup>

### 1.3 Aanpak

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van de volgende tien stappen:



Figuur 1. Onderzoeksaanpak

<sup>1</sup> Het voorliggende afwegingskader geldt als uitwerking van de nu geldende criteria in de Wlz en is in principe niet bedoeld voor verzekerden met een psychische stoornis. Echter, om een indruk te krijgen van aspecten die relevant zijn voor een eventuele Wlz-toegang van verzekerden met een psychische stoornis is casuïstiek uit de GGZ betrokken in het onderzoek en besproken met partijen in de GGZ. Deze informatie kan worden gebruikt bij een nadere uitwerking van de mogelijkheid om vanwege een psychische stoornis toegang te krijgen tot de Wlz.





De resultaten van fase 1 zijn beschreven in het rapport *Wlz-afwegingskader. Achtergrondstudie naar relevante bouwstenen*. Hierin zijn de resultaten beschreven van een internationale literatuurstudie, interviews met acht wetenschappers en 76 professionals en een analyse op AWBZ-data van het CIZ (gegevens van circa 38.500 verzekerden met een AWBZ-indicatie waarbij alle vragen uit het B-formulier zijn ingevuld, het zogenaamde Feniks-bestand). Vanuit deze achtergrondstudie hebben we het Wlz-afwegingskader ontwikkeld, dat we in voorliggende rapportage beschrijven.

#### 1.4 Projectstructuur

Het onderzoek is uitgevoerd door onderzoekers van bureau HHM en de Universiteit Twente (UT). De onderzoekers van bureau HHM hebben een bijdrage geleverd aan alle stappen van het onderzoek. De wetenschappelijke kennis van de UT op het gebied van methodologie en instrumentontwikkeling is ingezet tijdens de analyse van AWBZ-data van het CIZ (stap 3), analyse van vragenlijsten (stap 6) en constructie en validatie van het afwegingskader (stap 7 en 9).

Tijdens het onderzoek hebben diverse overleggen plaatsgevonden tussen de onderzoekers en de projectgroep met vertegenwoordigers van het Zorginstituut en CIZ. Tijdens deze bijeenkomsten zijn op constructieve wijze allerlei procesmatige en inhoudelijke onderwerpen besproken. De leden van de projectgroep hebben concrete suggesties en aanbevelingen gedaan voor de onderzoekers en in de projectgroep zijn essentiële keuzes gemaakt voor het ontwikkelen van het afwegingskader. Daarnaast is de stuurgroep met vertegenwoordigers van het Zorginstituut en CIZ tussentijds geïnformeerd over de voortgang. Er hebben drie bijeenkomsten plaatsgevonden waarin alle stakeholders zijn geïnformeerd over het onderzoek, bij aanvang van het traject over het plan van aanpak, na fase 1 over de bouwstenen van het afwegingskader en na fase 2 over het ontwikkelde afwegingskader. Voor dit onderzoek is een Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) samengesteld die drie keer bij elkaar is geweest. De opmerkingen en adviezen van de wetenschappers zijn verwerkt in de ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader. Tijdens het traject is VWS op diverse momenten geïnformeerd over de voortgang en inhoudelijke resultaten. De namen van de leden van de projectgroep, stuurgroep, stakeholders en wetenschappers zijn opgenomen in bijlage 1.

#### 1.5 Uitgangspunten

Voor de ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader hanteren we de wettekst als uitgangspunt. Volgens artikel 3.2.1 lid 1 van de Wlz heeft een verzekerde recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening op die zorg is aangewezen omdat hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde; of

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

In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg uit de Wlz voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:

- a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid of
- b. volgens de behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.

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

Om duidelijk te maken in welke fase het Wlz-afwegingskader wordt toegepast, is in de volgende figuur schematisch weergegeven welke stappen worden gezet van aanvraag tot levering van Wlz-zorg. Met onderzoeker wordt in dit schema zowel de CIZ-onderzoeker als CIZ-beoordelaar bedoeld (in de rapportage hanteren we 1 term voor deze functionaris, namelijk CIZ-onderzoeker). Het afwegingskader heeft betrekking op de drie omcirkelde stappen.



*Figuur 2. Van aanvraag tot levering van Wlz-zorg*

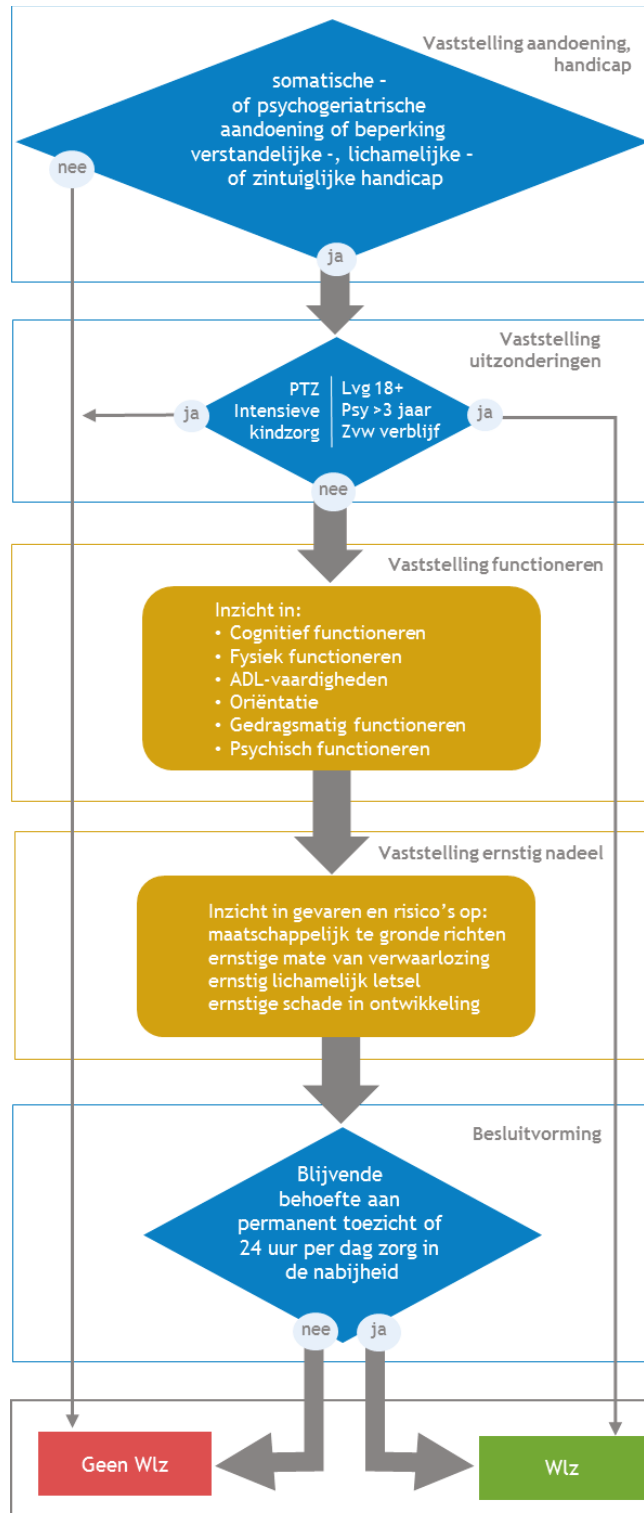
Met betrekking tot de uitwerking van het afwegingskader hebben diverse wetenschappers en professionals tijdens de interviews in fase 1 aangegeven dat het van belang is om een goede balans te vinden tussen het doel (een ja/nee beslissing nemen) en de informatie die nodig is om dit doel te bereiken. Dit heeft geleid tot een afwegingskader dat zich richt op de essentiële toegangscriteria van de Wlz en informatie bevat die noodzakelijk is om een beslissing te kunnen nemen over de toegang tot de Wlz en deze beslissing onderbouwt. Om het afwegingskader goed te kunnen toepassen is in veel gevallen persoonlijk contact tussen de CIZ-onderzoeker en de cliënt met zijn cliëntsysteem noodzakelijk, waarbij de CIZ-onderzoeker ook het klinisch oordeel van de professional betreft (op basis van dossiers en/of contact).



Het afwegingskader is bedoeld om een totaalbeeld te krijgen van de verzekerde om een goede afweging te maken voor toegang tot de Wlz. Het is niet bedoeld om de concrete zorgbehoefte van een verzekerde vast te stellen met het oog op het formuleren van een zorgplan. De ontwikkeling van nieuwe zorgprofielen valt buiten het doel van voorliggend onderzoek. Dat neemt niet weg dat het CIZ tot taak heeft een zorgprofiel vast te stellen en daarvoor informatie over stoornissen en beperkingen moet verzamelen. De vragen die worden gebruikt voor het vaststellen van de toegang tot de Wlz dienen, indien relevant, ook bruikbaar te zijn voor de vaststelling van het passende zorgprofiel, zodat deze vragen niet twee keer hoeven te worden gesteld.

## 2. Inhoud afwegingskader

Het afwegingskader voor toegang tot de Wlz in schema:<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Een psychische stoornis geeft in de huidige formulering van de Wet geen toegang tot deze wet (anders dan na drie jaar geneeskundig verblijf in de Zvw).

Somatische -  
of psychogeriatrische  
aandoening of beperking  
verstandelijke - lichamelijke -  
of zintuiglijke handicap

## 2.1 Vaststelling aandoening, handicap

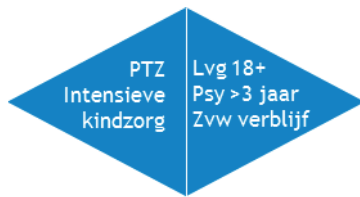
Om toegang te kunnen krijgen tot de Wlz is het allereerst van belang dat is vastgesteld dat sprake is van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of een zintuiglijke handicap. De aard van de aandoening, handicap of stoornis dient te worden vastgesteld door een ter zake kundige professional (zie tabel 1). Op basis van deze informatie stelt het CIZ vast dat de verzekerde over een aandoening of handicap beschikt.

Onder een ter zake deskundige wordt verstaan: een professional die, in overeenstemming met de eisen van deskundigheid die de eigen beroepsgroep stelt vanuit de veronderstelde kennis en kunde, bepaalde aandoeningen mag diagnosticeren en die de daarbij behorende stoornissen en beperkingen kan vaststellen. Zonder aanspraak te maken op volledigheid kan de volgende tabel een leidraad zijn voor het type deskundige dat bij de onderscheiden aandoeningen, beperkingen, handicaps en stoornissen betrokken is.

	Huisarts*	Andere specialisten**	GZ- psycholoog	Ortho- pedagoog	Verpleeg- kundig specialist
Somatische aandoening	X	X			X
Psycho- geriatrische Aandoening	X	X	X***		
Psychische stoornis	X	X	X		X
Lichamelijke handicap	X	X			
Verstandelijke handicap	X	X	X	X	
Zintuiglijke handicap	X	X			

Tabel 1. Type deskundige betrokken bij het diagnosticeren van aandoeningen en het vaststellen van stoornissen, beperkingen en handicaps

- \* De huisarts zal een aantal vermoedelijke diagnoses pas definitief kunnen stellen na onderzoek en/of consultatie van ter zake deskundige (medisch) specialisten.
- \*\* Onder een specialist wordt in dit verband de medisch specialist verstaan die staat ingeschreven in het Register van Geneeskundig Specialisten. Dit kan voor de psychische stoornis ook een psychotherapeut zijn en voor een somatische of psychogeriatrische aandoening een Specialist Ouderengeneeskunde (een SO is geen medisch specialist maar generalist met specifieke kennis rondom medisch specialistische ouderenzorg).
- \*\*\* Omdat bij een vermoeden van dementie andere (somatische) oorzaken uitgesloten moeten worden, zal bij de diagnose dementie conform de NHG-standaard steeds ook een arts betrokken moeten zijn.



## 2.2 Vaststelling uitzonderingen

Op basis van de situatie bij de inwerkingtreding van de Wlz in 2015, zijn er vier uitzonderingen waarmee rekening moet worden gehouden met het bepalen van de toegang tot de Wlz: intramurale palliatief terminale zorg, intensieve zorg voor kinderen, LVG-cliënten en cliënten met een psychische stoornis waarvan de medisch geneeskundige zorg op basis van de Zvw de driejaarsgrens heeft overschreden. Afhankelijk van eventuele aanpassingen in 2015 kunnen hierin nog veranderingen komen voor 2016.

- Bij twee uitzonderingen geldt, dat de verzekerde wellicht wel voldoet aan de criteria van de Wlz, maar toch geen toegang krijgt tot de Wlz. Intramurale palliatief terminale zorg valt onder de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 als de verzekerde voorafgaand aan de palliatief terminale zorg nog geen Wlz indicatie had. Extramurale palliatief terminale zorg valt onder de Zvw als de verzekerde voorafgaand aan de palliatief terminale zorg nog geen Wlz indicatie had. Binnen het wettelijk domein van de Wlz is palliatief terminale zorg wel beschikbaar voor cliënten die, vóórdat zij in de palliatief terminale fase geraakten, al een Wlz-indicatie hadden.
- Intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening (de zogenoemde intensieve kindzorg zoals die tot 1 januari 2015 ten laste van de AWBZ kwam) valt onder de Zvw. Bij intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening zoals tot 1 januari 2015 ten laste van de AWBZ werd verleend, gaat het om de volgende twee situaties:
  - Kinderen met zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging en waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Onder permanent toezicht wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is met betrekking tot fysieke functies, zodat tijdig ingrijpen mogelijk is. Doordat het kind zorg nodig heeft op zowel te plannen dagen en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de kinderen die een behoefte aan permanent toezicht hebben, kan elk moment iets ernstig mis gaan.
  - Het kan ook gaan om kinderen met lichtere complexe problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij een of meer specifieke verpleegkundige handelingen nodig zijn en waarbij zorg voortdurend in de nabijheid nodig is. Bij deze kinderen moet de zorg weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid beschikbaar zijn, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. Bij de specifieke verpleegkundig handelingen, gaat het om handelingen als het toedienen van zuurstof, aan- en afkoppelen beademingsapparatuur, toediening van intraveneuze medicatie toediening of parenterale voeding, verwisselen van canules en openhouden en doorspoelen van katheters en dergelijke.
- Kinderen waarbij zich op zeer jonge leeftijd naast de complexe somatische problematiek of lichamenlijk handicap ook een verstandelijke handicap

manifesteert, kunnen tot hun vijfde levensjaar behoren tot de doelgroep voor de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Tot hun vijfde levensjaar ligt het accent veelal op de medische zorg en valt deze zorg daarom onder de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Gaandeweg verschuift het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicapenzorg en kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. Als deze kinderen voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz.

Bij twee andere uitzonderingen geldt, dat de verzekerde wellicht niet voldoet aan de criteria van de Wlz, maar toch toegang krijgt tot de Wlz.

- Een meerderjarige verzekerde krijgt toegang tot de Wlz voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid of als deze verzekerde volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf. Het gaat hierbij om integrale multidisciplinaire behandeling in een behandelinstelling voor Licht Verstandelijk Gehandicapten of Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten, voor maximaal drie jaar.
- Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is, omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar. Als tijdens deze periode van drie jaar de zorgbehoefte zodanig wijzigt dat het geïndiceerde zorgprofiel niet meer passend is, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passend zorgprofiel vast.

**Inzicht in:**

- Cognitief functioneren
- Fysiek functioneren
- ADL-vaardigheden
- Oriëntatie
- Gedragmatig functioneren
- Psychisch functioneren

### 2.3 Vaststelling functioneren

In de Wmo 2015 en Zvw staat centraal dat wordt uitgegaan van wat iemand nog wel kan. Uitgaan van mogelijkheden en niet van beperkingen. In de interviews met professionals en wetenschappers hebben we besproken of dit ook het uitgangspunt kan zijn bij het bepalen van de toegang tot de Wlz. Conclusie is dat voor het vaststellen van een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, het noodzakelijk is om te inventariseren wat de onmogelijkheden (stoornissen en beperkingen) van verzekerden zijn. Als wordt vastgesteld dat de verzekerde toegang heeft tot de Wlz, dient de professional vervolgens op basis van de mogelijkheden van verzekerden vast te stellen welke ondersteuning is gewenst en een passend zorgplan op te stellen.

Om te bepalen welke gegevens over het functioneren van de verzekerde relevant zijn voor de toegang tot de Wlz hebben we allereerst gekeken naar de formuleringen in de Wlz en Memorie van toelichting. Daarnaast hebben we de resultaten gebruikt van een internationale literatuurstudie, analyse op AWBZ-data van het CIZ en interviews met professionals en wetenschappers (voor de resultaten van deze gegevensverzameling verwijzen we naar de rapportage *Afwegingskader Wlz. Achtergrondstudie naar relevante bouwstenen*).

Uitgaande van de stoornissen en beperkingen uit het CIZ-onderzoeksformulier hebben we geïnventariseerd:

- Welke stoornissen en beperkingen passen bij de wettekst (in de Wet staan weinig concrete stoornissen en beperkingen, maar (globale) omschrijvingen die wel kunnen worden vertaald naar concrete stoornissen en beperkingen),
- Wat de voorspellende waarde van stoornissen en beperkingen is, zoals die uit de AWBZ-data-analyse naar voren zijn gekomen,
- Welke stoornissen en beperkingen door de professionals en wetenschappers zijn aangedragen,
- Welke stoornissen en beperkingen overeenkomen met de aspecten uit het Zorgzwaarte-instrument van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) die een voorspellende waarde hebben voor de mate van permanentie (relevantie voor P-inschaling),
- Welke stoornissen en beperkingen in het Onderzoeksinstrument Zorgbehoefte 2012 van het CIZ voorkomen.

Dit heeft geleid tot onderstaande functiegerichte vragen waarin de aanpassingen zijn verwerkt die zijn voortgekomen uit de casuïstiekbespreking (zie paragraaf 3.2). Om met deze vragen het functioneren van de verzekerde in beeld te kunnen brengen, verzamelt de CIZ-onderzoeker<sup>3</sup> gegevens bij de verzekerde, de omgeving van de verzekerde (mantelzorger) en de professional. Het betreft informatie over de diagnose(n) en grondslaggegevens, de ziektebiografie, ziekteverloop, bijkomende problematiek, scores op zelfredzaamheidsindexen en verwijsbrieven van huisarts of specialist. De vragen in het afwegingskader zijn allemaal op eenzelfde manier gesteld, zodat op diverse domeinen op uniforme wijze inzicht wordt gekregen in het functioneren van de cliënt. Elke vraag begint met 'in hoeverre' omdat we met de vragenlijst ook zicht willen krijgen op de mate en ernst van de beperkingen of problemen (en niet alleen willen weten of sprake is van een stoornis of beperking). Hiermee voorkomen we dat later in het proces (bij het vaststellen van een zorgprofiel) dezelfde vragen nog eens moeten worden gesteld.

#### Vaststelling functioneren

##### *Cognitief functioneren*

1. In hoeverre is de verzekerde gemotiveerd om iets te ondernemen?
2. In hoeverre heeft de verzekerde ziekte-inzicht?
3. In hoeverre is de verzekerde in staat om zijn eigen vaardigheden goed in te schatten?
4. In hoeverre reageert de verzekerde adequaat op onverwachte situaties, door cognitieve en/of psychische stoornissen?
5. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het oplossen van problemen, het nemen van besluiten en het inschatten van de gevolgen daarvan?
6. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het initiëren van complexe taken?
7. In hoeverre is de verzekerde in staat om de dagelijkse routine te regelen zoals structuur aanbrengen in de dagindeling?
8. In hoeverre is de verzekerde in staat de dagelijkse organisatie van het huishouden te regelen?

<sup>3</sup> In deze rapportage hanteren we de term CIZ-onderzoeker voor zowel de CIZ-onderzoeker als de CIZ-beoordelaar.



**Vaststelling functioneren**

9. In hoeverre is de verzekerde in staat tot regievoering over medische of verpleegkundige activiteiten?
10. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het uitvoeren van dagelijkse bezigheden?
11. In hoeverre is de verzekerde in staat tot lezen, schrijven en rekenen?
12. In hoeverre is de verzekerde in staat om gebruik te maken van het openbaar vervoer?
13. In hoeverre is de verzekerde in staat zich te redden in winkels en openbare voorzieningen?
14. In hoeverre is de verzekerde in staat te begrijpen wat anderen zeggen?
15. In hoeverre is de verzekerde in staat zich begrijpelijk te maken naar anderen?
16. In hoeverre is de verzekerde in staat een gesprek te voeren?
17. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het onderhouden van contacten met anderen (o.a. familie en vrienden)?
18. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het opvoeden van een kind (het ontwikkelen van vaardigheden)?

**Fysiek functioneren**

19. In hoeverre is de verzekerde in staat om het rechter- en/of linkerbeen te gebruiken?
20. In hoeverre is de verzekerde in staat van lichaamspositie te veranderen zoals opstaan uit een stoel of bed?
21. In hoeverre is de verzekerde in staat de lichaamspositie te handhaven zoals rechtop blijven staan en in de stoel blijven zitten?
22. In hoeverre is de verzekerde in staat zich binnenshuis voort te bewegen zonder hulpmiddel?
23. In hoeverre is de verzekerde in staat zich binnenshuis te verplaatsen met gebruik van hulpmiddelen zoals een rollator, rolstoel of traplift?
24. In hoeverre is de verzekerde in staat de trap op en af te gaan zonder hulpmiddel?
25. In hoeverre is de verzekerde in staat zich over een afstand van meer dan 1 kilometer buitenshuis te verplaatsen zonder hulpmiddel?
26. In hoeverre is de verzekerde in staat zich buitenshuis te verplaatsen met gebruik van hulpmiddelen zoals een rollator of rolstoel?

**ADL-vaardigheden (cognitief en fysiek)<sup>4</sup>**

27. In hoeverre is de verzekerde in staat zich aan- en uit te kleden?
28. In hoeverre is de verzekerde in staat naar het toilet te gaan en zichzelf te reinigen?
29. In hoeverre is de verzekerde in staat tanden, haren, nagels en huid te verzorgen?
30. In hoeverre is de verzekerde in staat een brood maaltijd te bereiden?
31. In hoeverre is de verzekerde in staat huishoudelijke apparaten te gebruiken zoals wasmachine, stofzuiger of strijkijzer?

**Oriëntatie (cognitief en fysiek)<sup>5</sup>**

32. In hoeverre is de verzekerde in staat om zich te oriënteren in tijd?
33. In hoeverre is de verzekerde in staat om zich te oriënteren in plaats/ruimte?
34. In hoeverre is de verzekerde in staat om zich te oriënteren in persoon?
35. In hoeverre heeft de verzekerde problemen met het geheugen of denken?

**Gedragmatig functioneren**

36. In hoeverre vertoont de verzekerde zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag?

<sup>4</sup> De score wordt verricht vanuit cognitieve stoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van dementie) en/of fysieke stoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van een somatische aandoening)

<sup>5</sup> De score wordt verricht vanuit cognitieve stoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van dementie) en/of fysieke stoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van een zintuiglijke handicap)

## Vaststelling functioneren

37. In hoeverre vertoont de verzekerde verbaal agressief gedrag?
38. In hoeverre vertoont de verzekerde lichamelijk agressief gedrag?
39. In hoeverre vertoont de verzekerde destructief gedrag?
40. In hoeverre vertoont de verzekerde verslavingsproblemen?
41. In hoeverre vertoont de verzekerde manipulatief gedrag?
42. In hoeverre vertoont de verzekerde dwangmatig gedrag?
43. In hoeverre vertoont de verzekerde grensoverschrijdend seksueel gedrag?

*Psychisch functioneren*

44. In hoeverre voelt de verzekerde zich angstig?
45. In hoeverre heeft de verzekerde last van psychische problemen, zoals hallucinaties, wanen, irreële angsten, hechtingsproblemen, depressie, achterdocht, decorumverlies?
46. In hoeverre heeft de verzekerde last van stemmingswisselingen zonder zichtbare aanleiding?

Score	Antwoordcategorieën <sup>6</sup>
0	“Geen probleem/kan deze activiteit zelf/er is geen hulp van een ander nodig” Deze score wordt geregistreerd als de verzekerde geen probleem heeft of geen beperking ten aanzien van de betreffende activiteit (0% overname; 0% begeleiding).
1	“Wel een probleem/kan deze activiteit zelf/een ander moet toezien of stimuleren” Deze score wordt geregistreerd als de verzekerde een andere persoon nodig heeft, die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om met het probleem om te gaan of de betreffende activiteit zoveel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt (0% overname; 1-100% begeleiding).
2	“Wel een probleem/kan deze activiteit slechts met veel moeite/een ander moet helpen” Deze score wordt geregistreerd als de verzekerde de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf kan uitvoeren of met veel moeite met het probleem weet om te gaan. Een andere persoon moet de activiteit gedeeltelijk overnemen of helpen bij het oplossen van het probleem, waarbij de resterende zelfredzaamheid van de verzekerde wordt gerespecteerd en/of zoveel mogelijk wordt bevorderd (1-99% overname; 0-99% begeleiding).
3	“Wel een probleem/kan deze activiteit niet zelfstandig/een ander moet dit overnemen” Deze score wordt geregistreerd als de verzekerde de activiteit in het geheel niet zelf kan uitvoeren of geheel niet met het probleem kan omgaan. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen of het probleem geheel oplossen (100% overname; 0% begeleiding).

<sup>6</sup> Afhankelijk van de vraag is de antwoordcategorie aangepast. Ter illustratie: op de vraag ‘in hoeverre is de verzekerde in staat tot het initiëren van complexe taken’ is antwoordscore 1 ‘wel een probleem, kan deze activiteit zelf, een ander moet toezien of stimuleren’; op de vraag ‘in hoeverre vertoont de verzekerde verbaal agressief gedrag’ is antwoordscore 1 ‘wel een probleem, een andere persoon instrueert om met het probleem om te gaan’.

Score	Antwoordcategorieën <sup>6</sup>
9	"niet beoordeeld/niet van toepassing"

Op basis van de antwoorden op deze vragen krijgt de CIZ-onderzoeker een goede indruk van de stoornissen en beperkingen in het functioneren van de verzekerde.

#### 2.4 Vaststelling ernstig nadeel

Uit de analyse van de CIZ-data en interviews met professionals en wetenschappers kwam duidelijk naar voren dat bij verzekerden vanwege verschillende combinaties van stoornissen en beperkingen ernstig nadeel kan optreden. Er is niet een één-op-één relatie te leggen tussen stoornissen/beperkingen en toezicht/nabijheid. De stoornissen en beperkingen moeten zorgvuldig worden beoordeeld om te kunnen bepalen of ernstig nadeel kan optreden en iemand blijvend behoefte heeft aan toezicht/nabijheid. Door professionals en wetenschappers is aangegeven, dat het hierbij van belang is om te weten of er risico op gevaar is, het gevaar kan inschatten en de verzekerde in staat is om hulp in te roepen. Vanuit het risico op gevaar dient te worden bepaald of ernstig nadeel ontstaat. Dit betekent dat de CIZ-onderzoeker op basis van de gesignaleerde stoornissen en beperkingen de volgende vragen met ja, nee of niet van toepassing beantwoordt. Tijdens de casuïstiekbespreking is aangegeven, dat het niet wenselijk is om een nuancering in de antwoordcategorieën aan te brengen. Dit heeft geen toegevoegde waarde voor het verkrijgen van een onderbouwd beeld van het ernstig nadeel.

Inzicht in gevaren en risico's op:  
maatschappelijk te gronde richten  
ernstige mate van verwaarlozing  
ernstig lichamenteel letsel  
ernstige schade in ontwikkeling

#### Vaststelling ernstig nadeel

1. Kunnen er gevaren optreden als gevolg van de beperkingen? Denk aan: vallen, stikken, (ver)dwalen, misbruik (lichamelijk/financieel), onder invloed van anderen komen (loverboys), verslaving, zelfdestructie, verwaarlozing, lichamenteel letsel.
2. Zijn de gevaren blijvend? Er zijn geen veranderingen meer mogelijk in de persoon of met hulpmiddelen (actief door maatregelen/behandeling/hulpmiddelen of passief doordat de gevaren spontaan/vanzelf verdwijnen).
3. Is de verzekerde in staat om dreigend gevaar goed in te schatten?
4. Is de verzekerde in staat om bij dreigend gevaar adequate hulp in te roepen?
5. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt?
6. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde zichzelf in ernstige mate verwaarloost?
7. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde ernstig lichamenteel letsel oploopt?
8. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt?
9. Worden de risico's weggenomen door de inzet van gebruikelijke zorg?<sup>7</sup>

Bij de beantwoording van deze vragen hanteren we de volgende omschrijvingen:

<sup>7</sup> in bijlage 2 is voor verschillende leeftijdscategorieën beschreven wat we verstaan onder gebruikelijke zorg voor verzekerden < 18 jaar. Voor verzekerden > 18 jaar is gebruikelijke zorg niet van toepassing.

<i>Hoog risico</i>	Op basis van concrete aanwijzingen is het zeer aannemelijk dat het risico bestaat.
<i>Ernstig</i>	Er bestaat een direct gevaar voor de eigen gezondheid.
<i>Zich maatschappelijk te gronde richten</i>	<p>Hierbij gaat het meestal om een combinatie van sociale en materiële ondergang en het betreft de woon en sociale omgeving. Voorbeelden zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gedrag waaraan mensen aanstoet nemen en/of dat agressie oproept zoals woonoverlast, vervuiling, ruzie maken en verloederen, zwerven, dag- en nachtritme omdraaien met lawaai en herrie 's nachts en verzamelwoede.</li><li>• Decorumverlies zoals bloot buiten lopen en masturberen in openbare ruimte.</li><li>• Gebrek aan inzicht in financiële situatie.</li><li>• Criminaliteit.</li><li>• Verslavingsproblematiek.</li></ul>
<i>Zichzelf verwaarlozen</i>	<p>Hierbij gaat het om een toestand waarbij iemand niet in staat is in zijn primaire levensbehoeften (zoals zich verzorgen, kleden, eten en drinken, veiligheid) te voorzien en daardoor (dreigt) ten onder te gaan of zijn of haar gezondheid ernstig te schaden. Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• In een eigen wereld zitten/de hele dag niets doen/wegglijden in apathie, vanwege mentale maar ook fysieke problemen.</li><li>• Onvoldoende voor zichzelf zorgen door gebrek aan inzicht of energie (ernstige chronische vermoeidheid, geen inspanningstolerantie, kwetsbare mensen door ouderdom of een verstandelijke beperking).</li><li>• Gezondheidsverlies door risico op complicaties (zoals infecties) of verpleegproblemen (zoals decubitus).</li></ul>
<i>Ernstig lichamelijk letsel</i>	<p>Hierbij gaat het om actief of passief een lichamelijke beschadiging toevoegen met als gevolg (ernstige) beperkingen in het normale functioneren van alledag en uitoefening van normale bezigheid. Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Automutilatie/zelfverwonding.</li><li>• Gevaarlijke dingen doen omdat iemand geen inzicht in gevaren heeft (gas aanlaten, ramen/deuren open laten, gaan staan/lopen/traplopen als het niet kan/mag, 's nachts zonder jas dwalen, brandende sigaretten vergeten).</li><li>• Uitdroging/ondervoeding bij iemand die al zorg ontvangt, of juist teveel drinkt of overeet.</li><li>• Uitputting door continue lichamelijke activiteit of zelfverwondend gedrag</li></ul>
<i>Ernstige schade in ontwikkeling of bedreiging van de veiligheid</i>	<p>Hierbij gaat het om het tot stilstand brengen, of achteruitgang veroorzaken van de normale fysieke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen. Het betreft situaties waarin mensen vanwege bijvoorbeeld verstandelijke beperkingen of gebrek aan impulscontrole kwetsbaar zijn voor misbruik op o.a. seksueel, financieel, emotioneel en crimineel gebied waardoor hun veiligheid in het geding komt. Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Voor karretjes worden gespannen voor misdaden.</li><li>• Loverboys/poierboys circuit.</li><li>• Financiële uitbuiting.</li></ul>

Blijvende  
behoefte aan  
permanent toezicht of  
24 uur per dag zorg in  
de nabijheid

## 2.5 Besluitvorming

Op basis van een zorgvuldige afweging van voorgaande gegevens beslist de CIZ-onderzoeker of blijvend behoefte is aan toezicht of nabijheid. Indien minimaal één van onderstaande vragen met ja wordt beantwoord krijgt de verzekerde toegang tot de Wlz.

### Besluitvorming

1. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan permanent toezicht: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen?
2. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan 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 door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft?
3. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan 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 door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft?

Bij het beantwoorden van deze vragen hanteren we de volgende omschrijvingen:

#### *Permanent toezicht*

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

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

Zorg en toezicht dat 24 uur per dag in de nabijheid nodig is. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen. Hiervoor is nodig dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen.

#### *Blijvend*

Voor toegang tot de Wlz moet sprake zijn van een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Vaak is niet met 100% zekerheid vast te stellen of de verzekerde voor altijd behoefte zal hebben aan toezicht of nabijheid. Daarnaast staat in artikel 3.2.4. van de Wlz dat het CIZ een indicatiebesluit kan herzien of intrekken als de verzekerde niet langer op de geïndiceerde zorg is aangewezen. In de praktijk beoordelen CIZ-onderzoekers daarom de term blijvend als: 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Voor verzekerden onder de 18 jaar wordt meegewogen dat ook bij kinderen met een beperking nog (enige) ontwikkeling mogelijk is.



*Relevante  
momenten*

Om vast te stellen of de verzekerde behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid is het van belang om te weten of de verzekerde op relevante momenten hulp kan roepen. Wij interpreteren 'op relevante momenten' als 'tijdig zodat gevaar kan worden voorkomen of afgewend'.

*Voortdurend*

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

*Zware  
regieproblemen*

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

### 3. Validatie afwegingskader

#### 3.1 Validiteit

Wellicht de belangrijkste vraag voor het afwegingskader zoals hier ontwikkeld: Werkt het? Wordt met behulp van dit kader inderdaad een juist onderscheid gemaakt tussen personen die wel en personen die niet onder de Wet Langdurige Zorg vallen? Dit is de kernvraag wat betreft de validiteit van het afwegingskader.

Wat betreft de beoordeling van hoe goed het afwegingskader werkt, zijn er twee belangrijke problemen. Allereerst is er het gebrek aan een gouden standaard. Immers, de Wet langdurige zorg zoals onlangs door het parlement aangenomen is uniek in de wereld en in de geschiedenis, zodat er geen methode voor handen is waar het afwegingskader mee vergeleken kan worden. Ten tweede kan alleen de praktijk uitwijzen of het afwegingskader leidt tot juiste beslissingen. Veel van de kwaliteit van het kader hangt af van de praktische uitvoering van het kader, de interne kwaliteitscontrole (bijvoorbeeld door intervisie) en tevens van jurisprudentie naar aanleiding van bezwaarprocedures.

Wel kan er al bewijs geleverd worden die de validiteit van het afwegingskader ondersteunen. We bespreken hier achtereenvolgens de inhoudsvaliditeit, de constructvaliditeit, en de criteriumvaliditeit.

#### Inhoudsvaliditeit

De inhoudsvaliditeit is geborgd door de literatuurstudie, de uitgebreide interviews met wetenschappers en zorgprofessionals, gesprekken met en stukken van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), een data-analyse van CIZ gegevens en uiteraard de wettekst zelf. Deze informatie vormde de basis voor de eerste versie van het afwegingskader. Door deze brede basis is verzekerd dat alle aspecten die van belang zijn voor het beoordelen of iemand wel of niet onder de in de wet genoemde definitie valt. De wettekst werkte hier primair, maar aspecten die door andere bronnen werden genoemd als relevant voor deze wet zijn aan het kader toegevoegd.

De inhoudsvaliditeit van het uiteindelijke afwegingskader is verder ondersteund door terugkoppelingen van CIZ-onderzoekers en artsen tijdens de casuïstiek sessies en van CIZ-onderzoekers tijdens de validatiefase in januari 2015. Daarnaast zijn naar aanleiding van bijeenkomsten met de projectgroep, de stakeholders en de Wetenschappelijke adviesraad van het Zorginstituut kritiekpunten en ideeën verwerkt.

#### Constructvaliditeit

De correlatiestructuur van de verschillende beperkingen die worden uitgevraagd in het afwegingskader is bestudeerd middels factoranalyse. Uit de analyse in de eerste fase van dit onderzoek kwam een structuur naar voren die aangeeft dat er zes aspecten worden uitgevraagd bij verzekerden, te weten Cognitief functioneren, Fysiek functioneren, ADL-vaardigheden, Oriëntatie, Gedragmatige functioneren en Psychisch functioneren. Belangrijk om te vermelden is dat deze zes aspecten ook spontaan genoemd werden door de wetenschappers en de zorgprofessionals.



### Criteriumvaliditeit

Door het ontbreken van een gouden standaard is criteriumvaliditeit de lastigste vorm van validiteit om hard te maken. Intervisie en jurisprudentie moeten de komende tijd uitwijzen in hoeverre het afwegingskader inderdaad leidt tot een correcte toegang tot de Wlz. Om toch een indruk te krijgen van de correctheid van de beslissingen hebben we de Permanentie-schaal (P-schaal) van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, VAPH (zie bijlage 3) als criterium gehanteerd. Deze schaal wordt in België gebruikt bij de ontwikkeling van een instrument om cliënten op basis van hun kenmerken in te schalen op een niveau van toezicht/nabijheid.

Tijdens de casuïstiek sessies (zie paragraaf 3.2) is getest of het mogelijk was om cliëntsituaties te beoordelen met de P-schaal. Hieruit kwam naar voren, dat het goed mogelijk is om hiermee cliëntsituaties te scoren. Tevens werd duidelijk dat het onderscheid tussen wel/niet Wlz ergens in de buurt van score 4 en 5 ligt:

1. *Moet er tijdens grote delen van de dag iemand in de buurt aanwezig zijn, maar kan de verzekerde overdag alleen zijn voor periodes van minder dan 4 uur (waarbinnen de verzekerde uiteraard altijd iemand kan opbellen als het nodig is)?*
2. *Moet er altijd, de hele dag, iemand in de buurt aanwezig zijn, niet vlak naast de verzekerde, maar iemand die onmiddellijk kan helpen als de verzekerde iets nodig heeft of als er iets gebeurt (want de verzekerde kan zich niet behelpen en zelf geen noodhulp invoeren)?*

In tabel 2 is de Wlz-toegang afgezet tegen de score op de Permanentieschaal, zoals vastgesteld in de casuïstiek sessies.

Wlz-besluit met afwegingskader	P-score =< 4	P-score > 4
Geen Wlz	6	1
Wel Wlz	3	10

Tabel 2. Overeenkomst Wlz-besluit met P-score (VAPH), N=20

Uit tabel 2 blijkt, dat bij 6 casussen die geen toegang kregen tot de Wlz een Permanentie score van 4 of lager opleverde. Bij 10 casussen kwam het besluit tot Wlz-toegang overeen met een Permanentie score hoger dan 4. Doordat bij de omschrijvingen van 'P-score 4' tussen haakjes staat, *dat de verzekerde uiteraard altijd iemand kan opbellen als dat nodig is*, is dit in 3 situaties geïnterpreteerd als 24 uur zorg in de nabijheid. Hiermee lijkt het onderscheid wel/niet Wlz ergens binnen de P-score 4 te liggen. Hoewel de P-score enige subjectiviteit kent, niet specifiek vraagt naar de *blijvende* behoefte van toezicht/nabijheid en omdat niets anders beschikbaar is, hebben we bij de validatie van het afwegingskader (zie paragraaf 3.3) de Permanentieschaal als criterium gebruikt.

### 3.2 Casuïstiekbespreking

In zes werksessies van een dag per doelgroep (som, pg, vg, lg, zg en psy) zijn 20 cliëntcasussen beoordeeld met het afwegingskader. Hierbij waren onderzoekers en kwaliteitsmedewerkers van het CIZ aanwezig en artsen van het Zorginstituut





die betrokken zijn bij indicatiegeschillen. Het CIZ en het Zorginstituut hebben per grondslag casuïstiek verzameld over verzekerden met verschillende indicaties (ZZP's en AWBZ-functies). Met name de casuïstiek die op de grens wel/niet Wlz lag, bleek erg bruikbaar om het afwegingskader te toetsen. Gedurende de werksessies hebben we het afwegingskader op basis van de cliëntcasuïstiek verfijnd tot het afwegingskader dat in deze rapportage is weergegeven. De formulering van enkele vragen is aangepast en vragen die leidden tot wisselende interpretaties zijn verwijderd.

Belangrijkste uitkomst uit de casuïstiekbespreking is dat volgens de deelnemers het goed mogelijk is om met het afwegingskader een juiste toeleiding tot de Wlz te bepalen. Door een duidelijk onderscheid te maken tussen vaststelling functioneren, vaststelling ernstig nadeel en besluitvorming is men in staat om een zorgvuldige en onderbouwde afweging te maken. Door de beperkingen te scoren geeft men aan een goed beeld te krijgen van het functioneren van de verzekerde. Dit beeld is noodzakelijk om een oordeel te kunnen vellen over het risico op gevaar. Tijdens de casuïstiekbespreking is ook geprobeerd om eerst de risico's op gevaar te bepalen en dat risico te onderbouwen met scores op beperkingen. De deelnemers van de casuïstiekbespreking gaven aan dat ze dat geen logische werkwijze vinden. Daarnaast blijken de vragen bij de beoordeling van het risico op gevaar beslissend te zijn. Dit zijn vragen die in de huidige praktijk impliciet ook een rol spelen bij de indicatiestelling. Het feit dat deze vragen nu expliciet moeten worden beantwoord zorgt voor een zorgvuldige en onderbouwde afweging.

### 3.3 Validatie met bestaande indicaties

Om het gebruik en de werking van het afwegingskader nader te valideren, hebben we het toegepast op een steekproef van 1.316 personen met een AWBZ-indicatie (waaronder 49 verzekerden < 18 jaar).

#### 3.3.1 Selectie cliënten

Bij de selectie van cliënten is rekening gehouden met een spreiding van verzekerden over de grondslagen, hoge ZZP's, lage ZZP's en extramurale indicaties. In tabel 3a en 3b is aangegeven tot welke aantallen dit heeft geleid.

In de tabellen is een onderscheid gemaakt tussen de verzekerden waarvan de dossiers door 1 CIZ-onderzoeker zijn beoordeeld en de dossiers die door 2 of meer CIZ-onderzoekers zijn beoordeeld. Door dezelfde dossiers door meerdere onderzoekers te laten beoordelen is het mogelijk de inter-beoordelaarbetrokkenheid te bepalen: Hoe vaak komen twee verschillende CIZ-onderzoekers tot hetzelfde oordeel. Met een ' - ' is in de tabel aangegeven dat een ZZP niet bestaat (zoals LG ZZP 8). Als een ZZP niet voorkomt in de validatiesteekproef is een ' 0 ' geplaatst.

Indicatie	VV-som	VV-pg	VG	LG	ZG-aud	ZG-vis	GGZ-b*	GGZ-c*
Extramuraal	65	67	30	46	73		56	
ZZP-1	14	0	0	11	0	3	1	8
ZZP-2	20	4	24	20	5	9	0	8
ZZP-3	63	0	16	15	12	7	29	25
ZZP-4	55	57	13	32	4	3	16	14
ZZP-5	-	55	9	9	-	11	16	12
ZZP-6	37	1	20	34	-	-	8	3
ZZP-7	5	26	18	16	-	-	17	-
ZZP-8	9	0	9	-	-	-	-	-
ZZP-9b	29	8	-	-	-	-	-	-
Totaal	297	218	139	183	57	70	115	98

Tabel 3a. Verdeling verzekerden met 1 beoordeling (N=1.177) verdeeld naar extramurale indicaties en ZZP's

Indicatie	VV-som	VV-pg	VG	LG	ZG-aud	ZG-vis	GGZ-b*	GGZ-c*
Extramuraal	4	2	5	11	5		9	
ZZP-1	3	0	0	1	0	0	0	0
ZZP-2	4	2	0	1	0	1	0	1
ZZP-3	12	0	9	3	0	0	0	5
ZZP-4	10	5	4	2	0	0	0	1
ZZP-5	-	12	3	0	-	0	0	2
ZZP-6	2	-	1	1	-	-	0	0
ZZP-7	2	2	2	1	-	-	1	-
ZZP-8	0	0	5	-	-	-	-	-
ZZP-9b	2	3	-	-	-	-	-	-
Totaal	39	26	29	20	2	4	6	13

Tabel 3b. Verdeling verzekerden met meer beoordelingen (N=139) verdeeld naar extramurale indicaties en ZZP's

In totaal hebben 25 onderzoekers een overzicht van circa 60 verzekerden gekregen voor wie ze het afwegingskader op basis van dossieronderzoek toepasten. Daarnaast scoorden ze op basis van de Permanentieschaal van het VAPH de mate van toezicht.

\* Om methodologische redenen (zie inleiding) is ook casuïstiek uit de GGZ onderzocht. Het afwegingskader wordt echter niet toegepast op cliënten met een psychische stoornis, aangezien een psychische stoornis momenteel geen toegang tot de Wlz geeft (met als uitzondering dat sprake is van langer dan drie jaar Zvw-verblijf).

### 3.3.2 Resultaten statistische analyses inhoud afwegingskader

In deze paragraaf rapporteren we de resultaten van drie analyses op de data verkregen in de validatiefase met bestaande indicaties:

- Constructvaliditeit: een factoranalyse op de scores van het functioneren op de zes domeinen,
- Criteriumvaliditeit: een analyse van de overeenkomst tussen de toegang tot de Wlz en de score op de VAPH Permanentieschaal
- Inter-beoordelaarbetrouwbaarheid: de overeenkomsten in toewijzingsbeslissingen door twee verschillende CIZ-onderzoekers bij dezelfde verzekerde.

#### Constructvaliditeit

Om inzicht te krijgen in de samenhang van de vragen die worden gesteld voor de vaststelling van het functioneren, hebben we een factoranalyse verricht. De factoranalyse is uitgevoerd door gebruik te maken van een exploratieve factoranalyse met behulp van zes veronderstelde factoren en varimax rotatie. We hebben gekozen voor zes factoren, omdat de vragenlijst is opgedeeld in zes domeinen. Met de factoranalyse willen we kijken in hoeverre deze zes domeinen ook op basis van statistische analyse naar voren komen als onafhankelijke domeinen. Tabel 4 geeft een samenvatting van de overlap tussen de statistisch bepaalde factoren en de zes inhoudelijk te onderscheiden domeinen.

In de eerste kolom zijn de zes domeinen uit de vragenlijst weergegeven: cognitief functioneren, fysiek functioneren, ADL-vaardigheden, oriëntatie, gedragsmatig functioneren en psychisch functioneren. In de andere kolommen zijn de zes factoren weergegeven die uit de statistische analyses naar voren komen. Tussen haakjes zijn de percentages verklaarde variantie weergegeven. Een kruis (X) geeft aan welke factor met welk domein overeenkomt (bijvoorbeeld de statistisch berekende eerste factor blijkt grotendeels te worden gemeten met de vragen over het cognitief functioneren). De percentages verklaarde variantie geven weer in welke mate de factoren de variatie in scores verklaren. Met andere woorden, welk aandeel de factor heeft in de vragenlijst (hoe hoger het percentage hoe groter het aandeel).

Domein	Factor 1 (26%)	Factor 2 (23%)	Factor 3 (10%)	Factor 4 (5%)	Factor 5 (4%)	Factor 6 (3%)
Cognitief functioneren	X				X	X
Fysiek functioneren		X				
ADL-vaardigheden		X				
Oriëntatie				X		
Gedragsmatig functioneren			X			
Psychisch functioneren			X			

Tabel 4. Overzicht resultaten factoranalyse

Uit de tabel blijkt, dat met de vragenlijst hoofdzakelijk 4 domeinen worden gemeten: cognitief functioneren (Factor 1), fysiek/ADL-functioneren (Factor 2), oriëntatie (Factor 4) en gedragsmatig/psychisch functioneren (Factor 3). De percentages verklaarde variantie geven aan dat de domeinen cognitief- en

fysiek/ADL-functioneren samen het grootste aandeel hebben in de vragenlijst (de scores op deze vragen verklaren 49% van alle variantie aan scores). Vanuit het domein 'oriëntatie' laadt de vraag 'In hoeverre heeft de verzekerde problemen met het geheugen of denken?' sterk op de 1<sup>e</sup> factor. Deze vraag correleert dus sterk met het cognitief functioneren en minder met de oriëntatievragen. Daarnaast blijkt uit de factoranalyse dat er binnen het domein cognitief functioneren nog enkele vragen zijn die een andere dimensie weergeven: 'gebruik van openbaar vervoer' en 'zich kunnen redden in openbare voorzieningen' (factor 5) en 'zich begrijpelijk kunnen maken' en 'een gesprek kunnen voeren' (factor 6).

De resultaten bevestigen dat we de beoogde domeinen met het afwegingskader meten, waarbij 'fysiek' en 'ADL' één domein vormen en 'gedrag' en 'psychisch' één domein vormen. De domeinen in de vragenlijst zijn niet heel sterk te onderscheiden. Dit is geen enkel probleem voor het afwegingskader. Immers, het verbijzonderen van domeinen heeft vooral als doel aan te sluiten bij termen die in de praktijk herkenbaar zijn en volledig te zijn in het verkrijgen van een overzicht van het functioneren ten behoeve van het vaststellen van toegang tot de Wlz. We hebben tijdens de statistische analyses ook gekeken naar de factorladingen om te kunnen bepalen of bepaalde vragen overbodig zijn. Daaruit kwam niet naar voren dat er vragen uit kunnen worden gelaten. We stellen voor om de werking van het afwegingskader statistisch te blijven monitoren en op basis daarvan op termijn tot een eventuele aanscherping van de vragenlijst te komen. Daarnaast is het aantal vragen over 'cognitief functioneren' relatief groot in vergelijking tot de vragen over het 'psychische functioneren'.

#### Criterionvaliditeit

Zoals reeds in paragraaf 3.1 is aangegeven ontbreekt een gouden standaard om te beoordelen of het resultaat van een beoordeling juist of onjuist is. Om toch iets te kunnen zeggen over de criteriumvaliditeit is voor alle cliënten ook een score verzameld op de VAPH-permanentieschaal (zie bijlage 3). Onderstaande tabel geeft een overzicht van de overlap tussen de VAPH permanentiescore en het oordeel volgens het kader: wel of geen toegang Wlz.

Permanentiescore	Geen Wlz-toegang	Wel Wlz-toegang
0	27	0
1	77	0
2	185	5
3	129	11
4	69	164
5	10	488
6	1	73
7	0	47
<b>Totaal</b>	<b>522</b>	<b>836</b>

Tabel 5. Aantallen cliënten met Permanentiescore, uitgesplitst naar Wlz-toegang

Kijkend naar de samenhang van Wlz toewijzing en het oordeel op de Permanentieschaal van het VAPH, dan zien we een keerpunt bij score vier op de Permanentieschaal: vrijwel iedereen die 5 of hoger scoort op deze schaal krijgt toegang tot de Wlz, maar ook een belangrijk deel van cliënten met score van 4 (73%).

Andersom bekeken zien we dat van de 836 mensen die toegang krijgen tot de Wlz, er slechts 16 (2%) een Permanentiescore hebben lager dan 4, en 180 cliënten een score hebben lager dan 5 (25%). We zien dus 75% van de mensen die toegang krijgen tot de Wlz ook volgens de Permanentiescore behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid (P-score van 5 of hoger). Voor een extra 23% van de Wlz-cliënten is er behoefte aan hulp in nabijheid voor grote delen van de dag (score 4). Daarnaast hebben 11 van de 522 cliënten die geen toegang krijgen tot de Wlz een score van 5 of hoger op de Permanentieschaal. Dit komt neer op 2%. Van de verzekerden zonder Wlz-toegang heeft 16% een score van 4 of hoger.

Omdat bijna twee-derde van de cliënten met een Permanentiescore van 4 (waarmee in principe niet is bedoeld dat 24 uur nabijheid nodig is) toegang krijgt tot de Wlz hebben we aan de CIZ-onderzoekers de vraag gesteld welke motivering hierbij een rol heeft gespeeld. Hierop zijn onder andere de volgende reacties gegeven:

*"Ik heb de afweging gemaakt, dat wanneer je minder dan 4 uur alleen kunt zijn, je niet een hele nacht alleen kunt zijn en dus aangewezen bent op 24 uur zorg in de nabijheid."*

*"Voor mij betekent 24 uur zorg in de nabijheid ook in een zorgpost vlak bij zoals in de GGZ gebruikelijk is bij beschermd wonen. Dan ben je zo ter plekke maar niet de hele tijd aanwezig. Iemand kan wel enige tijd alleen zijn maar er is zorg vlak in de buurt."*

Deze opmerkingen maken duidelijk dat er nog verduidelijking moet plaatsvinden over wat er nu precies wordt verstaan onder 24 uur zorg in den nabijheid en dat de omslag wel/niet Wlz niet zozeer tussen P-score 4 en 5 lijkt te liggen, maar binnen de Permanentiescore 4. Indien we de grens van 5 of hoger op de Permanentieschaal als grenswaarde voor de Wlz hanteren en dit vergelijken met het oordeel volgens het nieuwe kader, dan komen we volgens tabel 6 uit op een Cohen's kappa waarde van 0.68 (dit is een redelijk mate van overeenkomst). De Cohen's kappa wordt 0.84 als de grens bij 4 of hoger wordt gelegd.

	P score <= 4	P score > 4	Totaal
Geen Wlz	487	11	498
Wel Wlz	180	608	788
<b>Totaal</b>	<b>667</b>	<b>619</b>	<b>1.286</b>

Tabel 6. Overeenkomst toegang WLZ en Permanentiescore hoger/lager dan 4

Indien we de permanentiescore voor het gemak als referentie nemen (omdat geen beter alternatief beschikbaar is), dan hebben we met het afwegingskader een sensitiviteit van 98% (percentage correct geclassificeerde Wlz-rechthebbenden) en

een specificiteit van 73% (percentage correct geclassificeerde niet-rechthebbers). De sensitiviteit van het kader is dus bijzonder hoog. Bij de relatief lage specificiteit maken we wel de kanttekening dat vrijwel alle cliënten die toegang tot de Wlz krijgen maar geen Permanentiescore van 5 hebben, een score van 4 hebben en dus behoefte aan zorg in de nabijheid gedurende grote delen van de dag, inclusief de mogelijkheid dat de verzekerde iemand kan opbellen als het nodig is (als we de grens voor Wlz-toegang bij P-score  $\geq 4$  leggen wordt de sensitiviteit 91% en de specificiteit 97%).

#### Inter-beoordelaarbetrouwbaarheid

Om te bepalen of verschillende CIZ-onderzoekers de toegang tot de Wlz voor eenzelfde cliënt vergelijkbaar beoordelen zijn er 139 cliënten geselecteerd om dubbel te worden gescoord.

De mate waarin de scores voor deze cliënten met elkaar overeenkomen zijn opgenomen in tabel 7. In de rijen is het oordeel van CIZ-onderzoeker I opgenomen en in de kolommen het oordeel van CIZ-onderzoeker II.

	Geen Wlz-toegang	Wel Wlz-toegang	Totaal
Geen Wlz	39	26	65
Wel Wlz	16	58	74
Totaal	55	84	139

Tabel 7. Overeenkomst toegang Wlz op basis van 139 verzekerden die door twee verschillende CIZ-onderzoekers zijn beoordeeld.

We zien hier dat bij 97 verzekerden (70%) beide CIZ-onderzoekers tot hetzelfde oordeel komen. Dit geeft een lage Cohen's kappa van 0,39. Om inzicht te krijgen in mogelijke oorzaken voor deze lage inter-beoordelaarbetrouwbaarheid geeft tabel 8 een nader beeld van de 42 verzekerden waarover het oordeel van de CIZ-onderzoekers niet gelijk was.

Ernstig nadeel	Geen Wlz-toegang			Wel Wlz-toegang		
	Ja	Nee	N.v.t.	Ja	Nee	N.v.t.
Gevaar kan optreden	14	13	15	39	3	0
Gevaar is blijvend	8	9	25	31	10	1
Gevaar goed kunnen inschatten	21	7	14	10	31	1
Adequate hulp in kunnen roepen	22	6	14	11	30	1

Tabel 8. Score op ernstig nadeel bij 42 verzekerden die door twee verschillende CIZ-onderzoekers zijn beoordeeld

Uit tabel 8 blijkt, dat de CIZ-onderzoekers met name twee vragen verschillend beantwoorden: kan er gevaar optreden en is het gevaar blijvend? Daarnaast valt op dat de CIZ-onderzoekers die geen Wlz-toegang hebben gegeven vaak 'niet van toepassing' hebben gescoord. Mogelijk speelt hierbij een belangrijke rol dat de CIZ-onderzoekers het afwegingskader hebben toegepast op basis van een korte beschrijving van de casus en het ingevulde B-formulier met stoornissen en

beperkingen. De CIZ-onderzoekers hebben in het kader van de validatie geen uitgebreid dossieronderzoek verricht en geen contact gehad met de cliënt, het cliëntensysteem of een professional. Mogelijk was de informatie die digitaal beschikbaar was niet voor elke CIZ-onderzoeker voldoende duidelijk en/of compleet om de vragen uit het afwegingskader goed te kunnen beantwoorden. Andere mogelijke oorzaken voor de verschillen in het oordeel zijn het relatief lage ervaringsniveau van de CIZ-onderzoekers met dit nieuwe kader (een instructie van een dagdeel voorafgaand aan de validatieperiode) en dat er nog geen intervisie heeft plaatsgevonden (het delen van ervaringen tussen CIZ-onderzoekers en nadere afstemming van de wijze van beoordelen).

### 3.3.3 Vaststelling ernstig nadeel en besluitvorming

In het afwegingskader worden 8 vragen gesteld om te beoordelen of op basis van de stoornissen en beperkingen ernstig nadeel kan optreden. Tabel 9 geeft een beeld van de mate waarin sprake is van ernstig nadeel voor de cliënten die wel en geen toegang tot de Wlz hebben.

	Geen Wlz-toegang	Wel Wlz-toegang
Gevaar kan optreden	52%	98%
Gevaar is blijvend	44%	92%
Gevaar goed kunnen inschatten	71%	8%
Adequate hulp in kunnen roepen	81%	11%
Risico op maatschappelijk te gronde richten	21%	69%
Risico op verwaarlozing	24%	91%
Risico op ernstig lichamelijk letsel	10%	53%
Risico op ontwikkelingsschade	16%	50%
Geen risico's door gebruikelijke zorg	23%	7%

Tabel 9. Mate van ernstig nadeel, uitgesplitst naar Wlz-toegang

Bij vrijwel alle verzekerden die in de Wlz terecht komen is sprake van blijvend gevaar. Op grond van de wettelijke criteria zou men verwachten dat bij 100% van de verzekerden met Wlz-toegang gevaar kan optreden en dit gevaar blijvend is. Bij 2% is geen sprake van gevaar en bij 8% is het gevaar niet blijvend. Tijdens de validatie hebben we niet kunnen traceren of dit registratiefouten betreft of bewuste keuzes van CIZ-indicatiestellers zijn geweest. Het risico op verwaarlozing is voor vrijwel alle verzekerden aan de orde (91%), maar ook de andere drie risico's spelen een belangrijke rol.

Indien we kijken naar de verzekerden die geen toegang krijgen tot de Wlz, dan blijkt, dat bij ongeveer de helft sprake is van gevaar, waarbij voor 43% het gevaar ook blijvend is en in beperkte mate risico's kunnen optreden. Het grote verschil met de groep cliënten die wel toegang krijgt tot de Wlz is, dat de verzekerden die geen toegang krijgen tot de Wlz het dreigend gevaar goed kunnen inschatten en/of bij dreigend gevaar adequate hulp kunnen inroepen. Daarnaast speelt de

inzet van gebruikelijke zorg (zie bijlage 2) voor een deel een rol waardoor geen toegang tot de Wlz wordt verkregen.

Tabel 10 geeft een nader beeld van de verzekerden die toegang krijgen tot de Wlz. Het maakt duidelijk dat bij diverse verzekerden met Wlz-toegang sprake is van een combinatie van risico's op ernstig nadeel.

	Verwaar- lozing	Lichamelijk letsel	Schade in ontwikkeling
Maatschappelijk te gronde	45%	23%	32%
Verwaarlozing		33%	32%
Lichamelijk letsel			18%

Tabel 10. Combinatie van risico's op ernstig nadeel

Ter illustratie wordt een voorbeeld gegeven hoe de tabel moet worden gelezen: 45% van de verzekerden met Wlz-toegang heeft een risico dat ze zich maatschappelijk te gronde richten en verwaarlozen, 23% dat ze zich maatschappelijk te gronde richten en lichamelijk letsel oplopen. Deze informatie kan eventueel worden gebruikt bij de inhoudelijke ontwikkeling van zorgprofielen.

De resultaten uit tabel 9 en 10 geven duidelijk inzicht in de afweging die CIZ-onderzoekers maken bij het vaststellen van het ernstig nadeel. Het biedt ook aanknopingspunten om vragen te stellen in het kader van de verantwoording (bijvoorbeeld met betrekking tot de 8% van de verzekerden die wel toegang hebben gekregen tot de Wlz, maar waarbij geen sprake is van blijvend gevaar).

Op basis van het inzicht in het functioneren van de verzekerde en het ernstig nadeel zijn de CIZ-onderzoekers tot een besluit gekomen voor een vorm van toezicht. Uit de resultaten van een logistische regressie-analyse blijkt, dat de belangrijkste voorspellers voor toegang tot de Wlz de volgende vragen zijn: het gevaar is blijvend, de verzekerde kan geen adequate hulp inroepen, er is risico op verwaarlozing, er is risico op lichamelijk letsel en het risico blijft na inzet van gebruikelijke zorg.

In tabel 11 is aangegeven op basis van welke vormen van toezicht toegang tot de Wlz wordt verkregen. De percentages samen zijn meer dan 100%, omdat voor verzekerden soms twee vormen van toezicht/nabijheid zijn aangegeven.

	Toegang Wlz
Permanent toezicht	16%
24 uur zorg nabij vanwege fysieke problemen	45%
24 uur zorg nabij vanwege zware regieproblemen	83%

Tabel 11. Verdeling over vormen van toezicht en nabijheid



Veruit de meeste Wlz-cliënten (83%) uit de steekproef hebben behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid, omdat zij zelf niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen en zij door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig hebben. Ongeveer de helft van de Wlz-cliënten heeft behoefte aan 24-uurs zorg vanwege fysieke problemen en 16% vanwege een noodzaak voor permanent toezicht en actieve observatie. Zoals reeds boven de tabel is aangegeven zijn bij verzekerden soms twee vormen van toezicht/nabijheid aangegeven:

- bij 5% van de verzekerden met toegang tot de Wlz is blijvende behoefte aan permanent toezicht en nabijheid vanwege fysieke problemen,
- bij 13% van de verzekerden met toegang tot de Wlz is blijvende behoefte aan permanent toezicht en nabijheid vanwege regieproblemen,
- bij 30% van de verzekerden met toegang tot de Wlz is blijvende behoefte aan nabijheid vanwege fysieke en regieproblemen.

### 3.3.4 Terugkoppeling CIZ-onderzoekers

De onderzoekers ontvingen na afloop van de validatie een vragenlijst waarmee ze vanuit hun ervaringen konden aangeven in welke mate het afwegingskader werkbaar is, doet wat het moet doen, welke vragen het meest relevant zijn voor de Wlz-toewijzing en welke vragen minder of niet relevant zijn voor de Wlz-toewijzing.

Alle onderzoekers vinden dat met dit afwegingskader de (volgens de wet) beoogde mensen toegang krijgen tot de Wlz. Wel vroeg een aantal onderzoekers zich af of de volgens de wet beoogde mensen altijd de juiste mensen zijn die toegang moeten krijgen tot de Wlz. Ze stellen dan met name vragen bij de mensen die toegang kregen, terwijl ze de gevraagde 24-uurs toezicht naar tevredenheid met mantelzorg thuis hadden geregeld.

De onderzoekers geven aan dat het plezierig is om aan de hand van een vast uniform kader de toegang te bepalen. Ook vindt men het plezierig dat begrippen zijn aangescherpt en helder beschreven. Ter illustratie twee opmerkingen: *“Het afwegingskader is goed hanteerbaar en leidt je naar een goede afweging”* en *“Prima te hanteren en snel eigen te maken”*.

Op de vraag hoe we het afwegingskader nog kunnen verbeteren is met name aangegeven dat men behoefte heeft aan een handleiding om verschillen in interpretatie zoveel mogelijk uit te sluiten. Daarnaast is voorgesteld om het afwegingskader ICT-matig goed te ondersteunen, zodat niet altijd alle vragen over het functioneren hoeven te worden ingevuld (bijvoorbeeld als er geen gedragsproblemen zijn, de mogelijkheid geven om dit één keer aan te geven, zodat hierover geen 8 vragen hoeven te worden beantwoord). Er is behoefte aan meer uitleg op welke manier gebruikelijke zorg en mantelzorg wel of niet meegewogen moet worden. Ook wil men meer informatie over welke voorzieningen uit andere wettelijke kaders nu wel of niet meegewogen mogen worden in de afweging of iemand is aangewezen op de Wlz. Met het afwegingskader was het mogelijk om kinderen te scoren. Daarbij is wel behoefte aan een goede toelichting, zodat bij de beantwoording van vragen rekening wordt gehouden met ‘het kind zijn’.



Daarnaast is de vraag gesteld om extra instructie bij het scoren van de stoornissen (volgens het 'oude' B-formulier worden stoornissen anders gescoord dan beperkingen; in het afwegingskader worden de stoornissen en beperkingen op een vergelijkbare manier gescoord; bepaalde CIZ-onderzoekers vragen om extra instructie om deze omslag goed te kunnen maken).

Van de meeste vragen is aangegeven dat deze relevant zijn: met name de vragen om ernstig nadeel vast te stellen. Daarnaast is bij drie vragen over het functioneren van de verzekerde door meer dan de helft van de onderzoekers aangegeven, dat die niet relevant zijn voor de afweging of iemand in aanmerking komt voor de Wlz:

- in hoeverre is de verzekerde in staat tot lezen, schrijven en rekenen,
- in hoeverre is de verzekerde in staat om gebruik te maken van het openbaar vervoer,
- in hoeverre is de verzekerde in staat huishoudelijke apparaten te gebruiken zoals wasmachine, stofzuiger of strijkijzer.

Uit de statistische analyses zijn deze vragen niet als minder relevant naar voren gekomen (zie hiervoor de resultaten met betrekking tot de constructvaliditeit).

## 4. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van een uitgebreid onderzoek naar bouwstenen hebben we een afwegingskader ontwikkeld dat bruikbaar is voor het bepalen van de toegang tot de Wlz. In dit hoofdstuk beschrijven we enkele conclusies en doen we enkele aanbevelingen voor de toepassing en doorontwikkeling van het afwegingskader.

### 4.1 Conclusies

De conclusies beschrijven we aan de hand van de vooraf geformuleerde onderzoeksvragen.

1. *Welke cliëntkenmerken spelen een rol bij de vraag of een verzekerde “een blijvende behoefte heeft aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht, ter voorkoming van ernstig nadeel voor de verzekerde”?*

Bij deze verzekerden is sprake van een combinatie van beperkingen op het gebied van het cognitief functioneren, fysiek functioneren/ADL-vaardigheden, oriëntatie en gedragsmatig/psychisch functioneren. Door deze beperkingen kunnen blijvende gevaren optreden, waarbij de verzekerde niet in staat is om dit goed in te schatten of hierbij adequate hulp in te roepen. Hierdoor kan ernstig nadeel optreden, omdat de verzekerde het risico loopt zich maatschappelijk te gronde te richten, zich te verwaarlozen, ernstig lichamelijk letsel op te lopen of te worden geschaad in zijn ontwikkeling.

2. *In welke mate bepalen de verschillende kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangsvoorwaarden, en hoe hangen die kenmerken onderling samen?*

Het is niet mogelijk en zinvol om per cliëntkenmerk aan te geven in welke mate het cliëntkenmerk leidt tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Voor deze verzekerden is altijd sprake van een combinatie van beperkingen (co-morbiditeit), waarbij de combinatie van beperkingen per verzekerde verschilt.

3. *Hoe zijn die kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals zo evidence-based mogelijk te meten?*

Er bestaat een grote diversiteit aan evidence-base vragenlijsten waarmee de cliëntkenmerken kunnen worden gemeten. In het rapport *Wlz-afwegingskader. Achtergrondstudie naar relevante bouwstenen*. hebben we een uitgebreid overzicht opgenomen. Voor het voorspellen van de blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per zorg in de nabijheid hebben we slechts één instrument gevonden: het Zorgzwaarteinstrument van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

4. *Hoe moeten de cliëntkenmerken worden gewogen om vast te stellen dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz?*

De cliëntkenmerken moeten worden gewogen door te beoordelen in welke mate blijvende gevaren kunnen optreden. Daarbij is het essentieel om te vast te stellen of de verzekerde in staat is om het dreigende gevaar goed in te schatten en om adequate hulp in te roepen.

5. *Hoe kunnen de cliëntkenmerken en bijbehorende meetinstrumenten toegepast worden in een afwegingskader dat leidt tot een onderbouwde beslissing of de verzekerde aanspraak heeft op zorg en ondersteuning op grond van de Wlz?*

Om tot een onderbouwde beslissing te komen brengt de CIZ-onderzoeker met het afwegingskader eerst het functioneren van de verzekerde op verschillende domeinen in beeld. Vervolgens beantwoordt de CIZ-onderzoeker een aantal vragen om vast te stellen of sprake is van een ernstig nadeel voor de verzekerde. Tot slot geeft de CIZ-onderzoeker aan of sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht, 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege fysieke problemen of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege regieproblemen.

#### 4.2 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen van de casuïstiekbesprekingen en de validatie (data-analyse en opmerkingen van CIZ-onderzoekers) concluderen we dat het Wlz-afwegingskader goed bruikbaar is om de toegang tot de Wlz te bepalen, mits er in het proces van indicatiestelling voorwaarden worden gecreëerd die de interbeoordelaarbetrouwbaarheid verbeteren.

Voor een goede implementatie van het Wlz-afwegingskader binnen het werkproces bij het CIZ doen we de volgende aanbevelingen:

- Om ervoor te zorgen, dat het afwegingskader uniform wordt toegepast bevelen we aan een passende instructie en handleiding te ontwikkelen voor de CIZ-onderzoekers. Hierbij verdient de toepassing bij kinderen extra aandacht, zodat bij de afweging op een juiste wijze rekening wordt gehouden met ‘het kind zijn’ en de inzet van gebruikelijke zorg.
- Om uniforme toepassing van het afwegingskader te bewerkstelligen zijn frequente casuïstiekbesprekingen, intervisie en intercollegiale toetsing/review noodzakelijk. Hierbij bevelen we aan om op basis van concrete casuïstiek de verschillende begrippen uit het afwegingskader nader aan te scherpen.
- Voor toegang tot de Wlz moet sprake zijn van een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Omdat vaak niet met 100% zekerheid is vast te stellen of de verzekerde voor altijd behoefte heeft aan toezicht of nabijheid en in de Wlz staat dat het CIZ een indicatiebesluit kan herzien of intrekken als de verzekerde niet langer op de geïndiceerde zorg is aangewezen, hebben we in het afwegingskader opgenomen dat CIZ-onderzoekers de term blijvend beoordelen als: ‘van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd’. Vanwege de reacties van diverse partijen dat de door ons gehanteerde

toevoeging 'binnen afzienbare tijd' tot verwarring kan leiden, bevelen we aan om 'blijvend' conform de wettekst te definiëren als 'van niet voorbijgaande aard'. Vervolgens bevelen we aan om op basis van casuïstiekbesprekingen en intervisie de interpretatie van 'blijvend' te monitoren en aanscherpen in de praktijk. Voor GGZ-cliënten bevelen we aan nader onderzoek te doen om tot een passende omschrijving van het begrip 'blijvend' te komen.

- 24 uur per dag zorg in de nabijheid betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen. Aan deze omschrijving uit de wet hebben we in aansluiting op de Beleidsregel van 2015 toegevoegd, dat het nodig is dat de zorgverlener meerdere malen per dag polshoogte neemt en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen. Uit reacties van partijen hebben we begrepen, dat deze toevoeging ten onrechte de indruk kan wekken dat het voldoende is om enkele keren per dag polshoogte te nemen en het aantal zorgmomenten ten onrechte kan worden geïnterpreteerd als enige factor die doorslaggevend is voor de behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Daarom bevelen we aan om deze toevoeging weg te laten. Vervolgens bevelen we aan om op basis van casuïstiekbesprekingen en intervisie de interpretatie van '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te monitoren en aanscherpen in de praktijk.
- Om ervoor te zorgen dat het afwegingskader gebruiksvriendelijk is, bevelen we aan om in overleg met CIZ-onderzoekers te bekijken op welke wijze het afwegingskader ICT-matig kan worden vormgegeven.
- Om zicht te hebben op zeer specifieke omstandigheden die relevant zijn voor de afweging van de Wlz-toegang bevelen we aan om in het afwegingskader ruimte te geven voor essentiële aanvullende informatie. We bevelen wel aan om hier terughoudend mee om te gaan, omdat met de vragen in het afwegingskader in principe alle relevante informatie wordt verzameld.
- Diverse aspecten uit het afwegingskader zijn ook relevant voor een eventuele Wlz-afweging voor verzekerden met een psychische stoornis. Alvorens dit kan plaatsvinden, is voor deze doelgroep een aangepaste omschrijving van de term 'blijvend' noodzakelijk. Daarnaast bevelen we, voor zorgvuldige toepassing van het afwegingskader voor verzekerden met een psychische stoornis, nader onderzoek aan naar de verbijzondering van vraag 45 over het psychisch functioneren bij het onderdeel 'vaststelling functioneren' en de term 'blijvend' voor deze doelgroep.
- We bevelen aan om het gebruik van het afwegingskader goed te monitoren (intervisie, jurisprudentie) en te onderzoeken op welke wijze het kan worden verbeterd en doorontwikkeld. Daarbij vragen we specifiek aandacht voor het opnieuw toetsen van de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid na een uitgebreide instructie en toepassing van het afwegingskader bij nieuwe verzekerden.

Daarnaast verwachten wij dat de vragen rondom het vaststellen van het ernstig nadeel ook al voor de indicatiestelling in 2015 bruikbaar zijn en het zinvol is om in 2015 ook al een onderscheid te maken naar de drie verschillende vormen van toezicht en nabijheid. Dit hoeft niet geautomatiseerd te worden, maar kan een onderdeel zijn van de instructie/handleiding die in 2015 wordt gebruikt.



Tot slot is uit de validatie van het afwegingskader duidelijk geworden dat verzekerden die toegang krijgen tot de Wlz verschillen op het gebied van de behoefte aan toezicht/nabijheid, risico's op ernstig nadeel en de beperkingen/stoornissen. We bevelen aan om deze informatie te betrekken bij de ontwikkeling van nieuwe zorgprofielen voor de Wlz.

**Bijlage 1. Leden projectorganisatie**

Lid	Organisatie
Aletta Willems	CIZ
Bart-Willem Lenders	CIZ
Hanny Bak	CIZ
Lia Bleijs	CIZ
Wim Stout	CIZ
Ron van der Hoek	CIZ
Fons Hopman	Zorginstituut Nederland
Ineke van der Voort	Zorginstituut Nederland
Stéphanie van den Berg	Universiteit Twente
Patrick Jansen	Bureau HHM

Tabel 1.1 Leden Projectgroep

Lid	Organisatie
Maud van der Veen-Helder	Zorginstituut Nederland
Marcel de Krosse	CIZ
Wim Stout	CIZ
Patrick Jansen	Bureau HHM

Tabel 1.2 Leden Stuurgroep

Lid	Organisatie
Prof. Dr. H.M. Evenhuis	Erasmus MC Rotterdam
Prof. Dr. R.R. Meijer	Rijksuniversiteit Groningen
Drs. M.C. Niezen-de Boer	Adviesgroep Ethiek Ned. Ver. van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
Dr. W. Cahn	UMC Utrecht
Prof. dr. J.P.J. Slaets	UMCG, Universitair centrum ouderengeneeskunde
Dr. X.M.H. Moonen	Universiteit van Amsterdam Landelijk kenniscentrum LVG
Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans	UMC St Radboud Nijmegen
Prof. dr. P.M.M. Bossuyt	Academisch Medisch Centrum

Tabel 1.3 Leden Wetenschappelijke Adviesraad



Deelnemer	Organisatie
Hillie Beumer	Actiz
Herma Oosterom	Actiz (plv)
Lindy Hilgerdenaar	BTN
Diana van Langerak	BTN
Hadewich Cliteur	CSO
Sandrina Sangers	CSO
Vera Venneman	CZ
Yvonne Moolenaar	GGZ Nederland
Illya Soffer	leder(In)
Marijke Hempenius	leder(In)
Dorien Kloosterman	leder(In)
Nic Vos de Wael	LPGGZ
Bert Stavenuiter	LPGGZ
Jasper Boele	LSR
Marthijn Laterveer	LOC
F.P. Koning	KAMG
Aart Lodder	MEE
Hugo Bakkum	MEE
Roos Verheggen	Mezzo
Margo Brands	NPCF
Joris van Erp	NVAG
Kirsten Mik	NVO
Suzan Möller	NVO
Carmen van Bussel	NVO
Rina Beers	Opvang
Frans van der Pas	Per Saldo
Eta Mulder	RIBW
Carry Stroosnijder	Verenso
Nieke Shahbazi	VIA
Monique van de Meulen	VGN
Bert Stavenuiter	Ypsilon
Marissa Meijer	ZN
Annika Keet-Van der Heijden	ZN

Tabel 1.2 Deelnemers stakeholders





## Bijlage 2. Gebruikelijke zorg

Deze bijlage is gebaseerd op de Beleidsregel indicatiestelling 2015, bijlage 3.

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

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

### Gebruikelijke zorg omvat niet:

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

### Gebruikelijke zorg omvat:

- Het door ouders aan kinderen bieden van een woonomgeving waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en hen een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Gebruikelijke zorg bij kinderen kan ook zorg omvatten die niet standaard bij alle kinderen voorkomt. Het gaat dan om zorg die gebruikelijke zorg vervangt zoals sondevoeding in plaats van eten, of om zorg die in samenhang met reguliere zorg kan worden geboden zoals het geven van medicijnen.
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Hiermee wordt bedoeld dat zorg en toezicht gedurende het gehele etmaal in de nabijheid nodig is zonder dat daarbij permanente actieve observatie nodig is. Het gaat hier om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is wel nodig op zowel geplande als ongeplande momenten, en ook voortdurend in de nabijheid. Dit is gebruikelijke zorg omdat ook een kind met een normaal ontwikkelingsprofiel tot een bepaalde leeftijd [1] niet zelf de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten, of [2] niet zelf in staat is om op relevante momenten adequaat hulp in te roepen om ernstig nadeel te voorkomen, of [3] ook vaak op ongeplande momenten zorg in de zin van begeleiding of overname van zelfzorg nodig heeft.

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



## Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling:

### Kinderen van 0 tot 3 jaar

- hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2sub c, voor henzelf te voorkomen,
- hebben voortdurend, dat wil zeggen op geplande en ongeplande momenten overname van zelfzorg<sup>2</sup> nodig,
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

### Kinderen van 3 tot 5 jaar

- hebben overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2sub c, voor henzelf te voorkomen,
- hebben overdag voortdurend begeleiding en overname van zelfzorg nodig,
- hebben 's nachts soms nog begeleidingen overname van zelfzorg nodig,
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

NB: deze zorg voor kinderen van 3 tot 5 jaar is geen gebruikelijke zorg als is vastgesteld dat het gaat om een kind met ernstige meervoudig complexe handicaps waaronder een verstandelijke handicap en een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief.

### Kinderen van 5 tot 8 jaar

- hebben tot 8 jaar overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, voor henzelf te voorkomen,
- hebben tot 8 jaar overdag nog voortdurend begeleiding nodig,
- hebben tot 8 jaaroverdag op geplande en soms op ongeplande momenten hulp bij of overname van zelfzorg nodig,
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

### Kinderen vanaf 8 tot 18 jaar

- hebben vanaf 8 jaar geen zorg in de nabijheid nodig omdat zij in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel (zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2sub c, voor henzelf te voorkomen,
- hebben tot 18 jaar een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig en passend bij hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.



### Bijlage 3. Permanentieschaal Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

0. Is er in geen enkele mate iemand nodig die 'toezicht' op de verzekerde moet uitoefenen of waar de verzekerde in alle mogelijke omstandigheden naar kan bellen?
1. Is het voldoende dat er altijd iemand is die de verzekerde kan opbellen om raad te vragen?
2. Is het voldoende dat er altijd iemand is die de verzekerde kan opbellen en die dan eventueel langs kan komen (binnen het uur)?
3. Is het voldoende dat er altijd iemand is die de verzekerde kan opbellen en mocht het nodig zijn dan zo snel mogelijk langs kan komen (ongeveer binnen het kwartier)?
4. Moet er tijdens grote delen van de dag iemand in de buurt aanwezig zijn, maar kan de verzekerde overdag alleen zijn voor periodes van minder dan 4 uur (waarbinnen de verzekerde uiteraard altijd iemand kan opbellen als het nodig is)?
5. Moet er altijd, de hele dag, iemand in de buurt aanwezig zijn, niet vlak naast de verzekerde, maar iemand die onmiddellijk kan helpen als de verzekerde iets nodig heeft of als er iets gebeurt (want de verzekerde kan zich niet behelpen en zelf geen noodhulp invoeren)?
6. Moet de verzekerde voortdurend in contact staan met en onder toezicht staan van iemand (rechtstreekse aanwezigheid, oproepsysteem, webcam, ...)?
7. Moet de verzekerde voortdurend onder toezicht staan van iemand, binnen een beveiligende infrastructuur en omkadering omdat zijn zeer ernstige gedragsproblemen anders een acuut gevaar opleveren voor de verzekerde en/of zijn omgeving?



Zorginstituut Nederland



BUREAU  
nhm

UNIVERSITEIT  
TWENTE.

## Wlz-afwegingskader

Achtergrondstudie naar relevante bouwstenen



Enschede, juni 2015  
PJ/15/0884/twz

dr. Patrick Jansen  
drs. Louise Pansier  
dr. Stéphanie van den Berg



## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>6</b>
1.1 Doelstelling .....	6
1.2 Onderzoeksvragen .....	6
1.3 Aanpak.....	7
1.4 Projectstructuur .....	8
1.5 Leeswijzer .....	8
<b>2. Afbakening en operationalisatie</b> .....	<b>9</b>
2.1 Doelstelling en inhoud Wlz .....	9
2.2 Toegangscriteria Wlz.....	9
2.3 Definities.....	11
2.4 Relevante items voor het nieuwe afwegingskader .....	12
<i>Bijlage 2.1 Passages uit de memorie van toelichting bij de Wlz</i> .....	14
<b>3. Literatuuronderzoek cliëntkenmerken</b> .....	<b>22</b>
3.1 Inleiding .....	22
3.2 Aanpak.....	22
3.3 Kenmerken gebruikers langdurige zorg.....	24
3.4 Inzoomen op cliëntgroepen .....	31
3.5 Conclusie .....	35
<i>Bijlage 3.1 Overzicht zoektermen</i> .....	36
<i>Bijlage 3.2 Literatuurlijst</i> .....	37
<b>4. Analyse AWBZ-data</b> .....	<b>40</b>
4.1 Analyses volwassenen per grondslag.....	41
4.1.1 Somatische aandoening .....	41
4.1.2 Psychogeriatrische aandoening .....	43
4.1.3 Lichamelijke handicap .....	44
4.1.4 Verstandelijke handicap .....	45
4.1.5 Grondslag Zintuiglijke handicap.....	47
4.1.6 Psychische stoornis .....	48
4.1.7 Analyses volwassenen totale populatie .....	50
4.2 Analyses kinderen totale populatie .....	53
4.3 Analyses kinderen met uitzondering van (SG)LVG .....	54
4.4 Conclusie .....	56
<i>Bijlage 4.1 Interpretatie effectgroottes in logistische regressie.</i> .....	58
<b>5. Interviews met wetenschappers</b> .....	<b>59</b>
5.1 Aanpak.....	59
5.2 Relevante aspecten .....	60
5.3 Conclusie .....	62
<i>Bijlage 5.1 Deelnemers interviews wetenschappers</i> .....	63



<b>6.</b>	<b>Interviews met professionals .....</b>	<b>64</b>
6.1	Aanpak.....	64
6.2	Relevante aspecten .....	65
6.3	Conclusie .....	72
	<i>Bijlage 6.1 Deelnemers interviews professionals .....</i>	<i>73</i>
<b>7.</b>	<b>Vragenlijsten .....</b>	<b>75</b>



## Samenvatting

In het kader van de hervormingen in de langdurige zorg is per 1 januari 2015 de Wet langdurige zorg van kracht. Voor het bepalen van de toegang tot de Wlz is een nieuwe afwegingskader nodig, waarmee wordt bepaald of een verzekerde blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Voor het verzamelen van bouwstenen voor dit afwegingskader hebben we een internationale literatuurstudie verricht, AWBZ-data van het CIZ geanalyseerd en wetenschappers en professionals geïnterviewd.

Uit de literatuurstudie is geen wetenschappelijke literatuur naar voren gekomen die expliciet ingaat op redenen dat blijvend behoefte is aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid. Onderzoek wordt voornamelijk gevoerd om bestaande groepen te beschrijven, om bijvoorbeeld de zorg te kunnen verbeteren of alternatieven voor intramurale zorg te ontwikkelen. Ook zijn er, vanwege verschillen in cultuur en zorgfinanciering, grote verschillen tussen landen in de populatie die gebruik maakt van langdurig verblijf in een instelling. Vanuit de literatuur hebben we wel zicht gekregen op de kenmerken die gebruikt worden om cliënten van de langdurige zorg te beschrijven. Deze kenmerken zijn: Functionele of ADL-beperkingen, Instrumentele ADL-beperkingen (IADL), Mobiliteit, Cognitieve beperkingen (cognitief functioneren), Gedragsproblematiek, Chroniciteit/chronische ziekten, Comorbiditeit/multi-problematiek, Complexiteit/complicaties en Psychosociale problematiek.

Voor elk van de kenmerken hebben we aspecten verzameld die de vaardigheden, beperkingen of problematiek weergeven. Op basis van de literatuur is het niet mogelijk om bij de kenmerken een precieze score of afkappunt aan te geven van wanneer sprake is van blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Het betreft verzekerden waarbij sprake is van een combinatie van factoren die - wanneer zij gezamenlijk in een bepaalde mate optreden - leiden tot risico's op ernstig nadeel en daarmee tot toegang tot de Wlz.

Uit de analyses van de AWBZ-data van het CIZ blijkt, dat de beoogde Wlz-cliënten op diverse kenmerken (beperkingen) verschillen van de beoogde niet-Wlz-cliënten. Afhankelijk van de grondslag zijn er verschillende schalen en beperkingen die een onderscheid maken tussen wel of niet beoogde Wlz-cliënten. Ter illustratie: de schalen 'persoonlijke zorg' en 'psychosociaal functioneren' komen bij vrijwel alle grondslagen naar voren, maar de onderliggende beperkingen verschillen. Daarnaast is de schaal 'probleemgedrag' onderscheidend binnen de groep VG-cliënten en de schaal 'sociale relaties/maatschappelijk leven' onderscheidend binnen de groep cliënten met een psychische stoornis.

Uit de interviews met wetenschappers zijn de volgende discriminerende dimensies naar voren gekomen die relevant zijn bij het bepalen van de toegang tot de Wlz: mate van gedragsproblemen, medische problematiek, cognitieve beperkingen, zorgintensiteit, kwetsbaarheid, veiligheid, middelengebruik, sociale beperkingen en omgang met problemen.



Daarbij merken de wetenschappers op dat het niet mogelijk is om bij het bepalen van toegang tot de Wlz strikt te kijken naar kenmerken van de cliënt en de sociale omgeving niet mee te nemen. Het 'probleem' en de ondersteuningsbehoefte komen voort uit de relatie tussen de cliënt en zijn omgeving. Met betrekking tot de GGZ verwacht men dat slechts een kleine groep blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid (waarbij 'blijvend' betrekking zal hebben op een bepaalde tijdsperiode).

Om te kunnen bepalen of een cliënt wel of geen toegang kan krijgen tot de Wlz is het wellicht zinvol om een afwegingskader te ontwikkelen dat van grof naar fijn differentieert om Wlz-toelating te bepalen. Het professioneel oordeel van een terzake deskundige is hierbij wel essentieel. Indien blijkt dat er meer informatie nodig is kan vervolgens met uitgebreidere meetinstrumenten informatie worden verzameld.

Door enkele wetenschappers en de stuurgroep van het onderzoek is ook gewezen op het instrument dat is ontwikkeld door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap in België. Dit instrument legt een directe relatie tussen de ondersteuningsbehoefte van cliënten en de mate van toezicht. Gezien de raakvlakken met de toelatingscriteria voor de Wlz (toezicht en nabijheid) is het zinvol om de toepassingsmogelijkheden van dit instrument binnen het afwegingskader van de Wlz nader te onderzoeken.

De professionals hebben tijdens de interviews een duidelijk beeld gegeven van de groep cliënten die toegang tot de Wlz krijgt. Het betreft cliënten die vanwege cognitieve, lichamelijke en/of psychische beperkingen behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Er is veelal sprake van een combinatie van deze beperkingen, waarbij bij een deel van deze cliënten een grote kans is op gedragsproblemen. De Wlz-clieënten hebben met elkaar gemeenschappelijk dat ze fysiek en/of cognitief niet in staat zijn om hun eigen leven in te richten, waarbij door het ontbreken van toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid gevaar dreigt voor de cliënt en/of zijn omgeving.

De professionals geven aan dat de ondersteuningsbehoefte van cliënten niet alleen wordt bepaald door kenmerken van de cliënt, maar ook door de cliëntomgeving. De ondersteuningsbehoefte is mede afhankelijk van de wijze waarop de omgeving omgaat met de beperkingen van de cliënt. Cliënten met dezelfde beperkingen kunnen dus een andere ondersteuningsbehoefte hebben. Professionals verwachten dat als de cliëntomgeving niet wordt betrokken in het afwegingskader, heel veel cliënten voldoen aan de toelatingscriteria tot de Wlz. De mantelzorg levert namelijk vaak een bijdrage op het gebied van toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Daarnaast geven de professionals aan dat het in diverse situaties moeilijk zal zijn om aan te geven dat sprake is van een *blijvende* behoefte aan toezicht of nabijheid. Dit geldt voor alle grondslagen. De professionals stellen daardoor voor om blijvend te vervangen door langdurend.

Tot slot heeft het onderzoek naar de bouwstenen een overzicht opgeleverd van diverse vragenlijsten waarmee cliëntkenmerken in beeld kunnen worden gebracht.





## 1. Inleiding

Met ingang van 1 januari 2015 heeft de regering het stelsel van de langdurige zorg herzien om de kwaliteit en ondersteuning van zorg te verbeteren, de betrokkenheid van de samenleving te vergroten en toekomstige generaties ook goede langdurige zorg te kunnen garanderen. De AWBZ is daarbij omgevormd tot de Wet langdurige zorg. Het CIZ voert de indicatiestelling voor de Wlz uitvoeren. Om te komen tot een landelijk uniform afwegingskader heeft Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aan bureau HHM de opdracht gegeven een afwegingskader voor de Wlz te ontwikkelen, dat met ingang van 2016 kan worden gehanteerd.

### 1.1 Doelstelling

De ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader heeft in twee fasen plaats gevonden met de volgende doelstellingen:

- Fase 1: Het onderzoek moet bouwstenen opleveren waarmee het Wlz-afwegingskader kan worden gemaakt (zoals cliëntkenmerken die een rol spelen bij de zorgbehoefte en beschikbare meetinstrumenten).
- Fase 2: Dit betreft het maken van het afwegingskader zelf: de manier waarop de cliëntkenmerken tegen elkaar worden afgewogen en de normstelling om te beoordelen of een verzekerde toegang heeft tot de Wlz. Het afwegingskader moet hanteerbaar zijn voor het CIZ en het Zorginstituut bij de uitvoering van hun wettelijke taken (respectievelijk indicatiestelling en advisering over geschillen).

### 1.2 Onderzoeksvragen

Fase 1 geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Welke cliëntkenmerken spelen een rol bij de vraag of een verzekerde “een blijvende behoefte heeft aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht, ter voorkoming van ernstig nadeel voor de verzekerde”?
2. In welke mate bepalen de verschillende kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangsvoorwaarden, en hoe hangen die kenmerken onderling samen?
3. Hoe zijn die kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals zo evidence-based mogelijk te meten?

Fase 2 geeft antwoord op de volgende vragen:

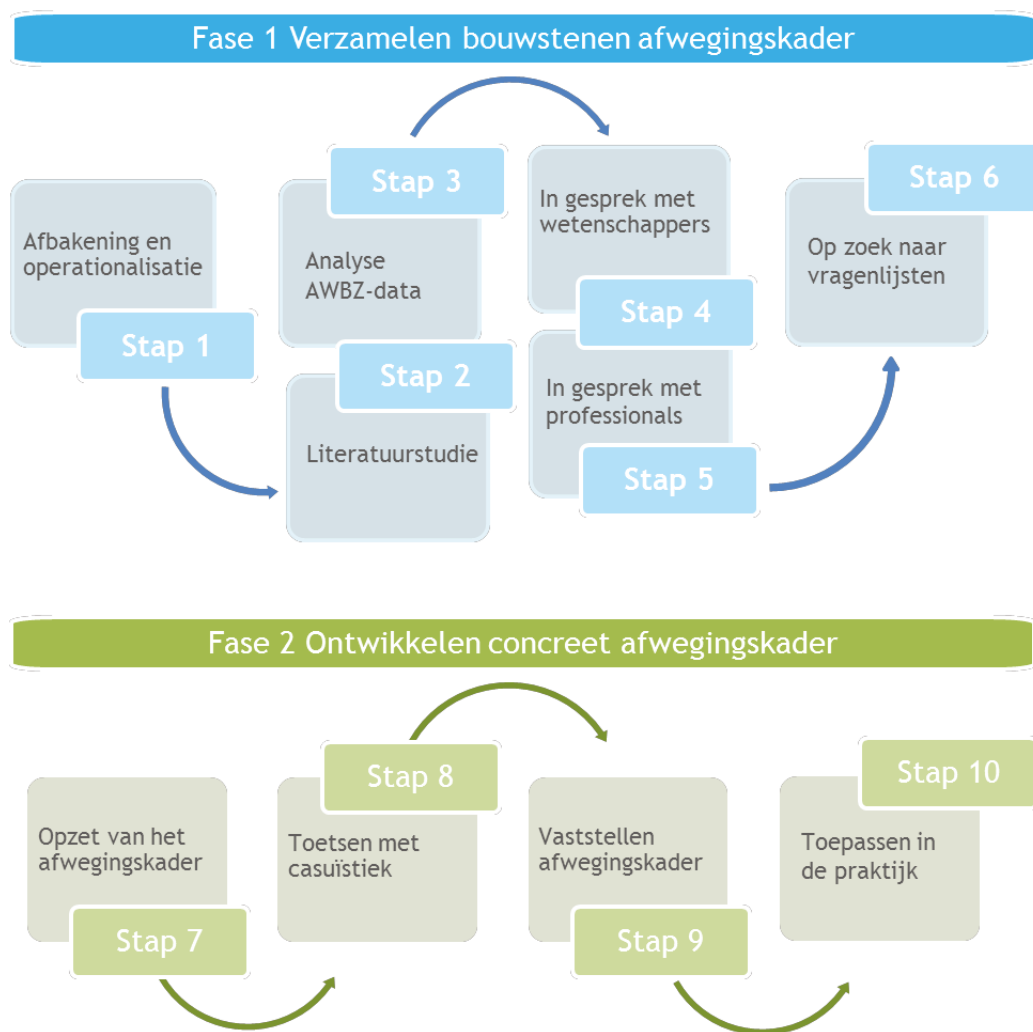
4. Hoe moeten de cliëntkenmerken worden gewogen om vast te stellen dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz?
5. Hoe kunnen de cliëntkenmerken en bijbehorende meetinstrumenten toegepast worden in een afwegingskader dat leidt tot een onderbouwde beslissing of de verzekerde aanspraak heeft op zorg en ondersteuning op grond van de Wlz?

Het resultaat van dit onderzoek is tweeledig. Het betreft allereerst inzicht in de relevante kenmerken die een rol spelen in de weging tot het verkrijgen van toegang tot de Wlz. Daarnaast betreft het een concreet afwegingskader voor de Wlz. Dit kader is bruikbaar voor de professionals van het CIZ en het Zorginstituut bij de

indicatiestelling en de advisering over geschillen. Tevens heeft het onderzoek informatie opgeleverd die kan worden gebruikt voor het ontwikkelen van de zorgprofielen voor de Wlz.

### 1.3 Aanpak

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van de volgende tien stappen:



*Figuur 1.1 Onderzoeksaanpak*

De resultaten van fase 1 zijn beschreven in voorliggend rapport. Het betreft de resultaten van een internationale literatuurstudie, interviews met 8 wetenschappers en 76 professionals en een analyse op AWBZ-data van het CIZ (gegevens van circa 38.500 verzekerden met een AWBZ-indicatie waarbij alle vragen uit het B-formulier zijn ingevuld, het zogenaamde Feniks-bestand). De resultaten van de tweede fase zijn beschreven in het rapport *Wlz-afwegingskader. Ontwikkeling van een instrument om de toegang tot de Wlz te bepalen*.



#### 1.4 Projectstructuur

Het onderzoek is uitgevoerd door onderzoekers van bureau HHM en de Universiteit Twente (UT). De onderzoekers van bureau HHM hebben een bijdrage geleverd aan alle stappen van het onderzoek. De wetenschappelijke kennis van de UT op het gebied van methodologie en instrumentontwikkeling is ingezet tijdens de analyse van AWBZ-data van het CIZ (stap 3), analyse van vragenlijsten (stap 6) en constructie en validatie van het afwegingskader (stap 7 en 9).

Tijdens het onderzoek hebben diverse overleggen plaatsgevonden tussen de onderzoekers en de projectgroep met vertegenwoordigers van het Zorginstituut en CIZ. Tijdens deze bijeenkomsten zijn op constructieve wijze allerlei procesmatige en inhoudelijke onderwerpen besproken. De leden van de projectgroep hebben concrete suggesties en aanbevelingen gedaan voor de onderzoekers en in de projectgroep zijn essentiële keuzes gemaakt voor het ontwikkelen van het afwegingskader. Daarnaast is de stuurgroep met vertegenwoordigers van het Zorginstituut en CIZ tussentijds geïnformeerd over de voortgang. Er hebben drie bijeenkomsten plaatsgevonden waarin alle stakeholders zijn geïnformeerd over het onderzoek, bij aanvang van het traject over het plan van aanpak, na fase 1 over de bouwstenen van het afwegingskader en na fase 2 over het ontwikkelde afwegingskader. Voor dit onderzoek is een Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) samengesteld die drie keer bij elkaar is geweest. De opmerkingen en adviezen van de wetenschappers zijn verwerkt in de ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader. Tijdens het traject is het ministerie van VWS op diverse momenten geïnformeerd over de voortgang en inhoudelijke resultaten.

#### 1.5 Leeswijzer

De hoofdstukken hierna beschrijven de resultaten van de zes stappen die zijn gezet voor het verzamelen van de bouwstenen: afbakening/operationalisatie, analyse van AWBZ-data, literatuurstudie, interviews met wetenschappers, interviews met professionals en overzicht van vragenlijsten. De hoofdstukken zijn afzonderlijk leesbaar waardoor enkele passages uit de wettekst in meerdere hoofdstukken voorkomen.



## 2. Afbakening en operationalisatie

De wettekst van de Wlz is het uitgangspunt voor het nieuwe afwegingskader. In de memorie van toelichting van de Wlz worden verschillende inhoudelijke aspecten genoemd die van belang zijn bij het vaststellen van de toegang tot de Wlz (zie bijlage 2.1). In dit hoofdstuk beschrijven we de items die relevant zijn in het kader van de toegangsbepaling. Deze informatie is in juli-augustus 2015 verzameld. Wijzigingen die daarna hebben plaatsgevonden zijn niet beschreven in dit hoofdstuk, maar wel verwerkt bij de ontwikkeling van het afwegingskader.

### 2.1 Doelstelling en inhoud Wlz

#### *Doel*

Volgens de Memorie van toelichting van 10 maart 2014 is het doel van de Wlz dat ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke -, lichamelijke - en/of zintuiglijke beperkingen passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn. Een basisprincipe dat in de Wlz voorop staat, is dat we uitgaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen.

#### *Aanspraken Wlz*

De zorg die op grond van de Wlz kan worden verleend bestaat uit een integraal pakket en kan de volgende onderdelen omvatten: verblijf in een instelling, behandeling (Wlz-behandeling en algemene medische zorg), persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, vervoer<sup>1</sup> voor begeleiding of behandeling en (mobiliteits) hulpmiddelen. Ook de woningaanpassing voor cliënten tot 18 jaar valt onder de verzekerde aanspraken. Het gaat hierbij om kinderen met Wlz-zorg die door aanpassing van de woning en met zorg thuis langer thuis kunnen blijven wonen.

#### *Doelgroep*

De Wlz is bedoeld voor mensen die levenslang en levensbreed op zorg zijn aangewezen en die een beschermende en veilige woonomgeving nodig hebben (24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht). Het gaat hierbij om mensen met een somatische - of psychogeriatrische aandoening/beperking of een verstandelijke -, lichamelijke - of zintuiglijke handicap. Ook kwetsbare GGZ-cliënten die naar verwachting levenslang zijn aangewezen op intramurale GGZ-zorg maken deel uit van de Wlz-doelgroep.

### 2.2 Toegangscriteria Wlz

#### *Afwegingskader*

Het ministerie van VWS vindt het van belang dat onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme manier wordt bepaald wie er toegang heeft tot

---

<sup>1</sup> Van toepassing als de cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt op een locatie die niet dezelfde is als de verblijfslocatie van de cliënt. Indien een cliënt in de Wlz zich op grond van sociale overwegingen (zoals familiebezoek) wenst te verplaatsen, maar hiervoor niet zelfstandig gebruik kan maken van het openbaar vervoer, kan deze cliënt voor sociaal vervoer een beroep doen op de gemeenten.



zorg op grond van de Wlz. Het CIZ gaat de indicatiestelling voor de Wlz uitvoeren en hanteert hierbij een landelijk uniform afwegingskader.

Volgens artikel 3.2.1 lid 1 van de Wlz heeft een verzekerde recht op zorg voor zover hij naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening op die zorg is aangewezen omdat hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap *blijvend* behoefte heeft aan:

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

Een toelichting op de cursief gedrukte begrippen vindt u onder het kopje 'definities' in deze paragraaf.

In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:

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

Daarnaast komt in de Wlz ruimte voor die groep zeer kwetsbare GGZ-cliënten van wie de verwachting bestaat dat zij blijvend zijn aangewezen op intramurale GGZ-zorg<sup>2</sup>. Anders dan voor de overige verzekerden die recht op Wlz-zorg wensen te krijgen, wordt niet nagegaan of zij aan de indicatievereisten van artikel 3.2.1 Wlz voldoen, dat wil zeggen blijvend zijn aangewezen op zorg met permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. De voorwaarden om te bepalen of een persoon met een psychische stoornis recht heeft op zorg uit de Wlz, wijken af van de in artikel 3.2.1 Wlz geregelde voorwaarden, dat besloten is de voorwaarden voor intramurale GGZ-zorg op te nemen in een nieuw artikel 3.2.1a.

#### *Sociale omgeving cliënt*

De toegangscriteria zijn volledig gebaseerd op zorginhoudelijke criteria. In de toegangscriteria is niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Voor toegang tot de Wlz wordt niet gekeken naar de aanwezigheid van mantelzorgers waardoor geen zorg nodig zou zijn vanuit de Wlz. Hierop is één

---

<sup>2</sup> Het is de bedoeling dat op termijn mensen die langdurig op intramurale GGZ zijn aangewezen, direct een beroep kunnen doen op de Wlz. Op dit moment ontbreken echter de criteria aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of iemand voor GGZ-behandeling in een instelling wordt opgenomen, daar blijvend op zal zijn aangewezen. Deze criteria moeten nog worden ontwikkeld. Tot het moment waarop toepassing van de criteria mogelijk is, zullen de eerst drie jaren gedurende welke iemand GGZ-behandeling met verblijf nodig heeft, ten laste van de Zvw komen (met uitzondering van cliënten die op 31 december 2014 al een ZZP-GGZ-B hebben; zij gaan op 1 januari 2015 rechtstreeks over naar de Wlz).



uitzondering: van ouders wordt naar algemene maatstaven verwacht dat zij hun kinderen verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Als iemand intensieve ondersteuning krijgt, kan het wel zo zijn dat iemand zich later meldt bij het CIZ. De sociale omgeving kan wel een rol spelen bij de keuze voor de leveringsvorm, de zorgplanbespreking en de uiteindelijke zorgverlening.

#### *Gebruikelijke zorg*

Van het meewegen van gebruikelijke zorg bij het bepalen van de toegang tot de Wlz bij volwassenen is geen sprake. Bij volwassenen worden zorg en toezicht door huisgenoten in de mate van zorg die Wlz-cliënten nodig hebben vanwege permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid niet als gebruikelijk verondersteld. Wel kan gebruikelijke zorg bij huisgenoten onderling een rol spelen bij het invullen van het zorgplan voor die zorg/activiteiten die huisgenoten naar algemeen aanvaardbare maatstaven voor elkaar plegen te bieden.

#### *Uitzondering op criterium 'blijvende behoefte aan zorg'*

De ZZP's LVG 1-5 voor kinderen tot achttien jaar worden onderdeel van de nieuwe Jeugdwet. Ook na het bereiken van die leeftijd kan nog behoefte zijn aan deze zorg, bijvoorbeeld omdat de behandeling die vóór het achttienjarige levensjaar is gestart nog niet is afgerond. Ook kan het voorkomen dat pas na het bereiken van de achttienjarige leeftijd wordt vastgesteld dat deze vorm van zorg de meest aangewezen vorm is in verband met de gedragsproblematiek van de licht verstandelijk beperkte jongvolwassene. Het gaat hierbij om integrale behandelzorg in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij die wordt ingezet voor een bepaalde periode.

Na deze behandelperiode kan de cliënt zijn aangewezen op een andere vorm van zorg vanuit de Wlz, maar gemeenten en/of zorgverzekeraars kunnen de cliënt ook ondersteunen. Bij deze groep cliënten is er dus niet in alle gevallen sprake van een blijvende behoefte aan zorg. Toch valt deze groep cliënten onder de reikwijdte van de Wlz; de continuïteit van de ingezette behandeling prevaleert boven het bereiken van de leeftijd van achttien jaar en het is van belang dat deze vorm van integrale behandelzorg ook beschikbaar is voor jongvolwassenen.

### **2.3 Definities**

#### *Algemeen*

- Afwegingskader: de manier waarop cliëntkenmerken tegen elkaar worden afgewogen en de normstelling om te beoordelen of een verzekerde toegang heeft tot de Wlz.
- Toegangscriteria: de criteria die in artikel 3.2.1 lid 1 van het wetsvoorstel voor de Wlz zijn genoemd.

#### *Operationalisering begrippen artikel 3.2.1 lid 1 van de Wlz*

- Blijvend: van niet voorbijgaande aard.
- Permanent toezicht: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag, zodat tijdig ingrijpen mogelijk is. Doordat de cliënt zowel op geplande als ongeplande momenten zorg nodig heeft, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de

cliënten die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

- 24 uur per dag zorg in de nabijheid: zorg en toezicht zijn weliswaar gedurende de hele dag in de nabijheid nodig, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten.
- Ernstig nadeel<sup>3</sup>: er moet sprake zijn van een te verwachten (reëel) risico dat de verzekerde ernstig nadeel zal overkomen. Dit risico moet worden onderbouwd. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg. Onder de reikwijdte van ernstig nadeel vallen de volgende situaties:
  - iemand richt zich maatschappelijk te gronde of dreigt zich te gronde te richten;
  - iemand verwaarloost zichzelf in ernstige mate of dreigt zichzelf in ernstige mate te verwaarlozen;
  - iemand loopt ernstig lichamelijk letsel op, brengt dit zichzelf toe of dreigt dit op te lopen of toe te brengen, iemand brengt een ander ernstig lichamelijk letsel toe of dreigt dit aan een ander toe te brengen;
  - iemand roept met hinderlijk gedrag agressie van anderen op, iemand bedreigt de psychische gezondheid van een ander, iemand bedreigt de algemene veiligheid van personen of goederen;
  - iemand wordt, al dan niet onder invloed van een ander, ernstig in zijn ontwikkeling geschaad of in zijn veiligheid bedreigd.
- Zelfzorg: de zorg die iemand normaliter voor zichzelf heeft. Het gaat hierbij om de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en de persoonlijke verzorging en hygiëne. Daarbij hoort zo nodig ook de verpleegkundige zorg die de cliënt zelf moet kunnen bieden, zoals wondverzorging en het toedienen van medicatie.
- Regieproblemen: de cliënt heeft beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. Het gaat hierbij om zelfredzaamheid op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

#### 2.4 Relevante items voor het nieuwe afwegingskader

Het eerste en tweede lid van artikel 3.2.1 uit de Wlz bepalen wanneer de zorgbehoefte van de verzekerde zodanig is dat hij aanspraak heeft op langdurige zorg. Het recht bestaat voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen.

Er gelden de volgende cumulatieve eisen:

- de zorgbehoefte vloeit voort uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
- de verzekerde heeft permanent toezicht of voortdurende zorg in de nabijheid;

---

<sup>3</sup> Bij de operationalisering van dit begrip wordt aangesloten bij de terminologie uit de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.





- het CIZ heeft in een op aanvraag van de verzekerde genomen indicatiebesluit vastgesteld de zorgbehoefte is blijvend, en
- dat aan de eerste drie eisen is voldaan.

Onder permanent toezicht wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, dat tijdig ingrijpen mogelijk maakt. Met 24 uur per dag zorg in de nabijheid wordt bedoeld dat zorg en toezicht weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid nodig is, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Zorg is wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten.

Vervolgens komen in de Memorie van toelichting de volgende aspecten naar voren:

- er kan op elk moment iets (ernstig) mis gaan
- cognitieve beperkingen op het gebied van regievoering en regelvermogen
- noodzaak aan zorg op relevante momenten wordt niet altijd erkent en onderkent
- niet in staat om de noodzaak van behoefte aan de inzet van zorg in te schatten vanwege fysieke beperkingen of cognitieve beperkingen (zoals dementie, complexe NAH of ernstige verstandelijke handicap)
- niet in staat om zelf hulp in te roepen en hulp af te wachten
- gedragsproblematiek speelt vaak een rol
- er kan onverwacht gevaar optreden (bijvoorbeeld bij intensieve chronische ademhalingsondersteuning)
- een te verwachten risico dat de verzekerde ernstig nadeel zal overkomen doordat de verzekerde
- zich maatschappelijk te gronde richt
- zichzelf in ernstige mate verwaarloost
- ernstig lichamelijk letsel oploopt of zichzelf toebrengt
- ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad
- zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd
- het moet om een reëel risico gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen
- voortdurende begeleiding of overname van zelfzorg (ADL, wondverzorging, medicatie, mobiliteit, bewegen en verplaatsen).
- beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren, geheugen en oriëntatie.





## Bijlage 2.1 Passages uit de memorie van toelichting bij de Wlz

Bij de indicatiestelling zal het CIZ een landelijk uniform afwegingskader hanteren. In de HLZ-brief die de Staatssecretaris naar de Tweede Kamer heeft gestuurd, is op hoofdlijnen aangegeven welke groepen in de toekomst nog toegang krijgen tot de nieuwe volksverzekering en welke groepen voortaan terecht kunnen bij de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zvw. In dit wetsvoorstel zijn de toegangscriteria voor de Wlz nader uitgewerkt. Er is gekozen om de lat die de toegang bepaalt hoger te leggen dan in de AWBZ. Lichtere vormen van ondersteuning en zorg uit de AWBZ maken geen onderdeel meer uit van de Wlz.

In hoofdlijnen komt het erop neer dat een cliënt recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel; of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de cliënt, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
- door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
- door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Deze toegangscriteria zijn niet afhankelijk van de leeftijd van een persoon; zowel kinderen als volwassenen die aan deze criteria voldoen, kunnen gebruik maken van de Wlz. Dit geldt dus bijvoorbeeld ook voor ernstig meervoudig gehandicapte kinderen als de gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen qua tijd en intensiteit substantieel wordt overschreden.

De toegangscriteria zijn volledig gebaseerd op zorginhoudelijke criteria. De toegang tot de Wlz is geen afgeleide van de vraag of een gemeente voldoende heeft gedaan om iemand zo lang mogelijk thuis te ondersteunen vanuit de Wmo 2015 of van het feit of de zorgverzekeraar vanuit de Zvw voldoende zorg heeft geboden. Een dergelijk criterium heeft onvoldoende afbakenende kracht. Bovendien sluit dit niet aan bij het verzekeringskarakter van de Wlz.

De toegang tot de Wlz is onafhankelijk van het ondersteuningsaanbod dat gemeenten bieden en de lokale verschillen daartussen evenals het pakket aan zorg dat vanuit de Zvw behoort te worden geboden. De regering acht het niet wenselijk dat het CIZ zou moeten toetsen of gemeenten voldoende ondersteuning hebben geboden. Daarvoor dient de lokale democratie. De gemeenteraad controleert of er in de gemeente voldoende ondersteuning wordt geboden op grond van de Wmo 2015 en spreekt de verantwoordelijke wethouder erop aan indien dit niet het geval is. Tevens is het niet wenselijk dat het CIZ beoordeelt of de zorgverzekeraar voldoende zorg heeft geboden vanuit de Zvw.

In de toegangscriteria is niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt voor het beantwoorden van de vraag of iemand toegang tot de Wlz krijgt derhalve niet gekeken of de cliënt familie, vrienden of kennissen heeft die hem



kunnen verzorgen waardoor er geen zorg nodig zou zijn vanuit de Wlz. Hier is slechts één uitzondering op: van ouders wordt naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht dat zij hun kinderen verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Pas als de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit substantieel meer is ten opzichte van de zorg van ouders aan een kind zonder beperkingen van dezelfde leeftijd, kan er sprake zijn van toegang tot de Wlz (gebruikelijke zorg).

Indien iemand intensief ondersteund wordt door zijn eigen sociale netwerk, kan dat er natuurlijk wel toe leiden dat iemand zich later bij het CIZ meldt. Met uitzondering van de gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen, speelt bij het besluit van het CIZ of iemand toegang krijgt tot de Wlz zijn sociale omgeving, uiteindelijk dus geen rol. De sociale omgeving kan weer wel een rol spelen bij de keuze voor de leveringsvorm, de zorgplanbespreking en de uiteindelijke zorgverlening.

#### Nadere toelichting op Artikel 3.2.1

Dit artikel regelt wanneer aanspraak bestaat op zorg ingevolge deze wet. Daartoe geeft het artikel een zelfstandige “toegangsnorm” die gebaseerd is op de daadwerkelijke zorgbehoefte van de verzekerde. Met de zelfstandigheid van de norm wordt er op gedoeld dat toegang tot de Wlz niet afhangt van de vraag of de verzekerde er in slaagt andere aanspraken, zoals zorg uit de zorgverzekering of ondersteuning door de gemeente, te verwezenlijken, maar van de vraag of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden die in dit artikel zijn geformuleerd.

Het verlenen van aanspraken op grond van deze wet op de enkele grond dat een verzekerde niet door zijn zorgverzekeraar of door de gemeente wordt geholpen, zou die partijen een direct (ook financieel) belang geven bij het doorverwijzen naar de Wlz, en daarmee een te groot risico in zich bergen op afwenteling van kosten. Ook de verzekerde is gebaat bij een heldere normstelling om te voorkomen dat hij van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Om die reden is ervan afgezien te regelen dat de Zvw en de Wmo 2015 voorliggende voorzieningen zijn ten opzichte van deze wet. Het is veeleer andersom: de verzekerde die voldoet aan de entree-eis van de Wlz zal voor zorg die verzekerd is op grond van die wet geen beroep kunnen doen op de zorgverzekering of de Wmo 2015. Aldus sluit deze wijze van regeling op het niveau van de individuele aanspraken goed aan bij de nieuwe verantwoordelijkheidstoedeling op stelselniveau: de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde met hulp van de zorgverzekeraar, ondersteuning door de gemeente voor wie er op eigen kracht niet meer uitkomt, en een verzekerd recht op zorg op grond van de Wlz voor de verzekerden die de zwaarste zorg nodig hebben.

#### Eerste en tweede lid

Het eerste en tweede lid bepalen wanneer de zorgbehoefte van de verzekerde zodanig is dat hij aanspraak heeft op langdurige zorg. Het recht bestaat voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Er gelden de volgende cumulatieve eisen:



1. de zorgbehoefte vloeit voort uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
2. de verzekerde heeft permanent toezicht of voortdurende zorg in de nabijheid;
3. de zorgbehoefte is blijvend, en
4. het CIZ heeft in een op aanvraag van de verzekerde genomen indicatiebesluit vastgesteld dat aan de eerste 3 eisen is voldaan.

#### *“redelijkerwijs”*

Bij de in het eerste lid genoemde beoordeling of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg, wordt de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden, in aanmerking genomen. In paragraaf 2.2.1 van het algemeen deel van deze toelichting is reeds ingegaan op deze “gebruikelijke zorg”. Het CIZ kan middels beleidsregels (die in de AWBZ op grond van de artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit en in de Wlz op grond van artikel 21 van de Kaderwet door de Minister kunnen worden vastgesteld) invulling geven aan de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt. De weging van gebruikelijke zorg zal via de beleidsregels kunnen worden meegenomen door het CIZ.

#### **Ad 1: de grondslagen**

De zogenaamde grondslagen voor het recht op zorg zijn bekend uit de AWBZ. De psychiatrische grondslag is niet opgenomen in de aanhef van artikel 3.2.1, eerste lid, en geeft dus niet langer aanspraak op zorg ten laste van deze wet. Dit houdt verband met de overheveling van de zorg die uit deze grondslag voortvloeit naar de Zvw, waarop is ingegaan in paragraaf 6.3 van de memorie van toelichting. Hieraan zij toegevoegd dat dit niet uitsluit dat ten laste van de Wlz zorg voor een psychische stoornis wordt verleend aan een verzekerde die recht heeft op zorg op grond van deze wet in verband met een andere grondslag.

#### **Ad 2: de behoefte aan permanent toezicht**

Het onder 2 genoemde criterium geeft aan dat het gaat om een behoefte aan zorg die zo intensief is dat die in veel gevallen alleen in een instelling verantwoord kan worden verleend. De zorg kan echter onder omstandigheden ook elders worden verleend, zoals nader wordt toegelicht bij artikel 3.3.2. Indien de zorgbehoefte is gebaseerd op (ten minste) één van de genoemde grondslagen, verlangen de onderdelen a en b dat daarbij tevens sprake is van de in de onderdelen genoemde zorg. Onderdeel a bepaalt dat de verzekerde die aangewezen is op permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde een aanspraak heeft op zorg op grond van de Wlz. In het tweede lid van artikel 3.2.1 wordt met begripsbepalingen inhoudt gegeven aan de cruciale begrippen “permanent toezicht” en “ernstig nadeel voor de verzekerde”.

#### *“permanent toezicht”*

Onder “permanent toezicht” wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, dat tijdig ingrijpen mogelijk maakt. Doordat de verzekerde zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan



permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) mis gaan (“ernstig nadeel voor de verzekerde”, zie hieronder). Permanent toezicht heeft verschillende functies, afhankelijk van de soort problematiek. Het kan gaan om verzekerden met cognitieve beperkingen op het gebied van onder andere regievoering en regelvermogen. Hierdoor erkent en onderkent de verzekerde niet of niet altijd de noodzaak aan zorg op de relevante momenten. Hij is dus niet in staat om zelf hulp in te roepen en hulp af te wachten. Gedragsproblematiek speelt daarbij vaak een rol. De verzekerde kan echter ook fysieke problemen hebben waardoor onverwacht “gevaar” voor hem of de omgeving optreedt, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn bij intensieve chronische ademhalingsondersteuning. Het bieden van fysieke zorg kan nodig zijn om tijdig ingrijpen mogelijk te maken of om complicaties bij een ziekte te voorkomen. Ook indien zorg zeer frequent en ook op onregelde tijden moet worden geleverd en de verzekerde zelf niet tijdig hulp kan inroepen, kan permanent toezicht nodig zijn. Permanent toezicht houdt derhalve in dat de observatie niet alleen actief is, maar impliceert tevens dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener zeer beperkt is. Dat is niet alleen nodig om de zorgverlening verantwoord te laten zijn, maar ook uit het oogpunt van doelmatigheid. Hierdoor zal de verzekerde in een woonomgeving moeten verblijven die daar geschikt voor is. De afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener speelt niet zelfstandig een rol. Ook de mogelijkheden om technische hulpmiddelen (domotica), zoals camera’s, kunnen een actieve observatie en tijdige zorgverlening mogelijk maken.

#### *“ernstig nadeel voor de verzekerde”*

In de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wet zorg en dwang) wordt het begrip “ernstig nadeel voor de verzekerde” gebruikt in plaats van het gevaarscriterium, zoals al gebruikt in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. Het begrip “ernstig nadeel voor de verzekerde” is op de doelgroep van die Wet zorg en dwang afgestemd en geeft voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking beter dan het begrip “gevaar” aan wanneer een inbreuk op de vrijheidsrechten gerechtvaardigd is. Bovendien werd het begrip “gevaar” vaak ingevuld als “levensgevaar”, dat voor de groep psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten te beperkt is (zie ook Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3). In de Wlz wordt aangesloten bij de terminologie van de Wet zorg en dwang, met name omdat de mensen met een indicatie op grond van deze wet een sterke overeenkomst kent met die van de Wet zorg en dwang. In de Wlz kan het echter ook gaan om mensen die geen cognitieve beperkingen hebben en ook goed zelf regie kunnen voeren. Daarin verschilt de “doelgroep” van de Wlz met de Wet zorg en dwang, maar dat maakt voor de beschreven gevallen van ernstig nadeel geen verschil. Die genoemde gevallen zijn, anders als in de Wet zorg en dwang, limitatief opgesomd. Het gaat bij “ernstig nadeel voor de verzekerde” om een situatie waarin de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten, zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen, ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen, ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt. Het CIZ zal bij iedere indicatiestelling voor het betreffende individu kunnen onderbouwen waarom sprake is van een één of meer van deze situaties. Bij “ernstig nadeel voor de verzekerde” moet sprake zijn van een te



verwachten risico dat de verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg. Met het criterium van het ernstig nadeel is dan ook niet beoogd een verzorgingsbeginsel in het leven te roepen waarbij een “nul-risico” wordt nagestreefd. Dat zou ook een vertekend beeld geven van de risico's die in het leven bestaan en ook bijvoorbeeld ook bij verblijf in een instelling kan bestaan, zoals het bestaan van enig valgevaar. Bovendien moet het risico op ernstig nadeel voor de verzekerde altijd worden gezien in het licht van de mogelijkheden en beperkingen van een verzekerde. Er kunnen weliswaar risico's ontstaan door de verzekerde ook in zijn mogelijkheden te ondersteunen, maar de ondersteuning van die mogelijkheden dragen zelf ook bij aan het welzijn en welbevinden van de verzekerde. Enig risico moet dan worden afgewogen tegen de voordelen. De mogelijkheden van de verzekerde om te herstellen na een voorval kan daarbij ook meewegen.

#### Ad 2: de behoefte aan voortdurende zorg in de nabijheid

Onderdeel b van het eerste lid geeft aan dat de verzekerde is aangewezen op zorg indien hij een behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding of overname nodig heeft bij zelfzorg, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft. Met “24 uur zorg in de nabijheid” wordt bedoeld dat zorg en toezicht weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid nodig is, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. De verzekerde heeft bovendien behoefte aan zorg die voortdurend in de nabijheid is, bijvoorbeeld omdat hij zelf vaak niet de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten of omdat er vaak op ongeplande momenten zorg nodig is. In het eerste lid, onderdeel b, onder 1°, gaat het om de verzekerde die deze behoefte heeft wegens een fysiek probleem. Hierdoor bestaat een reële verwachting dat het fysieke probleem ertoe kan leiden dat de verzekerde in de situatie zal komen dat hij niet tijdig zelf hulp in kan schakelen. Hierbij is geen sprake van regieproblemen in de zin van cognitieve problemen, maar heeft de verzekerde wél een voortdurende behoefte aan begeleiding bij, of overname van, de “zelfzorg”.

#### “zelfzorg”

Het begrip “zelfzorg” houdt in de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen en de persoonlijke verzorging en hygiëne, met inbegrip van de basale taken met betrekking tot de zorg die eigenlijk door de verzekerde zelf moet worden geboden. Daarbij horen bij sommige verzekerden ook de verpleegkundige zorg die de verzekerde zelf moet kunnen bieden, zoals wondverzorging of het toedienen van medicatie. Het vermogen om die handelingen zelf te verrichten kan, indien relevant, immers medebepalend zijn bij de beantwoording van de vraag of de verzekerde 24 uur per dag in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Strikt genomen is er bij volledige overname van de zelfzorg geen sprake meer van zelfzorg, omdat niet verwacht kan worden dat de verzekerde zichzelf de zorg kan bieden. Het begrip zelfzorg geeft



echter richting aan de activiteiten die moeten worden meegenomen om een verlies aan zelfredzaamheid te beoordelen. De zelfredzaamheid op deze punten, in andere woorden het vermogen om deze handelingen zelf te verrichten, is bij de verzekerden die onder onderdeel b, onder 1°, vallen, zo beperkt dat die handelingen voortdurend begeleid of overgenomen moeten worden. Problemen met betrekking tot de mobiliteit, het bewegen en verplaatsen (in en rond huis) zijn feitelijk inbegrepen.

In het eerste lid, onderdeel b, onder 2°, gaat het om de verzekerde die een behoefte aan 24 per dag zorg in de nabijheid heeft vanwege (vooral) cognitieve beperkingen, zoals gevorderde dementie, complexe niet-aangeboren hersenletsel of een ernstige verstandelijke handicap. Net als bij de toelichting op het begrip “permanent toezicht” is gedaan, moet ook hierbij worden opgemerkt dat deze beperkingen en aandoeningen niet op zichzelf beslissend zijn om aan te nemen dat er regieproblemen zijn die 24 uur zorg in de nabijheid noodzakelijk maken om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen. Het gaat om een weging van de omstandigheden van het individuele geval, waarbij de mate van ernst van een bepaalde beperking of aandoening mede bepalend kan zijn, maar altijd in relatie tot de andere omstandigheden. Om duidelijk te maken op welke terreinen van de zelfredzaam deze regieproblemen problemen veroorzaken, is een omschrijving van het begrip “regieproblemen” opgenomen in het tweede lid.

#### *“regieproblemen”*

Met regieproblemen wordt in het eerste lid, onderdeel b, onder 2°, bedoeld dat de verzekerde beperkingen heeft in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. Het gaat in dit onderdeel echter niet om dagelijks voorkomende situaties (ADL), maar om de zelfredzaamheid op het gebied van bepaalde gebieden: de sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie. Regieproblemen kunnen zich immers voordoen op alle terreinen van de zelfredzaamheid, zoals die onder andere onderscheiden worden door de wetenschappelijk gevalideerde International Classification of Functioning (ICF). De ICF onderscheidt de volgende gebieden: het leren en toepassen van kennis, algemene taken en eisen, communicatie, mobiliteit, zelfverzorging, huishouden, tussenmenselijke interacties en relaties, belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven, waaronder ook vrijwilligerswerk), en maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven. Voor de beoordeling of een verzekerde aanspraak heeft op grond van onderdeel b, onder 2°, zijn echter niet al deze gebieden relevant. Begeleiding bij de belangrijke levensgebieden, gericht op maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven zijn vooral typisch voor hulp die vanuit de Wmo kan worden geboden. Het is daarom niet zinvol om de behoefte op zorg op grond van de Wlz op die gebieden te baseren. Voor de regieproblemen in de zin van het eerste lid, onderdeel b, onder 2°, gaat het om de gebieden die ook genoemd worden in artikel 6 van het te vervallen Besluit zorgaanspraken AWBZ, namelijk “sociale redzaamheid”, “probleemgedrag”, “psychisch functioneren” en “geheugen en oriëntatie”. Het is, in aanvulling op het eerste lid, onderdeel b, onder 1°, juist het probleem bij de regievoering op deze gebieden dat zal maken dat een verzekerde 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft en waardoor hij zelf niet in staat zal zijn om op relevante momenten hulp in te schakelen.





Bij de beide gronden van het eerste lid, onderdeel b is sprake van een noodzaak dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener beperkt is. Actieve observatie is weliswaar niet permanent nodig, maar de hulp moet snel beschikbaar zijn.

#### Ad 3

De Wlz is bedoeld om te voorzien in de behoefte aan zorg van mensen die levenslang en levensbreed op, doorgaans intensieve, zorg zijn aangewezen. In het tweede lid is dit uitgewerkt met de formulering dat het moet gaan om een zorgbehoefte die niet alleen intensief is, maar ook blijvend, van niet voorbijgaande aard, is. Aldus wordt zorg die op genezing gericht is, zoals bijvoorbeeld revalidatiezorg, buiten het bereik van de Wlz gehouden. In veel gevallen zal dit criterium inhouden dat er sprake is van een langdurige zorgbehoefte, die één jaar of langer zal bestaan. Dit zal echter niet altijd het geval zijn, zoals bij palliatief terminale zorg. In veel gevallen zal die zorg worden verleend aan het einde van het leven van een verzekerde die al aanspraak had op zorg als bedoeld in de Wlz. In dergelijke gevallen kan de bedoelde zorg uiteraard ten laste van de Wlz komen. Er zullen zich echter ook situaties voordoen waarin de betrokkene nog geen zorg vanuit de Wlz ontving, maar door de zorgverzekeraar of de gemeente werd ondersteund. In dergelijke gevallen komt palliatief terminale zorg ten laste van de Zvw. Zie ook de toelichting bij het vierde lid.

#### Ad 4

Een voor het ontstaan van het recht op zorg constitutief element is dat het CIZ in een indicatiebesluit heeft vastgesteld dat de verzekerde is aangewezen op langdurige zorg. In de AWBZ speelt het indicatiebesluit dezelfde rol (vergelijk artikel 9b, eerste lid, AWBZ). In het nemen van het indicatiebesluit, bedoeld in het eerste lid, wordt alleen bepaald of de verzekerde voldoet aan de in de in het eerste en tweede lid bedoelde criteria, en mitsdien aanspraak heeft op zorg. Welke zorg passend is, en in welke omvang die is aangewezen, wordt door het CIZ bepaald op grond van de artikelen 3.1.1, eerste lid, en 3.2.1, eerste lid. Zoals hierboven aangegeven zal het CIZ bij de indicatie uitgaan van bovengebruikelijke zorg en, net als nu in de AWBZ, de dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenote geacht worden om elkaar onderling te bieden (gebruikelijke zorg) meewegen.

#### Derde lid

De combinatie van een lichte verstandelijke handicap met gedragsproblemen kan zorgen voor een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Met de juiste behandeling wordt kan vooral de gedragsproblematiek vaak worden verminderd, zodat cliënten met deze problematiek geen blijvende zware zorgbehoefte hebben. Met dit lid wordt in een separaat indicatievereiste voorzien, zodat de personen voor wie de zorg vanaf niet langer op grond van de Jeugdwet wordt geleverd, vanuit de Wlz zorg krijgen. Zie ook paragraaf 2.2.1 van het algemene deel van deze toelichting.

#### Vierde lid

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt bepaald dat een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, geen recht heeft op vormen van zorg voor zover hij krachtens een zorgverzekering of een andere wettelijke regeling recht heeft op die zorg. Het zal hierbij in ieder geval gaan om intensieve kindzorg alsmede voor palliatief terminale zorg voor verzekerden die nog geen recht hebben op Wlz-zorg.



Op grond van het Besluit zorgverzekering worden deze vormen van zorg onderdeel van de aanspraak wijkverpleging. In de algemene maatregel van bestuur op grond van het vierde lid van 3.2.1 zal deze zorg worden uitgesloten van het recht op zorg vanuit de Wlz.

#### Vijfde lid

Op grond van dit lid kunnen bij of krachtens de AMvB regels worden gesteld met betrekking tot het eerste tot en met derde lid. Dit maakt het mogelijk om een nadere invulling te geven aan hetgeen in die leden wordt geregeld. Bijvoorbeeld het regelen van de “gebruikelijke zorg” zoals die gebruikt wordt voor de vraag of de verzekerde redelijkerwijs op zorg is aangewezen.





### 3. Literatuuronderzoek cliëntkenmerken

#### 3.1 Inleiding

Stijgende zorgkosten en beschikbaarheid van goede zorg voor degenen die het nodig hebben, zijn wereldwijd thema's die hoog op de agenda staan bij beleidsmakers en onderzoekers. Daarbij is, onder andere vanwege de vergrijzing, veel aandacht voor de langdurige zorg voor mensen met chronische aandoeningen (omdat de ouderdom vaak chronische aandoeningen met zich meebrengt). Er is dan ook veel literatuur beschikbaar over de gebruikers van langdurige zorg (thuiszorg en intramuraal) en de voorspelling van gebruik aan de hand van kenmerken van gebruikers. Bij de voorspelling van gebruik gaat het vaak over sociodemografische kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, type huishouden en inkomen (zie bijvoorbeeld Martikainen et al., 2009 en Meijer, Koopmanschap, Bago d'Uva & Doorslaer, 2011). Ook 'zorg-inhoudelijke' kenmerken van gebruikers, zoals de aanwezigheid van (bepaalde) aandoeningen en de mate van beperking, spelen een rol in het gebruik van langdurige zorg. Het CIZ heeft dit in de inleiding van haar recente rapport 'Zorgbiografieën van AWBZ-cliënten' kernachtig samengevat (Centrum Indicatiestelling Zorg, 2014).

Veel onderzoeken hebben tot doel om groepen of kenmerken te inventariseren waarbij juist mogelijkheden zijn om de zorg thuis te organiseren en daarmee langdurige opname te voorkomen. Dat zijn de groepen waar - naar men aanneemt - winst kan worden verwacht, zowel in kwaliteit van leven (omdat mensen het liefst zolang mogelijk in de eigen omgeving blijven) als in kosten van zorg (omdat de veronderstelling is dat het thuis goedkoper is). Ook in onderzoek dat wordt uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse overheid en andere partijen staat vaak de vraag centraal 'wat kan thuis'. Of beter gezegd: *onder welke voorwaarden* kan het thuis, zoals in onderzoeken voor respectievelijk ActiZ, ministerie van VWS en ministerie van BZ (Bureau HHM, 2012; Bureau HHM, 2013a; RIGO Research en Advies, 2014).

De vraag voor dit literatuuronderzoek was welke cliëntkenmerken bepalend zijn voor de toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz), gezien de criteria die in de wet zijn vastgelegd. Het gaat om het achterhalen van cliëntkenmerken van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid, vanwege dreigend ernstig nadeel. Ook wilden we meetinstrumenten inventariseren die deze cliëntkenmerken en/of hun zorgbehoefte meten. In deze rapportage beschrijven we de aanpak die we hebben gevolgd om literatuur te vinden en te beoordelen en geven we een overzicht van de cliëntkenmerken die we hebben gevonden.

#### 3.2 Aanpak

Met het oog op het doel en de beschikbare tijd hebben we een zoekstrategie in vijf stappen gehanteerd. Deze zoekstrategie is afgestemd met en goedgekeurd door de projectgroep en de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) die voor dit onderzoek is samengesteld:

1. Om de gewenste informatie te krijgen, hebben we zoektermen zowel in het Engels als in het Nederlands opgesteld. Een overzicht van de zoektermen vindt u in bijlage 3.1. De zoektermen hebben we, in verschillende combinaties, ingevoerd in verschillende databases.



2. We hebben primair gebruik gemaakt van de zoekmachine Google Scholar, omdat deze een zeer groot deel van de wetenschappelijke literatuur dekt. In aanvulling hierop hebben we gezocht in ERIC, PubMed en Cochrane Library. We hebben de selectie beperkt tot artikelen die verschenen zijn vanaf het jaar 2005.
3. De resultaten van iedere zoekactie hebben we gescreend op relevantie voor het doel van de literatuursearch. De eerste selectie vond plaats op basis van de titel: bevat de titel aanwijzingen dat het artikel een beeld geeft van relevante cliëntkenmerken en/of toelatingscriteria? Van deze voorselectie hebben we vervolgens de abstract (samenvatting) doorgenomen, om te bepalen of we het item wilden meenemen in het literatuuronderzoek.
4. In deze stap hebben we de geselecteerde items doorgenomen om er de relevante cliëntkenmerken en mogelijke vragenlijsten uit te kunnen halen. In deze rapportage doen we verslag van onze bevindingen. Items die gebruikt zijn, zijn opgenomen in de literatuurlijst (zie bijlage 3.2). Daarnaast hebben we veel stukken gelezen die niet directe relevantie hadden voor het doel van de literatuurstudie, maar wel interessant waren als achtergrondinformatie.
5. De laatste stap betrof het doornemen van referenties, citaties en het zoeken op bekende auteurs (sneeuwbalmethode).

Verder hebben verschillende WAR-leden suggesties aangedragen voor het literatuuronderzoek, zowel zoektermen als auteurs en concrete artikelen. Alle suggesties hebben we doorgenomen en waar mogelijk verwerkt in de literatuurstudie. Een aantal suggesties had betrekking op meetinstrumenten; deze hebben we gebruikt in het overzicht met meetinstrumenten ten behoeve van een volgende stap in het proces van de ontwikkeling van het afwegingskader.

Via Google Scholar kregen we bij het zoeken op één of twee zoektermen duizenden hits. Bijvoorbeeld: we hebben gezocht op de combinatie “patient characteristics” en “nursing home residents” (ongeveer 2.670 resultaten voor de periode vanaf 2005). Om niet teveel tijd kwijt te zijn aan irrelevante bijvangst, voegden we dan een extra zoekterm toe, bijvoorbeeld “admission criteria”, wat het zoekresultaat verkleinde tot enkele tientallen tot zo’n tweehonderd hits (in het concrete voorbeeld bleven 50 hits over). Na screening op titels bleven er maar enkele artikelen over en daarvan vielen de meeste ook weer af na lezen van de samenvatting. Door te variëren op één of meer zoektermen probeerden we andere relevante items te vinden (bijvoorbeeld “residential care” in plaats van “nursing home residents” en “placement” in plaats van “admission”). Over het geheel gezien viel het tegen om literatuur te vinden die specifiek betrekking heeft op de doelgroep van de Wlz zoals gedefinieerd in het wettelijke kader en iets zegt over de kenmerken die maken dat Wlz-verblijf noodzakelijk is. Via de andere zoekmachines en databases was het resultaat nog beperkter.

Wat snel duidelijk werd, is dat er veel overeenkomsten zijn in de kenmerken die gebruikt worden om cliëntgroepen binnen de zorg te beschrijven. Meer specifieke gegevens over de criteria voor toegang tot de Wlz waren echter niet beschikbaar. Zoals we verderop in deze rapportage beschrijven, hebben we daarom vooral ingezoomd op de kenmerken die in literatuur worden gebruikt. In een latere fase van het traject kunnen we deze, samen met de uitkomsten van de interviews en data-analyse, ‘matchen’ met de toegangscriteria in de wettekst Wlz.



Naast de wetenschappelijke literatuur hebben we diverse praktijkgerichte onderzoeken doorgenomen die afgelopen jaren zijn verricht in het kader van de (extramuralisering van) de ZZP's. Een aantal daarvan is door bureau HHM uitgevoerd, andere hebben we gevonden via Google en de website van het ministerie van VWS. Ook hier hebben we de sneeuwbalmethode toegepast.

### 3.3 Kenmerken gebruikers langdurige zorg

Omdat veel onderzoeken een beschrijving geven van kenmerken van gebruikers van langdurige institutionele zorg, kunnen we hieruit een aantal mogelijk relevante variabelen afleiden. Een complicerende factor bij beschrijvingen van huidige gebruikers is dat de kwaliteit van de zorg of de manier waarop cliënten de setting ervaren, ook van invloed is op deze kenmerken. Sommige gezondheidsproblemen of beperkingen in het functioneren ontstaan juist (mede) als gevolg van de opname in een instelling (denk aan depressieve gevoelens, gedragsproblemen en onder- of overgewicht).

Bij de beoordeling van niet-Nederlandse publicaties moeten we bovendien rekening houden met de verschillen tussen landen in het aanbod van verblijfszorg en de organisatie en financiering daarvan; deze zijn in grote mate bepalend voor het aantal gebruikers en hun kenmerken. Naast zorginhoudelijke kenmerken kunnen bijvoorbeeld ook sociaal-economische factoren een rol spelen in de toekenning van verblijfszorg (bijvoorbeeld ontoereikende huisvesting vanwege armoede). Ook culturele verschillen spelen een rol in zorggebruik, bijvoorbeeld door de mate waarin het 'normaal' is om als kinderen (of breder: als gemeenschap) voor ouderen te zorgen. Illustratief is bijvoorbeeld de bevinding van Kim, Cho en June (2006) dat in Zuid Korea juist de zwaardere cliënten door de thuiszorg worden bediend in plaats van in verpleeghuizen. De auteurs zoeken verklaringen in de zorgfinanciering aldaar (gespecialiseerde verpleging kan alleen vanuit ziekenhuis-gerelateerde instellingen worden geleverd en dat zijn altijd thuiszorginstellingen; bovendien valt verpleeghuiszorg niet onder de nationale zorgverzekering). Ook lijken de opvattingen van mensen over ziekte, ouderdom en de zorg voor elkaar een rol te spelen (wanneer mensen serieus ziek zijn en richting levenseinde gaan, willen zij thuis zijn bij geliefden en niet in een instelling).

De volgende kenmerken komen naar voren uit de literatuurstudie:

- Functionele of ADL-beperkingen
- Instrumentele ADL-beperkingen (IADL)
- Mobiliteit
- Cognitieve beperkingen (cognitief functioneren)
- Gedragsproblematiek
- Chroniciteit, chronische ziekten
- Comorbiditeit, multiproblematiek
- Complexiteit, complicaties
- Psychosociale problematiek

Onderstaande overzichten geven per kenmerk de elementen weer die we hebben gevonden in de (onderzoeks) literatuur. Een aantal belangrijke opmerkingen hierbij:

- Het geeft van de door ons gevonden literatuur een beeld van de kenmerken die gebruikt worden om cliënten te beschrijven. Vanwege het doel van de studie en de beschikbare tijd is het geen uitputtend overzicht van literatuur waarin deze kenmerken voorkomen.
- In aanvulling op het eerste punt: de genoemde artikelen beweren niet dat dit de bepalende, doorslaggevende kenmerken zijn waarom iemand langdurige zorg (of specifiek verblijfszorg) nodig heeft. Het zijn kenmerken die relevant zijn om gebruikers van langdurige (verblijfs)zorg te beschrijven.
- We nemen niet alle gerapporteerde kenmerken op, maar focussen op de criteria die samenhangen met de criteria van de Wlz. Voorbeeld van kenmerken die we niet hebben opgenomen zijn sociaal-demografische kenmerken (zoals leeftijd en geslacht) en algemene gezondheidsaspecten zoals mondzorg.

#### Functionele of ADL-beperkingen<sup>4</sup>

In hun onderzoek naar opnames vanuit de thuissituatie naar intramurale dementiezorg hebben Verbeek et al. (2012) ADL gemeten met de schaal van Katz, die de volgende items bevat:

- wassen
- kleden
- toiletgang
- verplaatsen binnenshuis
- continëntie
- voeden

Dit komt overeen met de activiteiten die Singh (2010) noemt, maar in plaats van het algemene 'verplaatsen binnenshuis' noemt hij transfers in/uit bed of stoel. Borryo et al. (2002) nemen in het algemeen lopen/mobiliteit op.

De MDS-ADL (gebruikt door Giuliani, 2008; Onder et al. 2012) bevat naast de eerder genoemde items:

- motoriek
- persoonlijke hygiëne

Giuliani et al. (2008) maten naast de MDS-ADL het lichamelijke functioneren van mensen wat betreft hun tilvermogen, loopsnelheid, opstaan uit een stoel en lichaamsbalans.

Toiletgang, eten, transfers en bedmobiliteit zitten ook in de ADL-index die door verschillende onderzoekers is gebruikt. (Shugarman, Fries & James, 2000; Kim et al., 2006; Fries, Schroll, Hawes, Gilgen, Jonsson & Park, 1997)

Activiteiten van het dagelijks leven maakten in eerste instantie ook onderdeel uit van de set gezondheidsindicatoren van de Pomona-studie, gericht op mensen met een verstandelijke beperking. ADL is echter in de definitieve versie vervallen (Van Schrojenstein et al., 2007). In de rapportage van Evenhuis & Hermans (2013), ook over mensen met een verstandelijke

<sup>4</sup> In het Engelse taalgebied staat deze afkorting voor 'Activities of Daily Living'. In het Nederlands bestaat ook de term 'Activiteiten van het Dagelijks Leven', maar de afkorting ADL wordt hier meestal gebruikt voor 'Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen'. Qua inhoud komen de begrippen grotendeels overeen.



#### Functionele of ADL-beperkingen<sup>4</sup>

beperking, is ADL wel gebruikt als maat voor zelfredzaamheid. Daar gaat het om alle eerder genoemde items.

Ook in de praktijkgerichte onderzoeken komen vergelijkbare ADL-items voor (RIGO, 2014; Bureau HHM, 2013a; Bureau HHM, 2013b)

#### IADL-beperkingen

Singh (2010) beschrijft IADL als activiteiten die noodzakelijk zijn voor een onafhankelijk leven. De I staat voor 'instrumental/instrumenteel'. Evenhuis en Hermans (2013) beschrijven instrumentele ADL als vaardigheden om een eigen huishouding te voeren. Het gaat om:

- telefoneren
- boodschappen doen
- eten klaarmaken
- huishouden doen
- de was doen
- buitenshuis ergens heen gaan
- medicatie innemen
- met geld omgaan

#### Mobiliteit

Borrayo et al. (2002) inventariseerden alleen of iemand hulp nodig heeft bij mobiliteit (een beetje of volledige hulp) of hierbij onafhankelijk is van anderen.

Eissens van der Laan et al. (2014) scoren voor mobiliteit het vermogen van de persoon om boodschappen te doen, buitenshuis te lopen, zich aan en uit te kleden en de ruimte te bezoeken.

Martinez-Leal et al. (2011) en Van Schroyen et al. (2007) rapporteren wel over mobiliteitsproblemen, maar niet met welke items dit is gemeten.

In de rapporten van bureau HHM (2012) en RIGO (2014) vonden we de volgende items in relatie tot mobiliteit:

- Beperkingen in mobiliteit
- Valgevaar
- Rolstoelgebonden

### Cognitieve beperkingen

Verschillende onderzoekers gebruiken de Cognitive Performance Scale, CPS (Fries et al., 1997; Kim et al., 2006; Onder et al., 2012). Dit is een beslisboom waar de volgende items in voorkomen:

- comateus
- korte termijn geheugen
- beslissingen nemen
- begrepen worden door anderen (zich begrijpelijk maken)
- zelfstandig kunnen eten

De categorie Cognitieve beperkingen in de classificatie die Shugarman et al. (2000) gebruiken, bevat de items korte termijn geheugen, herinnering (recall), en beslissingen nemen.

In de studie van Eissens van der Laan, Van Offenbeek, Broekhuis en Slaets (2014) zijn voor het domein 'cognitieve behoefte' de ervaren klachten bij het geheugen meegenomen.

Voor cognitieve beperkingen werd door Borrayo et al. (2002) een gewogen gemiddelde gebruikt om data uit verschillende vragenlijsten (waaronder de MDS-RAI) met elkaar te kunnen vergelijken. De MDS-RAI bevat een aantal items voor cognitief functioneren waarmee de CPS kan worden ingevuld.

Cognitief functioneren werd door Giuliani et al. (2008) gemeten met de MDS-COGS (Cognition Scale), die acht items meet op het gebied van geheugen, oriëntatie en beslissingen nemen.

Uit de praktijkgerichte onderzoeken leiden we nog de volgende aspecten af:

- Regieverlies
- Initiatiefloos
- Verlies van dag- en nachtritme  
Niet kunnen alarmeren en wachten op opvolging.

(RIGO, 2014; Bureau HHM, 2012)

In de huidige situatie hanteren zorgaanbieders als één van de contra-indicaties voor het gebruik van het volledig pakket thuis<sup>5</sup> (vpt) dat cliënt niet zelf hulp kan inroepen (alarmeren). (Bureau HHM, 2010)

### Gedragsproblematiek

Gedragsproblemen zijn bij Shugarman et al. (2008) geoperationaliseerd als:

- dwalen
- verbaal agressief
- lichamelijk agressief
- sociaal ontwrichtend gedrag
- hallucinaties

<sup>5</sup> Het vpt is een vorm van verzilveren van een verblijfsindicatie, waarbij de cliënt zelf de huisvesting regelt en de volledige zorg en diensten (zoals maaltijden) ontvangt vanuit de AWBZ.



## Gedragsproblematiek

Met uitzondering van het laatste item komt dit overeen met de items die Fries et al. (1997) gebruiken.

In hun onderzoek naar de gezondheidssituatie van mensen met een verstandelijke beperking hebben Martinez-Leal et al. (2011) gebruikgemaakt van de Pomona-vragenlijst (zie ook Van Schrojenstein et al., 2007). Gedragsproblematiek wordt daarin gemeten met de Aberrant Behaviour Checklist (ABC), die specifiek voor mensen met VB is gemaakt. Deze bevat vijf subschalen met in totaal 58 items:

- Irritability, Agitation, Crying (15 items)
- Lethargy/Social Withdrawal (16 items)
- Stereotypic Behavior (7 items)
- Hyperactivity/Noncompliance (16 items)
- Inappropriate Speech (4 items)

Onder et al. (2012) gebruikten en toetsten InterRAI<sup>6</sup> als instrument voor verpleeghuisbewoners. Het is niet duidelijk welke items ze daarbij hebben meegenomen. InterRAI bevat verschillende schalen, waaronder een schaal voor agressie met de items:

- verbaal geweld
- fysiek geweld
- sociaal ontwrichtend gedrag
- zorgmijdend gedrag

Daarnaast is er een schaal voor geweld richting anderen met verschillende indicatoren voor geweld (agressief gedrag, intimidatie, gewelddadige gedachten, extreem verstorend gedrag en politie-ingrijpen voor geweldsmisdrijven). Tot slot is er een schaal voor geweld richting zichzelf, met items als het overwegen van zelfverwonding, poging tot zelfverwonding met de dood als doel, ernst van depressie, bezorgdheid van anderen over mogelijkheid van zelfverwonding.

Evenhuis & Hermans (2013) hebben gedragsproblematiek ook opgenomen in hun vergelijking van cliënten met een VG-ZZP, maar het is onduidelijk wat de achterliggende meting is.

Verbeek et al. (2012) gebruiken de NPI-Q voor het meten van gedragsproblematiek. Deze bevat de volgende items:

- Wanen
- Hallucinaties
- Agitatie/Agressie
- Depressie/Dysforie
- Angst
- Euforie/opgetogenheid
- Apathie/onverschillig
- Ontremd gedrag
- Prikkelbaarheid/Labiliteit
- Doelloos repetitief gedrag
- Nachtelijke onrust/Slaapstoornis
- Eetlust/Eetgedrag verandering

Uit praktijkgerichte onderzoeken komen de volgende items naar voren:

- Dwaalgedrag

<sup>6</sup> In Nederland geïmplementeerd als RAIview door het NIGW, waarvan we uitgebreide informatie hebben ontvangen ten behoeve van het onderdeel meetinstrumenten.



### Gedragsproblematiek

- Decorumverlies
- Probleem vormen voor andere cliënten/buurtbewoners (Bureau HHM, 2010; 2012)

### Chroniciteit, chronische ziekten

We gaven eerder al aan dat chronische ziekten op zich geen reden zijn voor langdurige zorg (Singh, 2010), maar in verschillende onderzoeken wordt chroniciteit wel als indicator gebruikt. Burrayo et al. (2002) telden het aantal chronische ziekten dat iemand had. Eissens van der Laan et al. 2014 hebben voor hun segmentatie gebruikgemaakt van INTERMED, waar onder de noemer 'biologisch' gekeken wordt naar chroniciteit.

### Comorbiditeit, multiproblematiek

Door Kim et al. (2006) is comorbiditeit gemeten door het aantal ziekten te tellen, zoals op cliëntniveau gemeten met de RAI (Resident Assessment Instrument). Ook Giuliani et al. (2008) gebruiken het aantal comorbide condities.

Verbeek et al 2012 gebruiken de Charlson Comorbidity Index. Deze index is gebaseerd op ICD-9 of ICD-10 codes, en definieert 17 comorbiditeiten. Aan iedere comorbiditeit wordt een gewogen score toegekend, gebaseerd op het relatieve risico van sterfte na één jaar.

Evenhuis (2014) definieert multimorbiditeit als twee of meer chronische aandoeningen die een negatieve invloed hebben op het functioneren in het dagelijks leven. Op basis van de verzamelde GOUD-data is een lijst opgesteld van 20 aandoeningen: perifeer arterieel vaatlijden, beroerte (CVA), overig hart- en vaatlijden, diabetes mellitus type I en type II, kanker, visusproblemen, gehoorproblemen, osteoporose, epilepsie, schildklieraandoeningen, depressie, angst, dementie, autisme, obstipatie, chronische longziekte (COPD) en astma, reflux van maagzuur, slikproblemen, ernstige gedragsproblemen en immobiliteit.

Uit praktijkgerichte onderzoeken van Bureau HHM (2012) en RIGO (2014) komt naar voren dat de combinatie van meerdere aandoeningen een kenmerk is van de doelgroep die nu gebruikmaakt van langdurig intramurale zorg.

### Complexiteit, complicaties

Complexiteit is bij Shugarman et al. (2000) vooral medische of klinische complexiteit. Er zijn drie categorieën, waarbij de zwaarste bestaat uit bijvoorbeeld tracheostomie en uitzuigen, de tweede categorie bevat o.a. multiple sclerose en decubitus en de derde en lichtste categorie uitdroging, transfusies en dialyse. Deze indeling heeft te maken met de hoogte van de kosten die met behandeling en begeleiding van de aandoeningen gemoeid is.





### Complexiteit, complicaties

Kim et al. 2006 nemen in hun vergelijking van thuiszorg- versus verpleeghuiscliënten het aantal complicaties mee.

In INTERMED is onder de noemer 'biologisch' zowel ernst als complexiteit en complicaties opgenomen (Eissens van der Laan et al., 2014).

### Psychosociale problematiek

Onder de noemer 'sociale behoeften' hebben Eissens van der Laan et al. (2014) gevraagd of mensen leegheid ervaren, mensen om zich heen missen en zich alleen gelaten voelen.

De InterRAI, het instrument dat wordt gebruikt in de SHELTER studie (Services and Health for Elderly in Long TERM care), bevat psychosociaal welbevinden als item (Onder et al., 2012)

RIGO 2014; bureau HHM 2012: Eenzaamheid, gevoel van onzekerheid en angst.

Wat we niet in het overzicht opnemen, zijn de verschillende ziekten en diagnoses die een voorspeller kunnen zijn van langdurige zorg. Singh (2010) benadrukt dat het hebben van chronische aandoeningen op zich geen reden is voor langdurige zorg. Het gaat vooral om de verzwaring van een chronische aandoening door comorbide problemen (bijkomende problematiek) die de belangrijkste reden zijn van toenemende beperkingen en daardoor toenemende noodzaak van ondersteuning. Ook Onder et al. (2012) geven aan dat de zorgbehoefte zelden voortkomt uit puur de medische diagnose, maar veel meer uit de functionele en sociale gevolgen van gezondheidsproblemen.

Iets dergelijks geldt voor mensen met een verstandelijke beperking: het IQ alleen is een slechte voorspeller van type en hoeveelheid ondersteuning die iemand nodig heeft (Moonen, Buntinx & Didden, 2011). Mede gezien het feit dat de uitslagen van IQ-testen niet stabiel zijn (een persoon kan verschillende IQ-scores hebben op verschillende testen (SCP, 2010)). Het gaat veel meer om de beperkingen die voortkomen uit de aandoening, stoornis of handicap en de ondersteuningsbehoefte die daarmee samenhangt.

Voor de GGZ heeft bureau HHM eerder literatuuronderzoek gedaan (2013c). Uit dit onderzoek komt naar voren dat bepaalde diagnoses wel vaker leiden tot langdurig verblijf (vooral schizofrenie en psychotische stoornissen), maar dat de diagnose op zich niet het meest bepalend is. Het is vooral de "combinatie met andere factoren die de ernst en complexiteit van de problematiek vergroten. Het gaat onder andere om comorbiditeit met andere psychische stoornissen, samenloop met een verstandelijke beperking en (ernstige) gedragsproblemen." Om deze reden hebben we geen specifieke ziekten, stoornissen, aandoeningen en dergelijke opgenomen. Voor de vaststelling van de 'blijvendheid' van de problematiek en de grondslag waarop toegang tot de Wlz wordt verleend, zijn deze uiteraard wel van belang.



### 3.4 Inzoomen op cliëntgroepen

Vanwege de verschillende ‘doelgroepen’ in de langdurige zorg kijken we welke factoren in het bijzonder genoemd zijn bij bepaalde groepen. Dit geeft een beeld van kenmerken die in sterke(re) mate een rol spelen bij de betreffende cliëntgroep en die mogelijk in het afwegingskader een nadrukkelijker rol kunnen spelen bij beoordeling van een cliënt uit de betreffende cliëntgroep.

#### Ouderen met een somatische of psychogeriatrische aandoening

Ouderen vormen een grote doelgroep binnen de langdurige zorg (thuiszorg en verblijf) en een groot deel van de gevonden studies richt zich specifiek op de doelgroep ouderen. De Amerikaanse review door Gaugler, Duval, Anderson en Kane (2007) van studies naar voorspellers van opname van ouderen in het verpleeghuis<sup>7</sup> constateert dat functionele en cognitieve beperking (‘functional and cognitive impairment’) de sterkste voorspellers zijn voor verpleeghuisopname. Ook in de review van Miller en Weissert (2000) komen ADL-beperkingen en cognitieve beperkingen naar voren als sterke voorspellers van opname van ouderen in een instelling voor langdurige zorg (‘institutionalization’, in dit artikel gelijkgesteld aan ‘nursing home placement’). Uit de LASA-studie naar mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik blijkt dat de instroom van Nederlandse ouderen in de intramurale AWBZ vooral samenhangt met leeftijd en met het aantal lichamelijke beperkingen. Preventieve factoren voor intramurale zorg zijn een groter sociaal netwerk, een hoge mate van emotionele steun uit het netwerk en vooral ook het hebben van een particuliere huishoudelijk hulp. Mensen die intramurale zorg nodig hadden waren in de periode daaraan voorafgaand vaker alleenstaand en hadden een hogere score op eenzaamheid (Plaisier, Tilburg & Deeg, 2011).

Specifiek voor mensen met dementie is er de typering Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, de neuropsychiatrische symptomen die naast de cognitieve en functionele problematiek het ziektebeeld bepalen.

Het spectrum omvat (BPAC, z.j.):

- Agressie
- Agitatie of rusteloosheid, schreeuwen
- Angst
- Depressie
- Psychose, wanen, hallucinaties
- Repetitief stemgebruik, vloeken, zweren
- Slaapstoornissen
- Schaduwen (de zorgverlener volgen)
- ‘Sundowning’ (het gedrag verergert na 17.00 uur)
- Dwalen
- Non-specifiek verstoord gedrag

<sup>7</sup> ‘Nursing home’, hier vertaald als verpleeghuis maar mogelijk betreft het ook de doelgroep die in Nederland in het zogeheten verzorgingshuis zit. Wong, Elderkamp-de Groot, Polder en Van Exel (2010) maken onderscheid tussen ‘nursing home’ en ‘home for the elderly’, wat waarschijnlijk gelijkstaat aan respectievelijk verpleeghuis en verzorgingshuis. Uit andere literatuur hebben we echter de indruk dat ‘nursing homes’ niet alleen de intensievere zorg leveren.



### Mensen met een lichamelijke beperking

Opvallend is dat we mensen met een lichamelijke beperking niet expliciet zijn tegengekomen in het literatuuronderzoek. Bij mensen die een lichamelijke handicap hebben, is over het algemeen geen sprake van de noodzaak van permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid, tenzij er ook sprake is van cognitieve problemen, bijvoorbeeld door niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Een andere reden voor toezicht en zorg in de nabijheid kunnen medische aandoeningen zijn die om (verpleegkundig) handelen vragen wat binnen een responstijd van enkele minuten na de alarmoproep moet plaatsvinden. Zeker als mensen zelf niet in staat zijn tot alarmeren is permanent toezicht geboden (bijvoorbeeld bij cliënten met beademingsapparatuur).

Wij verwachten dat de problematiek van deze cliëntgroep met de kenmerken in paragraaf 3 behoorlijk in beeld kan worden gebracht en dat eventuele andere belangrijke kenmerken kunnen worden aangevuld vanuit de interviews met professionals.

### Mensen met verstandelijke beperking

Specifiek voor mensen met een verstandelijke beperking kwamen we (naast kenmerken die in de overzichten staan) nog de volgende kenmerken tegen die mogelijk een rol spelen bij langdurig intensieve zorg: epilepsie, gewicht, beperkte visus, mate van verstandelijke beperking (Martinez-Leal et al., 2011). In hun studie naar 50-plussers met een indicatie voor een ZZP-VG noemen Evenhuis en Hermans (2013) de volgende kenmerken om verschillen tussen VG-cliënten te laten zien:

- Mate van de verstandelijke beperking.
- Indicatoren voor lichamelijke gezondheid: overgewicht (BMI), rolstoelafhankelijkheid, epilepsie, sarcopenie (te lage spiermassa).
- Indicatoren voor geestelijke gezondheid: autisme spectrum stoornis, gedragsproblemen, symptomen van depressie en angst, dementie.

Daarnaast nemen zij chronische multimorbiditeit, polyfarmacie, geriatrische kwetsbaarheid (zie ook Evenhuis, 2013) en aantal life events mee in hun vergelijking van VG-cliënten met een ZZP. Hoewel niet systematisch door ons nagegaan, herkennen we epilepsie, overgewicht, psychische stoornissen, autisme, gedragsproblematiek, dementie en zintuiglijke handicaps als bijkomende problematiek voor mensen met een verstandelijke beperking (op grond van het rapport van de NVAVG (2012) en publicaties van het Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking die buiten de selectie voor het literatuuronderzoek vielen en daarom niet afzonderlijk zijn beoordeeld).

Hoewel de wens van de mantelzorger om een verwant al dan niet voor verblijf te indiceren geen onderdeel uitmaakt van het wettelijke kader (zie memorie van toelichting), is het wel interessant te kijken welke redenen mensen hebben voor opname van hun familielid. Colvin (2006) heeft dit onderzocht voor familieleden van mensen met een verstandelijke beperking. Uit zijn studie blijkt dat mensen kiezen voor opname omdat zij (te) grote problemen ervaren in het omgaan met de zorg voor en het toezicht op hun verwant. Dit kan te maken hebben met de ernst van de beperkingen, de grote behoefte aan medische en lichamelijke zorg, gebrekkig functioneren en onaangepast gedrag van de persoon met de verstandelijke beperking.



Hierin komen verschillende factoren terug die we in de literatuurstudie hebben gevonden.

#### Jongeren met licht verstandelijke beperking

De mate waarin lvb-jeugdigen behoefte hebben aan ondersteuning is afhankelijk van het functioneren, de leefomgeving en bijkomende problematiek zoals leerproblemen of psychiatrische problematiek (Zoon, 2012). Het merendeel functioneert prima in de maatschappij en heeft geen professionele ondersteuning nodig. Er is echter een groep die problematisch gedrag vertoont en hierdoor (extra) ondersteuning nodig heeft. Hiervoor zijn in de huidige AWBZ de ZZP's LVG 1-5. Voor kinderen tot achttien jaar wordt deze ondersteuning onderdeel van de nieuwe Jeugdwet. Het gaat hierbij om integrale behandelen in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij die wordt ingezet voor een bepaalde periode. Deze groep valt, ondanks de mogelijk niet-blijvende behoefte aan Wlz-ondersteuning, onder de reikwijdte van de Wlz wanneer de cliënt 18 jaar is/wordt.

Specifieke kenmerken van deze groep liggen allereerst op het cognitieve domein. Ze hebben een beperkt werkgeheugen, met negatieve gevolgen voor executieve functies en taalgebruik/taalbegrip (wat op zijn beurt weer gevolgen heeft voor de manier waarop emoties kunnen worden geuit en beheerst). Ook zijn de meta-cognitieve vaardigheden minder ontwikkeld, waardoor lvb-jeugdigen moeite hebben om ervaringen te generaliseren en ervan te leren voor toekomstige situaties.

Ook de emotionele ontwikkeling van lvb-jongeren blijft achter en ze hebben beperkingen in het geweten en empathisch vermogen. Daarnaast hebben ze een gebrekkige zelfsturing, wat in combinatie met de andere factoren leidt tot een beperkte impulscontrole. Tot slot hebben lvb-jeugdigen een afwijkende sociale informatieverwerking, waardoor zij een (probleem)situatie vaker oplossen met agressief of juist passief gedrag. Dit heeft negatieve gevolgen voor hun sociale contacten en (indirect) voor hun zelfvertrouwen en zelfwaardering.

Verder komt de volgende problematiek bij lvb-jeugdigen komen meer voor:

- psychiatrische stoornissen
- internaliserend en externaliserend probleemgedrag
- delinquent gedrag
- middelenmisbruik

NB. Bovenstaande informatie is een samenvattend beeld van de notitie van Zoon (2012), die naar verschillende (wetenschappelijke) artikelen verwijst.

#### Mensen met een zintuiglijke beperking

Net als bij mensen met een lichamelijke beperking is een zintuiglijke beperking op zich geen reden voor permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid. Bij mensen met een visuele beperking komen echter “vaak bijkomende aandoeningen en beperkingen voor (co-morbiditeit of multi-morbiditeit), die gevolgen hebben voor de mate waarin men nog kan functioneren of participeren en voor het welbevinden” (Van Rens, Vreeken & Van Nispen, z.j.). Denk bijvoorbeeld aan mentale retardatie, motorische beperkingen en gehoorstoornissen (vaak ook in combinatie met elkaar).



Dat langdurige verblijfszorg voor een deel van de ZG-cliënten nodig is, heeft te maken met deze bijkomende cognitieve beperkingen of bijvoorbeeld bijkomende psychiatrische stoornissen. De zintuiglijke beperking maakt het voor mensen extra moeilijk om te leren omgaan met de andere problematiek en vice versa.

Ook maakt een zintuiglijke beperking mensen extra kwetsbaar voor allerlei gezondheids- en veiligheidsrisico's, omdat ze niet altijd in staat zijn deze waar te nemen of daar zelf adequaat op te reageren. Van een instelling voor blinden en slechtzienden kregen we een format voor risico-inventarisatie voor mensen die bij de instelling komen wonen, om deze risico's te verkleinen. Visuele en auditieve beperkingen komen bovendien relatief vaker voor op hogere leeftijd, waardoor een deel van deze cliëntgroep in het verzorgings- of verpleeghuis wordt opgenomen (eventueel met primaire of secundaire somatische of psychogeriatrische grondslag) (Van Rens et al.).

#### Mensen met psychiatrische beperking

In het onderzoek van bureau HHM (2013c) naar voorspellers van langdurige GGZ-zorg met verblijf hebben experts de volgende factoren genoemd die maken dat verblijf noodzakelijk kan zijn:

- de ernst en het beloop van de stoornis;
- de mate waarin de behandeling aanslaat (zowel medicamenteuze behandeling als psychotherapeutische interventies);
- comorbiditeit (met psychische stoornissen, verslaving, somatische aandoeningen, en (lichte) verstandelijke beperking);
- gevaar voor zichzelf of voor anderen;
- de sociale competenties en het functioneren van de cliënt (bijvoorbeeld of iemand in staat is om zelfstandig te wonen, een dagbesteding te hebben et cetera);
- omgevingsfactoren, zoals steun vanuit het sociale netwerk.

De samenloop van deze factoren maakt dat de behandelaar kan besluiten dat (voortgezet) verblijf vanwege GGZ-behandeling nodig is.

In een artikel over situaties van stagnatie in de behandeling van volwassen psychiatrische cliënten geven Rammers, Koekkoek, Noorthoorn en Hutschemaekers (z.j.) een beeld van de achtergronden van probleemgedrag en de rol van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) in de begeleiding van probleemsituaties. Bij psychiatrische cliënten met ernstige gedragsproblemen wordt een frictie in het hulpverleningsproces meestal toegewezen aan de stoornissen van de cliënt. Andere factoren, zoals de verwevenheid van psychiatrische, psychologische en sociale factoren blijven teveel buiten beeld. Rammers e.a. verwijzen ook naar een literatuurstudie waaruit blijkt dat interactionele en systemische verklaringen ook een rol spelen bij 'moeilijke psychiatrische patiënten'. Daarom zou de focus moeten verschuiven van probleemgedrag naar probleemsituaties, met voldoende aandacht voor de context.

In hun overzicht van cliëntkenmerken van cases waarbij het CCE is geconsulteerd herkennen we verschillende kenmerken die we al in deze studie hebben gerapporteerd (comorbiditeit, cognitief functioneren en probleemgedrag). Daarnaast wordt het probleem gedefinieerd vanuit zowel het cliëntperspectief als het



hulpverlenersperspectief en wordt de ervaren last van mensen uit de omgeving van de cliënt getypeerd (medebewoners, hulpverleners en familie).

### 3.5 Conclusie

Er is, voor zover wij in deze literatuurstudie hebben kunnen vaststellen, geen wetenschappelijke literatuur die expliciet ingaat op redenen dat blijvend behoefte is aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid. Onderzoek wordt voornamelijk gevoerd om bestaande groepen te beschrijven, om bijvoorbeeld de zorg te kunnen verbeteren of alternatieven voor intramurale zorg te ontwikkelen. Ook zijn er, vanwege verschillen in cultuur en zorgfinanciering, grote verschillen tussen landen in de populatie die gebruik maakt van langdurig verblijf in een instelling. De insteek die we als gevolg van deze bevinding hebben gekozen voor het literatuuronderzoek, is een focus op de kenmerken die gebruikt worden om cliënten van de langdurige zorg te beschrijven. Deze kenmerken zijn:

- Functionele of ADL-beperkingen
- Instrumentele ADL-beperkingen (IADL)
- Mobiliteit
- Cognitieve beperkingen (cognitief functioneren)
- Gedragsproblematiek
- Chroniciteit, chronische ziekten
- Comorbiditeit, multiproblematiek
- Complexiteit, complicaties
- Psychosociale problematiek

Voor elk van de kenmerken hebben we aspecten opgenomen die de vaardigheden, beperkingen of problematiek weergeven. Het is uit de literatuur niet mogelijk om bij de kenmerken een precieze score of afkappunt aan te geven van wanneer sprake is van een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Het gaat waarschijnlijk om een combinatie van factoren die, wanneer zij gezamenlijk in een bepaalde mate optreden, leiden tot risico's op escalatie en ernstig nadeel en daarmee tot de toegang tot de Wlz.

**Bijlage 3.1** Overzicht zoektermen**Nederlands**

Cliëntkenmerken; kenmerken cliënten

Verblijfscliënten

Langdurige zorg  
Intramurale zorg24-uurs toezicht  
Geplande en ongeplande zorg  
Factoren; risicofactoren  
Voorspellers  
Indicatiestelling; toelating  
Segmentatie; classificatie***Eventueel specificeren naar:***Ouderen  
FunctiebeperkingCognitief functioneren; cognitieve  
problemenGehandicapten:  
verstandelijk -; lichamelijk -;  
zintuiglijk -Psychiatrisch zieken  
Comorbiditeit; multimorbiditeit  
Complex; complexiteit  
Regievermogen; regieverliesMobiliteit  
Gedragsproblematiek**Engels**Patient characteristics; client  
characteristicsResidents, care home residents, nursing  
home residentsLong term (long-term) care; long-stay  
Residential care; institutional care.  
*Enkele specifieke voorzieningen:* skilled  
nursing facilities, specialized care  
facilities, assisted living facilities24-hour supervision; 24-hour oversight  
Scheduled and unscheduled assistance  
Factors; risk factorsDeterminants; predictors  
Referral process; admission; assessment  
Segmentation; classificationElderly; aged people  
Functional status; functional  
impairment  
Cognitive problems; Cognitive  
dysfunction;  
Cognitive impairment  
Disabled; intellectual disability  
(mentally retarded/deficient); learning  
disabilities; physically handicapped;  
sensory disabled  
Psychiatric; mentally ill  
Comorbidity; multimorbidity  
Complex; case-complexity  
Being in charge; control loss; self-  
management ability  
Mobility  
Behavioral problems; challenging  
behavior





### Bijlage 3.2 Literatuurlijst

Borrayo, E.A., Salmon, J.R., Polivka, L. & Dunlop, B.D. (2002). Utilization across the continuum of long-term care services. *The gerontologist*, 42 (5), p. 603-612.

BPAC (z.j.). *Antipsychotics in dementia - Best practice guide*. Dunedin: BPAC.

Bureau HHM (2010). *Volledig Pakket Thuis in de praktijk. Inventarisatie naar de invulling van VPT in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg* (kenmerk AD/10/2795).

Enschede: Bureau HHM. Verkregen via

[http://www.hhm.nl/download/AD102795\\_Rapportage\\_Volledig\\_Pakket\\_Thuis\\_in\\_de\\_praktijk.pdf](http://www.hhm.nl/download/AD102795_Rapportage_Volledig_Pakket_Thuis_in_de_praktijk.pdf)

Bureau HHM (2012). *ZZP VV01-VV04 in de thuissituatie. Randvoorwaarden, toerusting zorg- en ondersteuningsaanbod en aanvullend beleid* (kenmerk IO/12/2337).

Enschede: Bureau HHM. Verkregen via

[http://www.hhm.nl/download/IO122337\\_Rapport\\_ZZP-VV1-VV4\\_in\\_de\\_thuissituatie.pdf](http://www.hhm.nl/download/IO122337_Rapport_ZZP-VV1-VV4_in_de_thuissituatie.pdf)

Bureau HHM (2013a). *Randvoorwaarden zorg thuis - Een onderzoek naar de voorwaarden waaronder cliënten met ZZP VV4 of VG3 thuis zorg kunnen ontvangen* (kenmerk NV/13/1796). Enschede: Bureau HHM. Verkregen via

[http://www.hhm.nl/download/NV131796\\_Eindrapportage\\_Zorg\\_Thuis.pdf](http://www.hhm.nl/download/NV131796_Eindrapportage_Zorg_Thuis.pdf)

Bureau HHM (2013b). *Integrale prestaties wijkverpleging. Een verkenning van de haalbaarheid en mogelijkheden*. Enschede: Bureau HHM.

Bureau HHM (2013c). *Voorspellers langdurige intramurale GGZ - Literatuuronderzoek* (kenmerk PB/13/1673). Enschede: Bureau HHM.

Centrum Indicatiestelling Zorg (2014). *Zorgbiografieën van AWBZ-cliënten - Cliënten retrospectief over 10 jaar gevolgd*. Driebergen: Centrum Indicatiestelling Zorg.

Colvin, A.D. (2006). *Variables influencing family members' decisions regarding continued placement of family members with mental disabilities in one state-operated institution*. Doctoral dissertation, Texas A&M University. Available electronically from <http://hdl.handle.net/1969.1/ETD-TAMU-1094>.

Eissens van der Laan, M.R., Offenbeek, M.A.G. van, Broekhuis, H. & Slaets, J.P.J. (2014). A person-centred segmentation study in elderly care: Towards efficient demand-driven care. *Social Science & Medicine*, 113, 86-76. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.05.012

Evenhuis, H. (2013). *Evidence-based gezondheidszorg voor verstandelijk gehandicaptten: verminderen van slechte gezondheid door onderzoek, innovatie en consolidatie*. Adviesnota aan College voor Zorgverzekeringen.

Evenhuis, H. & Hermans, H. (2013). *Zelfstandigheid en gezondheid van 50-plussers, geïndiceerd voor ZZP-VG 3: een analyse op basis van de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD)*. Rotterdam: Erasmus MC.





Evenhuis (red.) (2014). Gezond ouder met een verstandelijke beperking. Resultaten van de GOUD-studie 2008 - 2013. Wetenschappelijk rapport. Verkregen via <http://onbeperktgezond.nl/wp-content/uploads/2014/03/Rapport-GOUD2014-def.pdf>

Fries, B.E., Schroll, M., Hawes, C., Gilgen, R., Jonsson, P.V. & Park, P. (1997). Approaching cross-national comparisons of nursing home residents. *Age and Ageing*, 26-52, p. 13-18.

Gaugler, J.E., Duval, S., Anderson, K.A. & Kane, R.L. (2007). Predicting nurse home admission in the U.S.: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7 (13). Verkregen via [www.biomedcentral.com/1471-2318/7/13](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/13). DOI: 10.1186/1471-2318-7-13.

Giuliani, C.A., Gruber-Baldini, A.L., Park, N.S., Schrodt, L.A., Rokoske, F., Sloane, P.D. & Zimmerman, S. (2008). Physical performance characteristics of assisted living residents and risk for adverse health outcomes. *The Gerontologist*, 48 (2), p. 203-212.

Kim, E.Y., Cho, E., & June, K.J. (2006). Factors influencing use of home care and nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), 511-517.

Martikainen, P., Moustgaard, H., Murphy, M., Eliniö, E.K., Koskinen, S., Martelin, T. & Noro, A. (2009). Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns. *The gerontologist*. Advance online publication. DOI: 10.1093/geront/gnp013.

Martinez-Leal, R., Salvador-Carulla, L., Linehan, C., Walsh, P., Weber, G., Hove, van G., ... Kerr, M. (2011). The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55:9, 858-872. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2011.01439.x

Meijer, C. de, Koopmanschap, M., Bago d'Uva, T. & Doorslaer, E. van (2011). Determinants of long-term care spending: Age, time to death of disability? *Journal of Health Economics*, 30, p.425-438. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2010.12.010

Miller, E.A. & Weissert, W.G. (2000). Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. *Medical Care Research & Review* 57, p. 259-297.

NVAVG (2012). *Zorgaanbod van de AVG*. Enschede: NVAVG.

Onder, G., Carpenter, I, Finne-Soveri, H., Gindin, J., Frijters, D., Henrard, J.C., ... Bernabei, R. (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research* 2012, 12:5. DOI: 10.1186/1472-6963-12-5



Plaisier, I., Tilburg, T.G. van & Deeg, D.J.H. (2011). Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van zelfstandig wonende ouderen (LASA-studie). Amsterdam: Vrije Universiteit.

Rammers, D., Koekkoek, B., Noorthoorn, E. en Hutschemaekers G. (z.j.). *Anders kijken, anders doen: CCE consultaties in de volwassenen GGZ*. Verkregen via hoofdauteur, Didier Rammers.

Rens, G.H.M.B. van, Vreeken, H.L. en Nispen, R.M.A. van (red.) (z.j.). *Richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing*. Initiatief van Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG).

RIGO Research en Advies (2014). *Randvoorwaarden voor extramuraal wonen bij ZZP's VV 01 t/m 04* (rapportnummer 26670). Amsterdam: RIGO Research en Advies. Verkregen via [http://www.rigo.nl/nl-NL/Publicaties/Publicatie/\\_p/itemid/5859/Onderzoek-Randvoorwaarden-voor-extramuraal-wonen-naar-de-Tweede-Kamer.aspx](http://www.rigo.nl/nl-NL/Publicaties/Publicatie/_p/itemid/5859/Onderzoek-Randvoorwaarden-voor-extramuraal-wonen-naar-de-Tweede-Kamer.aspx)

Schrojenstein Lantman- de Valk, H., Linehan, C., Kerr, M. & Noonan-Walsh, P. (2007). Developing health indicators for people with intellectual disabilities. The method of the Pomona project. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (6), p. 427-434. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2006.00890.x

Shugarman L.R., Fries, B.E. & James, M. (2000). A comparison of home care clients and nursing home residents: Can community based care keep the elderly and disabled at home? *Home Health Care Services Quarterly*, 18:1, 25-45. DOI: 10.1300/J027v18n01\_02

Singh, D.A. (2010). *Effective Management of Long Term Care Facilities*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: SCP.

Verbeek, H., Meyer, G., Leino-Kilpi, H., Zabalegui, A., Hallberg, I.R., Saks, K., ... Hamers, J.P.H. (2012). A European study investigating patterns of transition from home care towards institutional dementia care: the protocol of a RightTimePlaceCare study. *BMC Public Health* 12:68. Geraadpleegd via [www.biomedcentral.com/1471-2458/12/68](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/68)

Wong, A., Elderkamp-de Groot, R., Polder, J. & Exel, J. van (2010). Predictors of Long-Term Care Utilization by Dutch Hospital Patients aged 65+. *BMC Health Services Research*, 10:110. Verkregen via [www.biomedcentral.com/1472-6963/10/110](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/110)

Zoon, M. (2012). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Digitale uitgave van Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

#### 4. Analyse AWBZ-data

Het CIZ beschikt over waardevolle gegevens van alle cliënten met een AWBZ-indicatie. Het zogenaamde Feniks-bestand bevat van circa 38.500 uitgebreide gegevens op het gebied van beperkingen en stoornissen van verzekerden met een AWBZ-indicatie. In overleg met het CIZ heeft de Universiteit Twente (UT) deze data geanalyseerd op essentiële onderscheidende kenmerken tussen 'beoogd-Wlz' (cliënten met zwaardere ZZP's) en 'beoogd-niet-Wlz' (cliënten met lichtere ZZP's en AWBZ-functies). Aan de hand van diverse analyses (zoals regressie-, discriminant- en factoranalyse) hebben we een vanuit bestaande data een beeld gekregen van de (samenhang tussen) kenmerken die relevant zijn om de toegang tot de Wlz te bepalen. We maken hierbij een onderscheid naar de diverse grondslagen om zo nauwkeurig mogelijk inzicht te krijgen in onderscheidende kenmerken.

Voor de analyse van het CIZ-bestand is in het Feniks bestand een onderscheid gemaakt tussen cliënten die een ZZP hebben waarvan VWS heeft aangegeven, dat die beoogd zijn om onder de Wlz te vallen (de zware ZZP's) en personen die dat niet hebben (cliënten met een extramuraal indicatie of een licht ZZP). In onderstaand overzicht zijn de ZZP's opgenomen die onder de Wlz gaan vallen. Omdat binnen de GGZ-ZZP's geen helder onderscheid is gemaakt tussen de ZZP's die wel/niet onder de Wlz gaan vallen zijn deze hieronder niet opgenomen (verderop staat hoe we met de me GGZ-ZZP's zijn omgegaan).

ZZP	VV	LG	ZG aud	ZG vis	VG	LVG	SGLVG
1						> 18 Wlz	> 18 Wlz
2		Wlz	Wlz	Wlz		> 18 Wlz	
3			Wlz	Wlz	+/- Wlz	> 18 Wlz	
4	+/- Wlz	Wlz	Wlz	Wlz	Wlz	> 18 Wlz	
5	Wlz	Wlz		Wlz	Wlz	> 18 Wlz	
6	Wlz	Wlz			Wlz		
7	Wlz	Wlz			Wlz		
8	Wlz				Wlz		
9b	Wlz						
10	Wlz						

Tabel 4.1. ZZP's die beoogd zijn voor toegang tot de Wlz

Door middel van een stepwise logistische regressie brengen we in beeld welke variabelen onafhankelijk voorspellend zijn voor een Wlz indicatie. Dit is gedaan op basis van schaalscores (totaalscore op beperkingen per schaal, zoals sociale redzaamheid en persoonlijke zorg) en op basis van afzonderlijke beperkingenscores. Omdat in de Feniksdataset schaalscores ontbreken voor de schalen B7.1 deelname onderwijs, B7.2 deelname werk, B10 motorisch functioneren, en B12 verslavingsproblemen is voor deze variabelen een proxy gemaakt door de somscore te berekenen van de bijbehorende items.

In de tabellen zijn de tien meest belangrijke voorspellers weergegeven waarbij ook het effect is weergegeven. De belangrijkste predictoren uit de logistische regressie zijn vervolgens meegenomen in een regression trees analyse, om te zien welke combinaties van beperkingen relevant zijn voor toegang tot de Wlz. Cliënten met een ZP 4V of 3 VG (waarvan de helft beoogd is om over te gaan naar de Wlz) zijn niet meegenomen in deze analyses, omdat dit verstoring kan werken. De analyses voor volwassenen en kinderen worden afzonderlijk gepresenteerd.

#### 4.1 Analyses volwassenen per grondslag

In hoofdstuk beschrijven we per grondslag de resultaten van de analyses voor volwassenen.

##### 4.1.1 Somatische aandoening

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV01	95	.5	1.9	1.9
VV02	710	4.0	14.3	16.2
VV03	1212	6.8	24.4	40.7
VV05	2	.0	.0	40.7
VV06	1428	8.1	28.8	69.5
VV07	73	.4	1.5	71.0
VV08	133	.8	2.7	73.6
VV09	645	3.6	13.0	86.6
VV10	291	1.6	5.9	92.5
VG05	1	.0	.0	92.5
LG02	2	.0	.0	92.6
LG04	1	.0	.0	92.6
LG06	2	.0	.0	92.6
GGZ02C	1	.0	.0	92.6
VV09a	258	1.5	5.2	97.8
VV09b	107	.6	2.2	100.0
Total	4961	28.0	100.0	
Extramuraal	12757	72.0		
Totaal	17718	100.0		

Tabel 4.2 ZP-verdeling, volwassenen somatische aandoening

Variabelenaam	Label	Effect <sup>8</sup>
Scale_B4	Schaalscore B4 persoonlijke zorg	.32
Scale_B2	Schaalscore B2 sociale redzaamheid	.04
SUM_Scale_10	Proxy schaalscore 10 Motorisch functioneren	.07
Scale_B11	Schaalscore Probleemgedrag/veiligheid	.05
Scale_B3	Schaalscore B3 bewegen en verplaatsen	.06
Scale_B13	Schaalscore psychosociaal welbevinden	.04
SUM_Scale_B12	Proxy schaalscore 12 verslavingsproblemen	.35
Comorbiditeit B	Comorbiditeit	.31
Scale_B8	Schaalscore oriëntatiestoornissen	.05
Scale_B6	Schaalscore B6 sociale relaties en maatschappelijk leven	.02

Tabel 4.3 Logistische regressie schaalscores, volwassenen somatische aandoening

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B4_05	Zich verplaatsen in zit- of lighouding	.43
Sc_B9_04	Motivatie	.44
Sc_B3_01	Lichaamspositie veranderen	.57
Sc_B2_10	Zich redden in winkels etc.	.25
Sc_B4_07	Persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.	.48
Sc_B3_08	Voortbewegen binnenshuis, zonder hulp(middelen)	.34
Comorbiditeit B	Comorbiditeit	.44
Sc_B4_09	Voor eigen gezondheid zorgen	.26
Sc_B13_01	Angstig zijn	.17
Sc_B3_06	Fijne handbewegingen maken	-.21
Sc_B11_06	Dwangmatig gedrag	.30

Tabel 4.4 Logistische regressie beperkingenscores, volwassenen somatische aandoening

#### Resultaten regression trees met beperkingenscores

Wie vooral in de Wlz lijkt te komen zijn de mensen met ernstige problemen met lichaamshouding veranderen, die bovendien ernstig scoren op motivatie. Ook mensen met ernstige problemen met lichaamshouding, licht tot matige motivatiescore en problemen met zich redden in winkels en persoonlijke zorg voor haren en tanden hebben een relatief grote kans in de Wlz te komen.

<sup>8</sup> Voor interpretatie van deze effecten, zie bijlage 1.

## 4.1.2 Psychogeriatrische aandoening

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV01	2	.0	.1	.1
VV02	12	.2	.4	.4
VV05	2695	43.5	80.5	80.9
VV06	2	.0	.1	81.0
VV07	523	8.4	15.6	96.6
VV08	2	.0	.1	96.7
VV09	49	.8	1.5	98.1
VV10	9	.1	.3	98.4
VG08	1	.0	.0	98.4
LG06	1	.0	.0	98.4
GGZ04C	1	.0	.0	98.5
VV09a	11	.2	.3	98.8
VV09b	40	.6	1.2	100.0
Total	3348	54.1	100.0	
Extramuraal	2843	45.9		
Totaal	6191	100.0		

Tabel 4.5 ZZZ-verdeling, psychogeriatrische aandoening

Variabelenaam	Label	Effect
Scale_B8	Schaalscore oriëntatiestoornissen	.23
Scale_B4	Schaalscore B4 persoonlijke zorg	.13
Scale_B2	Schaalscore B2 sociale redzaamheid	.12
Scale_B11	Schaalscore Probleemgedrag/veiligheid	.09
Scale_B9	Schaalscore Psychosociaal functioneren	.19
Scale_B3	Schaalscore B3 bewegen en verplaatsen	.03
Scale_B13	Schaalscore psychosociaal welbevinden	.05
SUM_Scale_B12	Proxy schaalscore 12 verslavingsproblemen	.26

Tabel 4.6 Logistische regressie schaalscores, volwassenen psychogeriatrische aandoening

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B4_07	Persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.	.52
Sc_B8_02	Oriëntatie naar plaats	.54
Sc_B2_01.	Problemen oplossen en besluiten nemen	.68
Sc_B9_04	Motivatie	.40
Sc_B2_10	Zich redden in winkels etc.	.31

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B4_09	Voor eigen gezondheid zorgen	.38
Sc_B11_02	Verbaal agressief gedrag	.27
Sc_B3_09	Trap op en af gaan zonder hulp(middelen)	.23
Sc_B2_03	Initiëren en uitvoeren complexere taken	.66
Sc_B8_03	Oriëntatie in ruimte	.27
Sc_B11_05	Manipulatief gedrag	.28

Tabel 4.7 Logistische regressie beperkingenscores, volwassenen psychogeriatrische aandoening

#### Resultaten regression trees

Ernstige problemen met Problemen oplossen en besluiten nemen en matig tot ernstige problemen met Verzorging van haren en tanden in combinatie met oriëntatie in plaats zijn sterk voorspellend voor Wlz.

#### 4.1.3 Lichamelijke handicap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV01	1	.0	.1	.1
VV02	27	.8	2.6	2.7
VV03	72	2.2	6.9	9.6
VV06	206	6.2	19.7	29.2
VV07	10	.3	1.0	30.2
VV08	35	1.1	3.3	33.5
VV09	20	.6	1.9	35.4
VV10	2	.1	.2	35.6
LG01	13	.4	1.2	36.9
LG02	42	1.3	4.0	40.9
LG03	71	2.1	6.8	47.7
LG04	187	5.7	17.9	65.5
LG05	63	1.9	6.0	71.5
LG06	237	7.2	22.6	94.2
LG07	47	1.4	4.5	98.7
VV09a	6	.2	.6	99.2
VV09b	8	.2	.8	100.0
Total	1047	31.6	100.0	
Extramuraal	2262	68.4		
Totaal	3309	100.0		

Tabel 4.8 ZZZ-verdeling, volwassenen lichamelijke handicap

Variabelenaam	Label	Effect
Scale_B2	Schaalscore B2 sociale redzaamheid	.05
Scale_B4	Schaalscore B4 persoonlijke zorg	.17
Scale_B9	Schaalscore Psychosociaal functioneren	.12
Scale_B11	Schaalscore Probleemgedrag/veiligheid	.09
Scale_B8	Schaalscore oriëntatiestoornissen	.11
Scale_B3	Schaalscore B3 bewegen en verplaatsen	.06
Scale_B13	Schaalscore psychosociaal welbevinden	.05
Scale_B6	Schaalscore B6 sociale relaties en maatschappelijk leven	.04

Tabel 4.9 Logistische regressie schaalscores, volwassenen lichamelijke handicap

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B4_09	Voor eigen gezondheid zorgen	.47
Sc_B9_04	Motivatie	.61
Sc_B4_03	In en uit bed gaan	.54
Sc_B2_10	Zich redden in winkels etc.	.39
Sc_B11_06	Dwangmatig gedrag	.57
Sc_B4_07	Persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.	.43
Sc_B2_01	Problemen oplossen en besluiten nemen	.37
Sc_B3_09	Trap op en af gaan zonder hulp(middelen)	.38
Sc_B3_03	Lichtere voorwerpen tillen	-.24

Tabel 4.10 Logistische regressie beperkingenscores, volwassenen lichamelijke handicap

#### Resultaten regression trees

Ernstige problemen met Voor eigen gezondheid zorgen in combinatie met ernstige problemen met het nemen van beslissingen oplossen van problemen leidt tot sterk verhoogde kans op Wlz. Ook de combinatie Matige problemen met voor eigen gezondheid zorgen, matige tot ernstige problemen met motivatie en problemen met in en uit bed gaan leiden tot grote kans op Wlz.

#### 4.1.4 Verstandelijke handicap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV09	7	.2	.5	.5
VG01	20	.7	1.5	2.1
VG02	216	7.3	16.4	18.5
VG04	178	6.0	13.5	32.0
VG05	119	4.0	9.0	41.0



	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VG06	373	12.6	28.3	69.3
VG07	149	5.0	11.3	80.6
VG08	146	4.9	11.1	91.7
LVG01	4	.1	.3	92.0
LVG02	33	1.1	2.5	94.5
LVG03	43	1.5	3.3	97.8
LVG04	12	.4	.9	98.7
LVG05	1	.0	.1	98.8
SGLVG01	10	.3	.8	99.5
LG06	1	.0	.1	99.6
ZGVIS03	1	.0	.1	99.7
ZGVIS05	2	.1	.2	99.8
ZGAUD03	1	.0	.1	99.9
GGZ04C	1	.0	.1	100.0
Total	1317	44.5	100.0	
Extramuraal	1641	55.5		
Totaal	2958	100.0		

Tabel 4.11 ZZP-verdeling, volwassenen verstandelijke handicap

Variabelenaam	Label	Effect
Scale_B4	Schaalscore B4 persoonlijke zorg	.18
Scale_B11	Schaalscore Probleemgedrag/veiligheid	.17
Scale_B9	Schaalscore Psychosociaal functioneren	.20
Scale_B8	Schaalscore oriëntatiestoornissen	.10
SUM_Scale_B12	Proxy schaalscore 12 verslavingsproblemen	.14
Scale_B2	Schaalscore B2 sociale redzaamheid	.05

Tabel 4.12 Logistische regressie schaalscores, volwassenen verstandelijke handicap

## Resultaten logistische regressie met beperkingenscores

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B4_07	Persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.	.62
Sc_B11_04	Destructief gedrag	.60
Sc_B2_10	Zich redden in winkels etc.	.55
Sc_B11_05	Manipulatief gedrag	.40
Sc_B4_06	Eten en drinken	.55
Sc_B11_07	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	.60

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B13_01	Angstig zijn	.30
Sc_B71_04	Meedoen aan na- of buitenschoolse opvang	-.39
Sc_B4_09	Voor eigen gezondheid zorgen	.37
Sc_B3_02	Lichaamspositie handhaven	.54
Sc_B11_03	Lichamelijk agressief gedrag	.39

Tabel 4.13 Logistische regressie beperkingenscores, volwassenen verstandelijke handicap

#### Resultaten regression trees

Van de cliënten met ernstige problemen met persoonlijke zorg voor haren en tanden, die bovendien problemen hebben met lichaamspositie handhaven gaat vrijwel iedereen de Wlz in (98%). Van cliënten met middelmatige problemen met persoonlijke zorg en bovendien manipulatief gedrag vertonen gaan ook relatief veel de Wlz in (74-81%).

#### 4.1.5 Grondslag Zintuiglijke handicap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV01	1	.4	1.7	1.7
VV03	1	.4	1.7	3.4
ZGVIS01	4	1.8	6.9	10.3
ZGVIS02	12	5.4	20.7	31.0
ZGVIS03	16	7.2	27.6	58.6
ZGVIS04	1	.4	1.7	60.3
ZGVIS05	13	5.8	22.4	82.8
ZGAUD01	1	.4	1.7	84.5
ZGAUD02	4	1.8	6.9	91.4
ZGAUD03	2	.9	3.4	94.8
ZGAUD04	3	1.3	5.2	100.0
Total	58	26.0	100.0	
Extramuraal	165	74.0		
Totaal	223	100.0		

Tabel 4.14 ZZP-verdeling, volwassenen zintuiglijke handicap

De aantallen zijn helaas te klein voor zinvolle regressie analyses. Een summiere beschrijving op basis van beperkingen levert het volgende beeld van de Wlz-groep op: Er is relatief vaker sprake van co-morbiditeit bij de Wlz groep. Ook zit iedereen met een Leefklimaat 1 (beschermende woonomgeving), 2 (therapeutisch leefklimaat) of 3 (permanent toezicht) in de Wlz groep. De Wlz groep scoort ook significant hoger op de beschikbare schaalscores (B2 t/m B6, sociale redzaamheid, bewegen/verplaatsen, persoonlijke zorg, huishoudelijk leven en sociale relaties/maatschappelijk leven).

#### 4.1.6 Psychische stoornis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV02	6	.1	.5	.5
VV03	1	.0	.1	.5
VV05	1	.0	.1	.6
VV07	11	.2	.8	1.4
VV09	4	.1	.3	1.8
VG02	3	.1	.2	2.0
VG07	2	.0	.2	2.1
LVG05	1	.0	.1	2.2
GGZ01B	2	.0	.2	2.4
GGZ02B	3	.1	.2	2.6
GGZ03B	34	.6	2.6	5.2
GGZ04B	30	.5	2.3	7.5
GGZ05B	98	1.7	7.5	14.9
GGZ06B	21	.4	1.6	16.5
GGZ07B	37	.6	2.8	19.3
GGZ01C	12	.2	.9	20.3
GGZ02C	168	2.9	12.8	33.1
GGZ03C	537	9.4	40.9	74.0
GGZ04C	200	3.5	15.2	89.2
GGZ05C	126	2.2	9.6	98.8
GGZ06C	10	.2	.8	99.5
VV09a	1	.0	.1	99.6
VV09b	5	.1	.4	100.0
Total	1313	22.9	100.0	
Extramuraal	4421	77.1		
Totaal	5734	100.0		

Tabel 4.15 ZP-verdeling, volwassenen psychische stoornis

Voor de logistische regressie op de cliënten met een Psychische Stoornis is een afhankelijke variabele 'Groep' gemaakt waarbij Groep 1 (beoogd Wlz) bestaat uit mensen met:

- ZP GGZ 3B t/m ZP GGZ 7B
- ZP GGZ 4C t/m ZP GGZ 6C

en Groep 2 (beoogd niet-Wlz) bestaat uit cliënten met een:

- ZP GGZ B1, ZP GGZ B2
- ZP GGZ C1 t/m ZP GGZ C3
- Extramuraal indicatie (ongeacht aard daarvan)

Een positief effect in onderstaande tabellen betekent een verhoogde kans om in Groep 1 (beoogd Wlz) te belanden.

Variabelenaam	Label	Effect
Scale_B11	Schaalscore probleemgedrag	.14
Scale_B2	Schaalscore sociale redzaamheid	.10
Scale_B8	Schaalscore oriëntatiestoornissen	.15
Scale_B4	Schaalscore persoonlijke zorg	.11
Scale_B6	Schaalscore B6 sociale relaties en maatschappelijk leven	.16
Scale_B9	Schaalscore Psychosociaal functioneren	.27
SUM_Scale_B12	Schaalscore Verslavingsproblemen	.11

Tabel 4.16 Logistische regressie schaalscores, volwassenen psychische stoornis

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B4_07	Persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.	.69
Sc_B11_05	Manipulatief gedrag	.58
Sc_B2_10	Zich redden in winkels etc.	.00
Sc_B2_13	Een gesprek voeren	.40
Sc_B2_03	Initiëren en uitvoeren complexere taken	.53
Sc_B9_03	Perceptie van omgeving	.40
Sc_B8_01	Oriëntatie in tijd	.34
Sc_B9_04	Motivatie	.40
Sc_B6_04	Zelfstandig aan verenigingen deelnemen	.38
Sc_B2_07	Zelf geld beheren	.38
Sc_B2_09	Zich redden bij gebruik openbaar vervoer	.52

Tabel 4.17 Logistische regressie beperkingenscores, volwassenen psychische stoornis

#### Resultaten regression trees

Cliënten met score *ernstig* op 'persoonlijke zorg voor haren en tanden etc.' hebben een enorm verhoogd risico op een ZZP B3+ of ZZP C4+ pakket, van 10% voor de hele groep naar 80% voor deze specifieke groep met score *ernstig* op dit ene item. Ook de cliënten met score *matig* op dit tanden-haren item die bovendien matig tot ernstige problemen hebben met het voeren van een gesprek hebben een risico van 64%.

#### Beschrijving van Groep 1

Groep 1 scoort gemiddeld ongeveer 10 punten lager op de GAF schaal dan Groep 2. Ook hebben cliënten in groep 1 relatief vaker een ICD score *anders* dan 5 (Psychische stoornissen en gedragsstoornissen) ten opzichte van Groep 2. Er is ook iets vaker sprake van co-morbiditeit. Er is een minimaal verschil qua prognose: relatief iets vaker zijn de prognoses blijvend of verslechtering bij groep 1 (26%) dan bij groep 2



(19%). Voor beide groepen is de meest voorkomende prognose 'onbekend of niet mogelijk' (respectievelijk 71% en 74%).

De cliënten in Groep 1 verschillen onderling vooral wat betreft cognitie (problemen oplossen, zich begrijpelijk maken) en beweging (lichaamshouding veranderen, lopen etc.). Deze dimensies van cognitie en beweging zie je ook terug als je Groep 2 cliënten meeneemt: 1) Beweging: lichaamshouding handhaven en veranderen, lopen, motoriek 2) Cognitie: dagelijkse problemen oplossen, relaties onderhouden, gesprek voeren. Op beide dimensies scoort Groep 1 duidelijk hoger dan Groep 2 (meer beperkingen qua cognitie en bewegen).

#### 4.1.7 Analyses volwassenen totale populatie

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV01	99	0,3	0,8	0,8
VV02	755	2,1	6,3	7,1
VV03	1286	3,6	10,7	17,8
VV05	2698	7,5	22,4	40,2
VV06	1636	4,5	13,6	53,8
VV07	617	1,7	5,1	58,9
VV08	170	0,5	1,4	60,3
VV09	725	2	6	66,3
VV10	302	0,8	2,5	68,8
VG01	20	0,1	0,2	69
VG02	219	0,6	1,8	70,8
VG04	178	0,5	1,5	72,3
VG05	120	0,3	1	73,3
VG06	373	1	3,1	76,4
VG07	151	0,4	1,3	77,6
VG08	147	0,4	1,2	78,8
LVG01	4	0	0	78,9
LVG02	33	0,1	0,3	79,2
LVG03	43	0,1	0,4	79,5
LVG04	12	0	0,1	79,6
LVG05	2	0	0	79,6
SGLVG01	10	0	0,1	79,7
LG01	13	0	0,1	79,8
LG02	44	0,1	0,4	80,2
LG03	71	0,2	0,6	80,8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
LG04	188	0,5	1,6	82,3
LG05	63	0,2	0,5	82,9
LG06	241	0,7	2	84,9
LG07	47	0,1	0,4	85,2
ZGVIS01	4	0	0	85,3
ZGVIS02	12	0	0,1	85,4
ZGVIS03	17	0	0,1	85,5
ZGVIS04	1	0	0	85,5
ZGVIS05	15	0	0,1	85,7
ZGAUD01	1	0	0	85,7
ZGAUD02	4	0	0	85,7
ZGAUD03	3	0	0	85,7
ZGAUD04	3	0	0	85,7
GGZ01B	2	0	0	85,8
GGZ02B	3	0	0	85,8
GGZ03B	34	0,1	0,3	86,1
GGZ04B	30	0,1	0,2	86,3
GGZ05B	98	0,3	0,8	87,1
GGZ06B	21	0,1	0,2	87,3
GGZ07B	37	0,1	0,3	87,6
GGZ01C	12	0	0,1	87,7
GGZ02C	169	0,5	1,4	89,1
GGZ03C	537	1,5	4,5	93,6
GGZ04C	202	0,6	1,7	95,3
GGZ05C	126	0,3	1	96,3
GGZ06C	10	0	0,1	96,4
VV09a	276	0,8	2,3	98,7
VV09b	160	0,4	1,3	100
Total	12044	33,3	100	
Extramuraal	24094	66,7		
Totaal	36138	100		

Tabel 4.18 ZGP-verdeling, volwassenen totaal

Variabelenaam	Label	Effect
Scale_B8	Schaalscore oriëntatiestoornissen	.16
Scale_B4	Schaalscore B4 persoonlijke zorg	.20
Scale_B11	Schaalscore Probleemgedrag/veiligheid	.10
Scale_B2	Schaalscore B2 sociale redzaamheid	.06
ComorbiditeitB	Co-morbiditeit	.39
SUM_Scale_B10	Proxy schaalscore 10 Motorisch functioneren	.05
Scale_B13	Schaalscore psychosociaal welbevinden	.03
Scale_B6	Schaalscore B6 sociale relaties en maatschappelijk leven	.03
Scale_B9	Schaalscore Psychosociaal functioneren	.05
SUM_Scale_B72	Proxy schaalscore B7.2 deelname werk	-0.1

Tabel 4.19 Logistische regressie schaalscores, volwassenen totaal

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B8_02	Oriëntatie naar plaats	.34
Sc_B4_05	Naar toilet gaan en zich reinigen	.38
Sc_B9_04	Motivatie	.35
Sc_B2_10	Zich redden in winkels etc.	.31
Sc_B4_07	Persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.	.47
Sc_B11_02	Verbaal aggressief gedrag	.27
ComorbiditeitB	Co-morbiditeit	.55
Sc_B4_09	Voor eigen gezondheid zorgen	.33
Sc_B3_01	Lichaamspositie veranderen	.30
Sc_B11_06	Dwangmatig gedrag	.17
Sc_B2_01	Problemen oplossen en besluiten nemen	.23

Tabel 4.20 Logistische regressie beperkingenscores, volwassenen totaal

#### Resultaten regression trees

Van de cliënten met ernstige problemen met het zorgen voor eigen gezondheid, die bovendien ernstige problemen hebben met oriëntatie naar plaats, komt een groot deel terecht in de Wlz (88%). Ook cliënten met ernstige problemen met het zorgen voor eigen gezondheid in combinatie met matige problemen met oriëntatie, hebben een verhoogde kans in de Wlz te komen wanneer er bovendien ernstige problemen zijn met de persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.

## 4.2 Analyses kinderen totale populatie

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV03	1	0	0,1	0,1
VV05	1	0	0,1	0,3
VV09	1	0	0,1	0,4
VG02	25	0,6	3,4	3,8
VG04	50	1,1	6,9	10,7
VG05	29	0,6	4	14,7
VG06	143	3,2	19,6	34,3
VG07	40	0,9	5,5	39,8
VG08	34	0,8	4,7	44,5
LVG01	8	0,2	1,1	45,6
LVG02	63	1,4	8,7	54,3
LVG03	169	3,7	23,2	77,5
LVG04	106	2,4	14,6	92
LVG05	-20	0,4	2,7	94,8
LG03	1	0	0,1	94,9
LG04	3	0,1	0,4	95,3
LG06	3	0,1	0,4	95,7
ZGVIS02	2	0	0,3	96
ZGVIS03	7	0,2	1	97
ZGVIS05	3	0,1	0,4	97,4
ZGAUD02	4	0,1	0,5	97,9
ZGAUD03	7	0,2	1	98,9
ZGAUD04	1	0	0,1	99
VV09a	1	0	0,1	99,2
VV09b	6	0,1	0,8	100
Total	728	16,1	100	
Extramuraal	3782	83,9		
Totaal	4510	100		

Tabel 4.21 ZGP-verdeling, kinderen totaal



Variabelenaam	Label	Effect
Scale_B11	Schaalscore Probleemgedrag/veiligheid	.18
Scale_B5	Schaalscore huishoudelijk leven	.04
SUM_Scale_B71	Schaalscore deelname onderwijs	.12
SUM_Scale_B12	Schaalscore Verslavingsproblemen	.47

Tabel 4.22 Logistische regressie schaalscores, kinderen totaal

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B71_06	(Ouders:) Dagelijkse structuur bieden aan kind	.43
Sc_B2_09	Zich redden bij gebruik openbaar vervoer	.54
Sc_B11_05	Manipulatief gedrag	.42
Sc_B6_01	Relaties met familie onderhouden	.45
Sc_B11_07	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	.59
Sc_B12_01	Gebruik van softdrugs	1.34
Sc_B10_06	Handhaving rompbalans	.72
Sc_B11_04	Destructief gedrag	.33
Sc_B5_03	Warme maaltijd bereiden	.21
Sc_B71_05	(Ouders:) Opvoeden kind	.58
Sc_B4_07	Persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.	.33

Tabel 4.23 Logistische regressie beperkingenscores, kinderen totaal

#### Resultaten regression trees

Ernstige problemen met opvoeden kind in combinatie met zich niet of matig kunnen redden met gebruik van openbaar vervoer leidt tot een sterk verhoogde kans op Wlz. Deze kans wordt verder verhoogd, wanneer er ook sprake is van ernstig destructief gedrag.

#### 4.3 Analyses kinderen met uitzondering van (SG)LVG

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VV03	1	0	0,3	0,3
VV05	1	0	0,3	0,6
VV09	1	0	0,3	0,8
VG02	25	0,6	6,9	7,7
VG04	50	1,2	13,8	21,5
VG05	29	0,7	8	29,6
VG06	143	3,5	39,5	69,1
VG07	40	1	11	80,1
VG08	34	0,8	9,4	89,5
LG03	1	0	0,3	89,8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
LG04	3	0,1	0,8	90,6
LG06	3	0,1	0,8	91,4
ZGVIS02	2	0	0,6	92
ZGVIS03	7	0,2	1,9	93,9
ZGVIS05	3	0,1	0,8	94,8
ZGAUD02	4	0,1	1,1	95,9
ZGAUD03	7	0,2	1,9	97,8
ZGAUD04	1	0	0,3	98,1
VV09a	1	0	0,3	98,3
VV09b	6	0,1	1,7	100
Total	362	8,7	100	
Extramuraal	3782	91,3		
Totaal	4144	100		

Tabel 4.24 ZGP-verdeling, kinderen zonder (SG)LVG

Variabelenaam	Label	Effect
Scale_B11	Schaalscore Probleemgedrag/veiligheid	.12
Scale_B5	Schaalscore huishoudelijk leven	.03
SUM_Scale_B71	Schaalscore deelname onderwijs	.12
SUM_Scale_B4	Schaalscore Persoonlijke zorg	.06

Tabel 4.25 Logistische regressie schaalscores, kinderen zonder (SG)LVG

Variabelenaam	Label	Effect
Sc_B2_09	Zich redden bij gebruik openbaar vervoer	.63
Sc_B71_06	(Ouders:) dagelijkse structuur bieden aan kind	.71
Sc_B4_07	Persoonlijke zorg voor tanden, haren etc.	.68
Sc_B11_07	Grensoverschrijdend seksueel gedrag	.60
Sc_B6_01	Relaties met familie onderhouden	.44
Sc_B11_05	Manipulatief gedrag	.28
Sc_B10_06	Handhaving rompbalans	.76
Sc_B3_12	Zich verplaatsen met hulp(middelen)	-.51
Sc_B72_04	Deeltijds betaald werk doen	.31
Sc_B12_01	Gebruik van softdrugs	1.08
Sc_B11_01	Zelfverwendend of zelfbeschadigend gedrag	0.60

Tabel 4.26 Logistische regressie schaalscores, kinderen zonder (SG)LVG

#### Resultaten regression trees

De indicatie ernstig bij de indicatie dagelijkse structuur aanbieden aan kind in combinatie met beperkingen bij het gebruik maken van openbaar vervoer leidt tot een relatief hoog aantal kinderen in de beoogde WLZ groep (46 - 59%).

#### 4.4 Conclusie

Uit de analyses van de CIZ-data blijkt, dat de beoogde Wlz-cliënten op diverse kenmerken (beperkingen) verschillen van de beoogde niet-Wlz-cliënten. Tabel 4.27 geeft een afspiegeling van het beeld dat uit de hiervoor gepresenteerde tabellen naar voren komt. Afhankelijk van de grondslag zijn er verschillende schalen en beperkingen die een onderscheid maken tussen wel of niet beoogde Wlz-cliënten. Ter illustratie: de schalen 'persoonlijke zorg' en 'psychosociaal functioneren' komen bij vrijwel alle grondslagen naar voren, maar de onderliggende beperkingen verschillen. Daarnaast is de schaal 'probleemgedrag' onderscheidend binnen de groep VG-cliënten en de schaal 'sociale relaties/maatschappelijk leven' onderscheidend binnen de groep cliënten met een psychische stoornis.

Grondslag	Schaal	Beperking
Somatiek	Persoonlijke zorg	Lichaamspositie veranderen Persoonlijke zorg voor tanden/haren Motivatie
Psycho-geriatrie	Oriëntatiestoornis Psychosociaal functioneren Persoonlijke zorg	Problemen oplossen en besluiten nemen Initiëren en uitvoeren complexere taken Oriëntatie naar plaats Persoonlijke zorg voor tanden/haren
Lichamelijke handicap	Persoonlijke zorg Psychosociaal functioneren	Motivatie Dwangmatig gedrag In en uit bed gaan Voor eigen gezondheid zorgen
Verstandelijke handicap	Psychosociaal functioneren Persoonlijke zorg Probleemgedrag	Persoonlijke zorg voor tanden, haren Destructief gedrag Grensoverschrijdend seksueel gedrag Eten en drinken Zich redden in winkels
Zintuiglijke handicap		Co-morbiditeit
Psychische stoornis	Psychosociaal functioneren Sociale relaties en maatschappelijk leven	Persoonlijke zorg voor tanden, haren Manipulatief gedrag Initiëren en uitvoeren complexere taken
Volwassenen totaal	Co-morbiditeit Persoonlijke zorg	Persoonlijke zorg voor tanden, haren Naar toilet gaan en zich reinigen Motivatie Oriëntatie naar plaats Voor eigen gezondheid zorgen Zich redden in winkels



Grondslag	Schaal	Beperking
		Lichaamspositie veranderen
Kinderen totaal	Probleemgedrag / veiligheid Deelname onderwijs Verslavingsproblemen	Gebruik softdrugs Handhaving rompbalans Opvoeden kind (ouders) Dagelijkse structuur bieden kind (ouders) Grensoverschrijdend seksueel gedrag Persoonlijke zorg voor tanden, haren

Tabel 4.27 Samenvattend overzicht van schalen en beperkingen waarop de beoogde Wlz-clënten verschillen van de beoogde niet-Wlz-clënten

**Bijlage 4.1 Interpretatie effectgroottes in logistische regressie**

De effecten zoals gerapporteerd bij de logistische regressies zijn uitgedrukt in de toename van de logoddsratio (logaritme van de odds ratio<sup>9</sup>) als een persoon 1 punt hoger scoort op de betreffende variabele. Dus, stel een persoon heeft op basis van al zijn/haar kenmerken een kans van 50% om in de Wlz te komen, dan betekent een effect van 0.43 dat diens logoddsratio zou toenemen van 0 naar 0.43 als deze persoon 1 punt hoger zou scoren op de betreffende variabele. Teruggerekend naar de schaal van kansen op Wlz gaat deze persoon van een kans van 50% naar  $e^{0.43} / (1 + e^{0.43}) = 60,6\%$ . In onderstaande tabel staat voor verschillende effectgroottes de corresponderende kans ten opzichte van 50%.

Effect	Kans-percentages ten opzichte van 50%
-1.0	27
-0.9	29
-0.8	31
-0.7	33
-0.6	35
-0.5	38
-0.4	40
-0.3	43
-0.2	45
-0.1	48
0.0	50
0.1	52
0.2	55
0.3	57
0.4	60
0.5	62
0.6	65
0.7	67
0.8	69
0.9	71
1.0	73

<sup>9</sup> De odds ratio (OR) is gedefinieerd als de kans P delen door het complement van die kans,  $OR = P/(1-P)$ .



## 5. Interviews met wetenschappers

### 5.1 Aanpak

Voor de interviews met wetenschappers hebben we contact gezocht met een aantal personen die actief zijn binnen de ouderengeneeskunde, orthopedagogiek, neurologie en psychiatrie (zie bijlage 1 voor de namen van deze personen en hun aandachtsgebied). Het betreft wetenschappers die veel kennis hebben op het gebied van cliëntkenmerken van de verschillende populaties en instrumenten die worden gebruikt om deze kenmerken en/of de ondersteuningsbehoefte te meten.

Door middel van diepte-interviews met wetenschappers hebben we een beeld gekregen van de cliëntkenmerken die relevant zijn om de toegang tot de Wlz te bepalen en instrumenten die geschikt zijn om de kenmerken te meten. De wetenschappers baseren zich hierbij op diverse publicaties die we hebben verwerkt in de literatuurstudie en/of het overzicht met meetinstrumenten.

Als uitgangspunt voor de gesprekken hebben we artikel 3.2.1 lid 1 van de Wlz gehanteerd, waarin staat dat een verzekerde recht op zorg heeft voor zover hij naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening op die zorg is aangewezen omdat hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

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

In de toegangscriteria is niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt voor het beantwoorden van de vraag of iemand toegang tot de Wlz krijgt derhalve niet gekeken of de cliënt familie, vrienden of kennissen heeft die hem kunnen verzorgen waardoor er geen zorg nodig zou zijn vanuit de Wlz. Hier is slechts één uitzondering op: van ouders wordt naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht dat zij hun kinderen verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Pas als de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit substantieel meer is ten opzichte van de zorg van ouders aan een kind zonder beperkingen van dezelfde leeftijd, kan er sprake zijn van toegang tot de Wlz (gebruikelijke zorg).

Aan de hand van de volgende vragen hebben we de interviews gehouden:

- Wat maakt voor 'uw cliëntgroep' dat een blijvende behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig is?
- Welk specifieke cliëntkenmerken spelen hierbij een rol?
- Welke andere kenmerken zijn bepalend voor de ondersteuningsbehoefte van cliënten?



- Wanneer is het moment bereikt dat zorg thuis niet meer kan? Wat is de scheidslijn tussen wat nog kan en wat niet meer?
- Welke instrumenten gebruikt u cliëntkenmerken te meten of vast te stellen?
- Hoe zou het afwegingskader er volgens u op hoofdlijnen uit kunnen zien?
- Afhankelijk van de antwoorden hebben we vervolgvragen gesteld om meer gedetailleerde informatie te krijgen.

## 5.2 Relevante aspecten

### Onderscheidende kenmerken

In de interviews met de wetenschappers zijn de volgende discriminerende dimensies genoemd die relevant zijn bij het bepalen van de toegang tot de Wlz:

- Mate van gedragsproblemen (agressie, bewustzijn eigen gedrag)
- Mate van medische problematiek
- Cognitieve beperkingen (veiligheid, dagstructuur, ziekte-inzicht)
- Zorgintensiteit in relatie tot kwaliteit van bestaan:
- Huiselijke activiteiten (wassen, kleden, eten maken etc.)
- Zorgen voor eigen gezondheid en veiligheid, regie
- Kwetsbaarheid
- Mate van veiligheid
- Middelengebruik
- Sociale beperkingen (bepalen met name tot welk moment het thuis haalbaar is)
- Omgang met problemen (coping-stijlen, zelfeffectiviteit en persoonlijkheid) maakt of iemand kan participeren

### Psychische problematiek

Met betrekking tot cliënten met psychische problematiek is opgemerkt, dat het mogelijk moet zijn om voor vrijwel alle cliënten met psychische problemen tot een oplossing te komen waarbij het niet nodig is om permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid te bieden. De enige uitzondering hierop vormen mogelijk cliënten die kamerverpleging krijgen (circa 1.000 - 1.500 cliënten in Nederland). Zij hebben een combinatie van psychische en gedragsproblemen. Maar bij deze cliënten kun je nooit zeggen dat het blijvend is. Je kunt wellicht 2 jaar vooruit kijken, maar niet langer. Voor andere GGZ-cliënten zal het vaststellen van wel/niet Wlz-toegang een kwestie van toevalligheid zijn.,

Het verschil tussen de GGZ versus GZ/VV is, dat de GGZ-handicap en GGZ-diagnose dynamisch zijn. Dit vraagt continu om nieuwe diagnostiek en nieuwe aanpak. Daarnaast zeggen diagnoses weinig over dat wat een cliënt wel/niet kan en zijn ondersteuningsbehoefte.

### Opmerkingen over de Wlz

De wetenschappers geven aan dat het niet mogelijk is om bij het bepalen van toegang tot de Wlz strikt te kijken naar kenmerken van de cliënt en de sociale omgeving niet mee te nemen. Het 'probleem' en de ondersteuningsbehoefte komen voort uit de relatie tussen de cliënt en zijn omgeving. De ICF maakt duidelijk dat je niet zondermeer vanuit ziekten en stoornissen kunt redeneren naar participatie, zonder rekening te houden met persoons- en omgevingsfactoren.



Er zit een stuwend effect in als je alles gaat ophangen aan cliëntkenmerken. Denken in cliëntkenmerken (lineair denken) past niet in de huidige tijd die is gericht op participatie. Om de Wlz-toegang te kunnen bepalen kunnen de ICF-beperkingen behulpzaam zijn, waarna de zorgaanbieder en de cliënt vervolgens op basis van mogelijkheden komen tot zorg op maat.

#### Opzet afwegingskader

Om te kunnen bepalen of een cliënt wel of geen toegang kan krijgen tot de Wlz is het waarschijnlijk niet nodig om een heel uitgebreid afwegingssysteem te hanteren. Omdat het een ja/nee beslissing betreft zou je kunnen beginnen met een beperkt aantal cruciale vragen (screening, risico-taxatie, het gevaarscriterium voor de BOPZ) in combinatie met het klinisch/professioneel oordeel van een arts (bijv. AVG, SOG), psycholoog, psychiater en maatschappelijk werker. Indien blijkt dat er meer informatie nodig is kan vervolgens met uitgebreidere meetinstrumenten informatie worden verzameld. De wetenschappers hebben diverse meetinstrumenten aangedragen die zijn opgenomen in een afzonderlijke notitie.

Een afwegingskader dat van grof naar fijn differentieert om Wlz-toelating te bepalen, is wellicht werkbaar. Dan wordt het een soort normenkader waarin een aantal factoren een rol spelen om de toegang te kunnen bepalen. Hiervoor is een dialoog met cliënt, familie en hulpverlener van belang. Het gaat om een afweging van mate van risico's in relatie tot de mate van toezicht.

#### Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Omdat men in België ook bezig is met het ontwikkelen van een instrument om cliënten op basis van hun kenmerken in te schalen op een niveau van toezicht/nabijheid, besteden we expliciet aandacht aan dit instrument (dat is gebaseerd op instrumenten die in Duitsland en Japan zijn ontwikkeld). Dit instrument wordt momenteel doorontwikkeld (met diverse wetenschappelijke analyses), wordt gebruikt bij het vaststellen van PGB's, is getest op 1.800 personen voor zorgzwaarteprofielen en is bedoeld om per 1-1-2015 te worden gebruikt in heel België voor het bepalen van zorgzwaarteprofielen die als basis dienen voor de financiering.

Met dit instrument wordt het volgende vastgesteld:

- noodzaak voor begeleiding overdag,
- noodzaak voor toezicht/permanentie overdag,
- noodzaak voor nachtelijke begeleiding en permanentie.

Om dit te kunnen bepalen hebben ze op basis van literatuur, bestaande meetinstrumenten en eigen onderzoek een meetinstrument gemaakt waarmee ze de volgende vijf indicatoren in beeld brengen:

- zelfredzaamheid/(I)ADL
- maatschappelijk functioneren
- storend gedrag
- (para)medische problemen
- sociaal emotioneel functioneren
- leer- en oplossingsvermogen (voor kinderen)





Tijdens een gesprek met de cliënt en twee informanten (mantelzorg en professional) worden de vragen in het meetinstrument beantwoord. Op basis van statistische beslisregels met verschillende gewichten voor verschillende doelgroepen leidt dit tot een inschaling op begeleidingsintensiteit en permanentie (nabijheid/toezicht).

De begeleidingsintensiteit is onderverdeeld naar:

- geen begeleiding / 1x per week / enkele keren per week / dagelijks zeer beperkt / dagelijks op diverse domeinen / dagelijks en intensief op alle domeinen / in combinatie met ernstige gedragsmatige of medische problemen

De permanentie is onderverdeeld naar:

- geen permanentie / telefonisch om raad vragen / telefonisch met verzoek om ergens op de dag bij de cliënt te komen / telefonisch met verzoek om onmiddellijk bij de cliënt te komen / gedurende grote delen van de dag aanwezigheid in de nabijheid van de cliënt / voortdurende aanwezigheid, maar hoeft geen toezicht uit te oefenen / voortdurende aanwezigheid en uitoefenen van toezicht / voortdurend toezicht binnen een beveiligende infrastructuur.

### 5.3 Conclusie

De wetenschappers noemen een aantal discriminerende dimensies die relevant zijn bij het bepalen van de toegang tot de Wlz: mate van gedragsproblemen, medische problematiek, cognitieve beperkingen, zorgintensiteit, kwetsbaarheid, veiligheid, middelengebruik, sociale beperkingen en omgang met problemen.

Daarbij merken ze op dat het niet mogelijk is om bij het bepalen van toegang tot de Wlz strikt te kijken naar kenmerken van de cliënt en de sociale omgeving niet mee te nemen. Het 'probleem' en de ondersteuningsbehoefte komen voort uit de relatie tussen de cliënt en zijn omgeving. Met betrekking tot de GGZ verwacht men dat slechts een kleine groep blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid (waarbij 'blijvend' betrekking zal hebben op bepaalde tijdsperiode).

Om te kunnen bepalen of een cliënt wel of geen toegang kan krijgen tot de Wlz is het wellicht zinvol om een afwegingskader te ontwikkelen dat van grof naar fijn differentieert om Wlz-toelating te bepalen. Het professioneel oordeel van een terzake deskundige is hierbij wel essentieel. Indien blijkt dat er meer informatie nodig is kan vervolgens met uitgebreidere meetinstrumenten informatie worden verzameld.

Het instrument dat is ontwikkeld door het VAPH in België legt een directe relatie tussen de ondersteuningsbehoefte van cliënten en de mate van toezicht. Gezien de raakvlakken met de toelatingscriteria voor de Wlz (toezicht en nabijheid) is het zinvol om de toepassingsmogelijkheden van dit instrument binnen het afwegingskader van de Wlz nader te onderzoeken.

**Bijlage 5.1** Deelnemers interviews wetenschappers

Organisatie	Naam	Expertise
VUmc Amsterdam	Hein van Hout	Ouderenzorg en Huisartsenzorg InterRAI
Universiteit van Maastricht	Wil Buntinx	Verstandelijk gehandicapten Support Intensity Scale
Universiteit van Maastricht	Carolien van Heugten	Klinische Neuropsychologie Niet Aangeboren Hersenletsel
Universiteit van Maastricht	Philippe Delespaul	Psychiatrie
Rijksuniversiteit Groningen	Jelle Drost	Orthopedagogiek Licht Verstandelijk Gehandicapten
Rijksuniversiteit Groningen	Sophia de Rooij	Ouderenzorg Amsterdam Linear Disability Scale
Universiteit van Tilburg	Jaap van Weeghel	Psychiatrie
Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap	Sofie Heymans	Inschaling noodzaak voor begeleiding en permanentie



## 6. Interviews met professionals

### 6.1 Aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de resultaten van de interviews die we hebben gehad met diverse professionals uit de langdurige zorg. Vanuit de verschillende grondslagen (somatiek, psychogeriatric, psychiatrie, (licht) verstandelijke handicap, lichamelijke handicap en zintuiglijke handicap (visueel en auditief)) hebben we zorgaanbieders en branches benaderd voor het aanleveren van personen met relevante (ervarings)-deskundigheid. De bereidheid voor medewerking aan de interviews was groot. In bijlage 6.1 staan de personen vermeld met wie we in gesprek zijn gegaan. Hierin staan ook personen die niet hebben deelgenomen aan de (groeps)interviews, maar wel een schriftelijke reactie hebben gegeven op de conceptversie met interviewresultaten.

Ter voorbereiding op de interviews hebben deze personen het plan van aanpak toegestuurd gekregen waarin de doelstelling en fasen van het onderzoek zijn beschreven. Tijdens de interviews hebben we gevraagd naar de kenmerken op basis waarvan cliënten blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid om ernstig nadeel te voorkomen. Hierbij hebben we de wettekst van artikel 3.2.1lid 1 van de Wlz als uitgangspunt gehanteerd, waarin staat dat een verzekerde recht op zorg heeft voor zover hij naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening op die zorg is aangewezen omdat hij vanwege een somatische of psychogeriatric aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

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

(deze formulering wijkt iets af van de versie die eind september naar de Eerste Kamer is gestuurd).

In de toegangscriteria is niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt voor het beantwoorden van de vraag of iemand toegang tot de Wlz krijgt derhalve niet gekeken of de cliënt familie, vrienden of kennissen heeft die hem kunnen verzorgen waardoor er geen zorg nodig zou zijn vanuit de Wlz. Hier is slechts één uitzondering op: van ouders wordt naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht dat zij hun kinderen verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Pas als de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit substantieel meer is ten opzichte van de zorg van ouders aan een kind zonder beperkingen van dezelfde leeftijd, kan er sprake zijn van toegang tot de Wlz (gebruikelijke zorg).

Aan de hand van de volgende vragen hebben we de (groeps)interviews gehouden:

- Wat maakt voor 'uw cliëntgroep' dat een blijvende behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig is?



- Welke specifieke cliëntkenmerken spelen hierbij een rol?
- Welke andere kenmerken zijn bepalend voor de ondersteuningsbehoefte van cliënten?
- Wanneer is het moment bereikt dat zorg thuis niet meer kan? Wat is de scheidslijn tussen wat nog kan en wat niet meer?
- Welke instrumenten gebruikt u om cliëntkenmerken te meten of vast te stellen?
- Hoe zou het afwegingskader er volgens u op hoofdlijnen uit kunnen zien?

Afhankelijk van de antwoorden hebben we vervolgvragen gesteld om meer gedetailleerde informatie te krijgen.

## 6.2 Relevante aspecten

Uit de gesprekken met professionals kwam naar voren dat een aantal elementen van belang is om tot een zorgvuldig besluit te komen of iemand wel of niet tot de Wlz behoort. Het gaat hierbij om de volgende aspecten die we hierna kort toelichten:

- op de hoogte zijn van de voorgeschiedenis van de cliënt
- face-to-face gesprek in de thuissituatie
- een gesprek voeren met de cliënt en het cliëntstelsel
- goede gespreksvoering
- diverse kenmerkende aspecten in beschouwing nemen
- inzicht in mogelijk gevaar
- omgevingskenmerken betrekken bij de indicatiestelling
- professionaliteit van de indicatiesteller

### Op de hoogte zijn van voorgeschiedenis

Behulpzaam bij het stellen van de juiste indicatie is het kennen van de voorgeschiedenis van de cliënt. De Wlz is namelijk bedoeld voor cliënten met een intensieve ondersteuningsbehoefte, die vaak al van verschillende professionals ondersteuning hebben ontvangen. Het is daarom van belang om bijvoorbeeld informatie te verzamelen over de medische diagnose, woonsituatie, gezinsamenstelling et cetera. Met name bij mensen met cognitieve problematiek (Niet Aangeboren Hersenletsel, PG en VG) is het van belang om op de hoogte te zijn van de voorgeschiedenis. Zo kan de indicatiesteller accuraat inspelen op de situatie. Een goede overdracht van de huisarts en/of wijkverpleegkundige is essentieel. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de 27 items uit het overdrachtsbericht (zie normenkader V&VN).

### Face-to-face gesprek in de thuissituatie

Professionals erkennen het belang van het zien van de cliënt in zijn eigen thuissituatie en het voeren van een face-to-face gesprek zoals ook vermeld staat in de Memorie van Toelichting.

### Een gesprek met de cliënt en zijn cliëntstelsel

Om een goed beeld van de cliënt te krijgen, vinden professionals het essentieel dat een cliënt vanuit verschillende perspectieven wordt benaderd. Een dialoog met de cliënt, zijn/haar naaste en/of de professional (gespecialiseerde aanbieder, psychiater/psycholoog, huisarts of wijkverpleegkundige) is gewenst om een goed beeld van de cliënt te krijgen. Met name bij de cliënten met cognitieve problematiek



speelt de benadering van de cliënt via diverse invalshoeken een rol bij het stellen van een goede indicatie.

#### Goede gespreksvoering

In de Wmo 2015 en Zvw staat centraal dat wordt uitgegaan van wat iemand nog wel kan. Uitgaan van mogelijkheden en niet van beperkingen. In de diverse groeps-interviews is besproken of dit ook het uitgangspunt kan zijn bij het bepalen van toegang tot de Wlz. Conclusie is dat voor het vaststellen van een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, het noodzakelijk is om te inventariseren wat de onmogelijkheden (beperkingen) van cliënten zijn. Als wordt vastgesteld dat de cliënt toegang heeft tot de Wlz, dient de professional vervolgens op basis van de mogelijkheden van cliënten vast te stellen welke ondersteuning is gewenst. Vervolgens wordt een passend zorgplan opgesteld.

#### Diverse kenmerkende aspecten in beschouwing nemen

Voor een goede afweging van de toegang tot de Wlz, zijn de volgende aspecten relevant:

- Cognitief vermogen
- Gedragsproblematiek
- Lichamelijke beperkingen
- Psychische beperkingen
- Comorbiditeit/multiproblematiek
- Sociale vaardigheden en communicatie
- Vrijtijdsbesteding/sociale contacten/participatie
- Kwetsbaarheid
- Leerbaarheid

Op de volgende pagina's hebben we per grondslag<sup>10</sup> voor de verschillende aspecten uitgewerkt welke cliëntkenmerken aan de orde kunnen zijn. De professionals hebben aangegeven dat voor de meeste Wlz-cliënten sprake zal zijn van een combinatie van een aantal van deze kenmerken. Per cliënt verschilt de combinatie van kenmerken die leidt tot een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid.

Daarnaast geven de professionals aan dat het in diverse situaties moeilijk zal zijn om aan te geven dat als gevolg van deze beperkingen sprake is van een *blijvende* behoefte aan toezicht of nabijheid. Dit geldt voor alle grondslagen. In de optiek van professionals is *langdurende* behoefte een beter werkbare omschrijving.

---

<sup>10</sup> Op uitdrukkelijk verzoek van de professionals maken we een onderscheid tussen NAH- en LG-cliënten.



Aspect	NAH	LG	SOM	PG	VG	LVG	ZG	GGZ
Cognitief vermogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen structuur kunnen houden</li> <li>• Regieverlies</li> <li>• Geen ziekte-inzicht</li> <li>• Geen acceptatie ziekte</li> <li>• Onvoorspelbaarheid</li> <li>• Verlies in inzicht in hoe de wereld werkt</li> <li>• Geen zicht op eigen kunnen</li> <li>• Onvermogen om ADL-zorg uit te voeren</li> <li>• Overschatting van zichzelf</li> <li>• Korte termijn geheugen is weg. Niveau blijft altijd hetzelfde (geen verbetering en geen verslechtering)</li> <li>• Geen acceptatie dagbesteding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen acceptatie ziekte</li> <li>• Star karakter mogelijk (MS, Parkinson)</li> <li>• Ontwikkelingsachterstand (bv. bij Spina bifida)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zich kwetsbaar voelen</li> <li>• Weinig draagkracht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen initiatieven kunnen nemen</li> <li>• Cliënt ziet dingen vaak rooskleuriger</li> <li>• Geen ziekte-inzicht</li> <li>• Overzicht over dagelijkse dingen /handelingen ontbreekt</li> <li>• Geen consequenties gedrag of handelingen in kunnen zien</li> <li>• Regieverlies</li> <li>• Dagelijks leven niet kunnen regelen</li> <li>• Verwaarlozing van zichzelf</li> <li>• Geheugen: dingen vergeten</li> <li>• Oriëntatiestoornis: tijd, plaats, persoon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen hulp durven vragen</li> <li>• Geen regie kunnen voeren over eigen leven</li> <li>• IQ &lt; 70 (maar dit zegt niet alles)</li> <li>• Beperkt ziekte inzicht</li> <li>• Weinig probleemoplossend vermogen</li> <li>• Geen initiatieven kunnen nemen</li> <li>• Kwetsbaar en beïnvloedbaar</li> <li>• Continu overvraagd worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zichzelf overschatten</li> <li>• Overvraging door omgeving</li> <li>• Geen inzicht hebben in hoe met dagelijkse dingen om te gaan</li> <li>• De gevolgen van taken niet kunnen overzien</li> <li>• Kwetsbaar en beïnvloedbaar</li> <li>• Continu overvraagd worden</li> <li>• Weinig draagkracht</li> <li>• Beperkte mogelijkheden vaardigheden aan te leren (afhankelijk van niveau)</li> <li>• IQ tussen 50 en 85</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visueel</li> <li>• Vaak VG-beperving</li> <li>• Slechte zelfreflectie</li> <li>• Leerbaarheid is afhankelijk van compensatiemogelijkheden (gehoor, tast, geheugen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grillig regieverlies</li> <li>• Geen ziektebesef</li> <li>• Geen ziekte- inzicht</li> <li>• Signaleren niet bij zichzelf als er een slechte fase aankomt</li> <li>• Niet kunnen handelen met bepaalde gedachten</li> <li>• Verminderd begripsvermogen</li> <li>• Omgedraaid dag- en nachtritme</li> <li>• Verlies van overzicht</li> <li>• Medicatie-ontrouw</li> <li>• Geen initiatieven kunnen nemen</li> <li>• Woonvaardigheden ontbreken</li> <li>• Externe locus of control</li> <li>• Verwardheid</li> <li>• De dag niet kunnen indelen</li> <li>• Hulpvraag niet uit kunnen stellen</li> <li>• Alle aspecten dagelijks leven niet uit kunnen voeren</li> <li>• Beperkt aanpassings- of leervermogen</li> </ul>
Gedragsproblematiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achterdochtig</li> <li>• Argwaan</li> </ul>	•	•	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passiviteit</li> <li>• Dwalen</li> </ul>	• Dwanghandelingen		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visueel</li> <li>• Terugtrekgedrag</li> </ul>	• Fors gedragsgestoord



Aspect	NAH	LG	SOM	PG	VG	LVG	ZG	GGZ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paniefsituaties bij onverwachte gebeurtenissen</li> <li>Onvoorspelbaar gedrag</li> <li>Ontremd gedrag</li> <li>Verbaal agressief gedrag</li> <li>Claimend gedrag</li> <li>Initiatief loos</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Snel in paniek raken</li> <li>Decorumverlies</li> <li>Agressie (lichamelijk en verbaal)</li> <li>Claimend gedrag</li> <li>Angst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inactiviteit (daarom aansturing nodig)</li> <li>Manipulerend gedrag</li> <li>Claimend gedrag</li> <li>Grensoverschrijdend (seksueel) gedrag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gedragsproblemen in combinatie met IQ 50-85</li> <li>Fysieke agressie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paniek (bv. als iemand iets kwijt is)</li> <li>Agressie</li> <li>Extreem opstandig gedrag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onvoorspelbaar</li> <li>Angst door opdrachten krijgen van stemmen, hallucinaties</li> <li>Ontremmingen</li> <li>Dwanghandelingen</li> <li>In details blijven hangen</li> <li>Zelfdestructie, destructief gedrag</li> <li>Overprikkeld raken</li> <li>Manipulerend gedrag</li> <li>Agressie (lichamelijk en verbaal)</li> <li>Extreme zelfverwaarlozing</li> <li>Verzamelwoede</li> </ul>
Lichamelijke beperkingen / problematiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verwaarlozing zelfzorg (ADL, eten) door vermoeidheid</li> <li>Veel onrust in bewegingen</li> <li>Diverse lichamelijke beperkingen mogelijk zoals dwarslaesie of verlies zichtvermogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet naar het toilet kunnen</li> <li>Geen ADL kunnen uitvoeren</li> <li>Diverse beperkingen die (veel) verpleegkundige zorg tot gevolg hebben (uitsuigen, sondebehandeling, katheterisaties)</li> <li>Fysiek minder weerbaar</li> <li>Chronische en/of onverklaarbare pijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ondervoeding, waardoor regelmatig heropnames ziekenhuis</li> <li>Futloosheid, geen energie</li> <li>Afhankelijk van anderen/ hulpmiddelen bij transfers</li> <li>Fysieke beperkingen bij ADL</li> <li>Activiteit vergt grote belasting</li> <li>Slikproblemen</li> <li>Benauwdheidsklachten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verslechtering mobiliteit</li> <li>Apraxie</li> <li>Incontinentie</li> <li>Plukgedrag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan aan de orde zijn bij meervoudig gehandicapten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visueel</li> <li>Moeite met zich verplaatsen binnenshuis</li> <li>Niet zelfstandig zich verplaatsen buitenshuis</li> <li>Snel vermoeid, omdat leven met handicap veel energie kost</li> <li>Geen ADL-vaardigheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zelfzorgtekort; beperkt in ADL</li> <li>Met name oudere psychiatrische cliënten zijn beperkt vanwege bijkomende somatische aandoeningen</li> </ul>



Aspect	NAH	LG	SOM	PG	VG	LVG	ZG	GGZ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlammingen</li> <li>• Niet ver kunnen lopen / niet mobiel</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Met name oudere ZG- cliënten zijn beperkt vanwege bijkomende somatische aandoeningen</li> <li>• Vermoeidheid -&gt; compensatie-technieken zijn niet vol te houden</li> </ul>	
Psychische problematiek	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressie</li> <li>• Verwerkingsproblemen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressie</li> <li>• Verwerkingsproblemen</li> <li>• Levensfase problematiek (met name groep 18-35 jaar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleen bij combinatie met PG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallucinaties</li> <li>• Angsten (niet weten waar iemand is, met vlagen ernst ziekte beseffen)</li> <li>• Levensfase problematiek bij jong dementerenden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hechtingsproblemen</li> <li>• Ontwikkelingsstoornis</li> <li>• Vaak combinaties met ADHD, autisme, PDD-NOS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hechtingsproblemen</li> <li>• Ontwikkelingsstoornis</li> <li>• Vaak combinaties met ADHD, autisme, PDD-NOS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visueel</li> <li>• Moeite met handicapverwerking (coping) kan leiden tot ernstige psychiatrische klachten</li> <li>• Hechtingsproblematiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen werkelijkheidsbeeld</li> <li>• Wanen</li> <li>• Hechtingsproblemen</li> <li>• Hallucinaties</li> <li>• Terugvallen, psychisch decompenseren</li> <li>• Angsten</li> <li>• Eén of meerder psychiatrische diagnoses die resistent zijn voor behandeling</li> </ul>
Comorbiditeit/ multi-problematiek		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinatie met GGZ of verslaving.</li> <li>• Meervoudig complex gehandicapten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaak combinatie met PG</li> <li>• Meervoudig complexe problematiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaak combinatie met SOM</li> <li>• PG in combinatie met gedragsproblematiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meervoudige beperkingen</li> <li>• Vaak ook combi tussen VG en GGZ</li> <li>• Epilepsie in combinatie met VG komt veel voor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Middelengebruik</li> <li>• Internetverslaving</li> <li>• Gedragsproblematiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visueel</li> <li>• Vaak combinatie met VG. ZG grondslag alleen bepaalt niet de toegang voor Wlz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verslaving kan een rol spelen</li> <li>• Vaak dubbelproblematiek</li> </ul>
							<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditief</li> <li>• Depressie</li> </ul>	
							<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditief</li> <li>• Vaak combinatie met meervoudig</li> </ul>	



Aspect	NAH	LG	SOM	PG	VG	LVG	ZG	GGZ
							complexe handicap (kinderen) <ul style="list-style-type: none"> <li>VG combinatie</li> </ul>	
Sociale vaardigheden en communicatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niet kunnen begrijpen wat anderen zeggen</li> <li>Woordvindingsstoornissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afasie<sup>11</sup></li> <li>Auditieve problemen</li> <li>Problemen met sociale contacten</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Afasie</li> <li>Confabulaties</li> <li>Juist erg empathisch zijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moeite met omgaan met anderen, vanwege niet kunnen interpreteren</li> <li>Moeite met verbale communicatie</li> <li>Beperkte woordenschat</li> <li>Niet/beperkt kunnen lezen en schrijven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minder kunnen dan anderen denken</li> <li>Beperkte communicatiemogelijkheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visueel</li> <li>Sociaal niet vaardig</li> <li>Psychosociale problematiek; weinig assertief en weinig initiatief</li> <li>Auditief</li> <li>Passen niet in gezinssysteem, missen aansluiting (pubers)</li> <li>Komen niet of moeilijk tot spraak</li> <li>Onmogelijk compenserende vaardigheden benutten</li> <li>Ernstige taalstoornissen</li> <li>Sociaal niet zelfredzaam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anderen niet begrijpen</li> <li>Zichzelf niet kunnen verwoorden</li> <li>De wereld niet meer snappen</li> <li>Dermate aanhoudend beperkt in functioneren dat deelname aan maatschappij niet mogelijk is</li> <li>Slecht functioneren op psychosociaal vlak</li> </ul>
Sociaal emotionele ontwikkeling				<ul style="list-style-type: none"> <li>In een later stadium kinderlijk gedrag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaak laag niveau, kleuter of nog lager</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaak laag niveau, circa 10-jarig kind</li> </ul>		

Tabel 6.1 Relevante cliëntkenmerken voor toegang tot de Wlz

<sup>11</sup> Niet kunnen zeggen wat je wilt.

## Inzicht in mogelijk gevaar

Professionals hebben per grondslag aangegeven welke mogelijke gevaren er kunnen optreden als (een combinatie van) de hiervoor beschreven kenmerken aanwezig zijn en permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid ontbreekt.

NAH	LG	SOM	PG
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valgevaar</li> <li>• Gevoel van veiligheid ontbreekt</li> <li>• Geen inschattingen kunnen maken</li> <li>• Gevaar voor anderen; ouderrol voor kinderen niet kunnen vervullen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stikgevaar (bij beademingspatiënten moet iemand binnen 4 minuten aanwezig kunnen zijn)</li> <li>• Gevoel van veiligheid ontbreekt</li> <li>• Angst om te stikken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet adequaat kunnen alarmeren</li> <li>• Valgevaar</li> <li>• Gevoel van veiligheid ontbreekt</li> <li>• Door fragiliteit zichzelf niet kunnen beschermen</li> <li>• Eenzaamheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet adequaat kunnen alarmeren</li> <li>• Gevaar door niet meer weten waarvoor je dingen gebruikt</li> <li>• Gevaar door oriëntatiestoornis (ver)dwalen</li> <li>• Gas aan laten staan</li> <li>• Gevoel van veiligheid ontbreekt</li> <li>• Vreemden binnen laten</li> <li>• Risico op persoonlijke teloorgang</li> <li>• Zichzelf niet kunnen beschermen</li> <li>• Eenzaamheid</li> </ul>
VG	LVG	ZG	GGZ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onveilig in het verkeer</li> <li>• Gevoel van basisveiligheid, op iemand terug kunnen vallen, ontbreekt</li> <li>• Lichamelijk/seksueel misbruik</li> <li>• Financieel misbruik</li> <li>• Gevaar loverboys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeer beïnvloedbaar</li> <li>• Ontvankelijk voor afpersers en loverboys</li> <li>• Lichamelijk/seksueel misbruik</li> <li>• Financieel misbruik</li> <li>• Middelengebruik</li> <li>• Internetverslaving</li> <li>• Rondhangen door geen acceptatie dagbesteding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visueel</li> <li>• Verkeersonveilig</li> <li>• Gevoel van onveiligheid</li> <li>• Seksueel misbruik</li> <li>• Fysieke onveiligheid door hitte, vuur, verdrinkings-gevaar</li> <li>• Zelfverwendend gedrag</li> <li>• Destructief gedrag</li> <li>• In zichzelf keren</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suïcidaal</li> <li>• Automutilatie</li> <li>• Anderen in gevaar brengen</li> <li>• Maatschappelijke teloorgang</li> <li>• Spullen gebruiken die daar niet voor bedoeld zijn</li> <li>• Gevoel van veiligheid ontbreekt</li> <li>• Zomaar de straat opgaan (verkeersonveilig)</li> <li>• Roken en daarbij in slaap vallen</li> <li>• Medicijngebruik</li> <li>• Ontbreken van gevoel van veiligheid</li> <li>• Bescherming nodig tegen zichzelf of anderen</li> <li>• Kwetsbaar door ernstige psychische ziekte of ontregeling daarvan</li> <li>• Slachtoffer criminaliteit</li> <li>• Dissociëren: vervreemden van het leven</li> <li>• Vereenzaming</li> </ul>

Tabel 5.2 Risico op gevaar



### Omgeving betrekken in indicatiestelling

De toegangscriteria die in de Wlz zijn beschreven, zijn gericht op de cliënt en niet op de omgeving van de cliënt/het cliëntensysteem. Tijdens alle interviews met professionals is aangegeven, dat het in de praktijk niet werkbaar zal zijn om de toegang alleen te bepalen op basis van de kenmerken van de cliënt; de verwachting is dat dit zal leiden tot een heel grote groep Wlz-clienten, terwijl een aantal van hen ook passende ondersteuning onder de Wmo zou kunnen krijgen. De ondersteuningsbehoefte van de cliënt ontstaat namelijk in de interactie van de cliënt met zijn omgeving. Daarom geven professionals aan dat het gewenst is om in de Wlz-toegangsbeoordeling ook de omgeving van de cliënt te betrekken. Indien de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid 'manifest' is geworden (de omgeving niet (meer) in staat is om dit toezicht of deze nabijheid te leveren) dient een cliënt toegelaten te worden tot de Wlz.

### Professionaliteit van de indicatiesteller

Professionals vragen zich af of alles in een vragenlijst is te stoppen. In hoeverre dekt het afwegingskader dat de juiste mensen toegang tot de Wlz krijgen? Het is gewenst dat de indicatiestellers de mogelijkheid krijgen om bij grijze gebieden, vanuit hun professe, op basis van klinisch redeneren én jarenlange ervaring, mensen toegang te geven tot de Wlz. Daarbij dient de indicatiesteller gebruik te maken van het klinisch oordeel van de professionals die bij de cliënt zijn betrokken.

## 6.3 Conclusie

De professionals kunnen een duidelijk beeld geven van de groep cliënten die toegang tot de Wlz moeten krijgen. Het betreft cliënten die vanwege cognitieve, lichamelijke en/of psychische beperkingen behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Er is veelal sprake van een combinatie van deze beperkingen, waarbij bij een deel van deze cliënten een grote kans is op gedragsproblemen. De Wlz-clienten hebben met elkaar gemeenschappelijk dat ze fysiek en/of cognitief niet in staat zijn om hun eigen leven in te richten, waarbij door het ontbreken van toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid gevaar dreigt voor de cliënt en/of zijn omgeving.

De professionals geven aan dat de ondersteuningsbehoefte van cliënten niet alleen wordt bepaald door kenmerken van de cliënt, maar ook door de cliëntomgeving. De ondersteuningsbehoefte is mede afhankelijk van de wijze waarop de omgeving omgaat met de beperkingen van de cliënt. Cliënten met dezelfde beperkingen kunnen dus een andere ondersteuningsbehoefte hebben. Professionals verwachten dat als de cliëntomgeving niet wordt betrokken in het afwegingskader, heel veel cliënten voldoen aan de toelatingscriteria tot de Wlz. De mantelzorg levert namelijk vaak een bijdrage op het gebied van toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Daarnaast geven de professionals aan dat het in diverse situaties moeilijk zal zijn om aan te geven dat sprake is van een *blijvende* behoefte aan toezicht of nabijheid. Dit geldt voor alle grondslagen. De professionals stellen daardoor voor om *blijvend* te vervangen door *langdurend*.



## Bijlage 6.1 Deelnemers interviews professionals

Doelgroep	Organisatie	Naam
LG	Interaktcontour	Berber Wesseling
LG	Siza	Ans van de Ven
LG	Noorderbrug	Esther Liefers
LG	Reinaerde	Wiro Tullemans
LG	Reinaerde	Gabor Kovácssek
LG	Heliomare	Marleen de Boer
SOM/PG	Icare	Jacqueline Span
SOM/PG	Activite	Pieter de Jong
SOM/PG	Livio	Bob Tetteroo
SOM/PG	Amaris	Esther Westeneng
SOM/PG	Ariëns Zorgpalet	Wendy Winkelhuis
SOM/PG	Surplus Groep	Martin Brouwers
SOM/PG	Omring	Marion van Veen
SOM/PG	Nederlands Instituut Psychologen	Marlies van der Wijk
SOM/PG	Verenso	Angela Keijzer
SOM/PG	Verenso	Nettie Lensink
SOM/PG	Verenso	Carry Stroosnijder
VG	Philadelphia	Henk Stoel
VG	Abrona	Brenda Maathuis
VG	ASVZ	Dineke van den Berg
VG	ASVZ	José de Bel-Groenendijk
VG	Odion	Elles Smit
VG	's Heerenloo Zorggroep	Frank Visser
VG	's Heerenloo Zorggroep	Kurt Joseph
VG	Ipse de Bruggen	Helma van Ast
VG	Ipse de Bruggen	Maarten Bertens
VG	De Twentse Zorgcentra	Carla Weersink
VG	Amarant	Ivo Vugs
VG	Nederlands Instituut Psychologen	Suzan Möller
VG	MEE	Bert van Kapel
VG	MEE	Pedro Bonte
ZG	Bartimeus	Antoon van der Kamp
ZG	Bartimeus	Janneke van Wageningen
ZG	Bartimeus	Arjan Maasland



Doelgroep	Organisatie	Naam
ZG	Kentalis	Nicole Houdijk
ZG	Kentalis	Helma van der Heijden
LVG	CCE	Didier Rammers
LVG	CCE	Anja Jansen
LVG	MEE Utrecht Gooi & Vecht	Wilma Walterbos
LVG	's Heerenloo Zorggroep	Ariana Groenendijk
LVG	's Heerenloo Zorggroep	Timon Dijkman
LVG	's Heerenloo Zorggroep	Gijs Bierens
GGZ	Parnassia Groep	Constant Mouton
GGZ	Parnassia Groep	Jolanda Wierenga
GGZ	Nederlands Instituut Psychologen	Rob Wiewel
GGZ	GGZ Eindhoven	Ankie Lubbers
GGZ	RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	Ineke Kwint
GGZ	RIBW Brabant	Carin van Erve
GGZ	HVO Querido	Louise Olij
GGZ	Kessler Stichting	Wim van Lierop
Cliëntorganisaties	Platform GGZ	Nic Vos de Wael
Cliëntorganisaties	Per Saldo	Aline Saers
Cliëntorganisaties	NPCF	Margot Brands
Divers	CIZ Heerlen	Lonnie Joosten
Divers	CIZ Heerlen	Karin Peters
Divers	CIZ Heerlen	Ria Verlinden
Divers	CIZ Heerlen	Louise Heynen
Divers	CIZ Amsterdam	Renate van Os
Divers	CIZ Amsterdam	Lydia van Ravenzwaaij
Divers	CIZ Amsterdam	Tonny van Rooy
Divers	CIZ Amsterdam	Caroline Ambaum
Divers	CIZ Zwolle	Gera Douma
Divers	CIZ Zwolle	Theo Hoolsema
Divers	V&VN	Christina Woudhuizen
Divers	Zorginstituut Nederland	Dirk Achterbergh
Divers	Zorginstituut Nederland	Charlotte Gubbels
Divers	Zorginstituut Nederland	Martine Oonk

## 7. Vragenlijsten

Er zijn diverse vragenlijsten die worden gebruikt om cliëntkenmerken of de ondersteuningsbehoefte van cliënten te meten. Ian Mc Dowel heeft een uitgebreid overzicht gemaakt van de eigenschappen van tientallen vragenlijsten in *Measuring Health A Guide to Rating Scales and Questionnaires* (2006). In dit hoofdstuk beperken we ons tot de vragenlijsten die tijdens het onderzoek zijn aangedragen door professionals en wetenschappers en naar zijn gekomen uit de literatuurstudie.

Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
GFI Groningen Frailty Indicator	Kwetsbaarheid van ouderen	<ul style="list-style-type: none"><li>GFI vragenlijst</li><li>Onderzoek naar zelfinvullijst: Peters LL, Boter H, Buskens E &amp; Slaets JPJ (2012). Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling en institutionalized elderly people. <i>JAMDA</i>, 13, p. 546-551</li></ul>
INTERMED	Metten van 'case complexity' en zorgbehoefte zoals ervaren door ouderen	<ul style="list-style-type: none"><li>Onderzoek naar zelfinvullijst: Peters LL, Boter H, Slaets JPJ &amp; Buskens E (2013). Development and measurement properties of the self-assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. <i>Journal of Psychometric Research</i>, 74, p. 518-522</li><li>Wild B et al. (2011). Reliable integrative assessment of health care needs in elderly persons: the INTERMED for the Elderly (IM-E). <i>Journal of Psychometric Research</i>, 70, p. 169-178</li></ul> NB. Bijlage met vragenlijst! Zie ook <a href="http://www.intermedfoundation.org">www.intermedfoundation.org</a>
MDS-RAI	Of RAI-MDS, or the Resident Assessment Instrument - Minimum Data Set, is a leading set of computerized care management tools. They help health professionals in long-term care to assess and monitor the care needs of their residents.	<ul style="list-style-type: none"><li>MDS-RAI Final report (ontwikkeling en validatie)</li></ul>
MDS van Nationaal programma Ouderenzorg	Minimale Data Set (MDS). Onderzoeksinstrument om effecten van zorg (oa) te meten. Het is de bedoeling dat de uitkomsten van de verschillende regio's onderling zijn te vergelijken.  De nieuwe Engelstalige naam voor de landelijke database is TOPICS-MDS. Dit staat voor The Older Persons and Informal Caregivers Survey - Minimum Data Set.	Vragenlijsten en andere documentatie te vinden op <a href="http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/het-programma/minimale-data-set/">http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/het-programma/minimale-data-set/</a>  Meer informatie over TOPICS staat op de website <a href="http://www.topics-mds.eu">www.topics-mds.eu</a> .

Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
InterRAI	Vragenlijsten beschikbaar voor intake in verpleeghuis (nursing home) of begeleid wonen (assisted living).  InterRAI wordt gebruikt in de SHELTER studie	Zie <a href="http://www.interrai.org/scales.html">http://www.interrai.org/scales.html</a> <ul style="list-style-type: none"><li>Reynolds, S.E. (2013). A Comparative Analysis of Long-Term Care Policies and Placements. (bijlage A InterRAI Long-term Facility Form).</li><li>Onder et al. (2012) Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. <i>BMC Health Services Research</i>, 12 (5).</li><li>In Nederland RAIview, info ontvangen van Hein van Hout (mail met bijlagen opgeslagen in map)</li></ul>
ADL Hierarchy Scale (onderdeel van InterRAI)	Beslisboom met vier ADL-items (persoonlijke hygiëne, toilet transfer, mobiliteit, eten) om de mate/type van zorgafhankelijkheid vast te stellen	<ul style="list-style-type: none"><li>Reynolds, bijlage E.</li><li>Zie mail RAIview</li></ul> Artikel (niet in map): Morris JN, Fries BE, Morris SA (1999). Scaling ADLs within the MDS. <i>Journal of Gerontology: Medical Sciences</i> , 54 (11), p. 546-553
CHESS Changes in Health, End-stage disease, Signs and Symptoms Scale (onderdeel van InterRAI)	Mate van gezondheidsinstabiliteit door scoren van veranderingen op verschillende items, zoals beslissingen nemen, ADL, gewichtsverlies, uitdroging	<ul style="list-style-type: none"><li>Reynolds, bijlage G.</li></ul>
CPS Cognitive Performance Scale (onderdeel van InterRAI)	Beslisboom om het cognitief functioneren te meten	<ul style="list-style-type: none"><li>Cognitive Performance Scale</li></ul> Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Philips C, Mor V & Lipsitz L (1994). MDS Cognitive Performance Scale. <i>Journal of Gerontology</i> , 49 (4), p 174-182. (Artikel niet opgezocht)
CMAI Cohen-Mansfield Agitation Inventory	Metten van agitatie. Gebruikt in dementie-onderzoek	<ul style="list-style-type: none"><li>CMAI instruction manual</li></ul>
MMSE Mini Mental State Examination	Cognitie	<ul style="list-style-type: none"><li>MMSE Nederlandse versie</li><li>MMSE Uitgebreide toelichting van het meetinstrument</li></ul> Origineel (niet opgezocht): Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." <i>J Psychiatr Res</i> 1975;12:189-198.

Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
NPI, NPI-Q	Neuropsychiatrische Vragenlijst-Questionnaire is ontwikkeld om in het alledaags klinische werk neuropsychiatrische symptomen beknopt in kaart te brengen. De NPI-Q is een bewerking van de NPI (Cummings et al, Neurology 1994; 44:2308-2314) en is ten opzicht van deze lijst gevalideerd (Kaufer et al, J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000, 12:233-239).	<ul style="list-style-type: none"><li>NPI (engels)</li><li>NPI-Q</li></ul> <p><a href="http://www.dementia-assessment.com.au/behavioural/NPI.pdf">http://www.dementia-assessment.com.au/behavioural/NPI.pdf</a> <a href="http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=558">http://www.ouderenpsychiatrie.nl/sjablonen/1/infotype/news/newsitem/view.asp?objectID=558</a></p>
ADL schaal Katz	ADL Zie eventueel ook de Katz expanded (extended) ADL index (ontwikkeld door Asberg Kerstin Hulter en Sonn Ullna, 1988)	<ul style="list-style-type: none"><li>Katz ADL 6 met score</li><li>Katz ADL best practice bespreking</li><li>Literatuuronderzoek naar ADL Assessment instrumenten bij personen met multiple sclerose &gt;&gt; zie 3.2.7 voor Katz ADL en expanded/extended</li></ul>
IDDD Interview voor Deterioratie Dagelijkse levensverrichting en bij Dementie	Een 33-item vragenlijst in te vullen door familie of verzorgende waarop kan worden aangegeven hoe de cliënt functioneert in algemene en bijzondere dagelijkse activiteiten (Teunisse en Derix, 1991)	Instrument niet gevonden. Artikel, niet vrij beschikbaar (?): Theunisse, S., Derix, MMA.. Meten van het dagelijks functioneren van thuiswonende dementiepatiënten: ontwikkeling van een vragenlijst. Tijdschr.Gerontol Geriatr 1991;22:53-9
CDS Care Dependency Scale	In NL: Zorgafhankelijkheidsschaal: instrument om de basisbehoeften te meten die vervuld moeten worden om als persoon zelfstandig te kunnen functioneren	Genoemd in Nivel Overzichtsstudie Zorg voor chronisch zieken: Dijkstra et al. (1996), <a href="http://www.rug.nl">www.rug.nl</a> <ul style="list-style-type: none"><li>CDS manual english (incl beoordeling betrouwbaarheid en validiteit)</li><li>CDS_zorgafhankelijkheidsschaal_toelichting NL versie</li></ul>
Barthel Index	Mate van ADL hulpbehoevendheid	Gebruikt in GOUD-studie (Evenhuis) <ul style="list-style-type: none"><li>Barthel index</li></ul> Ontwikkeld door Mahoney et al (1965, niet opgezocht)
Lawton & Brody Scale	IADL	Gebruikt in GOUD-studie (Evenhuis) <ul style="list-style-type: none"><li>Lawton Brody IADL</li></ul> Lawton & Brody, 1969 (niet opgezocht)
DVZ Dementievragenlijst voor VG	De DVZ is een hetero-anamnestiche vragenlijst bestaande uit 50 items en in te vullen door de familie of groepsleiding. Deze items vallen onder acht subschalen: Kort geheugen, Lang geheugen, Oriëntatie in plaats en tijd, Spreken, Praktische Vaardigheden, Stemming, Activiteit en Belangstelling en Storend Gedrag.	Instrument niet vrij beschikbaar (zie <a href="http://www.pearsonclinical.nl/dvz-dementie-vragenlijst-verstandelijk-gehandicapten">http://www.pearsonclinical.nl/dvz-dementie-vragenlijst-verstandelijk-gehandicapten</a> )



Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
Frailty Index Schoufour et al.	Kwetsbaarheidsindex	<ul style="list-style-type: none"><li>Schoufour et al. Artikel frailty and care RIDD</li></ul> Zie ook info op: <a href="http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/onderzoeksprojecten/kwetsbaarheid-bij-ouderen-met-een-verstandelijke-beperking-operationalisering-risico-en-opsporing/">http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/projecten/onderzoeksprojecten/kwetsbaarheid-bij-ouderen-met-een-verstandelijke-beperking-operationalisering-risico-en-opsporing/</a>
ZZI Zorg Zwaarte Instrument	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) Set van schalen, instructies en beslisregels die de zorgzwaarte van volwassenen met een handicap eenduidig en objectiveerbaar weergeeft. Bevat de volgende schalen: <ul style="list-style-type: none"><li>Supports Intensity Scale (SIS)</li><li>Geïntegreerde Barthel Index en ELIDA</li><li>Schaal Vanermen</li><li>Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ)</li><li>Screeningslijst sociaal-emotioneel functioneren (SSEF)</li></ul>	Zorgzwaarte-instrument-Een-onderzoek-naar-validiteit-en-betrouwbaarheid
SIS Supports Intensity Scale	Ontwikkeld om de mate van ondersteuningsbehoefte te meten van mensen met verstandelijke beperking (16 jaar en ouder), zodat zij een normaal, onafhankelijk en goed leven kunnen leiden.	Zie artikelen e.d. op <a href="http://aaidd.org/sis/supports-and-sis/reading-material#.VA3B4U_lpdg">http://aaidd.org/sis/supports-and-sis/reading-material#.VA3B4U_lpdg</a> <ul style="list-style-type: none"><li>SIS eigenschappen NTZ_nr1_2010_p4-p27</li><li>SIS vragenlijst (Engelse versie),</li><li>Supports Intensity Scale, toelichting en wetensch artikel 2002</li><li>SIS voorbeeldinvulling</li></ul>
Schaal Vanermen	Bepalen van ondersteuningsbehoefte op het vlak van (para)-medisch-verzorgende handelingen bij personen met een verstandelijke handicap	Onderdeel van ZZI (VAPH) <ul style="list-style-type: none"><li>Schaal Vanermen Handleiding</li></ul>
ELIDA Estimation of Loss of Independence for Daily Activities	Berekening van mate van hulp door derden, resulteert in percentage dat afhankelijkheid van vrager weergeeft	Onderdeel van ZZI (VAPH) Ook naar verwezen in: Nivel Overzichtsstudie Zorg voor chronisch zieken. Bron: Brusselmans (2005) <ul style="list-style-type: none"><li>elida_nl</li></ul>
ICF taksatieschaal	De ICF-Taksatieschaal is een instrument dat wordt gebruikt om mensen te ondersteunen met een ziekte of aandoening om deel te kunnen nemen aan de samenleving.	Eigenaar: Bert Reintjes Instrument niet vrij beschikbaar. <a href="http://taksatieschaal.server2.taksatieschaal.nl/login.php">http://taksatieschaal.server2.taksatieschaal.nl/login.php</a>

Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
DRS Depression Rating Scale (onderdeel van InterRAI)	Meet zeven symptomen van depressie	<ul style="list-style-type: none"><li>Reynolds, bijlage H. Burrows A, Morris JN, Simon S, Hirdes JP, Phillips C (2000). Development of a Minimum Data Set-based Depression Rating Scale for use in nursing homes. <i>Age and ageing</i>, 29 (2), p. 165-172. (artikel niet opgezocht)</li></ul>
Charlson Comorbidity Index	Comorbiditeit	<a href="http://www.hsmr.nl/charlson-index/">http://www.hsmr.nl/charlson-index/</a> <a href="http://www.uroweb.org/fileadmin/livesurgery/Charlson_Comorbidity_Index.pdf">http://www.uroweb.org/fileadmin/livesurgery/Charlson_Comorbidity_Index.pdf</a>
BPI-01 Behavior Problems Inventory-01	Specifiek voor VG (a 52-item respondent-based behavior rating instrument for self-injurious, stereotypic, and aggressive / destructive behavior in mental retardation and other developmental disabilities)	Rojahn J, Matson JL, Lott D, Esbensen AJ, & Smalls Y (2001). The Behavior Problems Inventory: an instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/ destruction in individuals with developmental disabilities. <i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> ; 31 (6): 577-88. (artikel niet vrij beschikbaar)
SPMSQ Short Portable Mental Status Questionnaire	Cognitie	<ul style="list-style-type: none"><li>SPMSQ (geen NL versie gevonden)</li></ul>
Behavior Rating Scale for Psychogeriatric Inpatients (GIP)	behavior scale op basis van items uit de MDS	Instrument niet gevonden, zie artikel in map: <ul style="list-style-type: none"><li>Gerritsen et al (2007) MDS Challenging behavior profile</li></ul>
MDS-Cognition Scale (COGS)	Cognitie NB is ander instrument dan CPS (die ook met MDS-gegevens gevuld kan worden)	Exacte schaal niet gevonden. Hartmaier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch GG (....). The MDS Cognition Scale: a valid instrument for identifying and staging nursing home residents with dementia using the minimum data set. <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7963204">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7963204</a> (artikel niet opgezocht)
ABC Aberrant Behaviour Checklist	Gedrag	<ul style="list-style-type: none"><li>ABC_parent</li></ul>
TFI Tilburg Frailty Indicator		<ul style="list-style-type: none"><li>Tilburg Frailty Indicator</li></ul>
Omaha Systeem		<ul style="list-style-type: none"><li>FW Vilans- Verdiepingsessie standaard wijkverpleegkundige 8-9</li></ul>
CSDD Cornell Scale for	beoordelingsschaal voor depressie bij een matige tot ernstige dementie.	<ul style="list-style-type: none"><li>Vragenlijsten bij Depressie-Apathie (CSDD zit in bijlage)</li></ul>



Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
Depression in Dementia		
GARS Groningen Activiteiten Restrictie schaal	Het meten van problemen met zelfredzaamheid op verzorgend en huishoudelijk gebied	Nivel Overzichtsstudie Zorg voor chronisch zieken <ul style="list-style-type: none"> <li>GARS handleiding</li> <li>GARS toelichting (oa info over methodologische kwaliteit)</li> </ul>
CDR en GDS	Bepalen van mate van dementie, twee meest gebruikte instrumenten: <ul style="list-style-type: none"> <li>Clinical Dementia Rating Scale</li> <li>Global Deterioration Scale</li> </ul> NB Wel/niet meenemen? Neigt naar diagnosestelling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ketenindicatoren-dementie-2009</li> </ul>
COOP/WONCA	Functioneren/gezondheidstoestand	<ul style="list-style-type: none"> <li>COOP_WONCA charts manual</li> <li>Coop_Wonca als Amdas item</li> </ul>
Cognitive Failure Questioning CGS	Cognitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>CFQ_Nederlands</li> </ul>
TRAZAG TRANsmuraal Zorg Assessment Geriatric	Het TRAZAG-instrument brengt het functioneren van ouderen in kaart, signaleert probleemgebieden en geeft handvatten voor aanpassing van de zorg. (globale screening plus verdieping op problemen, oa GARS zit erin)	<ul style="list-style-type: none"> <li>trazag_vierde_druk_inleiding</li> <li>trazag_vierde_druk_lege_lijsten</li> </ul>
Vitaliteitswijzer	Preventieve gezondheids- en welzijnscheck. Bevat diverse instrumenten: Bevat diverse verdiepende testen voor lichamelijk en psychisch functioneren: GDS Geriatric Depression Scale (niet te verwarren met Global Deterioration Scale) DHS Depressieherkenningschaal HADS-A angst en depressie Eenzaamheidsschaal MMSE (zie elders in dit overzicht) (cognitie) AUDIT (verkorte versie) (alcoholgebruik) CSI Caregiver Strain Index (mantelzorgbelasting) OESO (gehoorscreening) SNAQ Short Nutritional Assessment Questionnaire (voedingstoestand) Timed 'Get up and go'-test (mobiliteit) LASA-ADL vragen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Handboek VitaliteitsWijzer 1e conceptversie 10-09-09 (bijlage 6G. Bronnen staan erbij vermeld)</li> </ul>
CES-D Center for Epidemiologic	Metten van symptomen depressie	CES-D Handleiding



Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
Studies Depression scale		
ICF International Classification of Functioning, Disability and Health	Iemand's gezondheid is met behulp van de ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Aangezien iemand's functioneren - en problemen daarmee - plaatsvinden in een bepaalde context, bevat de ICF ook omgevingsfactoren. De ICF vult aldus de ICD-10 aan en kijkt daarmee verder dan mortaliteit en ziekte.	Zie <a href="http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm">http://www.rivm.nl/who-fic/icf.htm</a>
ICD International Classification of Diseases	de internationale standaardindeling van diagnostische termen voor de epidemiologie en andere doeleinden van gezondheidsmanagement	zie <a href="http://www.rivm.nl/who-fic/ICD.htm">http://www.rivm.nl/who-fic/ICD.htm</a> ICD is online te raadplegen via <a href="http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICD10-nl.cla">http://class.who-fic.nl/browser.aspx?scheme=ICD10-nl.cla</a>
DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Amerikaans handboek dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient	
ESSEON-R	Instrument waarmee het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau in kaart kan worden gebracht bij kinderen en volwassenen met een ontwikkelingsleeftijd van 0 tot 14 jaar. De theoretische structuur van de ESSEON-R wordt gevormd door een indeling in twee domeinen: Sociale ontwikkeling en Emotionele ontwikkeling. Ieder domein bevat 76 items, gegroepeerd naar leeftijd.	Instrument is tegen betaling te bestellen bij Hogrefe indien je aan bepaalde eisen voldoet <ul style="list-style-type: none"> <li>• ESSEON info van NJi</li> </ul>
Zelfredzaamheid-Matrix	Voor het meten van de mate van zelfredzaamheid op de 11 belangrijke domeinen van het leven. Naast de 'basis' ZRM is er een supplement Ouderschap en een supplement Ouderen (concept)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZRM Handleiding_2013</li> <li>• Handleiding_en_Toelichting_ZRM-supplement-Ouderschap</li> <li>• KmF_Rapport_ZRM-Supplement_Ouderschap_def</li> <li>• Handreiking voor de beoordeling van ouderen met de Zelfredzaamheid-Matrix 2013 Concept Versie 2.0 April 2014</li> </ul>
NANDA, NIC en NOC	NANDA, NIC en NOC zijn classificaties van verpleegkundige diagnoses, interventies en zorgresultaten. Een verpleegkundige diagnose is een klinisch oordeel over een persoon, familie of gemeenschap als reactie op daadwerkelijke of potentiële gezondheidsproblemen of	

Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
	levensprocessen. De diagnose vormt de basis waarop verpleegkundigen interventies kiezen om zorgresultaten te behalen die liggen in het verpleegkundig domein. NANDA, NIC en NOC zijn drie aparte classificaties die nauw met elkaar verbonden zijn.	
Kernset e-overdracht	Afspraken over inhoud en 'taal' van overdracht tussen vpk van verschillende instellingen (bijv. bij overdracht van zkh naar thuiszorg of intramuraal) Is geen meetinstrument, maar bevat wel relevante gegevens	<a href="http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=r_6HAs9efA4%3D&amp;tabid=3301">http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=r_6HAs9efA4%3D&amp;tabid=3301</a>
SRZ Sociale Redzaamheidsschaal voor Zwakzinnigen	Doel van het instrument is om de zelfredzaamheid van verstandelijk gehandicapten te bepalen. Dit instrument levert een bijdrage aan (oa) het opstellen en evalueren van een individueel handlingsplan; onderzoek naar en evaluatie van de kwaliteit van zorg; ondersteuning bij het indiceren en plaatsen; het ondersteunen van beleid en planning en wetenschappelijk onderzoek	Instrument alleen tegen betaling verkrijgbaar <ul style="list-style-type: none"><li>SRZ (vanaf p 5) &gt;&gt; ingescand exemplaar</li><li>Sociale-Redzaamheidsschaal-voor-Zwakzinnigen-(SRZ, NJi) &gt;&gt; bevat info over COTAN beoordeling</li></ul> Zie eventueel voor link naar COTAN: <a href="http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadable_PDFs_Instrumenten/SRZ.pdf">http://www.kenniscentrum-kjp.nl/app/webroot/files/tmpwebsite/Downloadable_PDFs_Instrumenten/SRZ.pdf</a>
START Short-Term Assessment of Risk and Treatability	een lijst van twintig items voor herhaaldelijke beoordelingen op zeven risicodomeinen (geweld naar anderen, suïcide, zelfbeschadiging, zelfverwaarlozing, ongeoorloofde afwezigheid, middelengebruik en slachtofferschap). De START-methode is een methode om de risicogebieden en de mogelijke beschermende factoren in kaart te brengen en daarover met de patiënt in gesprek te gaan. START wordt momenteel in Nederland geïntroduceerd in de FPK Assen en wordt op hun initiatief vertaald.	Auteurs: Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004 <ul style="list-style-type: none"><li>START presentatie Tonia Nicholls &gt;&gt; bevat uitleg over instrument en onderzoeksbevindingen</li><li>START summary sheet Manual Version 1_3</li></ul> Lijst met publicaties: <a href="http://www.bcmhsus.ca/pdfs/START%20Publications%20May%202014.pdf">http://www.bcmhsus.ca/pdfs/START%20Publications%20May%202014.pdf</a> Review: <a href="http://www.stah.org/Portals/0/Reliability%20and%20Validity%20of%20the%20START%20version%203%20_finalgd%20(3).pdf">http://www.stah.org/Portals/0/Reliability%20and%20Validity%20of%20the%20START%20version%203%20_finalgd%20(3).pdf</a>
HoNOS Health of the Nations Outcome Scale	Doel om op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten routinematig in kaart te brengen. Vier probleemgebieden: gedragsproblemen, beperkingen (lich/cogn), symptomatologie, sociale problemen	<ul style="list-style-type: none"><li>Honos</li><li>HoNOS Handleiding</li></ul>

Naam	Korte omschrijving (o.a. doel, doelgroep)	Bron en bijzonderheden
CANSAS Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule	Metten van zorgbehoefte. CAN bestaat uit verschillende secties: basisbehoeften, gezondheid, functioneren, sociale aspecten, gebruik voorzieningen. Er zijn verschillende versies van de CAN, waaronder de korte CAN (CANSAS)	<ul style="list-style-type: none"><li>• CANSAS</li></ul>
Alds Amsterdam Linear Disability Scale	De digitale ALDS is een wetenschappelijk onderbouwde vragenlijst die het dagelijks functioneren meet. Fysieke beperkingen, ook wel uitgedrukt in beperkingen in de Activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL), en achteruitgang of vooruitgang in deze ADL zijn in toenemende mate belangrijke patiënt-gerelateerde uitkomstmaten. Naast (populatiebreed) medisch-/wetenschappelijk onderzoek kan de digitale ALDS ook ingezet worden voor zorgevaluatie en benchmarking. Bijvoorbeeld om de uitkomsten van fysiotherapie of van geriatrische revalidatie te vergelijken en te vervolgen. Het vaststellen van beperkingen in de ADL is ook een veelgebruikte methode voor een objectieve indicatiestelling van zorg en hulpmiddelen, door bijvoorbeeld het CIZ of het Wmo-loket.	<a href="http://www.alds.nl">www.alds.nl</a>
SMAF Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle	De SMAF wordt in Quebec gebruikt bij zowel de indicatiestelling als tijdens de zorgverlening om bijvoorbeeld de effecten van ingezette zorg te monitoren (één taal). SMAF is een instrument dat het functioneren van de oudere of gehandicapte in diens omgeving meet. Het is te gebruiken voor meting van verschillende activiteiten in diverse settings. Oorspronkelijk is SMAF ontworpen voor de intramuraal setting, maar is nu ook extramuraal toepasbaar.	Zie Measuring Health van Ian Mc Dowell (2006)

Tabel 7.1 Overzicht vragenlijsten die zijn aangedragen tijdens het onderzoek