Zorginstituut Nederland

De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis (geactualiseerde versie)

Handreiking voor de praktijk

Datum 4 december 2020
Status Definitief

Colofon

Projectleider	S. Orlebeke
Volgnummer	2021007408
Contactpersoon	mw. drs. O. Overeem +31 (0)6 525 252 83
Auteur(s) Geactualiseerde versie:	O. Overeem S. Reus
Eerste versie:	I. van Voort-Beusekom S. Reus
Afdeling	Zorg II
Team	GGZ

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1 Inleiding: passende zorg voor mensen met een psychische stoornis—13
1.1 Algemeen—13
1.2 Leeswijzer—13
1.3 Afkortingen en woordgebruik—14
1.4 Voorbeelden fictieve cliënten en schema's in de handreiking—14
1.5 Samenwerking tussen domeinen—15

2 Algemene beschrijving van de domeinen—17
2.1 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015—17
2.2 Zorgverzekeringswet—17
2.3 Jeugdwet—18
2.4 Wet langdurige zorg—19

3 De wettelijke voorzieningen uitgelegd voor jeugdigen—21
3.1 Jeugdigen met een psychische stoornis tot 18 jaar—21
3.1.1 Jeugdigen met een psychische stoornis—21
3.1.2 Jeugdigen met een psychische stoornis en een lichamelijke beperking of chronische aandoening—21
3.1.2.1 Let op: jeugdigen met een psychische stoornis die ook intensieve lichamelijke verzorging en verpleging nodig hebben.—22
3.1.3 Jeugdigen met een psychische stoornis en een verstandelijke beperking—22
3.1.3.1 *Let op: jeugdigen met een psychische stoornis die intensieve lichamelijke verzorging en verpleging nodig hebben en een verstandelijke beperking hebben*—23
3.2 De jeugdige met een psychische stoornis die 18 wordt: overgang van Jeugdwet naar domeinen voor volwassenen—23
3.2.1 Sterk gedragsgestoorde jeugdigen in een behandelinstelling—24
3.2.2 Verlengde jeugdhulp—24
3.3 Schematische weergave van de wettelijke domeinen voor jeugdigen tot 18 jaar—24

4 De wettelijke voorzieningen uitgelegd voor volwassenen—27
4.1 Volwassenen met een psychische stoornis zonder verblijf—27
4.1.1 Begeleiding en behandeling voor volwassenen met een psychische stoornis—27
4.2 Volwassenen met een psychische stoornis en verblijf—27
4.2.1 Medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ (Zvw)—27
4.2.2 Verblijf met rechtvaardigingsgrond—28
4.2.3 Voortgezet verblijf én permanent toezicht en 24 uurszorg in de nabijheid voor volwassenen met een psychische stoornis (Wlz)—29
4.2.3.1 Voortgezet verblijf—29
4.2.3.2 Cliënten met een blijvende toegang tot de Wlz—29
4.2.4 GGZ zorg na voortgezet verblijf—32
4.2.5 Medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ voor cliënten met een Wlz indicatie—32
4.2.6 Beschermd wonen uit de Wmo voor volwassenen met een psychische stoornis—32
4.3 Volwassenen met een psychische stoornis en behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding van kinderen—33
4.4 Volwassenen met een psychische stoornis en een lichamelijke/somatische beperking—33

4.5 Volwassenen met een psychische stoornis en een psychogeriatrische aandoening—34
4.6 Volwassenen met een psychische stoornis en een verstandelijke beperking—34
4.7 Schematische weergave van de wettelijke domeinen voor volwassenen—35

5 Specifieke afbakeningsvraagstukken—39
5.1 Onderscheid begeleiding in het kader van de Wmo en begeleiding in het kader van geneeskundige GGZ—39
5.2 Toeleiding naar geestelijke gezondheidszorg—41

Bijlage 1 Verhoudingen tussen wettelijke domeinen—45

Bijlage 2 Afbakening Jeugdwet en Zvw voor jeugdigen—49

Bijlage 3 Stroomschema's behandelvormen cliënten met een Wlz-indicatie—51

Samenvatting

Er is veel veranderd in de wet- en de regelgeving voor mensen met een psychische stoornis. Met de herziening van het stelsel voor langdurige zorg in 2015 is de verdeling van zorg en ondersteuning voor deze cliënten over de verschillende wettelijke domeinen gewijzigd. Zorginstituut Nederland heeft in augustus 2015 de handreiking 'Wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis' uitgebracht. Sinds de uitgave van de eerste handreiking in 2015, is de wet- en de regelgeving op een aantal gebieden zodanig gewijzigd dat een actualisatie van de handreiking nodig is. De voorliggende handreiking is dan ook een geactualiseerde versie van de handreiking uit 2015, waarin de wijzigingen in de wet- en de regelgeving na 2015 zijn verwerkt. De handreiking is bedoeld als hulpmiddel voor professionals die in hun werk te maken hebben met cliënten met psychische problematiek. De handreiking richt zich op de grensvlakken tussen de domeinen van de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz).

Wettelijke domeinen voor jeugdigen tot 18 jaar met een psychische stoornis en eventueel andere stoornissen en beperkingen
De domeinen voor minderjarigen met psychiatrische problematiek zijn duidelijk afgebakend. Gaat een jeugdige met psychische problemen naar de huisarts en kan de (praktijkondersteuner van de) huisarts deze afdoende behandelen, dan is dit verzekerde zorg onder de Zvw.

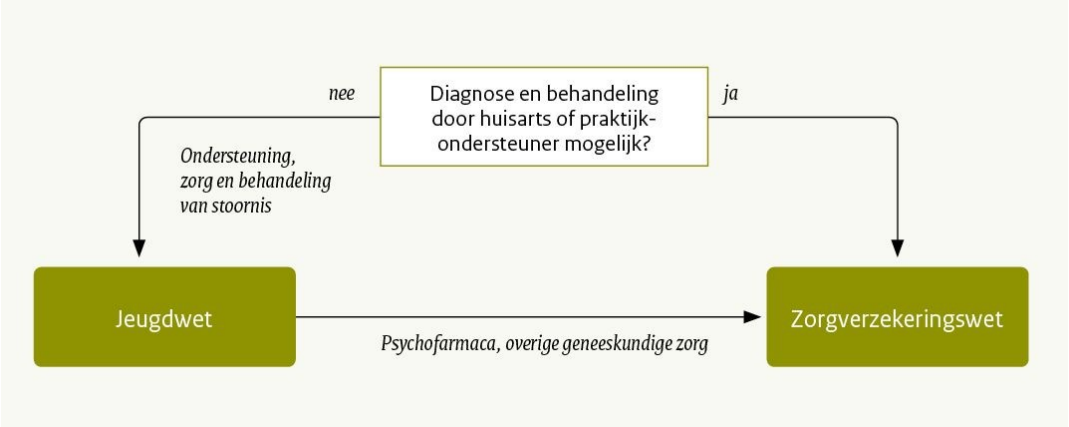
Als de jeugdige is aangewezen op meer specialistische zorg en begeleiding, dan valt de geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen tot 18 jaar onder de Jeugdwet. De psychofarmaca die de jeugdpsychiater eventueel voorschrijft, worden verstrekt uit de Zvw.

Jeugdigen die zowel een psychische stoornis als een lichamelijk beperking, verstandelijke beperking of een chronische aandoening hebben, krijgen voor zorg en ondersteuning met verschillende wettelijke domeinen te maken:
- de Jeugdwet voor de behandeling van de psychische stoornis en voor de zorg in verband met de lichamelijke beperking, verstandelijke beperking of chronische aandoening;
- de Zvw voor de geneeskundige zorg inclusief de verpleging voor de lichamelijke beperking of chronische aandoening;
- de Wlz als de jeugdige vanwege een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een somatische aandoening of beperking blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. De behandeling van de psychische stoornis blijft dan onder de Jeugdwet vallen, tenzij de jeugdige verblijf en behandeling van dezelfde instelling ontvangt en de behandeling van de psychische stoornis niet los is te zien van de Wlz behandeling. Alleen dan valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Wlz. Bij verblijf zonder behandeling, volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb) valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Jeugdwet.

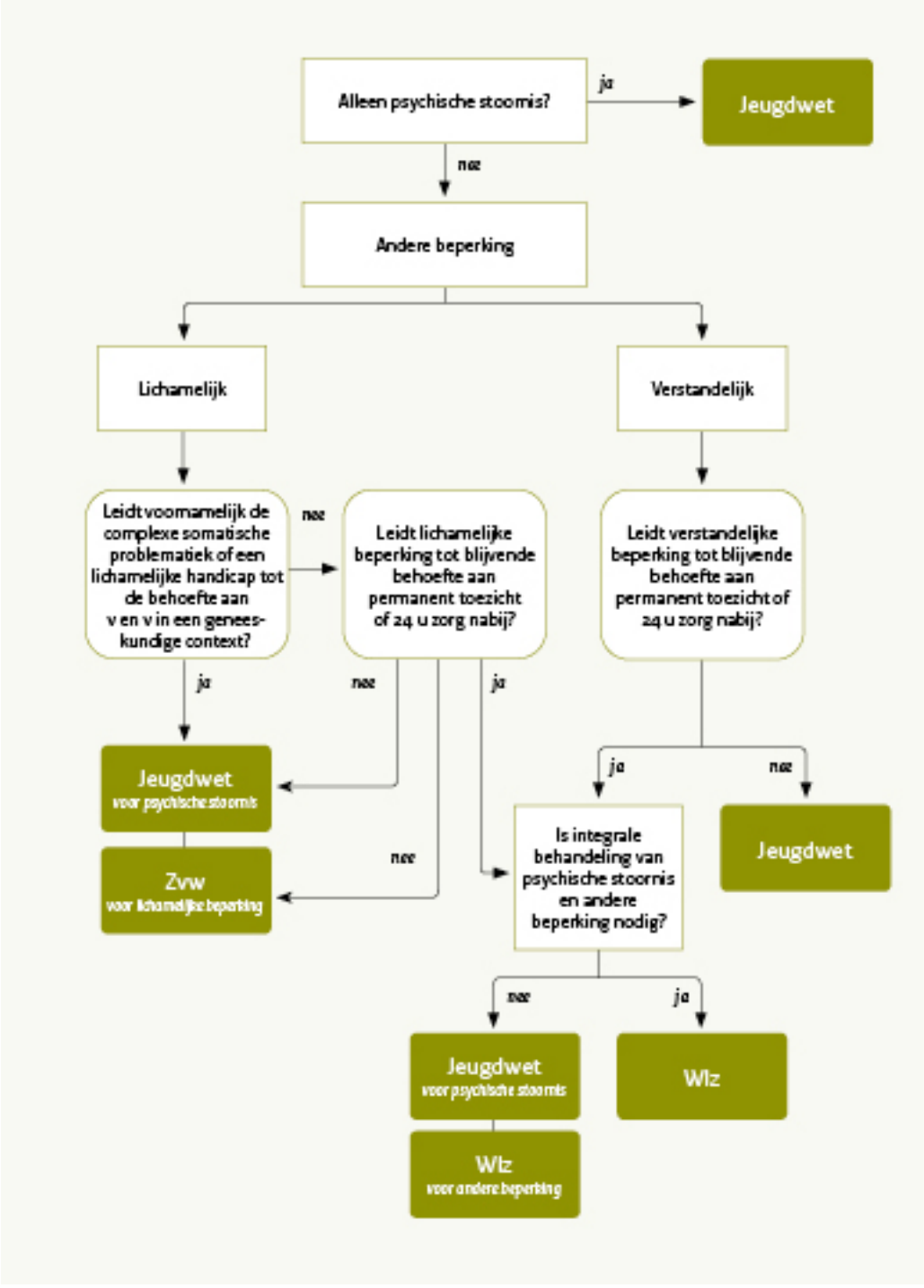
Heeft de jeugdige naast de psychische stoornis voornamelijk in verband met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, vanwege de noodzaak voor geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht, behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht? Dan heeft de cliënt geen toegang tot de Wlz. De Zvw is voor deze geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht voorliggend (tot 1 januari 2018 was dit de intensieve kindzorg). De zorg voor de lichamelijke of somatische problematiek komt ten laste van de Zvw. De behandeling van de psychische stoornis komt ten laste van de Jeugdwet.

In het onderstaande geven we schematisch de wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan jeugdigen met alleen een psychische stoornis en aan jeugdigen met een psychische stoornis en andere stoornissen of beperkingen weer.

Wettelijke domeinen voor jeugdigen tot 18 jaar met alleen een psychische stoornis (of een psychisch probleem)



Wettelijke domeinen voor jeugdigen tot 18 jaar met een psychische stoornis en andere stoornissen of beperkingen



De jeugdige met een psychische stoornis die 18 wordt: overgang van Jeugdwet naar domeinen voor volwassenen

Vanaf het 18e levensjaar wordt de zorg en behandeling verstrekt uit de wettelijke domeinen die voor volwassenen gelden.[1]

Als de jeugdige verbleef in verband met geneeskundige zorg, gaat dit verblijf met de

[1] Jeugdwet art. 1.1, definities jeugdhulp en jeugdige

zorg over van de Jeugdwet naar de Zvw. Na drie jaar verblijf met behandeling in de Zvw kunnen cliënten ouder dan 18 jaar aanspraak maken op de Wlz, als de medische noodzaak tot behandeling met verblijf nog steeds bestaat.[2] Cliënten ouder dan 18 jaar met de grondslag psychische stoornis kunnen vanaf 1 januari 2021 ook direct en blijvend toegang krijgen tot de Wlz als zij aan de toegangscriteria van de Wlz voldoen.

Als de jeugdige ten laste van de Jeugdwet (psychiatrische) behandeling in een LVG-behandelinstelling krijgt, dan kan deze behandeling als hij meerderjarig wordt, worden afgerond ten laste van de Wlz. Het gaat dan om de meerderjarige met een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen die volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.[3]

De gemeente kan de jeugdhulp onder bepaalde voorwaarden verlengen. Deze 'verlengde jeugdhulp' is de hulp aan jeugdigen tussen de 18 en 23 jaar. Dit is geregeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet.[4]

Wettelijke domeinen voor volwassenen (18+) met een psychische stoornis
Volwassenen (ouder dan 18 jaar) met (alleen) een psychische stoornis kunnen voor deze stoornis vanuit verschillende wettelijke domeinen begeleiding, ondersteuning en zorg krijgen. Wij maken in de handreiking onderscheid tussen de onderstaande groepen cliënten.

<u>Cliënten met een psychische stoornis zonder verblijf</u>
De zorg en ondersteuning voor de psychische stoornis aan deze cliënten komt uit de onderstaande wettelijke domeinen.
- De Wmo voor de begeleiding en ondersteuning in verband met de psychische stoornis.
- De Zvw voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (onder andere de geneeskundige begeleiding) in verband met de psychische stoornis.
- Of de Wlz. Cliënten kunnen vanaf 1 januari 2021 vanwege een psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz. De Wlz-zorg hoeft niet perse in een instelling plaats te vinden, maar kan onder voorwaarden (o.a. of de zorg doelmatig geleverd kan worden) ook in de thuisomgeving van de cliënt worden geboden. Dit kan door middel van de leveringsvormen vpt, mpt en pgb. De behandeling van de psychische stoornis voor de leveringsvormen vpt, mpt of pgb komt ten laste van de Zvw.

<u>Cliënten met een psychische stoornis en verblijf</u>
De zorg en ondersteuning aan deze cliënten komt uit de onderstaande wettelijke domeinen.
- De Wmo voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang.
- De Zvw voor medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige GGZ voor maximaal drie jaar.
- De Wlz bij voortgezet verblijf na drie jaar medisch noodzakelijk verblijf uit de Zvw.[5] Vanaf 2021 kunnen cliënten toegang krijgen tot de Wlz (met een grondslag psychische stoornis) als zij vanwege de psychische stoornis blijvend permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid nodig hebben.[6] De

[2] Besluit zorgverzekering, art. 2.12
[3] Wet langdurige zorg, artikel 3.2.1., lid 3b
[4] Jeugdwet, artikel 1.1 definitie jeugdige
[5] Besluit zorgverzekering, art. 2.12
[6] Wet langdurige zorg, art. 3.2.1, eerste lid

behandeling voor de psychische stoornis valt voor cliënten die verblijf en behandeling van dezelfde instelling ontvangen vanaf 2021 onder de Wlz. Voor cliënten die verblijf zonder behandeling ontvangen valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Zvw. Medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ valt altijd onder de Zvw (en na 3 jaar onder de Wlz als voortgezet verblijf).

Wettelijke domeinen voor volwassenen (18+) met een psychische stoornis én een somatische/lichamelijke beperking, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking

De zorg en ondersteuning aan deze cliënten komt uit de onderstaande wettelijke domeinen.

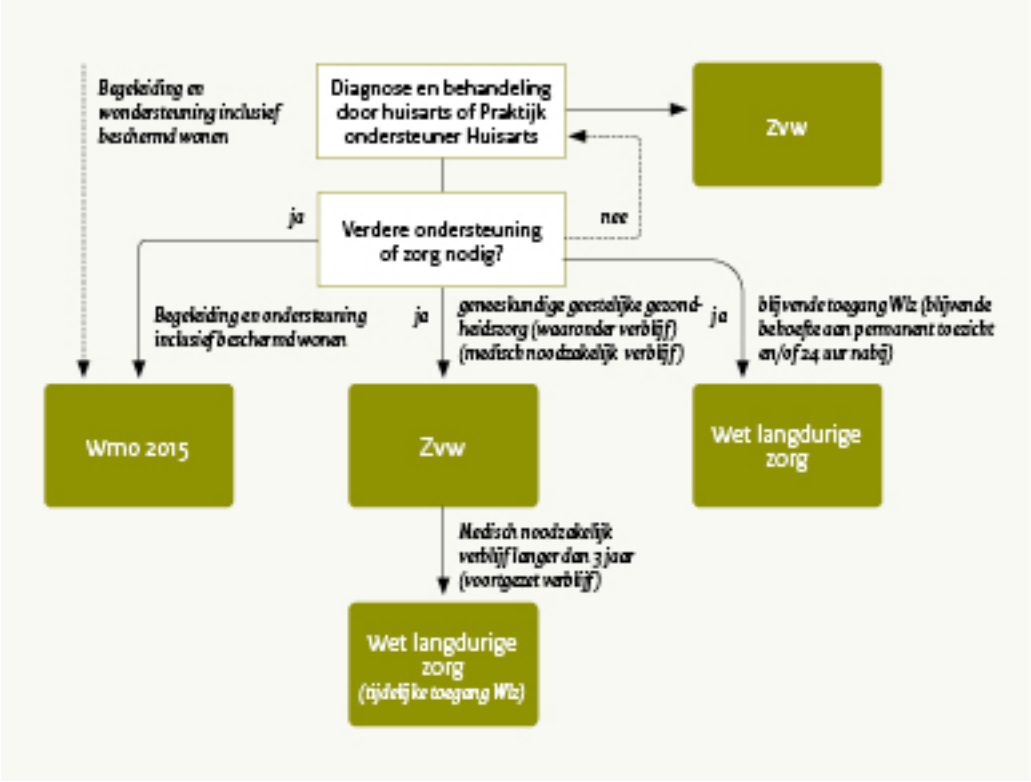
- De Wmo voor ondersteuning, begeleiding en beschermd wonen.
- De Zvw voor de geneeskundige zorg voor alle aandoeningen, stoornissen en beperkingen. Ook de (geneeskundige) behandeling van de psychische stoornis. Indien verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de behandeling valt deze behandeling de eerste drie jaar ook onder de Zvw.
- Of de Wlz als de cliënt blijvend is aangewezen op 24 uur zorg in de nabijheid en permanent toezicht. Als de psychische grondslag niet is opgenomen in het Wlz-indicatiebesluit van de cliënt dan valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Zvw. Tenzij de cliënt verblijf en behandeling van dezelfde instelling krijgt en de behandeling van de psychische stoornis niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling voor de andere stoornis/aandoening/beperking, dan valt de behandeling van de psychische stoornis ook onder de Wlz.

Als het Wlz indicatiebesluit naast de grondslag voor de somatische/lichamelijke beperking, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking ook een grondslag voor de psychische stoornis bevat dan valt de behandeling voor de psychische stoornis voor cliënten, die verblijf en behandeling van dezelfde instelling ontvangen vanaf 2021 ook onder de Wlz. Voor cliënten die verblijf zonder behandeling ontvangen of de Wlz zorg ontvangen op grond van de leveringsvormen vpt, mpt en pgb valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Zvw.

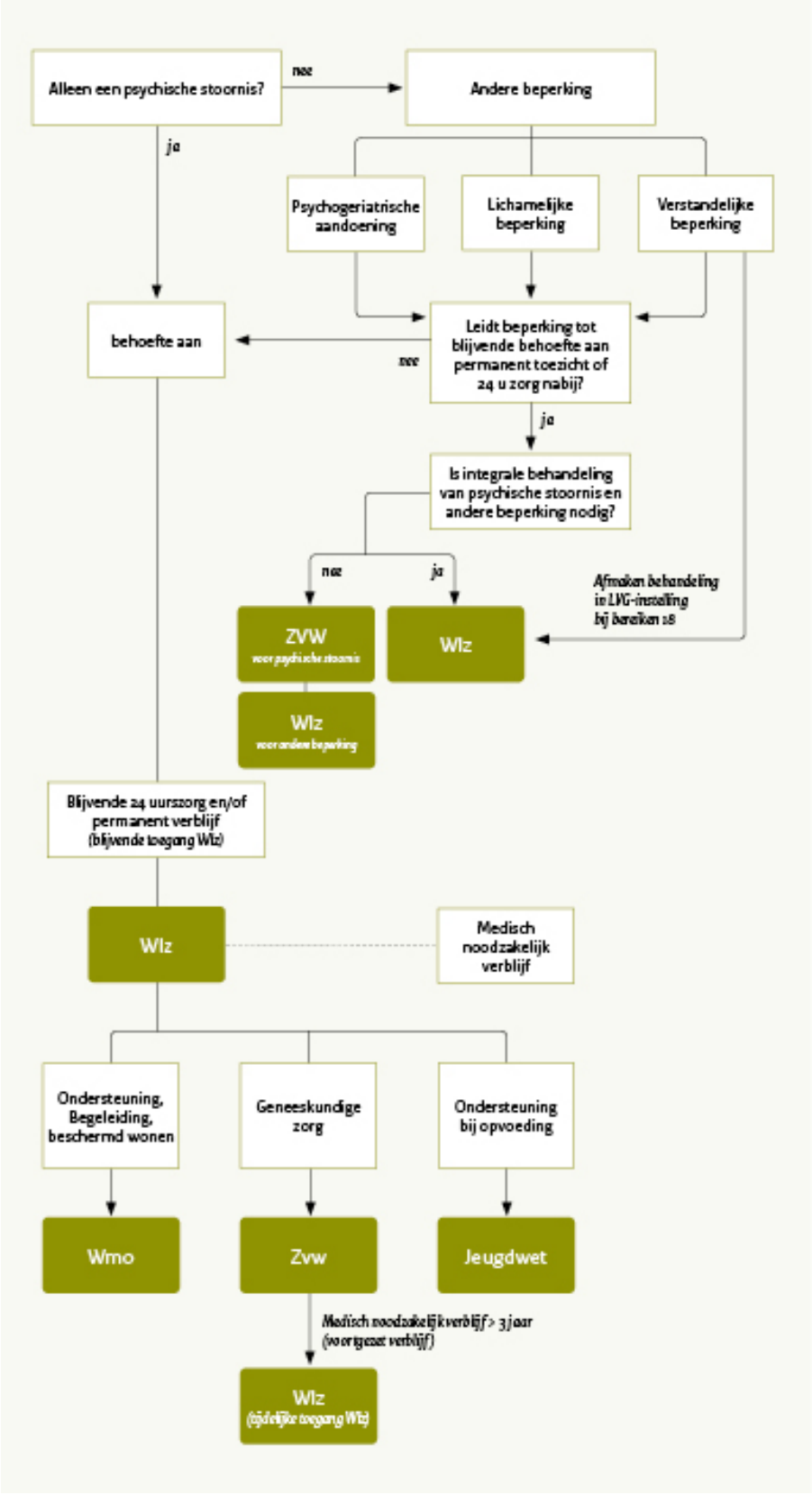
Als de Wlz-gerechtigde cliënt medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ nodig heeft, valt dit onder de Zvw.

In het onderstaande geven we schematisch de wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan volwassen cliënten met alleen een psychische stoornis (met verblijf en zonder verblijf) en aan volwassen cliënten met een psychische stoornis en andere stoornissen of beperkingen weer.

Wettelijke domeinen voor volwassenen vanaf 18 jaar met psychische problemen



Wettelijke domeinen voor volwassenen (18+) met een psychische stoornis en andere stoornissen of beperkingen (zie volgende pagina)



We gaan in de handreiking ook in op een aantal specifieke afbakeningsvraagstukken. Het gaat dan om het onderscheid tussen begeleiding in het kader van GGZ-behandeling en andere vormen van begeleiding, het toe leiden naar zorg en ondersteuning bij psychische problemen/stoornis en zorg aan mensen die behandeling van de psychische stoornis mijden.

1 Inleiding: passende zorg voor mensen met een psychische stoornis

1.1 Algemeen

De laatste jaren is er veel veranderd in de wet- en de regelgeving voor mensen met een psychische stoornis. Met de herziening van het stelsel voor langdurige zorg in 2015 is de verdeling van zorg en ondersteuning voor deze cliënten over de verschillende wettelijke domeinen gewijzigd. De zorg en ondersteuning kunnen georganiseerd en gefinancierd worden uit de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Zorgverzekeringswet en/of de Wet langdurige zorg. Zorginstituut Nederland heeft in 2015 de handreiking 'Wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis' uitgebracht. Sinds de uitgave van de eerste handreiking in 2015, is de wet- en de regelgeving op een aantal gebieden zodanig gewijzigd dat actualisatie van de bestaande handreiking nodig is. De voorliggende handreiking is dan ook een geactualiseerde versie van de handreiking uit 2015, waarin de wijzigingen in de wet- en de regelgeving na 2015 zijn verwerkt. We hebben ervoor gekozen de wijzigingen te verwerken in de bestaande handreiking en niet op te nemen in een addendum bij de eerste handreiking, om zo de leesbaarheid te vergroten.

De handreiking is bedoeld om professionals die in hun werk te maken hebben met cliënten met psychische problematiek (onder andere medewerkers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en organisaties voor cliënten met een psychische stoornis) een instrument aan te reiken bij het maken van keuzes bij afspraken over de zorg en ondersteuning aan deze cliënten opdat zij niet tussen wal en schip vallen.

We concentreren ons op de raakvlakken tussen de wettelijk verzekerde zorg van de Zorgverzekeringswet en/of de Wet langdurige zorg en de zorg/ondersteuning op grond van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Andere wettelijke voorzieningen zoals inkomensvoorzieningen en arbeidsvoorzieningen zijn niet opgenomen in deze handreiking. Deze handreiking gaat ook niet in op de forensische psychiatrische zorg.

Voor meer (algemene) informatie over de aanspraken van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg verwijzen wij u naar onze kompassen op de website (www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-kompas of www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-kompas).

We hebben tijdens het schrijven van dit document concepten voorgelegd aan medewerkers van diverse partijen in de GGZ, namelijk: de Nederlandse ggz, het CIZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG). Ook binnen Zorginstituut Nederland hebben diverse collega's ons geholpen deze complexe materie goed te beschrijven. Wij danken hen voor de reacties die we hebben ontvangen.

1.2 Leeswijzer

Deze handreiking richt zich dus op de zorg en ondersteuning aan mensen met (onder andere) een psychische stoornis uit de eerdergenoemde wettelijke domeinen. Voor we de zorg en ondersteuning beschrijven beginnen we in hoofdstuk twee met een algemene beschrijving van de wettelijke domeinen. Hoofdstuk drie beschrijft vervolgens de zorg en ondersteuning voor cliënten jonger dan 18 jaar

die naast een psychische stoornis ook andere stoornissen of beperkingen hebben en als gevolg daarvan met meerdere wettelijke domeinen te maken kunnen krijgen. Ook de overgang van Jeugdwet naar de andere wetten bij het bereiken van de 18-jarige leeftijd komt hier aan de orde. In hoofdstuk vier beschrijven we deze zorg en ondersteuning voor volwassen vanaf 18 jaar met een psychische stoornis en met en zonder verblijf. Ook gaan we in op de zorg en ondersteuning aan de cliënten die naast een psychische stoornis ook een verstandelijke beperking, psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke/somatische beperking hebben. Hoofdstuk vijf gaat in op een aantal inhoudelijke afbakeningsvraagstukken.

1.3 Afkortingen en woordgebruik

We maken gebruik van de volgende afkortingen:
GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg
Zvw = Zorgverzekeringswet
Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
Wlz = Wet langdurige zorg
AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten die tot 31 december 2014 van kracht was.
Jeugdwet schrijven we voluit.
vpt = volledig pakket thuis
mpt = modulair pakket thuis
pgb = persoonsgebonden budget

In dit document schrijven we dat zorg 'onder een wet valt'. Daarmee bedoelen we dat de voorzieningen of aanspraken geregeld zijn in die wet. De uitvoerder van de wet is er vervolgens verantwoordelijk voor dat de burger gebruik kan maken van de voorzieningen die de wet biedt. Voor de Jeugdwet en de Wmo is de gemeente verantwoordelijk, voor de Zvw de zorgverzekeraar en voor de Wlz de Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor van de betreffende regio). Zij kopen de benodigde voorzieningen of zorg en ondersteuning in bij aanbieders van zorg en welzijn.

Bij de Wmo spreken we van 'voorzieningen' en in de Jeugdwet van 'jeugdhulp'. Dit betekent dat de gemeente iets moet regelen om een gebrek aan zelfredzaamheid te compenseren of de jeugdige te helpen gezond op te groeien. Wat de gemeente regelt, kan per burger en per gemeente verschillen. In de Zvw en de Wlz is sprake van te verzekeren prestaties of aanspraken. Dat betekent dat mensen met een bepaalde stoornis recht hebben op een bepaald soort zorg.

1.4 Voorbeelden fictieve cliënten en schema's in de handreiking

In de handreiking maken we veelvuldig gebruik van beschrijvingen van fictieve cliënten. Deze hebben als doel om de afbakeningsvraagstukken te verhelderen. Voor de beoordeling van bestaande cliënten is altijd een individuele beoordeling van de psychische problemen, overige gezondheidsproblemen en de persoonlijke situatie nodig. Aan de voorbeelden kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.
Naast de voorbeelden maken wij in de handreiking gebruik van schema's. Deze schema's hebben als doel de geschreven tekst te ondersteunen. Deze schema's geven een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid en kunnen niet los worden gezien van de tekst in de handreiking. Aan de schema's kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.

1.5 Samenwerking tussen domeinen

Goede afstemming en samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en aanbieders van zorg en ondersteuning is noodzakelijk. Juist omdat er vaak discussie is over de grensvlakken van de domeinen. Met een goede samenwerking en afstemming kunnen de partijen er samen voor zorgen dat de zorgverlening, de ondersteuning en de bekostiging daarvan aansluit bij de individuele situatie van de cliënt.

2 Algemene beschrijving van de domeinen

In dit hoofdstuk geven wij een overzicht van de doelen en de inhoud van de vier verschillende wetten waaruit de psychische zorg en ondersteuning aan cliënten met een psychische stoornis kan worden verstrekt: de Wmo, de Zvw, de Jeugdwet en de Wlz.

2.1 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

De Wmo beschrijft alle voorzieningen die de gemeente moet treffen om burgers te ondersteunen zoveel mogelijk zelf te (blijven) doen en te kunnen blijven deelnemen aan de maatschappij. Naast algemene voorzieningen gericht op maatschappelijke ondersteuning, dient de gemeente maatwerkvoorzieningen in te richten ter ondersteuning van burgers die zich niet op eigen kracht kunnen handhaven in de maatschappij. Per 1 januari 2015 zijn een aantal functies uit de toenmalige AWBZ overgeheveld naar de Wmo: begeleiding, beschermd wonen en gedeeltelijk de persoonlijke verzorging. De Wmo verplicht gemeenten om voorzieningen te treffen die mensen compenseren voor hun gebrek aan zelfredzaamheid en hen te stimuleren tot maatschappelijk herstel. Voor mensen met een psychische stoornis kan daarbij gedacht worden aan:

- begeleiding: dit zijn activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven wonen. Hieronder valt ook een zinvolle dag invulling en begeleid zelfstandig wonen;
- beschermd wonen: hieronder valt het wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorend toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van het psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving;
- maatschappelijke opvang: dit is de opvang van mensen die (tijdelijk) dak- en thuisloos zijn. Maatschappelijke opvang richt zich op het oplossen van de crisis die maakt dat iemand (tijdelijk) niet zelfstandig kan wonen. Bij de crisis kunnen psychische of psychosociale problemen een rol spelen;
- advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling: de gemeente beheert het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Een melding bij dit meldpunt kan de aanleiding vormen voor ondersteuning aan burgers met psychiatrische problemen.

Aangezien de gemeente ook verantwoordelijk is voor uitvoering van de Participatiewet, kan vanuit zowel de Wmo als de Participatiewet worden gekeken op welke wijze dagbesteding of toeleiding naar werk kan bijdragen aan het persoonlijk herstel. Dat geldt ook voor passend onderwijs.

2.2 Zorgverzekeringswet

Het wettelijk domein van de Zvw is beperkt tot geneeskundige zorg. Het betreft zorg die is gericht op genezing of het voorkomen (van verergering) van ziekte. De wet beschrijft dit als zorg ‘zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen enz. die plegen te bieden’.

Welke geneeskundige zorg de cliënt nodig heeft, bepaalt de behandelaar, waar mogelijk in overleg met de cliënt aan de hand van de relevante standaarden en richtlijnen. Onder geneeskundige zorg valt de algemene geneeskundige zorg zoals huisartsen die bieden, maar ook de behandeling door de psychiater, de psycholoog en de psychiatrisch verpleegkundige.[7]

Voor de behandeling van psychische problematiek gebruiken we het classificatiesysteem voor psychische aandoeningen de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) om te bepalen of iemand recht kan hebben op verzekerde geneeskundige GGZ. Alleen de psychische stoornissen kunnen worden behandeld in de geneeskundige GGZ. Behandeling van psychische problemen, zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5, valt niet onder de geneeskundige GGZ. Behandeling van deze klachten kan wel worden vergoed binnen de huisartsenzorg, zo nodig met ondersteuning van de praktijkondersteuner GGZ.

De behandelaar stelt met de cliënt een behandelplan op. De geneeskundige zorg is alleen verzekerde zorg voor zover de cliënt de zorg redelijkerwijs nodig heeft. De zorgverzekeraar kan in de polis regelen door wie en waar de zorg wordt geleverd. Verblijf in een (psychiatrisch) ziekenhuis is verzekerd onder de Zvw. Dat verblijf moet dan wel medisch noodzakelijk zijn in verband met de geneeskundige zorg. Omdat niet altijd duidelijk is wanneer verblijf medisch noodzakelijk is voor een psychiatrische behandeling, heeft ZIN in 2017 de duiding 'medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ' uitgebracht (https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2017/03/06/medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz)
In die duiding beschrijft het Zorginstituut de kaders waarbinnen de GGZ-behandelaar moet afwegen of verblijf medisch noodzakelijk is voor een psychiatrische behandeling. In paragraaf 4.2.1 van deze handreiking gaan we in op het medische noodzakelijk verblijf voor cliënten met een psychische stoornis.

2.3 Jeugdwet

De Jeugdwet is er om kind en gezin/ouders integraal te ondersteunen in de ontwikkeling naar gezonde volwassenheid van het kind. De Jeugdwet regelt sinds 1 januari 2015 alle vormen van jeugdhulp, inclusief specialistische hulp zoals hulp aan jeugdigen met een verstandelijke beperking, geneeskundige jeugd-GGZ en gesloten jeugdhulp. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet. Zij hebben een zogenaamde "jeugdhulpplicht", om te voorzien in een voldoende passend (effectief) aanbod van jeugdhulp waarmee ze beperkingen in de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van jeugdigen compenseren, het opvoedkundig klimaat versterken, voorzien in afstemming met onderwijs, zorg, maatschappelijke ondersteuning, werk, inkomen en politie/justitie. Ook het ondersteunen van ouders bij de opvoeding van hun kinderen behoort tot het domein van de Jeugdwet.

De geestelijke gezondheidszorg die in de Jeugdwet geregeld is, betreft de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Jeugdigen met psychische klachten zullen eerst naar de huisarts gaan. De huisarts en de praktijkondersteuner GGZ kunnen veel psychische klachten zelf behandelen. Deze zorg valt onder de Zvw (huisartsenzorg). Als de huisarts of praktijkondersteuner GGZ de problematiek te complex vinden, zullen zij verwijzen naar de jeugd-GGZ. De behandeling van de psychische stoornis valt dan onder de Jeugdwet. Psychofarmaca en overige geneeskundige zorg vallen onder de Zvw.

[7] Behalve de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen (tot 18 jaar); deze valt onder de Jeugdwet

Veel zorg en begeleiding van jeugdigen/kinderen, die voor 1 januari 2015 onder de Zvw of de AWBZ vielen, zijn overgegaan naar de Jeugdwet. Het gaat dan om behandeling (al dan niet met verblijf) van kinderen met een (licht) verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek, om begeleiding, persoonlijke verzorging, kortdurend verblijf voor jongeren met een beperking, stoornis of aandoening en om het vervoer van en naar de dagbesteding waar de zorg aan jeugdigen met een beperking, stoornis of aandoening wordt geboden. Daarnaast worden in de Jeugdwet de kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering geregeld.

2.4 Wet langdurige zorg

De Wlz is er voor verzekerden die vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte hebben aan:

a) permanent toezicht en/of;
b) 24 uur zorg in de nabijheid.

Beide om ernstig nadeel voor de verzekerde zelf te voorkomen.[8]

De 'psychische stoornis' is met ingang van 1 januari 2021 toegevoegd als grondslag voor toegang tot de Wlz. Per die datum is het voor volwassenen met een psychische stoornis mogelijk om toegang te krijgen tot de Wlz als zij vanwege de psychische stoornis blijvend op permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij zijn aangewezen. Het Zorginstituut heeft hier eind 2015 een advies over uitgebracht aan de minister van VWS (https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2015/12/16/pakketadvies-over-toegang-tot-de-wlz-voor-mensen-met-een-psychische-stoornis).

Het CIZ stelt vast of een cliënt met een psychische stoornis blijvend zorg uit de Wlz nodig heeft. Als dit zo is, krijgt de verzekerde een Wlz-indicatiebesluit voor onbeperkte duur. In hoofdstuk vier van deze handreiking lichten we dit verder toe.

Naast de hierboven beschreven blijvende Wlz-indicatie blijft ook het tijdelijke 'voortgezet GGZ-verblijf' in de Wlz bestaan. Van voortgezet verblijf is sprake als een cliënt drie jaar medisch noodzakelijk GGZ-verblijf (gefinancierd uit de Zvw) heeft genoten en deze zorg daarna nog steeds nodig heeft. Na het derde jaar wordt dit verblijf en deze behandeling dan niet meer uit de Zvw, maar uit de Wlz gefinancierd. Het verschil tussen de boven beschreven blijvende Wlz-indicatie en het (tijdelijke) voortgezet medisch noodzakelijk GGZ verblijf is dat het CIZ bij voortgezet verblijf niet heeft vastgesteld dat de cliënt voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz (er is dus niet vastgesteld dat de cliënt blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid).

Het CIZ geeft een indicatie voor het voortgezet verblijf op verklaring van de GGZ-behandelaar, voor de duur van drie jaar. Als voortzetting van deze zorg daarna nog steeds medisch noodzakelijk is, kan het CIZ weer een indicatie voor drie jaar geven. Dit is dus een tijdelijke aanspraak.

[8] Wet langdurige zorg, art. 3.2.1., tweede lid voor de volledige omschrijving van de toegangscriteria.

Een cliënt die op grond van een psychische stoornis toegang heeft tot de Wlz kan (tijdelijk) behoefte hebben aan meer intensieve zorg. Bijvoorbeeld als gevolg van een terugval in zijn ziektebeeld kan de cliënt zijn aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige ggz. Deze zorg wordt verstrekt uit de Zvw. De cliënt ontvangt weer zorg uit de Wlz als hij geen medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige ggz meer nodig heeft.

3 De wettelijke voorzieningen uitgelegd voor jeugdigen

In het vorige hoofdstuk hebben we de wettelijke domeinen op hoofdlijnen toegelicht. In dit hoofdstuk en in hoofdstuk vier gaan we dieper in op de verschillende wettelijke domeinen. In dit hoofdstuk beschrijven we de voorzieningen en aanspraken voor mensen met een psychische stoornis tot 18 jaar, in hoofdstuk vier beschrijven we de voorzieningen en aanspraken voor mensen met een psychische stoornis boven de 18 jaar. We hebben voor deze scheiding gekozen, omdat tot het 18e levensjaar de Jeugdwet geldt voor de behandeling van psychische stoornissen. Dit is van grote invloed op de aanspraken en op de grensvlakken met andere wettelijke voorzieningen.

In beide hoofdstukken beginnen we met het beschrijven van de wettelijke voorzieningen en aanspraken voor mensen met alleen een psychische stoornis. Vervolgens gaan we in op de situatie dat iemand een psychische stoornis heeft in combinatie met een andere aandoening of beperking.

3.1 Jeugdigen met een psychische stoornis tot 18 jaar

3.1.1 Jeugdigen met een psychische stoornis

De domeinen voor jeugdigen met psychiatrische problematiek zijn duidelijk afgebakend. Gaat een jeugdige met psychische klachten naar de huisarts en kan de (praktijkondersteuner van de) huisarts deze klachten afdoende behandelen, dan is dit verzekerde zorg die onder de Zvw valt. Als de jeugdige is aangewezen op meer specialistische zorg en begeleiding, dan valt de geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen tot 18 jaar onder de Jeugdwet. De psychofarmaca die de kinder- of jeugdpsychiater eventueel voorschrijft, worden verstrekt uit de Zvw.

Alleen de psychische stoornissen volgens de DSM-5 worden behandeld binnen de geneeskundige GGZ en zijn voor jeugdigen vanaf 2015 overgeheveld van de Zvw naar de Jeugdwet. Overigens vallen niet alle stoornissen uit de DSM-classificatie onder de geneeskundige GGZ. Een aantal stoornissen wordt behandeld door de huisarts/POH-GGZ of behoort tot een ander domein dan de GGZ. In de duiding[9] die het Zorginstituut hierover heeft gepubliceerd, is uitgewerkt wat dit precies betekent voor jeugdigen met specifieke aandoeningen. Een overzicht hiervan is opgenomen in bijlage 2 van deze handreiking.

3.1.2 Jeugdigen met een psychische stoornis en een lichamelijke beperking of chronische aandoening

Jeugdigen die zowel een psychische stoornis als een lichamelijk beperking of chronische aandoening hebben, krijgen te maken met verschillende wettelijke domeinen: de Jeugdwet voor de behandeling van de psychische stoornis en voor de verzorging in verband met de lichamelijke beperking of chronische aandoening, de Zvw voor de geneeskundige zorg inclusief verpleging van de lichamelijke beperking of chronische aandoening en de Wmo als hulpmiddelen nodig zijn.[10] Deze domeinen zijn allemaal apart van toepassing.

Dit geldt ook als de psychische stoornis en de lichamelijke problemen met elkaar samenhangen (bijvoorbeeld bij een eetstoornis of bij zelfverwondend gedrag). Bij

[9] Zorginstituut Nederland, kindergeneeskunde (afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet), 13 april 2015

[10] Hulpmiddelen kunnen ook nodig zijn als onderdeel van de geneeskundige zorg; dan worden ze vergoed uit de Zvw. Zie hiervoor het Zvw-kompas van Zorginstituut Nederland.

samenhang tussen de somatische en psychische stoornis is een goede samenwerking tussen huisarts/POH-GGZ, kinderarts en kinderpsychiater van belang.

Voorbeeld
Britney is 15. Ze is erg onzeker over zichzelf en over haar uiterlijk. Ze heeft het gevoel dat, als ze maar controle heeft over haar gewicht, ze de controle over haar leven heeft. Britney ontwikkelt boulimia nervosa. De huisarts (Zvw) verwijst haar naar een kinderarts. Omdat Britney als gevolg van haar boulimia met diverse lichamelijke klachten kampt, die samenhangen met ondergewicht en veelvuldig braken, wordt Britney door de kinderarts opgenomen in het ziekenhuis. De behandeling van de lichamelijke klachten valt onder de Zvw. Als Britney lichamelijk voldoende hersteld is zal een jeugdpsychiater of jeugdpsycholoog haar psychische stoornis gaan behandelen. Deze behandeling valt onder de Jeugdwet. Krijgt Britney tijdens deze behandeling weer last van de lichamelijke gevolgen van haar eetstoornis dan valt de behandeling van deze lichamelijke klachten onder de Zvw.

Psychiatrische diagnostiek door de kinderarts valt onder de Zvw. Ook als een jeugdige wordt doorverwezen naar de kinderarts met somatische klachten zoals hoofdpijn of buikpijn, waar uiteindelijk een psychische oorzaak (bijvoorbeeld depressie) aan ten grondslag ligt. Deze diagnostiek wordt beschouwd als onderdeel van de behandeling van de somatische problemen en valt onder de Zvw.

3.1.2.1 Let op: jeugdigen met een psychische stoornis die ook intensieve lichamelijke verzorging en verpleging nodig hebben.[11]

Jeugdigen die voornamelijk door complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, vanwege de noodzaak van geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht, behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht hebben geen toegang tot de Wlz. De Zvw is voor deze geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht voorliggend. Het kan bijvoorbeeld gaan om verpleegkundig toezicht om tijdig in te grijpen bij afwijkingen in de vitale lichaamsfuncties (ademhaling, bloeddruk, bewustzijn et cetera) of om verpleegkundige handelingen zoals het toedienen van zuurstof, het toedienen van intraveneuze medicatie of parenterale voeding (tot 1 januari 2018 was dit de intensieve kindzorg). De zorg voor de psychische stoornis blijft onder de Jeugdwet vallen.

3.1.3 Jeugdigen met een psychische stoornis en een verstandelijke beperking

Jeugdhulp, begeleiding en psychiatrische behandeling valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente op grond van de Jeugdwet. Alleen eventuele psychofarmaca worden vergoed uit de Zvw.

Indien duidelijk is dat de jeugdige blijvend aangewezen is op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid vanwege een verstandelijke beperking, bestaat aanspraak op zorg uit de Wlz. Over het algemeen zal dit na het vijfde levensjaar zijn, maar dit is geen harde grens; de zorgbehoefte en het ontwikkelingspotentieel van het kind staan centraal.[12] Alleen als de jeugdige verblijf en behandeling van dezelfde Wlz-instelling krijgt en de behandeling van de psychische stoornis niet los valt te zien van de Wlz-behandeling, valt de behandeling van de psychische stoornis ook onder de Wlz.

[11] Besluit zorgverzekering, art. 2.10
[12] Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020

Als er sprake is van verblijf zonder behandeling, vpt, mpt of pgb blijft de behandeling van de psychische stoornis onder de Jeugdwet vallen. De ernst van de verstandelijke beperking is niet bepalend voor de toegang tot de Wlz; het gaat erom of de jeugdige gelet op zijn beperkingen een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij. Dit is een individuele beoordeling en kan per cliënt verschillen.

3.1.3.1 *Let op: jeugdigen met een psychische stoornis die intensieve lichamelijke verzorging en verpleging nodig hebben en een verstandelijke beperking hebben*[13]

Zoals er ook in paragraaf 3.1.2.1 is beschreven is er voor jeugdigen die voornamelijk door complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, vanwege de noodzaak voor geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht, behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht geen toegang tot de Wlz. De Zvw is voor deze geneeskundige, verpleegkundige zorg en toezicht voorliggend (tot 1 januari 2018 was dit de intensieve kindzorg). Als er daarbij ook sprake is van een (ernstige) verstandelijke beperking dan zou de zorg zowel onder de Zvw als onder de Wlz kunnen vallen. Het aangrijpingspunt van de zorg is dan bepalend.

- Zolang het aangrijpingspunt medische zorg is, krijgt het kind de verpleging en verzorging uit de Zvw.
- Verschuift het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg, dan kan duidelijk worden dat levenslang en levensbreed zorg nodig is. Een indicatie voor de Wlz is dan mogelijk.

In de eerste vijf levensjaren zal het accent liggen op de intensieve somatische zorg. Deze valt onder de Zvw. Als vervolgens blijkt dat het kind vanwege de verstandelijke beperking blijvend aangewezen is op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, heeft het kind recht op zorg uit de Wlz. Over het algemeen zal dit na het vijfde levensjaar zijn, maar dit is geen harde grens; de zorgbehoefte en het ontwikkelingspotentieel van het kind staan centraal.[14]

De behandeling van een psychische stoornis bij deze kinderen blijft onderdeel van de Jeugdwet. Als de jeugdige onder de Wlz valt, verblijf met behandeling van dezelfde instelling krijgt én de behandeling van de psychische stoornis niet los valt te zien van de Wlz-behandeling valt de psychische zorg onder de Wlz. Als dit niet het geval is, blijft de psychische zorg onder de Jeugdwet vallen. Dit is bijvoorbeeld het geval als sprake is van een andere leveringsvorm in de Wlz dan verblijf met behandeling (verblijf zonder behandeling, vpt, mpt en pgb).

3.2 De jeugdige met een psychische stoornis die 18 wordt: overgang van Jeugdwet naar domeinen voor volwassenen

De zorg en behandeling wordt vanaf het 18e levensjaar verstrekt uit de wettelijke domeinen die voor volwassenen gelden.[15] Als de jeugdige verbleef in verband met geneeskundige zorg en dit nog steeds medisch noodzakelijk is, gaat dit verblijf met de zorg over naar de Zvw. Na drie jaar medisch noodzakelijk verblijf in de Zvw kan de cliënt voortgezet verblijf ontvangen ten laste van de Wlz, als de medische noodzaak tot deze behandeling nog steeds bestaat. Met ingang van 2021 is het voor volwassenen met een psychische stoornis ook mogelijk om blijvend toegang te krijgen tot de Wlz als zij, vanwege de psychische stoornis, een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid om ernstig nadeel te voorkomen.

[13] Besluit zorgverzekering, art. 2.10

[14] Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020

[15] Jeugdwet art. 1.1, definities Jeugdhulp en Jeugdige

3.2.1 Sterk gedragsgestoorde jeugdigen in een behandelinstelling

Als de jeugdige (psychiatrische) behandeling in een LVG-behandelinstelling krijgt, kan deze behandeling als hij meerderjarig wordt, worden afgerond ten laste van de Wlz. Het gaat dan om een cliënt met een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen die volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf. Hiervoor kan de cliënt een zorgprofiel LVG met tijdelijke geldigheid krijgen.[16]

3.2.2 Verlengde jeugdhulp

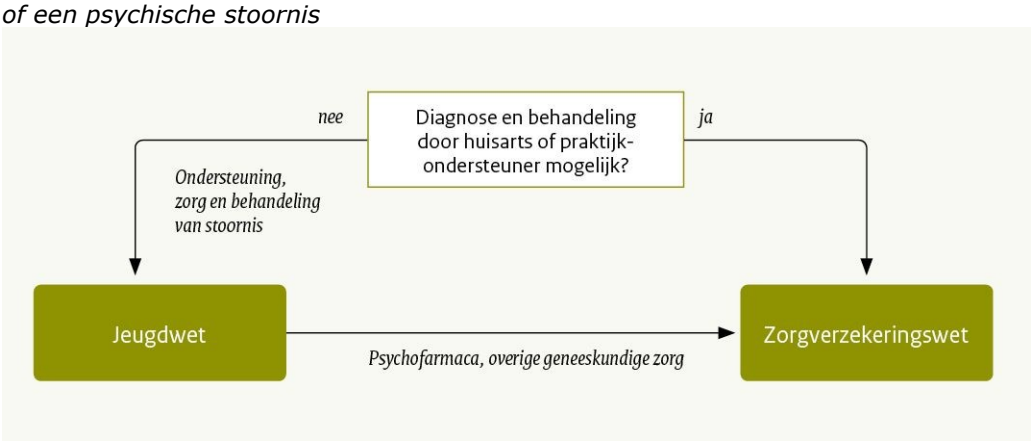
Zoals eerder aangegeven stopt de jeugdhulp als de jeugdige 18 jaar wordt, omdat de persoon dan zorg en ondersteuning kan krijgen uit de Wmo, Zvw of Wlz.
De gemeente kan de jeugdhulp echter onder bepaalde voorwaarden verlengen. Deze verlengde jeugdhulp is de hulp aan jeugdigen tussen de 18 en 23 jaar. Dit is geregeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet.[17] De Jeugdwet gebruikt niet letterlijk de term verlengde jeugdhulp, maar stelt in artikel 1.1 bij de toelichting op het begrip 'jeugdige' dat een jeugdige ook een persoon betreft tussen de 18 en 23 jaar die voldoet aan een of meer onderstaande voorwaarden.
-De jeugdige kreeg al voor zijn 18e levensjaar hulp en de gemeente vindt dat voortzetting nodig is.
-Er voor het bereiken van de 18e levensjaar is bepaald dat jeugdhulp nodig is of
-Na beëindiging van de jeugdhulp (die was begonnen voor het 18e levensjaar) binnen een termijn van een half jaar de gemeente vaststelt dat hervatting van de jeugdhulp noodzakelijk is.

Als de jeugdige aan een of meer van deze voorwaarden voldoet dan kan de jeugdhulp worden verlengd, ingezet of hervat voor jeugdigen tot hun 23e levensjaar.

3.3 Schematische weergave van de wettelijke domeinen voor jeugdigen tot 18 jaar

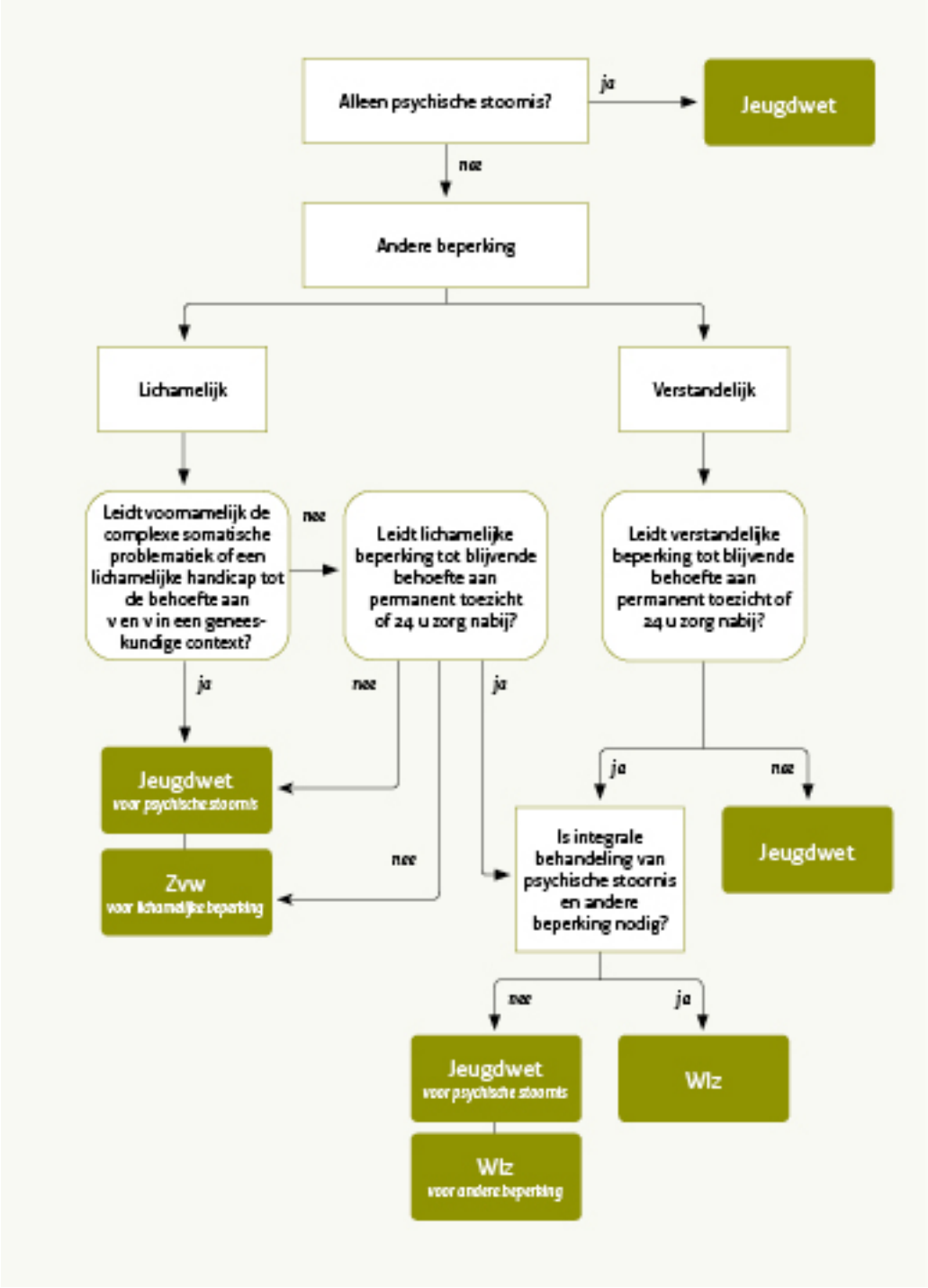
In deze paragraaf geven we een schematische weergave van de wettelijke domeinen van de jeugdigen tot 18 jaar, zoals in dit hoofdstuk beschreven. Het eerste schema betreft de zorg en ondersteuning aan jeugdigen met alleen een psychische stoornis of psychische problemen en het tweede schema de zorg en ondersteuning aan jeugdigen met een psychische stoornis en een andere stoornis of beperking.

Wettelijke domeinen voor jeugdigen tot 18 jaar met (alleen) psychische problemen of een psychische stoornis



[16] Wet langdurige zorg, artikel 3.2.1, lid 3b
[17] Jeugdwet, artikel 1.1, definitie jeugdige

Wettelijke domeinen voor jeugdigen tot 18 jaar met een psychische stoornis en een andere stoornissen of beperkingen



4 De wettelijke voorzieningen uitgelegd voor volwassenen

In deze paragraaf beschrijven we de zorg en ondersteuning aan volwassen cliënten met een psychische stoornis. In paragraaf 4.1. beschrijven we de situatie voor deze cliënten zonder verblijf en in paragraaf 4.2 beschrijven we de zorg en ondersteuning voor volwassen cliënten met verblijf. In de daaropvolgende paragrafen gaan we in op de situatie dat een volwassen cliënt een psychische stoornis heeft in combinatie met een andere aandoening of beperking.

4.1 Volwassenen met een psychische stoornis zonder verblijf

4.1.1 Begeleiding en behandeling voor volwassenen met een psychische stoornis

Cliënten met een psychische stoornis die niet zijn aangewezen op verblijf kunnen begeleiding en ondersteuning voor de psychische stoornis ontvangen. Deze begeleiding en ondersteuning is de verantwoordelijkheid van de gemeente op grond van de Wmo. Begeleiding kan ook onderdeel van de geneeskundige GGZ zijn, die ten laste van de Zvw komt. Het betreft dan geneeskundige begeleiding. In hoofdstuk vijf gaan we hier nader op in.
Volwassenen die niet zijn aangewezen op verblijf maar wel geneeskundige zorg ontvangen in verband met de psychische stoornis die zij hebben, kunnen deze geneeskundige zorg ontvangen als onderdeel van de huisartsenzorg of de geneeskundige GGZ. Deze zorg valt onder de Zvw.
Met ingang van 1 januari 2021 hebben volwassenen met een psychische stoornis recht op zorg uit de Wlz als zij voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. De zorg uit de Wlz kan met verblijf in een instelling geleverd worden maar ook zonder verblijf (bijvoorbeeld thuis of in een kleinschalig wonen initiatief) in de leveringsvormen vpt, mpt en pgb. In de volgende paragraaf gaan we in op de (verblijfs)zorg uit de Wlz.

4.2 Volwassenen met een psychische stoornis en verblijf

4.2.1 Medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ (Zvw)

Als cliënten behandeling en verblijf nodig hebben in verband met hun psychische stoornis dan kan deze behandeling met verblijf de eerste drie jaar uit de Zvw worden vergoed. Het verblijf moet dan medisch noodzakelijk zijn in verband met de geneeskundige GGZ. In 2017 heeft het Zorginstituut een duiding uitgebracht over medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ (https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2017/03/06/medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz). In deze duiding geeft het Zorginstituut de kaders aan waarbinnen de behandelaar, waar mogelijk in samenspraak met de cliënt en/of diens naasten, de afweging kan maken of verblijf medisch noodzakelijk is. Een medische noodzaak kan liggen op het vlak van de aandoeningen en stoornissen van de cliënt (medische voorgeschiedenis, ernst symptomen, mate van ziektebesef, comorbiditeit, gevaar voor de omgeving en dergelijke). Maar ook op het vlak van de sociale context (aanwezigheid en draagkracht van een steunsysteem, houdt de omgeving het negatieve gedrag van de cliënt in stand of niet, en dergelijke).

Behalve het oordeel wanneer er sprake is van een medische noodzaak is ook het oordeel wanneer de medische noodzaak eindigt van belang. Vragen die hierbij moeten worden beantwoord zijn bijvoorbeeld: is de cliënt stabiel en adequaat ingesteld op medicatie, is het doel van de behandeling bereikt, is het gevaar voor de

cliënt en/of de omgeving geweken, is een langere opname nog wel effectief ten opzichte van de ambulante behandeling en dergelijke.

Waar richtlijnen criteria aanreiken voor klinische opname of beëindiging van opname, ligt het voor de hand dat de behandelaar die betrekt bij zijn afweging, maar hij kan daar beredeneerd van afwijken. Uiteindelijk is de beoordeling of er wel of geen medische noodzaak is altijd een individuele afweging, waarbij verschillende omstandigheden in samenhang zullen moeten worden beoordeeld. Belangrijk is dat de behandelaar zijn beslissing steeds adequaat motiveert.

In het rapport over medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ heeft het Zorginstituut naast de duiding, een aantal aanbevelingen gedaan om de ketenzorg rondom klinische opname, met name de aansluiting tussen medisch noodzakelijk verblijf en vervolgvoorzieningen, te verbeteren. Naar aanleiding daarvan hebben een aantal betrokken partijen de 'Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf in de GGZ' opgesteld. (https://vng.nl/files/vng/ss181406-werkwijzer-medisch-noodzakelijk-verblijf-ggz-definitief.pdf). Deze werkwijzer stimuleert partijen om samen te werken en duidelijke afspraken te maken opdat mensen met een psychische stoornis thuis of op een andere passende plek de juiste zorg en ondersteuning krijgen als een klinische opname in een ggz-instelling niet langer medisch noodzakelijk is.

Voorbeeld
Maria is 24 en woont alleen. Ze heeft al enige tijd last van drukke, gejaagde gedachten. Ze slaapt weinig en heeft de neiging om dan van alles te ondernemen. Ze vertoont daarbij impulsief gedrag: koopt bijvoorbeeld spullen waar ze eigenlijk het geld niet voor heeft en komt daardoor in de problemen. Als familie/vrienden haar daarop aanspreken, reageert ze geprikkeld en afwijzend. Op een gegeven moment gaat ze zich ziek melden voor het werk. Een vriendin kan haar overhalen naar de huisarts te gaan. Deze verwijst Maria door naar een GGZ-instelling. De GGZ-instelling diagnosticeert een bipolaire stoornis en wil starten met medicatie. Om deze medicatie goed in te kunnen stellen wordt Maria opgenomen op de klinische behandelafdeling van de GGZ- instelling. Dit verblijf, dat medisch noodzakelijk is in verband met de behandeling, is een verstrekking op grond van de Zvw. (Zie vervolg van dit voorbeeld in paragraaf 4.2.3.2.).

4.2.2 Verblijf met rechtvaardigingsgrond

Het kan voorkomen dat een cliënt onnodig lang in een instelling verblijft. Het verblijf is dan niet meer noodzakelijk in verband met de benodigde geneeskundige zorg voor de cliënt, maar ontslag van de cliënt wordt belemmerd door het ontbreken van de voor hem benodigde vervolgvoorzieningen, zoals adequate huisvesting, dagbesteding of psychiatrische thuiszorg.

Er zijn uitzonderlijke situaties waarbij het gerechtvaardigd is dat het verblijf voor een redelijke termijn wordt voortgezet ondanks dat dit verblijf niet meer medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige GGZ. Het moet dan gaan om situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten dan wel alles geprobeerd hebben om de cliënt elders onder te brengen. Voor deze situatie heeft de NZa de deelprestatie 'Verblijf met rechtvaardigingsgrond' vastgesteld. De zorgverzekeraar mag dit verblijf, ook als het medisch niet noodzakelijk is, tijdelijk uit de Zvw betalen.

4.2.3 Voortgezet verblijf én permanent toezicht en 24 uurszorg in de nabijheid voor volwassenen met een psychische stoornis (Wlz)

Met ingang van 2021 zijn er twee groepen cliënten te onderscheiden die in verband met een psychische stoornis zorg ten laste van de Wlz ontvangen. Deze twee groepen zijn:

- Cliënten die in aanmerking komen voor voortgezet verblijf
- Cliënten met een blijvende toegang tot de Wlz

4.2.3.1 Voortgezet verblijf

Als een cliënt de maximale drie jaren (1095 dagen) geneeskundige GGZ met verblijf uit de Zvw heeft ontvangen en daarna nog is aangewezen op deze zorg, heeft hij gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar recht op voortzetting van deze zorg ten laste van de Wlz.[18] Hij heeft daarvoor een indicatiebesluit nodig van het CIZ. Om voor dit voortgezet verblijf in aanmerking te komen hoeft de cliënt niet te voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz (behoefte aan permanent toezicht of 24 uurszorg nabij). Het CIZ geeft een indicatie voor voortgezet verblijf op geleide van de verklaring van de behandelaar over de noodzaak voor voortgezet verblijf en dus niet op basis van de Wlz-toegangscriteria. Na afloop van de drie jaren voortgezet verblijf vanuit de Wlz, kan dit (steeds voor maximaal 3 jaar) worden verlengd.[19] Is het verblijf niet meer medisch noodzakelijk in verband met de geneeskundige GGZ, dan eindigt de verstrekking vanuit de Wlz. Als binnen 90 dagen na het verlaten van de instelling wederom een medische noodzaak voor verblijf in verband met geneeskundige GGZ ontstaat, wordt dit verblijf voortgezet vanuit de Wlz.[20] Ontstaat de medische noodzaak na 90 dagen, dan wordt het medisch noodzakelijk verblijf weer voor maximaal drie jaar vergoed vanuit de Zvw.

Vervolg van het voorbeeld in paragraaf 4.2.1.
Als Maria is ingesteld op medicatie voor de bipolaire stoornis, gaat zij naar huis. Al snel blijkt het niet goed met haar te gaan. De manisch-depressieve episodes volgen elkaar in hoog tempo op en gaan ook gepaard met psychoses. Eerst probeert men haar enige tijd via ambulante behandeling te stabiliseren, maar tevergeefs. De psychiater vindt het beter als zij voor langere tijd wordt opgenomen om haar beter te kunnen observeren en behandelen. Gedurende die opname gaat Maria niet vooruit. Na drie jaar verblijf en behandeling vanuit de Zvw is verblijf nog steeds noodzakelijk voor haar behandeling. Dit (voortgezet) verblijf komt, na die drie jaar, ten laste van de Wlz.

4.2.3.2 Cliënten met een blijvende toegang tot de Wlz

Cliënten met een blijvende behoefte aan permanent toezicht en 24 uur zorg nabij krijgen vanaf 1 januari 2021 een indicatie voor Wlz zorg met onbeperkte geldigheidsduur.[21] Vooralsnog betreft het alleen volwassen cliënten.

Het CIZ stelt vast of een cliënt blijvend op Wlz zorg is aangewezen vanwege een psychische stoornis. Deze afweging maakt het CIZ op basis van het 'Afwegingskader blijvende Wlz-toegang' (opgenomen in Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2020). Met dit afwegingskader onderzoekt CIZ of een persoon is aangewezen op de Wlz conform artikel 3.2.1. eerste lid van de Wlz. Het CIZ stelt voor een cliënt met een psychische stoornis het onderstaande vast.

[18] Wet langdurige zorg, artikel 3.2.2.
[19] Wet langdurige zorg, artikel 3.2.2., lid 2
[20] Wet langdurige zorg, artikel 3.2.2., lid 3
[21] Wet langdurige zorg, artikel 3.2.1., lid 1

- Is de cliënt *gediagnosticeerd* voor een psychische stoornis op grond van de DSM-5.

Deze diagnose moet volgens de binnen de beroepsgroep vigerende richtlijnen zijn gesteld door een ter zake deskundige. Het is mogelijk dat een cliënt meerdere grondslagen heeft die leiden tot een indicatie voor Wlz-zorg, bijvoorbeeld een verstandelijke beperking en een psychische stoornis;

- Is de cliënt vanwege de vastgestelde ziekte(n), aandoening(en), stoornissen en beperkingen aangewezen op:
  a. *permanent toezicht* om escalatie of ernstig nadeel te voorkomen, of
  b. *24 uur per dag zorg in de nabijheid* omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor zichzelf 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.

- Is de cliënt vanwege zijn ziekte, aandoening, stoornissen en beperkingen *blijvend* (levenslang) aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Er is geen toegang tot de Wlz als er mogelijkheden zijn voor zodanige (functionele) verbetering of herstel, bijvoorbeeld vanwege behandeling van de ziekte, aandoening, stoornissen en/of beperkingen, dat (nog) niet kan worden vastgesteld of de behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid blijvend is.

Als het CIZ heeft vastgesteld dat de cliënt vanwege een psychische stoornis blijvend is aangewezen op Wlz-zorg, krijgt hij een indicatie met het voor hem best passende zorgprofiel uit de "GGZ-wonen" reeks[22] (https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2020-02-27#BijlageA).

Het Zorginstituut krijgt regelmatig vragen over de inhoud van het verzekerde pakket Wlz-zorg. Met name de vraag op welke zorg cliënten met een blijvende of tijdelijke toegang tot de Wlz recht hebben. In bijlage 1 van deze handreiking onder het kopje 'Wet langdurige zorg' vindt u hier meer informatie over.

De behandeling van de psychische stoornis voor cliënten die een indicatiebesluit hebben met daarin de grondslag psychische stoornis valt alleen onder de Wlz voor de cliënten met de leveringsvorm 'verblijf met behandeling'. Voor cliënten die een indicatiebesluit hebben met de grondslag psychische stoornis en de leveringsvormen verblijf zonder behandeling, vpt, mpt en pgb, valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Zvw.

[22] In uitzonderlijke gevallen kan de cliënt ook een indicatie krijgen voor een zorgprofiel uit een andere reeks, als dat zorgprofiel beter bij de cliënt past

Voorbeeld
Dorien is 65 jaar en heeft een langdurige psychiatrische achtergrond met middelen- en alcoholmisbruik. Ze heeft de ziekte van Korsakov en haar lichamelijke gezondheid is slecht. Dorien is opgenomen in een verpleeghuis waar de benodigde zorg integraal wordt aangeboden. Het verpleeghuis biedt haar (naast verblijf) niet alleen verpleging, verzorging en begeleiding, maar biedt ook de psychiatrische behandeling, waaronder de behandeling voor haar verslavingen. De instelling biedt daarnaast ook specifieke behandeling: regelmatig wordt zij gezien door een specialist ouderenzorg (SO). En elke week krijgt zij fysiotherapie door de fysiotherapeut van de instelling. Voor de dagelijkse medische zorg heeft het verpleeghuis een naastgelegen huisartsengroep gecontracteerd.
Alle betrokkenen (psychiater, SO, fysiotherapeut, huisarts en de dagelijkse zorgverleners) stemmen hun zorg onderling adequaat af. Deze zorg komt vanaf 1 januari 2021 ten laste van de Wlz.

Voorbeeld
Benno is 45 jaar. Hij heeft een verstandelijke beperking, een langdurige psychiatrische achtergrond en kampt met een verslaving aan verdovende middelen. Benno woont in een RIBW, dat verblijf biedt, maar geen behandeling. De grondslag in zijn indicatiebesluit is psychische stoornis. Benno krijgt psychiatrische behandeling van een psychiater in een nabijgelegen GGZ-instelling die door het zorgkantoor is gecontracteerd. De psychiater behandelt in samenwerking met behandelaars van een verslavingsinstelling ook de verslaving. Uiteraard stemmen de psychiater en de zorgverleners van de verblijfsinstelling hun zorg goed op elkaar af. Benno wordt daarnaast behandeld door een orthopedagoog die hem behandelt en begeleidt in verband met zijn sociale beperkingen. Deze zorg is door het zorgkantoor bij een VG-instelling ingekocht. De behandeling van de orthopedagoog komen ten laste van de Wlz. De behandeling voor de psychische stoornis komt in ten laste van de Zvw. Er is immers sprake van verblijf zonder behandeling. De cliënt is ingeschreven bij een lokale huisartsengroep. Zo nodig maakt zijn begeleider een afspraak bij de huisarts. Ze gaan daar dan samen heen. De farmaceutische zorg wordt door een lokale apotheek geleverd. Omdat er sprake is van alleen verblijf en geen behandeling van dezelfde instelling komen de zorg die de huisarts verleent en de benodigde geneesmiddelen ten laste van de Zvw.

Voor cliënten die geen grondslag psychische stoornis hebben maar op grond van een of meer andere grondslagen toegang hebben tot de Wlz verandert er niets. Voor deze cliënten valt de behandeling van de psychische stoornis niet onder de Wlz maar onder de Zvw. Alleen als de cliënt verblijf en behandeling van dezelfde instelling krijgt en de behandeling van de psychische stoornis niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling voor de andere stoornis, valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Wlz.

Voorbeeld
Alex is 25 jaar en verstandelijk beperkt. Hij verblijft in een Wlz-instelling op grond van een indicatie met grondslag verstandelijke beperking. De AVG, orthopedagoog, specifieke paramedische zorg en huisartsenzorg komen ten laste van de Wlz en worden door de instelling integraal aangeboden. Op een gegeven moment krijgt Alex last van ernstige depressies. Deze depressies zijn niet los te zien van de overige problematiek van Alex. Een goede behandeling is dan ook alleen mogelijk als de verstandelijke beperking en de psychische problematiek integraal worden behandeld. De psychiatrische zorg komt daarmee ten laste van de Wlz omdat deze zorg onlosmakelijk is verbonden met de behandeling van de verstandelijke beperking.

Meer informatie over welke behandelvormen voor cliënten met (mede) een psychische stoornis onder de Wlz vallen is bij de verschillende leveringsvormen, kunt u lezen in de: Handreiking behandeling (geneeskundige zorg) in de Wlz per 1 januari 2021. Een inzichtgevend schema uit deze handreiking hebben we opgenomen in bijlage 3 van deze handreiking.

4.2.4 GGZ zorg na voortgezet verblijf

Het is mogelijk dat cliënten met een psychische stoornis van voortgezet verblijf overgaan naar blijvende toegang tot de Wlz. Dit is het geval als de cliënt niet meer is aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf vanwege geneeskundige ggz, maar de cliënt wel voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz. Het CIZ beoordeelt of dit het geval is.

4.2.5 Medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige GGZ voor cliënten met een Wlz indicatie

Een cliënt die op grond van een psychische stoornis toegang heeft tot de Wlz kan (tijdelijk) behoefte hebben aan meer intensieve zorg. Bijvoorbeeld als gevolg van een terugval in zijn ziektebeeld kan de cliënt zijn aangewezen op medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige ggz. Deze zorg wordt verstrekt uit de Zvw. De cliënt ontvangt weer zorg uit de Wlz als de cliënt geen medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige ggz meer nodig heeft.

4.2.6 Beschermd wonen uit de Wmo voor volwassenen met een psychische stoornis

Op grond van de Wmo zijn gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor het bieden van maatwerkvoorzieningen voor beschermd wonen en dagbesteding aan cliënten met een psychische stoornis. De maatschappelijke opvang en de bevordering van de verslavingszorg was voor 1 januari 2015 al een taak van de gemeenten. Beschermd wonen is in de Wmo gedefinieerd als: "wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorend toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving". De gemeenten hebben, binnen de wettelijke kaders, beleidsvrijheid bij de wijze waarop zij het beschermd wonen invullen en de wijze waarop zij beoordelen of een cliënt in aanmerking komt voor een voorziening voor beschermd wonen. Behandeling van de psychische stoornis valt niet onder beschermd wonen in de Wmo. Een cliënt (zonder Wlz-indicatie) in een beschermd wonen-voorziening kan GGZ-behandeling ambulant ontvangen ten laste van de Zvw.

Voorbeeld
Jan is 35 jaar en bekend met autisme. Hij is angstig, maakt moeilijk contact met anderen, heeft dwangmatig gedrag (draait de kraan steeds open en dicht). Soms heeft hij periodes van depressiviteit. Jan woont thuis bij zijn ouders. Zijn ouders zijn inmiddels op hoge leeftijd en de zorg voor Jan valt hen steeds zwaarder. Het is eigenlijk niet meer verantwoord dat hij bij hen blijft wonen. Jan heeft een beschermende woonomgeving nodig met begeleiding in de buurt die hem zo nodig bijstuurt in zijn (dwangmatig) gedrag. Hij kan ambulant worden behandeld voor de gevolgen van het autisme (bijvoorbeeld bij een depressieve episode). De gemeente biedt Jan een plaats in een beschermd wonen-instelling die onder de Wmo valt. De ambulante behandeling van zijn autisme is geneeskundige zorg die onder de Zvw valt.

4.3 Volwassenen met een psychische stoornis en behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding van kinderen

De Jeugdwet voorziet in ondersteuning van ouders bij de opvoeding van kinderen, ook in geval van psychische problematiek. De ouders worden ondersteund bij de opvoeding van hun kind omdat het kind psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking heeft, of omdat de ouder(s) die problemen zelf heeft/hebben.[23]

Is de ondersteuning niet gericht op hulp bij de opvoeding, maar heeft de ondersteuning meer een geneeskundig karakter, dan is sprake van geneeskundige GGZ en dat valt onder de Zvw.

4.4 Volwassenen met een psychische stoornis en een lichamelijke/somatische beperking

Als de cliënt geen Wlz-indicatie heeft, wordt de geneeskundige zorg vanwege de psychische stoornis en de lichamelijke aandoening of beperking vergoed vanuit de Zvw. Ondersteuning en begeleiding bij de omgang met de beperkingen regelt de gemeente op grond van de Wmo, evenals begeleid zelfstandig of beschermd wonen.

Indien de lichamelijke/somatische beperking maakt dat permanent toezicht of 24 uur zorg nabij nodig is (grondslag: lichamelijke/somatische beperking), heeft de verzekerde aanspraak op zorg op grond van de Wlz. De behandeling voor de psychische stoornis blijft dan een aanspraak uit de Zvw, als er geen psychische grondslag in het Wlz indicatiebesluit is opgenomen. Tenzij de cliënt behandeling en verblijf van dezelfde instelling ontvangt en de (behandeling van de) psychische stoornis niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling voor de lichamelijke/somatische beperking, dan valt de behandeling van de psychische stoornis ook onder de Wlz.[24] In andere situaties (o.a. verblijf zonder behandeling, vpt, mpt en pgb) valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Zvw.

Als er naast de grondslag lichamelijk/somatische beperking ook de grondslag psychische stoornis in het Wlz indicatiebesluit is opgenomen dan valt de behandeling van de psychische stoornis voor de leveringsvorm verblijf met behandeling onder de Wlz. Voor de andere leveringsvormen (verblijf zonder behandeling, vpt, mpt en pgb) valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Zvw.

[23] Jeugdwet art. 1.1.1.

[24] Wet langdurige zorg art. 3.2.1. lid 3b

Voorbeeld
Jan krijgt een ernstig motorongeluk. Hij loopt een dwarslaesie op met epileptische klachten. Na een periode van intensieve revalidatie blijkt dat Jan voor de rest van zijn leven permanent toezicht nodig heeft, vanwege het risico op een epileptische aanval met schadelijke gevolgen. Jan krijgt een indicatie voor de Wlz met alleen de grondslag somatische beperking. Jan beseft dat hij nooit meer kan werken, motorrijden en dat hij zijn rol als vader niet meer volwaardig kan invullen. Hij wordt depressief. Als gevolg van de epileptische aanvallen heeft hij bovendien regelmatig wanen. Jan weigert zorg en behandeling; vaak is hij agressief tegen de medewerkers die hem komen verzorgen. Hij krijgt doorligwonden en verliest de functies weer die hij tijdens de revalidatie had geleerd. Een psychiater kan zijn depressie behandelen; de neuroloog past de medicatie tegen epilepsie aan, waardoor de wanen verminderen. Dan stelt Jan zich weer coöperatief op in de behandeling. Omdat de behandeling van de depressie niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling in verband met de epilepsie valt al deze zorg onder de Wlz.

4.5 Volwassenen met een psychische stoornis en een psychogeriatrische aandoening

Indien een cliënt geen Wlz indicatie heeft, vindt de behandeling van de psychische stoornis en een psychogeriatrische aandoening plaats vanuit de Zvw. Eventuele begeleiding van de cliënt en diens mantelzorger valt onder de Wmo. Daar hoort ook respijtzorg bij: tijdelijke extra zorg voor de cliënt om de mantelzorger te ontlasten en het zo mogelijk te maken dat de cliënt langer thuis kan blijven wonen.

Als uitsluitend de psychogeriatrische aandoening leidt tot een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, heeft de verzekerde aanspraak op zorg en begeleiding op grond van de Wlz. De geneeskundige zorg voor de psychische stoornis blijft dan een aanspraak in de Zvw als de grondslag psychische stoornis niet in het Wlz-indicatiebesluit is opgenomen. Tenzij de cliënt behandeling en verblijf van dezelfde instelling ontvangt en de behandeling van de psychische stoornis niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling voor de psychogeriatrische aandoening dan valt de behandeling van de psychische stoornis ook onder de Wlz.

Als in het Wlz indicatiebesluit naast de psychogeriatrische aandoening ook een psychische stoornis als grondslag is opgenomen, valt behandeling van de psychische stoornis vanaf 2021 voor cliënten met verblijf en behandeling onder de Wlz. Voor cliënten met andere leveringsvormen (verblijf zonder behandeling, vpt, mpt en pgb) valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Zvw.

4.6 Volwassenen met een psychische stoornis en een verstandelijke beperking

De begeleiding en ondersteuning aan mensen met een verstandelijke beperking en een psychische stoornis is een verantwoordelijkheid van de gemeente op grond van de Wmo. Daar valt ook begeleid zelfstandig en beschermd wonen onder. Geneeskundige zorg voor de psychische stoornis vindt plaats als onderdeel van de huisartsenzorg of geneeskundige GGZ die verstrekt wordt op grond van de Zvw. Bij crisis vanwege de psychische stoornis dient behandeling (en eventueel medisch noodzakelijk verblijf) vanuit de geneeskundige GGZ op grond van de Zvw verstrekt te worden.

Als de cliënt als gevolg van zijn verstandelijke beperking blijvend permanent toezicht of 24-uur zorg nabij nodig heeft, heeft hij aanspraak op zorg uit de Wlz. Als in het Wlz indicatiebesluit van de cliënt geen grondslag voor de psychische stoornis

is opgenomen dan is de behandeling voor de psychische stoornis een aanspraak in de Zvw. Tenzij de cliënt behandeling en verblijf van dezelfde instelling ontvangt en de behandeling van de psychische stoornis niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling voor de verstandelijke handicap dan valt de behandeling van de psychische stoornis ook onder de Wlz.[25]

Als in het Wlz-indicatiebesluit naast de grondslag voor de verstandelijke handicap een grondslag voor de psychische stoornis is opgenomen, dan valt de behandeling van de psychische stoornis, voor cliënten die verblijf en behandeling van dezelfde instelling krijgen, vanaf 2021onder de Wlz. Voor de andere leveringsvormen binnen de Wlz (verblijf zonder behandeling, vpt, mpt en pgb) valt de behandeling van de psychische stoornis onder de Zvw. .

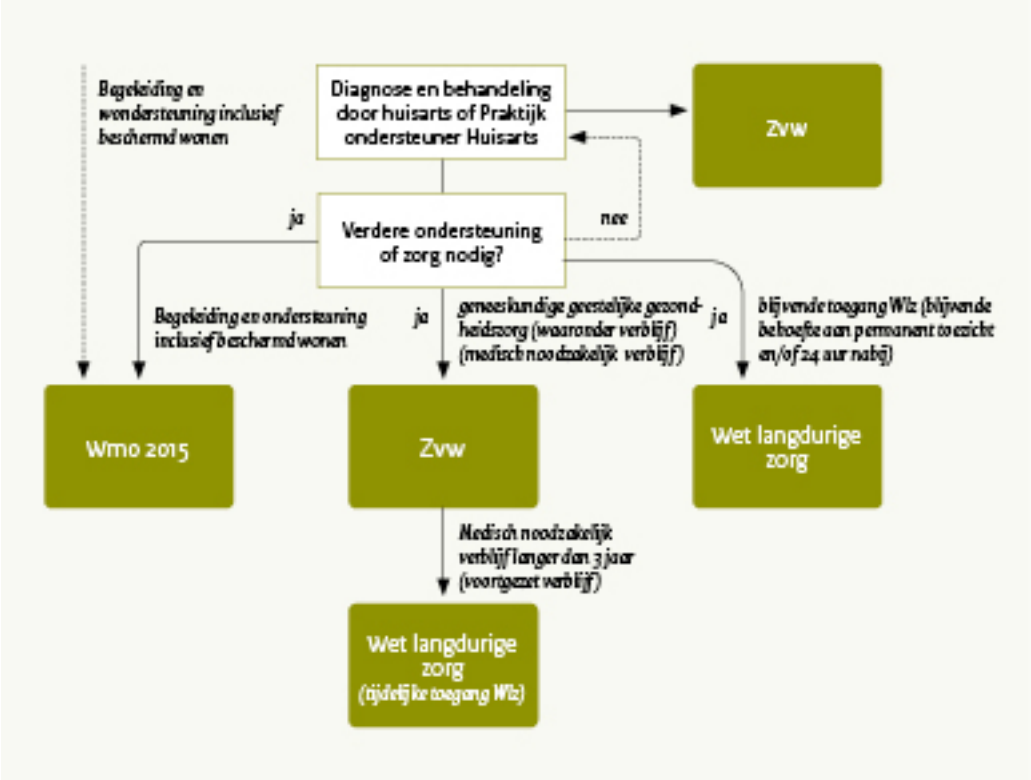
Als een cliënt met een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen verblijft en wordt behandeld in een (LVG-behandel) instelling en deze behandeling, die voor de 18e verjaardag is ingezet volgens zijn behandelaar nog moet worden afgemaakt, dan kan de cliënt een Wlz-indicatie krijgen met een tijdelijk geldig LVG-profiel, zodat de behandeling in dezelfde behandelinstelling kan worden afgemaakt. Deze cliënt hoeft niet te voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz. Ook na de 18e verjaardag kan een Wlz-indicatie met zorgprofiel LVG worden gegeven als tijdelijk integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling noodzakelijk is voor jongeren van 18 jaar en ouder. De cliënt krijgt dit zorgprofiel dan vanwege de verstandelijke beperking en niet (alleen) vanwege de psychische stoornis. De psychische stoornis kan uiteraard wel bijdragen aan de noodzaak tot verblijf in een LVG-behandelinstelling.

4.7 Schematische weergave van de wettelijke domeinen voor volwassenen

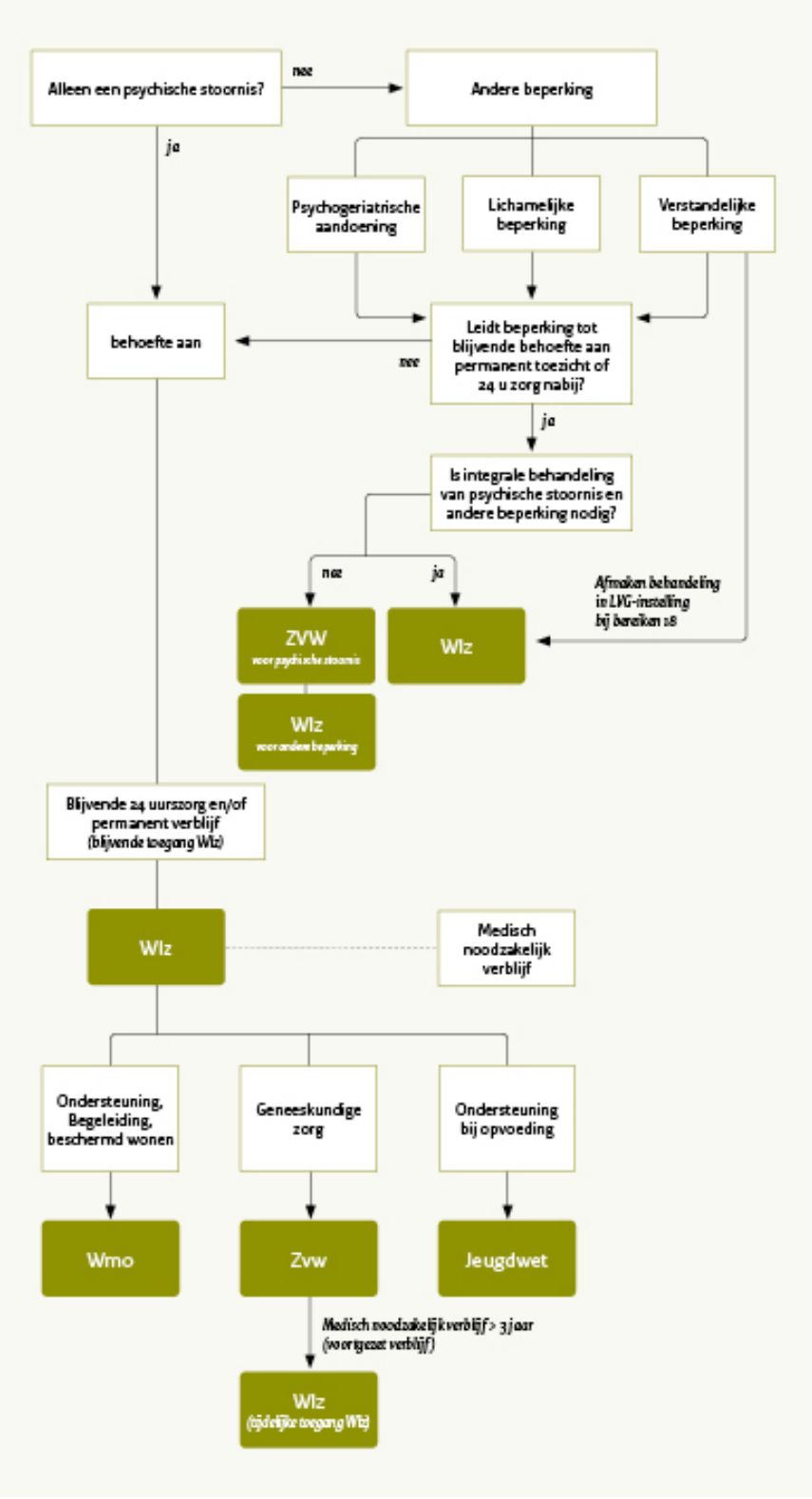
In deze paragraaf geven we een schematische weergave van de wettelijke domeinen voor volwassen cliënten, zoals in dit hoofdstuk beschreven. Het eerste schema betreft de zorg en ondersteuning voor volwassen cliënten met alleen een psychische stoornis of psychische problemen en het tweede schema de zorg en ondersteuning voor volwassen cliënten met een psychische stoornis en een andere stoornis of beperking.

[25] Wet langdurige zorg art. 3.1.1. lid 1.d.2

Wettelijke domeinen voor volwassenen vanaf 18 jaar met (alleen) een psychische aandoeningen



Wettelijke domeinen voor volwassenen (18+) met een psychische stoornis en andere stoornissen of beperkingen (zie volgende pagina)



Voorbeeld
Het is 2021. Yara is 14. Ze is verslaafd aan verdovende middelen en is daar een aantal maal voor behandeld. Ze verwaarloost zichzelf en heeft daardoor regelmatig fysieke problemen zoals wondjes die niet genezen en een longontsteking. Yara is een bekende van de politie vanwege kleine criminaliteit die zij pleegt om drugs te kopen.

Het is 2021. Op haar 20e krijgt Yara haar eerste psychose. Ze wordt kortdurend opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Na 2 maanden is de medicatie aangeslagen en kan Yara naar huis. Zodra het wat beter gaat, vindt ze het niet meer nodig om medicijnen te nemen. Een nieuwe psychose volgt. Dit herhaalt zich enkele malen. Als gevolg van haar verslaving en de herhaalde psychoses is Yara erg kwetsbaar: ze kan haar dag niet zelf invullen of plannen, is bang om alleen de straat op te gaan, is erg schichtig geworden en is snel onrustig. Ze betaalt haar huur niet meer en dreigt dakloos te worden. Yara heeft geen werk en ontvangt een uitkering. De maatschappelijk werker kan haar overhalen om in een beschermde woongroep te gaan wonen. Daar is toezicht aanwezig en zijn hulpverleners die de cliënten aansporen om medicijnen te blijven nemen. Ze hopen toe te werken naar een situatie waarin Yara begeleid zelfstandig kan wonen. Yara bezoekt haar psychiater incidenteel voor controle en onderhoudsmedicatie.

Yara heeft te maken met verschillende domeinen en dus instanties:
- *de Jeugdwet voor de behandeling van de verslaving tot het 18e levensjaar;*
- *de Zvw voor de antipsychotica, de behandeling van wonden en de longontsteking; daarnaast voor de behandeling van de verslaving na het 18e levensjaar;*
- *de Wmo voor het beschermd wonen en ondersteuning bij daginvulling na het 18e levensjaar;*
- *daarnaast de Wet Passend Onderwijs en de Participatiewet voor onderwijs, werk en uitkering*

5 Specifieke afbakeningsvraagstukken

In dit hoofdstuk gaan we in op een aantal specifieke afbakeningsvraagstukken. We beschrijven het onderscheid tussen begeleiding in het kader van GGZ-behandeling en andere vormen van begeleiding, het toe leiden naar zorg en zorg aan behandelmijders.

5.1 Onderscheid begeleiding in het kader van de Wmo en begeleiding in het kader van geneeskundige GGZ

Welke begeleiding onder de geneeskundige GGZ valt is beschreven in diverse indicatiegeschillen en standpunten van (de rechtsvoorganger van) het Zorginstituut.[26]

De geneeskundige GGZ is onderdeel van de te verzekeren Zvw-prestatie 'geneeskundige zorg' (artikel 2.2 Bzv). Het betreft zorg zoals huisartsen, medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen plegen te bieden. Hierbij gaat het om zorg die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Onder herstel of voorkoming van verergering valt ook het leren omgaan met de (gevolgen van een) aandoening, voor zover de interventie gestructureerd en programmatisch is en gericht is op een specifiek geneeskundig doel.[27]

Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling uitmaken, zijn aan te merken als geneeskundige zorg en vallen onder de Zvw. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de (regie)behandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de (regie)behandelaar. Voor het uitvoeren van deze activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar (medisch, paramedisch, gedragswetenschappelijk, vaktherapeutisch e.d.) nodig. Zeker bij gespecialiseerde GGZ komt het regelmatig voor dat begeleidingsactiviteiten een wezenlijk onderdeel zijn van de behandeling.

Begeleidingsactiviteiten die een niet geneeskundig doel betreffen en waarvoor geen deskundigheid op het niveau van de behandelaar is vereist en waarbij geen directe terugkoppeling naar de behandelaar nodig is, worden niet gerekend tot geneeskundige GGZ. Deze begeleidingsactiviteiten kunnen onder de Wmo vallen.

(Extramurale) begeleiding aan volwassen cliënten met chronische psychische problematiek is sinds 1 januari 2015 een maatwerkvoorziening die wordt geleverd vanuit de Wmo. Het gaat hierbij om begeleiding die gericht is op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie, opdat de betrokkene zo lang mogelijk zelfredzaam blijft en in de eigen omgeving kan blijven. De gemeente is verantwoordelijk voor een maatwerkvoorziening, bestaande uit ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie, voor zover de betrokkene in verband met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is of in staat is tot participatie. Hoe deze

[26] Zie o.a. RZA 2010, nr.2, Standpunt geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding, CVZ 14 december 2009, Rapport Advies Geneeskundige GGZ, deel 2, CVZ, 10 juli 2013.
[27] College voor zorgverzekeringen, Geneeskundige GGZ Deel 1, Wat is verzekerde zorg en wat niet? 6 april 2012.

maatwerkvoorziening in het concrete geval ingevuld wordt, hangt af van de individuele situatie van de cliënt en van het beleid van zijn gemeente.

Overigens gaat het in het bovenstaande uitsluitend om de afbakening tussen (ambulante) geneeskundige GGZ en extramurale begeleidingsactiviteiten: als een (volwassen) cliënt is opgenomen in een GGZ-instelling omvat dit verblijf een multidisciplinair zorgaanbod, waaronder de benodigde begeleiding. Het verblijf met bijbehorende behandeling en begeleiding is de eerste drie jaar (1095 dagen)[28] een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw; als na drie jaar verblijf nog steeds medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige GGZ, valt deze zorg onder de Wlz (zie hiervoor paragraaf 4.2.1. Medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige ggz en paragraaf 4.2.3.2. Voortgezet verblijf).

Voorbeeld
Peter (35) heeft een zware depressie met psychotische symptomen. Hij krijgt psychiatrische behandeling bestaande uit medicatie en regelmatig gesprekken met de psychiater. Naast medicatie krijgt Peter gedragstherapie en psycho-educatie. Peter is voor zijn behandeling niet aangewezen op verblijf, maar heeft wel geneeskundige begeleiding in de thuissituatie nodig. Het gaat hierbij om motiveren tot behandeling, het stimuleren tot zelfzorg en het stimuleren tot medicatie-inname. Belangrijk aspect is het motiveren tot behandeling: de zorg in de thuissituatie is erop gericht behandeling door de psychiater mogelijk te maken.
Zowel de zorg van de psychiater (behandeling) als de geneeskundige activerende begeleiding in de thuissituatie is geneeskundige zorg. De zorg thuis (motiveren tot behandeling, begeleidingsactiviteiten als het stimuleren zelfzorg, stimuleren tot medicatie-inname) is een onlosmakelijk deel van de GGZ-behandeling. De zorg verleend door andere disciplines dan de psychiater moet zijn opgenomen in het behandelplan en er moet terugkoppeling plaatsvinden naar de hoofdbehandelaar. Alle onderdelen behoren daarmee tot de Zvw prestatie geneeskundige zorg. Het bieden van geneeskundige begeleiding vereist specifieke deskundigheid van een professional.

Voorbeeld
Milene (28) heeft een schizofrene stoornis en gaat voor medicatie een paar maal per jaar naar een psychiater (=geneeskundige GGZ). Doordat zij in het verleden intensieve behandeling heeft gehad, waaronder het leren van bepaalde vaardigheden, kan zij nu zelfstandig wonen. Ten gevolge van de schizofrene stoornis kan ze echter niet zelfstandig haar huishouden runnen: Milene heeft moeite met het dagelijks structureren van de activiteiten. Daarnaast heeft zij ondersteuning nodig bij het bevorderen, compenseren en het behoud van haar zelfredzaamheid, zoals het plannen en stimuleren van persoonlijke contacten, voor- en nabespreken van gesprekken met instanties en ondersteuning bij niet dagelijks voorkomende problemen. Driemaal in de week komt er een begeleider langs. Milene is nog niet toe aan werk in dienstverband, maar behoudt haar dagritme en werkvaardigheden bij een zorgboerderij.
De geneeskundige zorg van de psychiater valt onder de Zvw. De begeleiding die nodig is voor de dagelijkse structurering van haar huishouden en begeleiding gericht op het bevorderen, behouden en compenseren van haar zelfredzaamheid is geen onderdeel van de geneeskundige behandeling. Er is geen specifieke deskundigheid van een professional voor vereist en terugkoppeling naar de behandelaar is niet nodig. Voor deze begeleiding kan Milene zich wenden tot de gemeente voor een (maatwerk)voorziening.

[28] De 1095 dagen worden geteld vanaf de eerste dag van opname. Onderbrekingen van maximaal 90 dagen worden niet als onderbreking beschouwd.

Voor jeugdigen valt (extramurale) begeleiding en eventueel verblijf in verband met een psychische aandoening onder de jeugdhulp in het kader van de Jeugdwet. De concrete invulling hiervan hangt af van het beleid van de gemeente.

5.2 Toeleiding naar geestelijke gezondheidszorg

In principe is iedere volwassene er zelf verantwoordelijk voor om adequate zorg/behandeling te zoeken voor zijn aandoening of stoornis. Dit is voor cliënten met een psychische stoornis niet anders. Het komt echter voor dat cliënten met een psychische stoornis zorg mijden, zich niet willen laten behandelen of behandeling tussentijds afbreken onder invloed van die psychische stoornis. In het onderstaande gaan we in op het toe leiden naar zorg/behandeling bij cliënten met een psychische stoornis.

Toe leiden naar zorg bij zorgmijding

Als een cliënt met een psychische stoornis geen enkele zorg wenst en hier dus ook niet om vraagt, is sprake van 'zorgmijding'. Het toe leiden naar zorg van de cliënt die geen enkele zorg wenst en nog geen zorg ontvangt, valt onder de 'bemoeizorg'. Deze zorg behoort tot het domein van de Wmo. Bemoeizorg is assertieve, outreachende hulpverlening en bestaat onder meer uit het bereiken van en contact leggen met de zorgmijder, zorgcoördinatie en praktische ondersteuning. Deze zorg valt niet onder de Zvw, omdat de cliënt nog niet in zorg is.

Voorbeeld
Hans (42) heeft een schizofrene stoornis. Hij woont in een portiekwoning in Amsterdam. Vanwege criminele activiteiten en drugsgebruik in het verleden heeft zijn familie met hem gebroken. Een buurvrouw merkt dat Hans sterk is vermagerd en er onverzorgd uitziet. Zijn woning is vervuilt door alle zwerfkatten die hij "opvangt" en met zijn verstoorde dag- en nachtritme veroorzaakt hij overlast voor omwonenden. Via de wijkagent is de huisarts ingeschakeld. Hans wil echter niets weten van hulpverlening. Hij is extreem achterdochtig en mijdt alle aangeboden vormen van ondersteuning (medicatie, behandeling, hulp in huis). Een medewerker van de openbare GGZ probeert een vinger aan de pols te houden door hem in ieder geval eenmaal per week te bezoeken en hem te helpen met praktische zaken (bemoeizorg). Men probeert zo vertrouwen op te bouwen, zodat hij wellicht op termijn wel openstaat voor een vorm van zorg.

Behandelmijding

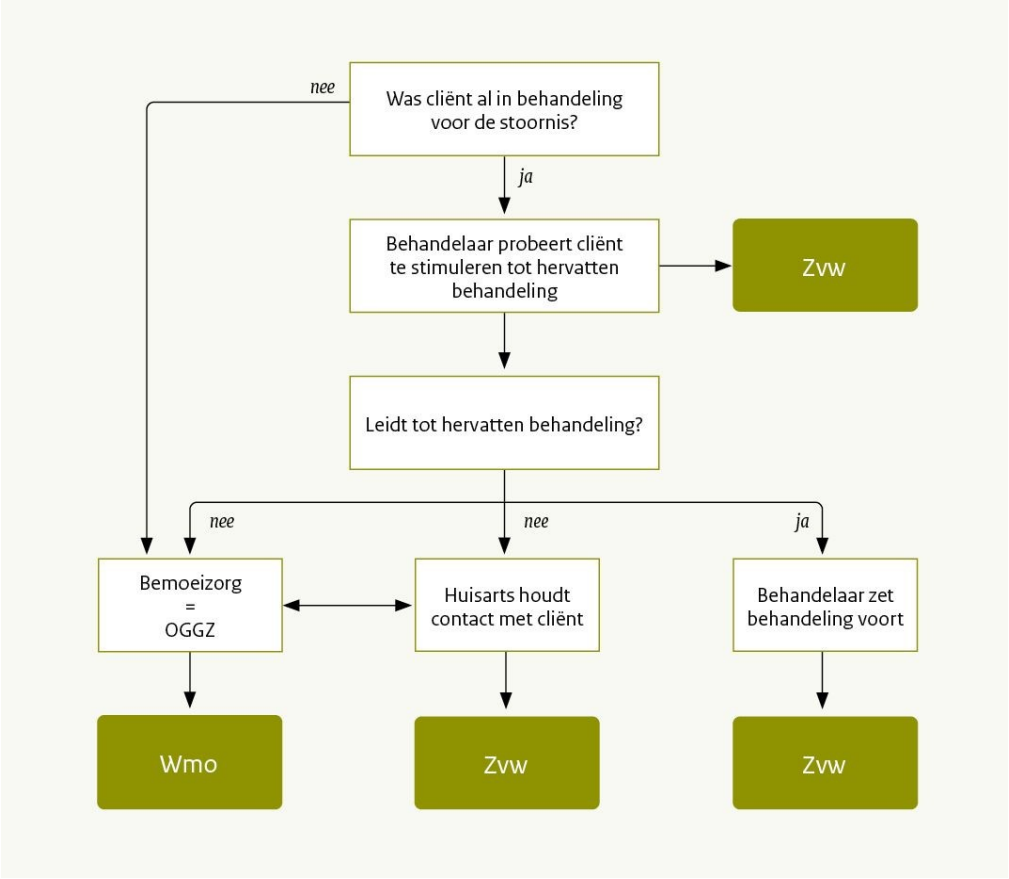
Soms accepteert een cliënt met een psychische stoornis wel zorg (bijvoorbeeld begeleiding of verzorging door de thuiszorg), maar geen behandeling. Dit kan betekenen dat de cliënt geen behandeling voor de psychische stoornis wil, maar het kan ook zijn dat hij zich aanvankelijk wel onder behandeling stelt maar deze tussentijds afbreekt en verdere behandeling afhoudt. Dan is geen sprake van zorgmijding, maar van "behandelmijding" (hij accepteert immers wel andere zorg dan behandeling).

Bij cliënten met een psychische stoornis kan het mijden/afbreken van de behandeling het gevolg zijn van een gestoorde oordeelsvorming ten gevolge van de psychiatrische problematiek. Hij of zij heeft geen ziektebesef/ziekte-inzicht en kan de gevolgen van het weigeren van behandeling niet overzien. De weigering kan hem of haar dan niet worden toegerekend.

Toe leiden naar behandeling bij behandelmijding
Het toe leiden naar behandeling van cliënten die behandeling afhouden en die nog geen zorg ontvangen is, net als bij zorgmijding, de verantwoordelijkheid van de gemeente. Als een cliënt wel behandeling voor zijn psychische stoornis ontvangt, maar deze behandeling onder invloed van een gestoord oordeelsvermogen afbreekt, valt het herstel van het behandelcontact primair onder de Zvw.

Als de inspanningen van de laatste behandelaar of een andere zorgverlener werkzaam bij de instelling waaraan de behandelaar is verbonden, niet leiden tot hervatting van behandeling, dan behoort de huisarts die inspanning te leveren. Vaak zal de huisarts (of de SPV of POH GGZ verbonden aan de praktijk of het wijkteam) contact houden met de cliënt. Deze zorg voor het toe leiden naar behandeling wordt verstrekt uit de Zvw. Het kan echter ook zijn dat een hulpverlener vanuit de Openbare GGZ (OGGZ) goed contact kan maken met de cliënt. Huisarts en OGGZ kijken in overleg met elkaar per situatie wie de cliënt het beste kan helpen.

Zorg- en behandelmijding



Voorbeeld
Hannah is een 34-jarige vrouw met borderline problematiek. Zij is sinds haar 18e jaar diverse malen onder behandeling geweest voor haar psychiatrische problematiek, maar brak de behandeling telkens af: zij heeft het vertrouwen in behandelaars volledig verloren. Inmiddels is Hannah al vijf jaar niet meer onder behandeling. Zij woont zelfstandig, zonder mantelzorg. Hannah accepteert wel hulp van een coach, die haar helpt met praktische zaken, haar stimuleert om initiatief te nemen, een luisterend oor heeft als het slecht gaat etc. Haar coach heeft geprobeerd haar ervan te overtuigen weer behandeling te gaan volgen: tevergeefs. Hannah is geen zorgmijder, maar wel een behandelmijder. Voor Hannah zal het toe leiden naar behandeling onder de OGGZ vallen, omdat er geen sprake is van een recent behandelcontact.

Voorbeeld
Julia is een 32-jarige, alleenstaande vrouw met een angststoornis en stemmingsklachten. Zij wordt hiervoor ambulant behandeld door een psychiater. Eenmaal per twee weken komt een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) bij haar langs. Het gaat echter niet goed met Julia. De angsten worden heftiger en zij zondert zich steeds meer af. Op een gegeven moment verschijnt zij niet meer op afspraken bij de psychiater en doet zij de deur niet meer open voor de SPV. De psychiater is van mening dat dit gedrag voortkomt uit haar psychiatrische problematiek en dat dit haar niet kan worden aangerekend. Julia heeft kort geleden nog behandelcontact gehad met de psychiater en de SPV. Het is aan hen om het behandelcontact te herstellen. Lukt dit niet, dan moet de huisarts worden ingeschakeld. In beide gevallen valt het toe leiden naar behandeling onder de Zvw.

Als een cliënt wel behandeling wil ontvangen, maar dit (nog) niet de meest optimale behandeling is, dan kan dit als een vorm van toeleiding naar (optimale) behandeling worden aangemerkt. Deze zorg valt onder de (Zvw) en is GGZ zorg.

Voorbeeld
Amir is een 54-jarige, na echtscheiding, alleenstaande man van Bosnisch-Servische afkomst. Hij is in 2007 naar Nederland gekomen. Amir is bekend met complexe psychiatrische problematiek. Er is een depressieve stoornis en PTSS gediagnosticeerd; deze zijn grotendeels in remissie. Nu staan vooral psychotische stoornissen en persoonlijkheidsproblematiek op de voorgrond. Amir wordt hiervoor behandeld met medicatie. Daarnaast heeft hij gesprekstherapie. De psychiater is eigenlijk van oordeel dat Amir beter op zijn plek zou zijn bij een psychoseteam, maar omdat Amir dit absoluut niet wil en grote achterdocht heeft jegens instanties, acht de psychiater de ingezette medicatie- en gespreksbehandeling voor nu het hoogst haalbare. Via deze weg zal hij ook proberen Amir te motiveren tot meer adequate behandeling.

Bijlage 1 Verhoudingen tussen wettelijke domeinen

De zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische stoornis is geregeld in verschillende wettelijke domeinen. Het kan voorkomen dat een ondersteuningsvraag onder meerdere wetten past. Om onduidelijkheid te voorkomen over welk wettelijk domein in dat geval verantwoordelijk is, is in de diverse wetten geregeld welke wet 'voorrang' heeft op de andere. In deze bijlage beschrijven we de wetsartikelen die de voorrang regelen. Daarnaast beschrijven onder het kopje 'Wet langdurige zorg' de aanspraak 'Verblijf met behandeling' en 'Voortgezet verblijf'.

Jeugdwet

De Jeugdwet regelt vrijwel alle psychiatrische zorg en behandeling voor jeugdigen. Alleen psychofarmaca vallen onder de Zorgverzekeringswet. In sommige situaties gaat een andere wettelijke voorziening of aanspraak echter wel voor. *Artikel 1.2 van de Jeugdwet* beschrijft wanneer dit het geval is:

Artikel 1.2

1. Het college is niet gehouden een voorziening op grond van deze wet te treffen:
   a. indien er met betrekking tot de problematiek een aanspraak bestaat op zorg als bedoeld bij of krachtens de Wet langdurige zorg of de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet;
   b. indien naar het oordeel van het college met betrekking tot de problematiek een aanspraak bestaat op een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling, met uitzondering van een maatwerkvoorziening inhoudende begeleiding als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015;
   c. indien het college gegronde redenen heeft om aan te nemen dat de jeugdige in aanmerking kan komen voor zorg op grond van de Wet langdurige zorg en de jeugdige of zijn wettelijke vertegenwoordiger weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit daartoe.
2. Indien er meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de betreffende problematiek en daardoor zowel een vorm van zorg, op grond van een recht op zorg als bedoeld bij of krachtens de Wet langdurige zorg of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, als een soortgelijke voorziening op grond van deze wet kan worden verkregen, is het college gehouden deze voorziening op grond van deze wet te treffen.
3. In afwijking van het eerste lid is het college gehouden een voorziening op grond van deze wet te treffen, indien het jeugdhulp betreft als bedoeld in artikel 2.4, tweede lid, onderdeel b.

Artikel 10.2, lid 2

De prestaties, bedoeld in artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet waarop een verzekerde jegens zijn zorgverzekeraar recht op heeft omvatten niet geestelijke gezondheidszorg aan jeugdigen.

Zorgverzekeringswet

Het is mogelijk dat een vorm van zorg die onder de Zvw valt, ook onder een andere wettelijke aanspraak valt, bijvoorbeeld hulpmiddelen bij verblijf en behandeling in een Wlz-instelling. In dat geval gaat de andere wet voor op de Zvw. *Artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering (Blz)* bepaalt namelijk:

De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
Dat geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen niet valt onder de Zvw, maar onder de Jeugdwet wordt nog eens nadrukkelijk geregeld in *artikel 2.1, lid 6 van het Blz*, waarin staat:
De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet de geestelijke gezondheidszorg zoals bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

De gemeente is de eerst aangewezene om zijn burgers te ondersteunen om zo veel mogelijk te kunnen (blijven) meedoen. De Wmo bevat veel levensgebieden en raakt dan ook al snel aan andere wettelijk domeinen. *Artikel 2.3.5 van de Wmo* gaat over de afstemming van de maatwerkvoorziening op grond van de Wmo met verstrekkingen uit een aantal andere wettelijke domeinen, *lid 5* van dat artikel bepaalt:

5. De maatwerkvoorziening is, voor zover daartoe aanleiding bestaat, afgestemd op:
   a. de omstandigheden en mogelijkheden van de cliënt,
   b. zorg en overige diensten als bedoeld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet,
   c. jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet die de cliënt ontvangt of kan ontvangen,
   d. onderwijs dat de cliënt volgt of dan wel zou kunnen volgen,
   e. betaalde werkzaamheden,
   f. scholing die de cliënt volgt of kan volgen,
   g. ondersteuning ingevolge de Participatiewet,
   h. de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van de cliënt.

Deze bepalingen regelen dus niet zozeer dat de ene wet voorgaat op de andere, maar vooral dat de gemeente de verantwoordelijkheid heeft om de verschillende zorg- en ondersteuningsvormen op elkaar af te stemmen. De gemeente moet ook in zijn beleidsplan opnemen hoe de samenwerking met zorgverzekeraars vormgegeven wordt, met het oog op het realiseren van een integrale zorgverlening *(Art. 2.1.2 lid 4b van de Wmo)*.

Alleen waar het de afbakening met de Wlz betreft, beschrijft de Wmo wel een mogelijke voorliggendheid en wel voor de Wlz (*Wmo art. 2.3.5 lid 6 en 7*):

6. Het college kan een maatwerkvoorziening weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf en daarmee samenhangende zorg in een instelling op grond van de Wet langdurige zorg, dan wel er redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daarop aanspraak kan doen gelden en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande.
7. Het zesde lid geldt niet voor verzekerden als bedoeld in artikel 11.1.1, derde lid, van de Wet langdurige zorg.

De gemeente moet zijn burgers ook helpen bij het aanvragen van een voorziening of van een indicatie voor de Wlz; de wet regelt dat de gemeente onafhankelijke

cliëntondersteuning moet bieden. *Art. 2.3.2 lid 3* van de Wmo stelt: Het college wijst de cliënt en zijn mantelzorger voor het onderzoek op de mogelijkheid gebruik te maken van gratis cliëntondersteuning.

Wet langdurige zorg

Cliënten die in aanmerking komen voor zorg op grond van de Wlz, krijgen zo veel mogelijk integrale zorg en ondersteuning. Het Zorginstituut krijgt regelmatig de vraag op welke zorg deze cliënten dan recht hebben ten laste van de Wlz.
Artikel 3.1.1. van de Wlz regelt de aanspraken voor cliënten met een blijvende Wlz-indicatie.
In *artikel 3.1.1. van de Wlz* staat beschreven uit welke vormen van zorg het verzekerde pakket Wlz zorg bestaat.
1.Het op grond van deze wet verzekerde pakket omvat de volgende vormen van zorg:
a. verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval:
1. het verstrekken van eten en drinken;
2. het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde;
3. voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van de aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte;
b. persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;
c. behandeling, die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde omvattende:
1. geneeskundige zorg van specifiek medisch, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard, en
2. geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden in verband met de psychische stoornis van de verzekerde.
d. door of namens een instelling waarvan de verzekerde verblijf alsmede behandeling als bedoeld in onderdeel c ontvangt te verlenen:
1. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
2. behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.2.1 genoemde aandoeningen of beperkingen;
3. farmaceutische zorg;
4. het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
5. tandheelkundige zorg;
6. kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
e. het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen;
f. vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt;
g. logeeropvang, met inbegrip van de voorzieningen, bedoeld in onderdeel a, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen aard, inhoud en omvang van de verzekerde zorg nader worden geregeld.

In lid onderdeel d van het artikel staat beschreven dat cliënten die verblijf en behandeling van dezelfde instelling ontvangen recht hebben op aanvullende zorg (geneeskundige zorg van algemeen medische aard, behandeling van een psychische stoornis, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg, speciale

kleding) ten laste van de Wlz.

Meer informatie over de inhoud van de aanspraken kunt u vinden in het Wlz-Kompas (www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-kompas).
Artikel 3.2.2. van de Wlz regelt de aanspraken voor cliënten met voortgezet verblijf:
1. 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 gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.

2. Na afloop van de periode, bedoeld in het eerste lid, kan de zorg telkens voor een onafgebroken periode van maximaal drie jaar worden voortgezet.
3. Een onderbreking van ten hoogste negentig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd.
4. Een verzekerde heeft slechts recht op zorg als bedoeld in het eerste en tweede lid Voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen.

Als de cliënt een GGZ B-indicatie voor voortgezet verblijf heeft, heeft deze cliënt dezelfde rechten en plichten als andere verzekerden met een Wlz-indicatie, die verblijf met behandeling ontvangen. Hij heeft recht op aanvullende zorgvormen zoals bedoeld in artikel 3.2.1., lid 1 onder de Wlz.
Voor meer informatie (https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/ggz-in-een-wlz-instelling)

De Wlz is vrijwel altijd voorliggend op andere wetten. Die voorliggendheid wordt voornamelijk geregeld in die andere wetten; de Wlz zelf en het Besluit langdurige zorg beschrijven vooral op welke zorg de cliënt vervolgens aanspraak heeft ten laste van de Wlz. Voor een aantal zorgvormen is in de Wlz uitdrukkelijk geregeld dat de cliënt een beroep moet doen op een andere wet, zoals de Jeugdwet en de Zvw:

Art 3.2.1 lid 4 van de Wlz stelt: bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt bepaald in welke gevallen 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 of kan doen gelden op die zorg.

Artikel 3.1.5 van het Besluit langdurige zorg (Blz) bepaalt vervolgens: De verzekerde heeft geen recht op zorg ingevolge de wet indien hij:
a. krachtens zijn zorgverzekering recht heeft op verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10 of artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering, die noodzakelijk is in verband met palliatief terminale zorg, tenzij die zorg wordt verleend als voortzetting van zorg ingevolge de wet;
b. minderjarig is en voornamelijk in verband met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering;
c. minderjarig is en in verband met een verstandelijke beperking is aangewezen op zorg en ondersteuning in een veilige en vertrouwde leef- en woonomgeving, gericht op opvoeding en waar mogelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven zoals bedoeld in het zorgprofiel voor wonen met begeleiding en verzorging.

Bijlage 2 Afbakening Jeugdwet en Zvw voor jeugdigen[29]

Standpunt per diagnose 'Gedragsproblematiek/psychosociale pediatrie'
Let op: Dit standpunt gaat uit van jeugdigen die vanuit een thuissituatie komen. Voor jeugdigen die in een Wlz-instelling wonen en daar behandeld worden, geldt dat de algemene medische zorg onder de Wlz valt. Waar Zvw/huisarts staat, moet dan Wlz/Wlz-behandelaar gelezen worden. Medisch specialistische zorg blijft onder de Zvw vallen.

Diagnose	**Domein voor 1 januari 2015**	**Domein per 1 januari 2015**
ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ[30] en G-GGZ)	Jeugdwet (Geneeskundige GGZ) Zvw (huisarts/POH-GGZ)
Breath holding spells	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Eetstoornissen	Zvw (Geneeskundige GGZ voor psychische stoornis) MSZ (voor somatische gevolgen psychische stoornis)	Jeugdwet (psychische stoornis) én Zvw (MSZ voor somatische gevolgen psychische stoornis)
Encopresis	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Excessief huilen (huilbaby)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Jeugdwet (opvoedings-ondersteuning)
Bedreigde ontwikkeling kind	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Leerstoornissen	Onderwijs	Onderwijs
Psychiatrische stoornissen (autisme en depressie)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Jw (Geneeskundige GGZ)
Slaapstoornissen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Functionele klachten	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ)
Overige psychosociale problemen	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of MSZ) Wet op de Jeugdzorg	Zvw (huisarts/POH-GGZ en/of) Jeugdwet (ondersteuning bij psychosociale problematiek)

[29] Uit: Kindergeneeskunde (afbakening Jeugdwet en Zorgverzekeringswet), Zorginstituut Nederland, 13 april 2015

[30] MSZ= medisch specialistische zorg

Uit de tabel blijkt dat de behandeling bij de diagnosen ADHD, psychiatrische stoornissen, en de psychische problematiek bij eetstoornissen onder de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg valt. De behandeling van deze aandoeningen valt sinds 2015 onder de Jeugdwet.

Bijlage 3 Stroomschema's behandelvormen cliënten met een Wlz-indicatie[31]

Vanaf 2021

Cliënten met een Wlz-indicatie <u>waaronder</u> psychische grondslag					
Verblijf met behandeling Indien JA ↓		Verblijf zonder behandeling Indien JA ↓		VPT, MPT en PGB Indien JA ↓	
Aanspraak op		**Aanspraak op**		**Aanspraak op**	
Verblijf	Wlz	Verblijf	Wlz	Cliënt verblijft thuis	nvt
Specifieke behandeling	Wlz	Specifieke behandeling	Wlz	Specifieke behandeling	Wlz
Behandeling psychische stoornis	Wlz	Behandeling psychische stoornis	Zvw	Behandeling psychische stoornis	Zvw
Huisartsenzorg	Wlz	Huisartsenzorg	Zvw	Huisartsenzorg	Zvw
Farmaceutische zorg	Wlz	Farmaceutische zorg	Zvw	Farmaceutische zorg	Zvw
Hulpmiddelen	Wlz/Zvw	Hulpmiddelen	Zvw	Hulpmiddelen	Zvw
Tandheelkundige zorg	Wlz	Tandheelkundige zorg	Zvw	Tandheelkundige zorg	Zvw
Klinische opname	Zvw	Klinische opname	Zvw	Klinische opname	Zvw

Cliënten met een Wlz-indicatie <u>zonder</u> psychische grondslag					
Verblijf met behandeling Indien JA ↓		Verblijf zonder behandeling Indien JA ↓		VPT, MPT en PGB Indien JA ↓	
Aanspraak op		**Aanspraak op**		**Aanspraak op**	
Verblijf	Wlz	Verblijf	Wlz	Cliënt verblijft thuis	nvt
Specifieke behandeling	Wlz	Specifieke behandeling	Wlz	Specifieke behandeling	Wlz
Behandeling psychische stoornis	Wlz/Zvw	Behandeling psychische stoornis	Zvw	Behandeling psychische stoornis	Zvw
Huisartsenzorg	Wlz	Huisartsenzorg	Zvw	Huisartsenzorg	Zvw
Farmaceutische zorg	Wlz	Farmaceutische zorg	Zvw	Farmaceutische zorg	Zvw
Hulpmiddelen	Wlz/Zvw	Hulpmiddelen	Zvw	Hulpmiddelen	Zvw
Tandheelkundige zorg	Wlz	Tandheelkundige zorg	Zvw	Tandheelkundige zorg	Zvw
Klinische opname	Zvw	Klinische opname	Zvw	Klinische opname	Zvw

[31] Handreiking behandeling (geneeskundige zorg) in de Wlz per 1 januari 2021 (voor stroomschema zie pagina 9)