

Meerderjarigen met verstandelijke beperking en tijdelijke behoefte aan beschermende woonomgeving

Enschede, 21 juli 2015
LP/15/1090/tvmvb

dr. Patrick Jansen
drs. Louise Pansier-Mast

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Samenvatting | 3 |
| 1. Inleiding | 5 |
| 1.1 Aanleiding..... | 5 |
| 1.2 Vraagstelling..... | 5 |
| 2. Aanpak | 6 |
| 2.1 Telefonische interviews | 6 |
| 2.2 Kwantitatieve analyse | 7 |
| 2.3 Analyse wettelijke kader | 7 |
| 2.4 Bespreken bevindingen en rapportage | 7 |
| 3. Cliënten en ondersteuningsbehoefte | 8 |
| 3.1 Toelichting definitie licht verstandelijke beperking | 8 |
| 3.2 Jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking | 9 |
| 3.3 Volwassenen met licht verstandelijke beperking..... | 10 |
| 3.4 Ouders met licht verstandelijke beperking..... | 11 |
| 3.5 Jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking met ernstig probleemgedrag..... | 12 |
| 3.6 Omvang cliëntgroep | 13 |
| 4. Analyse wettelijk kader | 14 |
| 4.1 Wet langdurige zorg (Wlz)..... | 14 |
| 4.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) | 16 |
| 4.3 Jeugdwet (Jw)..... | 18 |
| 4.4 Zorgverzekeringswet (Zvw) | 19 |
| 5. Financiële middelen | 21 |
| 5.1 Bekostiging tot 1 januari 2015..... | 21 |
| 5.2 Bekostiging vanaf 1 januari 2015..... | 22 |
| 5.3 Beschikbaarheid van aanbod en actueel beroep daarop | 22 |
| 6. Conclusies en adviezen | 24 |
| Bijlage 1. Overzicht respondenten | 28 |
| Bijlage 2. Interviewleidraad..... | 30 |
| Bijlage 3. Globale kwantificering doelgroep..... | 31 |
| Bijlage 4. Operationalisering begrippen Wlz..... | 33 |

Samenvatting

In opdracht van het ministerie van VWS hebben we onderzoek verricht dat inzicht geeft in de positie van meerderjarigen met een licht verstandelijke beperking die tijdelijk behoefte hebben aan begeleiding en/of behandeling in een beschermende woonomgeving.

Om meer helderheid te krijgen over deze groep en de financiering van de betreffende zorg, hebben we onderzocht:

1. Wat de kenmerken zijn van de cliënten met een verstandelijke beperking die tijdelijk behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving;
2. Tot welk(e) wettelijk(e) kader(s) de zorg en ondersteuning aan deze cliënten sinds 2015 behoort;
3. Tot welk(e) wettelijk(e) kader(s) de zorg en ondersteuning aan deze cliënten tot januari 2015 behoorde en waar de middelen naar zijn overgeheveld;
4. Of (en zo ja welke) maatregelen nodig zijn om te voorkomen dat deze groep cliënten tussen wal en schip raakt.

Op basis van interviews met aanbieders, zorgkantoren en gemeenten hebben wij een inhoudelijk beeld geschetst van vier verschillende cliëntprofielen (hoofdstuk 3):

1. Jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking.
2. Volwassenen met licht verstandelijke beperking.
3. Ouders met verstandelijke beperking.
4. Jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking met ernstig probleemgedrag.

Voor alle vier groepen geldt dat zij voorheen zorg ontvingen uit de AWBZ, via een ZZP-indicatie die voor een beperkte duur werd afgegeven. Van de omvang van deze vier groepen kunnen we geen valide en betrouwbaar beeld schetsen omdat de noodzakelijke gegevens ontbreken.

Uit een analyse van de wettelijke kaders (hoofdstuk 4) blijkt dat de cliënten in principe niet in aanmerking komen voor de Wlz vanwege de tijdelijke behoefte aan toezicht en 24 uur per dag zorg in nabijheid. Vanwege hun leeftijd vallen ze buiten de Jeugdwet. De Zvw is gericht op medisch noodzakelijke zorg. De Wmo 2015 is voor het grootste deel van deze cliënten het best passende kader, omdat deze wet is bedoeld om mensen (tijdelijk) te ondersteunen bij zelfredzaamheid en participatie en om beschermd wonen of opvang te bieden aan mensen die zichzelf niet kunnen handhaven.

Wat betreft de financiële middelen (hoofdstuk 5) constateren we dat de lijnen waarlangs het budget is herverdeeld, andere lijnen zijn dan die de huidige toegang tot de zorg en ondersteuning bepalen. Voor zover we hebben kunnen nagaan, constateren we dat een deel van de AWBZ-middelen naar de Wlz is gegaan, terwijl de groep die voorheen tijdelijk gebruik maakte van deze middelen in de nieuwe situatie geen toegang meer heeft tot de Wlz. Hoe groot de omvang van het budget is dat hiermee gepaard gaat, kunnen we net als de omvang van de cliëntgroep niet valide en betrouwbaar vaststellen.

Buiten de gemeente Amsterdam zijn nog nauwelijks concrete geluiden dat deze groep tussen wal en schip valt. Aanbieders hebben wel cliënten bij wie dit speelt of binnenkort kan gaan spelen als de indicatie afloopt. Ook de geïnterviewde gemeenten verwachten dat problemen kunnen ontstaan bij deze cliëntgroep, omdat zij voor mensen met een verstandelijke beperking geen begeleid wonen hebben ingekocht.

Ons advies (hoofdstuk 6) luidt daarom als volgt:

Aan het ministerie van VWS:

- Breng samen met de VNG en brancheorganisaties per cliëntgroep in beeld om hoeveel cliënten het gaat, welke kosten hiermee gemoeid zijn en welke consequenties dit heeft voor de verdeling van middelen over Wlz, Wmo 2015 en Jeugdwet.
- Ga met de betrokken partijen (in ieder geval de VNG) in overleg om te komen tot (bestuurlijke) afspraken over begeleid wonen voor meerderjarigen met een verstandelijke beperking die niet in aanmerking komen voor de Wlz en tijdelijk een beschermende woonomgeving nodig hebben.
- Bekijk samen met het CIZ of de werkinstructies en werkwijze van Wlz-onderzoekers ten aanzien van met name IQ-bepaling en behandelperspectief geen onnodige drempels opwerpen voor toegang tot de Wlz.

Aan VNG dan wel gemeenten:

- Organiseer vanuit de VNG dat gemeenten op korte termijn in gesprek gaan met aanbieders en zorgkantoren om meer inzicht te krijgen in de aanwezigheid van de doelgroep en van het aanbod, met als doel de inkoop van 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking te realiseren.
- Zorg voor een integrale benadering van deze problematiek over de drie domeinen heen (Wmo 2015, Jeugdwet, Participatiewet).
- Ontwikkel samenhangend beleid voor de situaties zoals beschreven in cliëntgroep 3, zodat de zorg voor ouder en kind integraal kan worden aangeboden.

Aan aanbieders van LVG-behandeling met verblijf:

- Initieer een zorginhoudelijk debat over de behandelrichtlijnen en zorgpaden voor LVG-behandeling met verblijf. Organiseer tijdige besluitvorming op cliëntniveau over een vervolgarangement en maak passende afspraken met gemeenten, Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars voor een zorgvuldige overdracht na afronding van de LVG-behandeling met verblijf.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De afgelopen periode zijn - onder andere van de gemeente Amsterdam, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en zorgkantoren - verschillende vragen en signalen bij het ministerie van VWS binnengekomen over tijdelijk verblijf van jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking. Het blijkt voor gemeenten, aanbieders, brancheorganisaties, zorgkantoren en cliënten onduidelijk te zijn waar en hoe deze zorg is geregeld. In opdracht van het ministerie van VWS heeft bureau HHM onderzoek gedaan om inzicht te geven in cliëntkenmerken, omvang, ondersteuningsvraag, aanbod en financiering voor deze cliënten.

Het gaat specifiek om mensen met een licht verstandelijke beperking die tijdelijk behoefte hebben aan begeleiding en/of behandeling in een beschermende woonomgeving:

- na een (intensief) behandeltraject met verblijf en/of
- om de stap naar (begeleid) zelfstandig wonen te maken en/of
- na een crisissituatie waarbij het niet meer houdbaar is om in het (ouderlijk)huis te blijven en waarbij tijdelijk opvang nodig is.

Daarnaast zijn bij de start van het onderzoek ook volwassenen genoemd die door een rechterlijke machtiging (RM) opgenomen moeten worden in een 24-uurs zorginstelling met behandeling. Gedurende het onderzoek bleek dat dit geen relevant aspect was; deze groep laten we daarom buiten beschouwing.

1.2 Vraagstelling

Enkele betrokken partijen stellen dat een groep cliënten met een verstandelijke beperking tussen wal en schip dreigt te raken. De vraag is of gemeenten verantwoordelijk zijn voor deze groep en (zo ja) of er middelen zijn overgeheveld naar het gemeentefonds. Om meer helderheid te krijgen over deze groep en de financiering van de betreffende zorg, hebben we onderstaande vragen geformuleerd:

1. Wat zijn de kenmerken van de cliënten met een verstandelijke beperking die tijdelijk behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving?
2. Tot welk(e) wettelijk(e) kader(s) behoort de zorg en ondersteuning aan deze cliënten sinds 2015?
3. Tot welk(e) wettelijk(e) kader(s) behoorde de zorg en ondersteuning aan deze cliënten tot januari 2015 en waar zijn de middelen naar overgeheveld?
4. Zijn er maatregelen nodig om te voorkomen dat deze groep cliënten tussen wal en schip raakt? Zo ja, welke?

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 beschrijven we hoe we het onderzoek hebben aangepakt. Hoofdstuk 3 geeft een beeld van de cliëntgroepen en hun ondersteuningsbehoefte (vraag 1). In hoofdstuk 4 hebben we uitgewerkt in hoeverre de cliëntgroepen een beroep kunnen doen op de verschillende wettelijke kaders voor zorg en ondersteuning (vraag 2). De vraag hoe de financiële middelen zijn verdeeld (vraag 3), komt aan de orde in hoofdstuk 5. Het rapport sluit af met een advies over te nemen maatregelen (vraag 4).

2. Aanpak

Om een goed beeld te krijgen van cliëntgroepen met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving en de mogelijkheden voor deze ondersteuning voor en na 1 januari 2015, hebben we de volgende activiteiten ondernomen:

- Telefonische interviews.
- Kwantitatieve analyse.
- Analyse wettelijk kader.
- Bespreking bevindingen.
- Rapportage.

We lichten deze stappen hieronder verder toe.

2.1 Telefonische interviews

We hebben allereerst contact gehad met de landelijke partijen Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Federatie Opvang (FO) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). We hebben hen gevraagd welke signalen zij uit de praktijk horen van welke partijen, om zo tot een selectie van respondenten voor interviews te komen. De aangedragen partijen hebben we aangevuld met contacten uit ons eigen netwerk, zodat we ook in gesprek konden gaan met organisaties waar de signalen op voorhand niet bekend waren. Ook hebben we de landelijke partijen om feedback gevraagd op de interviewleidraad die we voor de interviews wilden gebruiken.

Vervolgens hebben we gesprekken gevoerd met negen gemeenten, negen aanbieders, drie zorgkantoren en twee MEE-organisaties. Drie aanbieders en één gemeente hebben per mail een inhoudelijke reactie gegeven. Ook hebben we een beleidsadviseur van het CIZ gesproken. In bijlage 1 vindt u een overzicht van alle respondenten.

Bij gemeenten lag de focus in de gesprekken op de vraag of zij meerderjarige cliënten met een tijdelijke behoefte aan verblijf in hun gemeente in beeld hebben en of zij aanbod voor deze ondersteuningsbehoefte hebben ingekocht (en zo ja, welk aanbod dan). Ook hebben we gevraagd naar knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen hiervoor. Bij de aanbieders verwachtten we vooral informatie te kunnen krijgen over kenmerken van cliënten en hun ondersteuningsbehoefte en over de indicaties en financiering die voor 1 januari 2015 voor dit soort cliënten werd toegekend. Ook de aanbieders hebben we gevraagd naar knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. Daarbij hebben we ook nadrukkelijk gevraagd of dit een nieuw probleem is of dat het onder de oude financiering ook al moeilijk was om passend aanbod te leveren of gefinancierd te krijgen.

De interviewleidraad voor gemeenten en aanbieders vindt u in bijlage 2. De respondenten hebben deze vragen ook van tevoren ontvangen in een notitie met achtergrondinformatie over het onderzoek, zodat zij goed voorbereid het gesprek in konden gaan.

2.2 Kwantitatieve analyse

Op basis van de bevindingen uit de gesprekken, en met name het beeld van cliëntgroepen en de indicaties die zij voorheen kregen, hebben we via het ministerie van VWS aan het CBS gevraagd om een kwantitatieve analyse van het aantal cliënten met de betreffende indicaties. Daarbij hebben we gevraagd om weer te geven wat per ZZP de stand van zaken was op 1 januari 2014, met een uitsplitsing naar de duur van de indicatie (afgegeven voor een periode van maximaal drie maanden, drie maanden tot één jaar en één tot vijf jaar). Hierbij is onderscheid gemaakt naar drie leeftijdsgroepen, namelijk 0 tot 18 jaar, 18 tot 23 jaar en 23 jaar en ouder.

De bedoeling was om naast het aantal cliënten een beeld te geven van het budget in euro's dat met hun indicatie gepaard gaat. Deze analyse bleek moeilijk te maken vanwege het ontbreken van valide en betrouwbare gegevens. In hoofdstuk 5 van de rapportage geven we hierop een nadere toelichting.

2.3 Analyse wettelijke kader

In de derde stap hebben we gekeken onder welke wetten de zorg en ondersteuning voor de verschillende cliëntgroepen voor en na 1 januari 2015 kunnen vallen. We hebben de doelen en criteria voor de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet (Jw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) onder de loep genomen. Waar nodig hebben we de memorie van toelichting op de wet erbij gepakt voor een juiste duiding van de bedoeling van de wet. Ook hebben we de beleidsregels van het CIZ gebruikt en de beschikbare informatiekaarten, zoals die over spoedzorg.

2.4 Bespreken bevindingen en rapportage

Tijdens een landelijke bijeenkomst hebben we de profielbeschrijvingen, de kwantitatieve analyse en het wettelijk kader besproken met de betrokken partijen, waarbij ook meerdere gemeenten en zorginstellingen aanwezig waren. We hebben gezamenlijk nagedacht over mogelijke maatregelen om de gewenste ondersteuning te leveren zodat de betreffende cliënten niet tussen wal en schip raken. Hierop hebben we ons advies gebaseerd, zoals u dat kunt lezen in hoofdstuk 6.

3. Cliënten en ondersteuningsbehoefte

In de gesprekken met gemeenten en zorgaanbieders zijn verschillende cliëntgroepen naar voren gekomen. In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de cliëntgroepen en hun behoefte aan ondersteuning in een beschermende woonomgeving. Bij de interviews hebben we gemerkt dat er verwarring is over de term ‘licht verstandelijk beperkt’ (LVB) of ‘licht verstandelijk gehandicapt’ (LVG). Daarom gaan we daar eerst op in.

3.1 Toelichting definitie licht verstandelijke beperking

Sommige gemeenten en aanbieders hebben de indruk dat sprake is van LVG of LVB als mensen een IQ hebben tussen 70 en 85. Ook leeft het beeld dat cliënten met een IQ boven 70 niet (meer) in aanmerking komen voor zorg uit de AWBZ en nu de Wlz. Dit is beide niet juist. De praktijkdefinitie voor licht verstandelijke beperking of gehandicapt luidt als volgt¹:

- IQ-score tussen de 50 en 85; EN
- beperkt sociaal aanpassingsvermogen. Het gaat om tekorten of beperkingen in het aanpassingsgedrag van een persoon, zoals verwacht mag worden op zijn leeftijd en bij zijn cultuur, op ten minste twee van de volgende gebieden: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid; EN
- bijkomende problematiek, zoals leerproblemen, een psychiatrische stoornis, lichamelijke problemen, problemen in het gezin en sociale omstandigheden.

Als bovengrens in de AWBZ is sinds de invoering altijd een IQ van 85 gehanteerd². Een IQ-score tussen 70 en 85 mag worden opgevat als een verstandelijke handicap mits de cliënt ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen heeft. Hierover is in 2011-2012 discussie geweest, toen de overheid de IQ-grens wilde verlagen naar 70. Uit het veld is daar veel protest op gekomen, omdat voor de aard en omvang van de ondersteuningsbehoefte niet zozeer het IQ bepalend is, maar de beperkingen in sociale redzaamheid en de combinatie met bijkomende problematiek. De IQ-maatregel is mede om deze reden niet ingevoerd. De indruk dat een IQ 70-85 per definitie geen toegang geeft tot de langdurige zorg (voorheen AWBZ, nu Wlz) klopt dus niet.

Wanneer wij in dit onderzoek de term licht verstandelijk beperkt of gehandicapt gebruiken, sluiten we aan bij de praktijkdefinitie en bedoelen we mensen met een IQ tussen 50 en 85 met beperkt sociaal aanpassingsvermogen en bijkomende problematiek. Een IQ lager of hoger dan 70 is in feite geen relevante informatie in de cliëntbeschrijvingen, want het is 1) op zichzelf niet bepalend voor de ondersteuningsbehoefte en 2) niet bepalend in de toegang tot ondersteuning. Vandaar dat we dit onderscheid niet hanteren in de cliëntbeschrijvingen. Het is

¹ Bron: website Nederlands Jeugdinstituut ([link naar document](#))

² Bron: Uitvoeringstoets IQ-maatregel, CVZ (2011)

daarbij ook goed te vermelden dat er mensen zijn met een relatief laag IQ die geen beroep doen op zorg en ondersteuning die door de overheid wordt gefinancierd, omdat zij zich (bijvoorbeeld met hulp uit hun sociale netwerk) prima weten te redden. De focus in dit onderzoek ligt op de groep die hier niet toe in staat is.

3.2 Jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking

Deze groep betreft jongvolwassenen die niet bij hun ouders kunnen of willen blijven wonen, maar door hun licht verstandelijke beperking (nog) niet in staat zijn om zelfstandig te wonen, ook niet met begeleiding. Het gaat om mensen die op grond van hun biologische leeftijd wel graag zelfstandig en autonoom willen zijn, maar met een ontwikkelingsleeftijd van bijvoorbeeld 10 of 15 jaar is dit niet haalbaar. Veel LVB-jongeren zien zelf niet in dat zij ondersteuning nodig hebben, wat kan leiden tot (onbedoeld) risicovol gedrag op het vlak van bijvoorbeeld relaties en financiën. Daarnaast kan sprake zijn van probleemgedrag. Ze hebben hulp nodig bij allerlei facetten van het dagelijks leven: dagstructuur (vrijtijds- en dagbesteding), sociaal acceptabel gedrag vertonen, gezonde relaties ontwikkelen, organiseren van het huishouden, verantwoord omgaan met geld, et cetera. De sociale omgeving van cliënten bestaat vaak uit mensen die zelf ook verstandelijk beperkt of sociaal kwetsbaar zijn; soms gaat het om multiprobleemgezinnen. Zonder goede steunstructuur (informeel en formeel) ontstaat makkelijk een opeenstapeling van problemen (dak- of thuisloos, justitiële problemen, foute vrienden, grote schulden). In de 'oude' AWBZ-termen gaat het om mensen met beperkingen op het gebied van psychosociaal/cognitief functioneren en sociale redzaamheid (aangaan van sociale relaties, deelname aan het maatschappelijk leven, het regelen van de dagelijkse routine, het uitvoeren van complexere taken en taken die besluitnemings- en oplossingsvaardigheden vereisen). Hiervoor is vaak continu hulp of overname nodig. De cliënt kan de ADL veelal zelf uitvoeren, maar iemand anders moet wel toezien of stimuleren en soms helpen. Tevens is toezicht nodig met betrekking tot het voldoende en gezond eten en drinken. Wat betreft hun mobiliteit hebben de meeste cliënten geen beperkingen.

Wat deze jongeren nodig hebben, is een setting waarin toezicht is op hun doen en laten; niet in de zin van permanent en actief aanwezig toezicht, maar wel een structuur waarbij anderen in de gaten houden wat er speelt en kunnen bijsturen. Ook moet er methodisch gewerkt worden aan de ontwikkeling van vaardigheden en zelfinzicht. Na verloop van tijd (vaak pas rond het 27^e levensjaar) ontstaat bij veel jongeren het besef en de acceptatie dat het 'normale' plaatje niet voor hen is weggelegd en wat wel/niet binnen hun mogelijkheden ligt. Complicerende factor bij deze groep is dat veel jongeren moeilijk hulp accepteren en zorg mijden. Bij een deel van de cliënten is vanwege probleemgedrag een specifieke aanpak nodig.

In deze groep vallen zowel jongeren die voor hun 18^e al een verblijfsindicatie hadden als jongvolwassenen die na hun 18^e verjaardag een beschermende woonomgeving nodig hebben. De eerste groep heeft een AWBZ-ZZP dat per 1 januari 2015 naar de Jeugdwet is overgeheveld. Op het moment dat zij 18 jaar worden en deze ondersteuning in een beschermende woonomgeving nog steeds nodig hebben, is het de vraag waar zij terecht kunnen.

Casus jongvolwassene - al bekend

Linda was 17 jaar toen zij vanuit een thuissituatie met ambulante gezinsbegeleiding en dagbesteding op een crisissplek kwam. De bestaande ondersteuning was niet voldoende, zij kreeg een VG3 indicatie van het CIZ. Met ingang van januari 2015 viel dit pakket onder de Jeugdwet. In februari werd Linda 18 en in maart liep de VG-indicatie af. Daarop vroeg de zorgaanbieder een indicatie aan voor de Wlz. Deze werd afgewezen omdat Linda volgens het CIZ binnen afzienbare tijd zelfstandig kan wonen. De zorgaanbieder vraagt zich af of ze hier ooit toe in staat zal zijn, maar op dit moment kan ze het in elk geval niet. Linda zou goed passen in een woonvoorziening met andere jongeren met een lichte tot matige verstandelijke beperking, waar zij kan leren zelfstandig te wonen.

De tweede groep bestaat uit jongeren die na hun 18^e verjaardag een ondersteuningsvraag hebben. Het gaat bijvoorbeeld om jongeren die de (vaak via een kinderbeschermingsmaatregel opgelegde) hulpverlening beu zijn en op hun 18^e kiezen om het zelf te gaan doen. Zij raken uit beeld en komen na een tijd weer bij de hulpverlening omdat ze vastlopen in de problemen, zoals schulden, dakloos zijn, zwangerschappen, verstoorde relaties, et cetera.

Casus jongvolwassene - voor het eerst in beeld

Albert is 20 jaar en heeft geen vaste woon- of verblijfplaats. Hij heeft een totaal IQ van 70. Er is geen sprake van gedragsproblematiek maar hij is erg kwetsbaar. Bij de aanvraag voor de Wlz is geconstateerd dat hij een verstandelijke handicap heeft maar geen blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Ambulante begeleiding is op dit moment echter niet voldoende voor hem. Hij heeft behoefte aan een vorm van wonen waar hij praktische vaardigheden kan leren. Als hij gedurende een paar jaar in een beschermende omgeving zichzelf verder kan ontwikkelen, kan hij daarna waarschijnlijk naar een meer zelfstandige vorm van wonen.

3.3 Volwassenen met licht verstandelijke beperking

Meerdere respondenten gaven aan dat een tijdelijke behoefte aan verblijf niet alleen voorkomt bij jongvolwassenen maar dat dit juist ook op wat latere leeftijd kan voorkomen. Het gaat bij deze groep om volwassen mensen die het binnen een bepaalde steunstructuur redelijk tot goed konden redden, maar bij het wegvallen van deze structuur heel kwetsbaar blijken te zijn. De structuur kan te maken hebben met bijvoorbeeld werk, inwonen bij ouders of een vaste relatie. Na life events zoals ontslag, overlijden van familie of scheiding, raken deze mensen ontregeld en hebben tijdelijk intensieve ondersteuning nodig in een beschermende omgeving.

In de 'acute fase' gaat het vaak om diagnostisering (niet altijd is de verstandelijke beperking officieel vastgesteld) en stabilisering (vaak is er al problematiek ontstaan

zoals schulden, huisuitzetting en grote emotionele verwarring). Daarna kan een langere periode nodig zijn van aanleren van vaardigheden, waarin de mogelijkheden van de persoon worden benut en uitgebouwd. Daarbij moet ook aandacht zijn voor het opbouwen van een (nieuw) sociaal netwerk waar ze op terug kunnen vallen. Sommigen hebben tijd nodig voor het verwerken van traumatische ervaringen uit de periode voor of direct na het life event, zoals lichamelijk of emotioneel misbruik. Op een bepaald moment kan geëvalueerd worden: kan iemand de stap maken naar (begeleid) zelfstandig wonen of is 24 uur zorg in de nabijheid blijvend nodig. Indien dat laatste het geval is, kan een aanvraag voor verblijf binnen de Wlz worden gedaan. Tot die tijd is geen zorg vanuit de Wlz mogelijk.

Casus volwassene

Mevrouw Kessels van 41 jaar verblijft sinds kort in een crisisopvang nadat ze dakloos is geworden. Mevrouw heeft nooit op zichzelf gewoond. Ze woonde samen met haar ex-man in een caravan. Ex was verslaafd en mishandelde zijn vrouw. Mevrouw Kessels is weggelopen en is toen in een Blijfgroep terecht gekomen. Uit recent onderzoek is gebleken dat mevrouw een IQ heeft van 65. Ze heeft problemen op meerdere levensgebieden. Er is een bewindvoerder aangevraagd en er wordt gewerkt aan een schuldenoverzicht, aanmelding bij de schuldhulpverlening en passende dagbesteding. Huisvesting is een groot probleem.

3.4 Ouders met licht verstandelijke beperking

Een bijzondere situatie die is genoemd, betreft (jong)volwassenen die een kind hebben of gaan krijgen. Door hun verstandelijke beperking redden ze het niet (meer) om zelfstandig voor zichzelf en het kind te zorgen. Vaak is er geen netwerk waar ze op terug kunnen vallen. In de casuïstiek ging het voornamelijk om moeder en kind die samen worden opgenomen. Het krijgen van een kind is een dusdanig life event dat iemand sterk wordt ontregeld. Soms komt iemand direct bij zwangerschap en geboorte in de problemen, soms pas na verloop van tijd als er meer opvoedkundige vaardigheden gevraagd worden. Niet de problematiek van het kind, maar de problematiek van de ouder maakt dat er behoefte is aan een tijdelijk beschermende woonomgeving. De ondersteuning aan ouder en kind vraagt om een passende setting vanwege de aanwezigheid van het kind. De ondersteuning is gericht op de moeder (zelfinzicht en acceptatie) en op het moeder-zijn (opvoeding en verzorgingsvaardigheden). In deze omgeving gedijen ouder en kind goed en wordt toegewerkt naar (begeleid) zelfstandig wonen.

Casus (jong)volwassene met kind

Maria van 23 jaar bevalt over een paar maanden van haar kind en kan niet meer in haar gehuurde kamer blijven wonen. Ze huurt momenteel een kamer bij een man met een verslavingsprobleem. Maria heeft geen sociaal netwerk, ze heeft één zus maar het contact is vanwege conflicten in het verleden oppervlakkig. Er is een schuld van ongeveer €10.000,- en Maria krijgt een Wajonguitkering. Van psychiatrische problematiek is geen sprak

3.5 Jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking met ernstig probleemgedrag

Deze cliëntgroep kenmerkt zich, in aanvulling op het eerste profiel, door een geschiedenis van ernstige tot zeer ernstige gedragsproblematiek, vaak in combinatie met bijkomende psychiatrische problematiek. Hierbij kan ook sprake zijn van forensische problematiek. Er is bijvoorbeeld sprake (geweest) van verbaal agressief gedrag, destructief gedrag, manipulatief gedrag, ontremd of grensoverschrijdend seksueel gedrag, reactief gedrag met betrekking tot interactie en zelfbeschadigend gedrag. Vanwege deze gedragsproblematiek zitten cliënten in een integraal behandeltraject met een duidelijk omschreven behandelklimaat, dat zich uitstrekt tot alle leefsfere (wonen, school of dagbesteding, vrije tijd). Dit betreft de behandelenzorg die in orthopedagogische behandelcentra wordt geboden.

De cliënt wordt behandeld aan de hand van een voor de cliënt vastgesteld behandelplan dat zich richt op het leren van sociale vaardigheden, het aanleren van praktische vaardigheden, het verbeteren van de vrijetijdsbesteding, het ontwikkelen en aanleren van emotionele vaardigheden, versterken van motorische ontwikkeling, versterking van autonomie, verbetering van het sociale netwerk en seksuele opvoeding. Ten aanzien van de gedragsproblematiek kan nog veel sturing, regulering en toezicht nodig zijn.

Cliënten die tussen wal en schip dreigen te vallen, zijn cliënten voor wie de maximale duur van de LVG-behandeling onder de Wlz verstreken is voordat hun behandeltraject voldoende resultaat heeft gehad (indicatie wordt voor maximaal drie jaar afgegeven). Ook kan het traject op een justitiële titel zijn gestart en is het moeilijk om een indicatie te krijgen voor het vervolg binnen de Wlz. En er zijn cliënten met een indicatie voor LVG-behandeling, bij wie de behandeling is afgerond maar die nog enige tijd nodig hebben binnen een VG-instelling voordat zij de stap naar zelfstandig wonen kunnen maken (op dat moment zijn ze vergelijkbaar met de eerste cliëntgroep). Voor een nazorgtraject in een reguliere VG-setting kon tijdelijk een VG-ZZP worden afgegeven. Deze mogelijkheid is met ingang van de Wlz vervallen.

Casus jongvolwassene in behandeling voor gedragsproblematiek

Rob is een jongen met een verstandelijke beperking (IQ 76) in combinatie met ADHD en een agressieregulatiestoornis. Doordat hij verbaal sterk is, wordt hij snel overschat. Hij heeft veel structuur en duidelijkheid nodig en de begeleiding moet goed aansluiten op zijn niveau. Rob had bij de start van zijn traject zeer beperkte probleemoplossingsvaardigheden en was erg impulsief. Hij liep regelmatig weg als hij het ergens niet mee eens was of als er een conflictsituatie dreigde. Daarbij kon hij verbaal agressief zijn, zeker als hij overmatig had gedronken. Daarom is behandeling opgestart gericht op emotieregulatie, impulsiviteit en agressieregulatie.

Kortgeleden is Rob doorgestroomd naar de volgende fase van de behandeling. Hij heeft nog veel moeite om zijn eigen aandeel in situaties te zien, maar zijn zelfinzicht is wel gegroeid en hij kan beter omgaan met boosheid. De behandeling is ook gericht op het aanleren van vaardigheden om zelfstandig te

worden (zaken als een gezonde leefstijl, woonvaardigheden, dagbesteding, financiën en dergelijke). De behandeling is van belang om hem te leren regie over zijn eigen leven te blijven pakken (en zo lang hij dit niet voldoende kan, de regie over te nemen).

Voor Rob is het belangrijk dat hij een veilige omgeving heeft van waaruit hij zich verder kan ontwikkelen. Veiligheid ontstaat door dagelijks meerdere contactmomenten, waarin hij zich kan uiten over wat hij meemaakt en voelt.

3.6 Omvang cliëntgroep

Uit de beschreven groepen wordt duidelijk dat er binnen de cliëntgroepen geen consistentie is wat betreft de zorgindicaties die de cliënten in het verleden hadden. Het gaat bij iedere cliëntgroep om een mix van verschillende ZPZ-indicaties. Naast de behoefte aan verblijfszorg zijn er dus verschillende gradaties in zorgzwaarte. Omdat de kenmerken waarop wij de groepen hebben onderscheiden (met name het optreden van een life event) niet geregistreerd worden, kunnen we niet per groep een beeld geven van de omvang. Ook is de groep als geheel moeilijk te duiden, omdat de vraag of de behoefte aan 24-uurs zorg blijvend of van voorbijgaande aard was, niet wordt vastgelegd. De indicatie- en leveringsgegevens geven dus geen houvast voor het bepalen van de omvang van de groep. De enige indicator die we kunnen gebruiken, is de duur van de ZPZ-indicatie. We geven in bijlage 3 een beeld hoe groot de groep is die een indicatie met beperkte geldigheidsduur kreeg (op basis van analyses die het CBS heeft gedaan op indicatiegegevens van het CIZ). Een onbekend deel van deze groep valt onder de doelgroep van voorliggend onderzoek.

4. Analyse wettelijk kader

In dit hoofdstuk beschrijven we wat de verschillende wetten voor zorg en ondersteuning zeggen over toegang tot zorg vanuit die wet. We gaan daarbij in op de Wlz, de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw. We kijken daarbij naar de aspecten die relevant zijn voor de in hoofdstuk 3 beschreven cliëntgroepen.

4.1 Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz is bedoeld voor mensen die levenslang en levensbreed op zorg zijn aangewezen en die 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben. Het gaat hierbij om mensen met een somatische - of psychogeriatrische aandoening/beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Ook GGZ-cliënten bij wie de maximale duur voor verblijf met klinische behandeling onder de Zvw is verstreken, kunnen voor voortzetting van deze zorg een beroep doen op de Wlz (voor een periode van drie jaar, met mogelijkheid tot verlenging van steeds drie jaar).

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

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

Een operationalisering van de cursieve begrippen staat in bijlage 4.

Bij een IQ lager dan 70 is sprake van een grondslag verstandelijke handicap als het lage IQ gepaard gaat met een significante beperking in het adaptief vermogen (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden) en de beperkingen zijn ontstaan vóór het 18e levensjaar. Het is mogelijk dat de beperking pas na de 18e verjaardag wordt vastgesteld. Bij een IQ tussen 70 en 85 is sprake van een grondslag verstandelijke handicap als door professioneel onderzoek is aangetoond dat er significante beperkingen in het adaptief vermogen zijn die gepaard gaan met ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid en/of ernstige chronische gedragsproblemen, en de beperkingen zijn ontstaan vóór het 18e levensjaar. In sommige gevallen kan het moeilijk zijn om vast te stellen of deze beperkingen zijn ontstaan voor het 18e levensjaar. Bijvoorbeeld bij allochtonen die hun kindertijd in het land van herkomst doorbrachten; in het dossier zijn dan geen gegevens beschikbaar van die periode en het is onbekend of er na hun 18e gebeurtenissen hebben plaatsgevonden met invloed op het intellectueel

functioneren (bijvoorbeeld een trauma). Daarnaast kan gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal invloed hebben op het testresultaat. Ook bij mensen die op straat zijn geraakt is bijvoorbeeld hun opleidingsgeschiedenis verloren gegaan of moeilijk te achterhalen, waardoor het vaststellen van de grondslag verstandelijk gehandicapt lastig is. In de praktijk is de beleving dat het CIZ hier strikt mee omgaat; zorgaanbieders geven aan dat er geen grondslag VG wordt toegekend aan mensen bij wie de verstandelijke beperking niet voor het 18^e jaar via officiële diagnostiek is vastgesteld.

Op de hoofdregel van de Wlz, namelijk dat er blijvend behoefte is aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid is één uitzondering gemaakt. Die uitzondering betreft volwassenen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen die behoefte hebben aan integrale behandelzorg in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij (zoals beschreven in de LVG- en SGLVG-behandel ZZP's). Deze zorg wordt ingezet voor een bepaalde periode. "Ook na het bereiken van de achttienjarige leeftijd kan nog behoefte zijn aan deze zorg, bijvoorbeeld omdat de behandeling die vóór het achttienjarige levensjaar is gestart nog niet is afgerond. Ook kan het voorkomen dat pas na het bereiken van de achttienjarige leeftijd wordt vastgesteld dat deze vorm van zorg de meest aangewezen is in verband met de gedragsproblematiek van de licht verstandelijk beperkte jongvolwassene."³ Voor deze cliënten is in de Wlz, artikel 3.2.1 lid 3, een uitzondering gemaakt op het uitgangspunt dat er sprake dient te zijn van een blijvende zorgbehoefte.

In de beleidsregels van het CIZ is (op grond van een ministeriële regeling, zoals vermeld in het Besluit langdurige zorg artikel 3.2.5) geregeld dat het indicatiebesluit voor deze groep zo lang geldt als het afmaken van de behandeling duurt, maar maximaal drie jaar. Dit was overigens ook in voorgaande jaren de maximale duur van een indicatie voor LVG-behandeling. De mogelijkheid van verlenging met nog eens drie jaar (zoals bij de GGZ-B groep) bestaat niet voor deze cliënten. Het is mogelijk dat dit voor een deel van de cliënten niet lang genoeg is.

In de praktijk lopen aanbieders er tegenaan dat het CIZ niet makkelijk een behandelindicatie onder de Wlz afgeeft. Er worden hoge eisen gesteld aan de motivering en er wordt streng getoetst of behandelperspectief aanwezig is. Het CIZ komt bij mensen van 18 jaar en ouder vaak tot een ander oordeel dan de behandelende instelling. Vanaf de leeftijd van 21 jaar gaat het volgens het CIZ meestal om voortgezette hulpverlening in de vorm van woon- en vaardigheids-training en dit kan niet onder de Wlz worden geïndiceerd.

Conclusie over cliëntgroepen

De belangrijkste reden dat de cliëntgroepen die we hebben beschreven niet in aanmerking komen voor de Wlz is de tijdelijkheid van hun behoefte aan verblijf. Het gaat om mensen bij wie nog ontwikkelpotentieel is of bij wie nog niet kan worden vastgesteld dat er geen ontwikkelpotentieel is. Zij vallen buiten de Wlz omdat zij niet voldoen aan het criterium van een blijvende behoefte. Bovendien gaat het in de Wlz om een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur

³ Bron: Memorie van toelichting op het Wetsvoorstel langdurige zorg, p. 13.

zorg in de nabijheid om ernstig nadeel of escalatie te voorkomen. Dit is ook een mate van toezicht en nabijheid van zorg die verder gaat dan wat de cliënten uit de eerste drie groepen doorgaans nodig hebben. Voor de vierde groep ligt dat iets anders; daar is wel sprake van (zeer) intensieve zorg vanwege gedragsproblemen en de risico's die dit met zich meebrengt voor de cliënt. Vanwege de aard van de zorg (vooral behandeling) kan dit gedurende drie jaar uit de Wlz worden gefinancierd, maar wanneer deze termijn verstrijkt, zijn er binnen de Wlz geen mogelijkheden meer. Bovendien gelden strenge eisen ten aanzien van het behandelperspectief, die er volgens aanbieders toe leiden dat meerderjarige cliënten geen LVG-behandelindicatie ontvangen (en zeker niet boven de 22 jaar). Volgens de regelgeving is het mogelijk om een LVG-behandelindicatie te krijgen na de 18^e en ook na de 23^e verjaardag, maar aanbieders ervaren dat dit niet gebeurt. Aanbieders ervaren problemen bij het krijgen van Wlz-indicaties voor cliënten die geen voorgaande LVG-indicatie hebben (van voor het 18^e jaar), in het bijzonder bij cliënten ouder dan 22 jaar en bij cliënten waar geen IQ-bepaling heeft plaatsgevonden voor het 18^e jaar.

4.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)

Als uitgangspunt voor de Wmo 2015 geldt dat zelfredzaamheid en meedoen in de samenleving een verantwoordelijkheid is van mensen zelf. Gemeenten zijn verplicht beleid te maken ter ondersteuning van mensen die niet volledig zelf kunnen voorzien in hun zelfredzaamheid en participatie of behoefte hebben aan beschermd wonen of opvang omdat zij niet in staat zijn zich te handhaven in de samenleving.

De Wmo richt zich op alle burgers. Het gaat hierbij veelal om mensen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen die daardoor verminderd in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen, het voeren van een gestructureerd huishouden en het deelnemen aan maatschappelijk verkeer. Het betreft ook mensen die op de vlucht zijn voor huiselijk geweld, worstelen met psychiatrische problemen, een uitweg zoeken uit prostitutie, slachtoffer zijn van huiselijk of eengerelateerd geweld of 'loverboys' of op heel jonge leeftijd alleen voor de opvoeding van een kind staan.

Wanneer iemand naar het oordeel van de gemeente onvoldoende is geholpen met de inzet van eigen kracht, gebruikelijke hulp, mantelzorg of hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk dan wel met gebruikmaking van algemene voorzieningen, beslist de gemeente tot het verstrekken van een (individuele) maatwerkvoorziening. In artikel 1.2.1 van de Wmo worden drie typen maatwerkvoorzieningen beschreven, met daarbij een typering van de doelgroep:

1. ondersteuning van zelfredzaamheid en participatie, voor mensen die in verband met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet voldoende zelfredzaam zijn of in staat zijn tot participatie,
2. beschermd wonen, voor mensen die in verband met psychische of psychosociale problemen niet in staat zijn zich te handhaven in de samenleving,
3. opvang, voor mensen die de thuissituatie hebben verlaten, al dan niet vanwege veiligheidsrisico's (huiselijk geweld) en niet in staat zijn zich te handhaven in de samenleving.

In aanvulling op bovenstaande verplicht artikel 2.3.3 van de Wmo 2015 gemeenten om in spoedeisende gevallen een tijdelijke maatwerkvoorziening te verstrekken. Daarbij is geen limitatieve opsomming gegeven van wat hieronder valt.⁴ Spoedzorg kan dus in eerste instantie voor de genoemde cliënten een oplossing zijn, maar is vanwege het tijdelijke karakter geen duurzame oplossing. Ook zijn de locaties waar spoedzorg wordt geboden vaak niet ingespeeld op de specifieke zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking.

Conclusie over cliëntgroepen

Als je kijkt naar de vier cliëntgroepen en de beschrijving van de maatwerkvoorzieningen in de Wmo, constateren we voor alle vier groepen dat er problemen zijn op het gebied van zelfredzaamheid en participatie in verband met een beperking (eerste type maatwerk). In de wet is niet bepaald hoe ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie geleverd moet worden. Ook intramurale zorg zou een manier kunnen zijn om zelfredzaamheid en participatie te bevorderen.

Daarnaast gaat het om mensen die zich tijdelijk niet kunnen handhaven in de samenleving (tweede type maatwerk). Dat is niet vanwege psychische problemen, maar psychosociale problemen spelen wel een rol. Een indicatie met als grondslag Psychosociaal probleem kon tot 2009 onder de AWBZ worden afgegeven *‘wanneer er sprake is van een ernstige (psychische) ontwrichting van de cliëntsituatie in relatie tot zijn sociale omgeving en deze ontwrichting kan leiden tot ernstige participatieproblemen voor deze cliëntsituatie. De beperkingen moeten ernstig zijn en zich afspelen met name op het terrein van de zelfredzaamheid.’*⁵

Bij mensen met een verstandelijke beperking uit de cliëntgroepen 1, 2 en 3 komen vaak psychosociale problemen voor en daarmee zouden zij onder de doelgroep van het beschermd wonen in de Wmo 2015 kunnen vallen. Doorgaans zijn de instellingen voor beschermd wonen gericht op mensen met psychische problematiek en niet ingesteld op mensen met een verstandelijke beperking.

Voor cliëntgroep 4 (jongvolwassenen met ernstige gedragsproblematiek) kunnen psychosociale problemen zeker aanwezig zijn, maar daar is nadrukkelijk sprake van een behandelcomponent en dat maakt geen deel uit van de Wmo 2015.

In het uiterste geval zouden mensen uit alle vier de groepen terecht kunnen in de maatschappelijke opvang, maar dit is voor mensen uit de genoemde doelgroepen geen passende setting en heeft bovendien een tijdelijk karakter waarin niet op een systematische manier kan worden gewerkt aan de problematiek.

Gemeenten hebben nadrukkelijk de opdracht om beleid te maken dat de continuïteit van ondersteuning waarborgt, in het bijzonder voor degene “die door het bereiken van een bepaalde leeftijd geen jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet meer kan ontvangen” (Wmo artikel 2.1.2 lid e). Het college moet zich er op voorbereiden dat iemand 18 wordt en van het ene naar het andere wettelijke kader gaat.

⁴ Zie ook de Informatiekaart Spoedzorg van de VNG ([link](#)).

⁵ Bron: AWBZ-beleidsregels 2008

4.3 Jeugdwet (Jw)

Binnen de Jeugdwet gaat het om de totale zorg voor alle jeugdigen onder de 18 jaar, uitgezonderd de kinderen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en 24 uur zorg in de nabijheid (en dus voldoen aan de criteria van de Wlz). Het jeugdstelsel kende tot 2015 verschillende sectoren met elk een eigen financiering- en verantwoordingsstelsel, verspreid zijn over Rijk, provincies en gemeenten. Met de decentralisatie van het jeugdstelsel is de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor het hele jeugdterrein bij de gemeente komen te liggen. Het nieuwe stelsel kent één wettelijk kader en één integraal financieringssysteem, wat de werking ervan eenvoudiger en doelmatiger maakt en wat meer mogelijkheden biedt voor integrale en daarmee effectievere hulp aan jeugdigen en gezinnen.

De volgende voorzieningen zijn gedecentraliseerd naar gemeenten: de provinciale (geïndiceerde) jeugdzorg, de gesloten jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-ggz), de zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking, de begeleiding en persoonlijke verzorging van jeugdigen, vervoer bij begeleiding en persoonlijke verzorging van jeugdigen, kortdurend verblijf ten behoeve van jeugdigen, ggz in het kader van het jeugdstrafrecht (forensische zorg) en de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en van jeugdreclassering.

Conclusie over cliëntgroepen

Omdat dit onderzoek betrekking heeft op meerderjarigen, is de Jeugdwet in principe niet van toepassing. Dit geldt in ieder geval voor de tweede cliëntgroep, vanwege hun (ruim) volwassen leeftijd. De Jeugdwet geeft echter de mogelijkheid om bepaalde vormen van jeugdhulp voort te zetten of te hervatten totdat de jeugdige 23 jaar is geworden, namelijk als de jeugdhulp al voor het 18^e jaar was begonnen, of voor het bereiken van de leeftijd van 18 is vastgesteld dat de voorziening nodig is, of als jeugdhulp die voor het 18^e jaar is beëindigd binnen een half jaar opnieuw noodzakelijk is (artikel 1.1, definitie jeugdige). De memorie van toelichting op de wet zegt hierover het volgende: *“Jeugdigen tot 23 jaar vielen in specifieke situaties reeds binnen de reikwijdte van de Wet op de jeugdzorg. Dit betrof onder andere de noodzakelijke voortzetting of hervatting van jeugdzorg voor een jeugdige die voordat hij meerderjarig werd reeds jeugdzorg ontving en tevens bij het gebruik van de VIR. Het bereiken van de meerderjarigheidleeftijd betekent in de praktijk niet altijd dat de noodzaak en mogelijkheid tot opvoeding voorbij is. Ouders houden immers ook niet ogenblikkelijk op met opvoeden als hun kind meerderjarig wordt. Ook kan het nodig zijn om na het de leeftijd van 18 jaar jeugdhulp voort te zetten in verband met arbeidstoeleiding. Dit blijft in het nieuwe stelsel gelijk. Voor jeugdhulp die verstrekt wordt in verband met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking, en jeugdhulp die voorheen viel onder het begrip begeleiding, persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf als bedoeld bij of krachtens de AWBZ geldt echter de leeftijdsgrens van 18 jaar. Deze vormen van zorg zijn na het bereiken van het achttiende levensjaar als voorziening, recht of aanspraak immers verkrijgbaar op grond van de Wmo, AWBZ of Zvw. Indien er geen voorziening op grond van een ander stelsel beschikbaar is, kan een deel van de jeugdhulp tot de leeftijd van 23 jaar onder de Jeugdwet worden voortgezet.”* Ook jeugdhulp die wordt ingezet in het kader van een strafrechtelijke beslissing kan tot na het achttiende levensjaar doorlopen.

Uit het bovenstaande volgt, dat de eerste cliëntgroep (jongvolwassenen met (L)VB) wel onder de Jeugdwet valt wanneer de zorg al was gestart of toegekend EN er geen voorziening op grond van een andere stelsel beschikbaar is. Dit geldt dan voor cliënten die op grond van een oude ZZP-indicatie in een verblijfsinstelling wonen en toekomstige cliënten die voor hun 18^e verblijf in een instelling nodig hebben en dit na hun 18^e verjaardag nog steeds of opnieuw nodig hebben. Er zijn ook situaties onder cliëntgroep 1 die niet tot aanspraak op hulp uit de Jeugdwet leiden, namelijk als de jongvolwassene niet aan de uitgebreide definitie van ‘jeugdige’ voldoet.

Bij de derde cliëntgroep, ouders met (L)VB, ligt het iets gecompliceerder omdat de hulpvraag gedeeltelijk bestaat uit ondersteuning aan de ouder bij opvoedingsproblemen. De gemeente is conform de Jeugdwet verantwoordelijk voor ‘het bevorderen van de opvoedvaardigheden van de ouders, opdat zij in staat zijn hun verantwoordelijkheid te dragen voor de opvoeding en het opgroeien van jeugdigen’ (artikel 2.1, lid c). De hulpvraag is echter zoveel breder dan de opvoedingsvaardigheden. Het gaat voornamelijk om het leren omgaan van de persoon met de eigen beperkingen, waarmee hij of zij door de komst van een kind extra wordt geconfronteerd. Bovendien gaat het om situaties waarin het nodig is om ouder(s) en kind in een beschermende woonomgeving op te nemen. Problemen met schulden, huisvesting of huiselijke relaties kunnen hieraan ten grondslag liggen. Vanuit dat oogpunt bekeken, is de ondersteuning aan cliëntgroep 3 meer in lijn met de Wmo 2015. Tegelijkertijd is het wenselijk om het kind meer centraal te stellen en vanuit dat belang de ondersteuning te organiseren.

De vierde cliëntgroep, jongvolwassenen met LVG-behandeling vanwege gedragsproblematiek komt in eerste instantie niet in aanmerking voor voortzetting van de zorg uit de Jeugdwet, omdat deze voorziening beschikbaar is onder de Wlz.

4.4 Zorgverzekeringswet (Zvw)

De zorg in de Zvw heeft een medisch karakter en is met name gericht op behandelen, genezen of het behouden van lichamelijke en geestelijke functies. Zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop is vanuit de AWBZ opgenomen in het basispakket van de Zvw. Dit geldt voor de extramurale verpleging en verzorging (wijkverpleging), voor de extramurale behandeling van mensen met een zintuiglijke beperking en de eerst drie jaren gedurende welke iemand GGZ-behandeling met verblijf nodig heeft. Aanspraak op deze zorg bestaat op grond van de polis voor de verplichte zorgverzekering, die door de zorgverzekeraars wordt uitgevoerd.

Naast thuiszorg, ambulante behandeling en ziekenhuisopname komt er in de Zvw een mogelijkheid voor kortdurend verblijf vanwege de noodzaak van geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. In 2015 en 2016 is dit nog gefinancierd vanuit een subsidieregeling onder de Wlz, waar het CIZ voor indiceert. Vanwege de aard van de zorg en het voornemen deze zorg onder te brengen in de Zvw, bespreken we dit hier. Het gaat namelijk om medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Als de zorg niet verantwoord en/of adequaat in de thuissituatie geleverd kan worden, kan de

huisarts besluiten dat er reden is voor opname in het 'eerstelijns verblijf'. Volgens de beleidsregels voor de indicatiestelling gaat het bijvoorbeeld om de aanwezigheid van noodzakelijke apparatuur of verpleging in de directe nabijheid om tijdig de behoefte aan medisch ingrijpen te signaleren. Dit zijn zaken die bij de beschreven doelgroepen niet aan de orde zijn.

Conclusie over cliëntgroepen

De ondersteuningsbehoefte van cliënten met een verstandelijke beperking, zoals beschreven in de cliëntprofielen, maakt geen onderdeel uit van de Zvw. De behoefte aan verblijf komt niet voort uit de noodzaak van geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Vanuit de Zvw kan wel ambulante behandeling worden geboden bij psychische of lichamelijke problematiek, maar dit lost de behoefte aan verblijf niet op. Binnen de Zvw zien wij dus geen mogelijkheden voor de ondersteuningsbehoefte van deze cliënten.

5. Financiële middelen

In de vorige hoofdstukken hebben we gezien om welke cliëntgroepen het gaat en wat de (on)mogelijkheden zijn om tijdelijk een beschermende woonomgeving te kunnen ontvangen binnen de verschillende stelsels. We gaan nu in op de bekostiging van de zorg die deze cliënten tot 2015 konden krijgen en kijken vervolgens in welke wettelijke kaders de middelen voor deze zorg vanaf 1 januari zijn ondergebracht.

5.1 Bekostiging tot 1 januari 2015

Uit de interviews met aanbieders en zorgkantoren komt naar voren dat al deze cliënten tot 2015 zorg ontvingen (of, bij nieuwe cliënten, op grond van hun zorgbehoefte hadden kunnen krijgen) uit de AWBZ op grond van een ZZP-indicatie. De indicaties van deze cliënten kennen een grote variatie: alle VG-ZZP's zijn genoemd, met uitzondering van de pakketten voor ernstig meervoudig beperkte cliënten (VG5 en VG8) en het pakket voor extreme gedragsproblematiek (VG7). Voor de LVG-behandelsetting gelden specifiek de LVG-behandelpakketten, maar deze cliëntgroep kon in de nazorgfase na de behandeling ook met VG6 in de reguliere VG zitten. Ook de lage GGZ-C pakketten zijn genoemd. Het gaat dan om cliënten bij wie ten tijde van de indicatiestelling de psychiatrische problematiek op de voorgrond stond, terwijl die nu is gestabiliseerd en de VG-problematiek meer bepalend is voor de ondersteuningsbehoefte. VG-aanbieders konden deze ZZP's omzetten naar reguliere VG-pakketten en op basis daarvan zorg leveren. Cliënten konden gaan wonen in een woonvoorziening van een aanbieder of via een persoonsgebonden budget zelf de benodigde ondersteuning regelen (NB. PGB-houders hebben we niet in beeld gebracht met dit onderzoek).

Al deze verblijfsindicaties konden voor een periode van één of meerdere jaren worden afgegeven, als er op het moment van aanvragen een behoefte was aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht. Ook konden cliënten met een ZZP-indicatie een gedeelte van de week thuis wonen en een gedeelte van de week in een instelling (niet te verwarren met regelmatig een weekend 'logeren' ter ontlasting van de mantelzorger op basis van een indicatie voor kortdurend verblijf).

Voorbeelden van aanbod voor deze cliënten:

- Verblijf in een orthopedagogisch behandelcentrum, met verschillende stadia wat betreft de mate van toezicht en intensiteit van behandeling en begeleiding (alleen voor cliënten met LVG-behandel ZZP, alleen te leveren door erkende instellingen). Aansluitend op de behandeling kan een periode van verblijf met een VG6 of VG3 noodzakelijk zijn.
- Fasehuis, met training voor LVB-jongeren om zelfstandig te leren wonen. Vaak VG6 en VG3, of LVG3 (in bekostiging omgezet naar VG6).
- Groepswoon met minimaal 24-uurs bereikbaarheid en vaak 24-uurs beschikbaarheid van begeleiding. De VG-ZZP's vanaf VG2 komen hier voor.
- Kleinschalig wonen (eigen appartement) met minimaal 24-uurs bereikbaarheid. Alle VG-ZZP's komen hier voor, maar vooral de lagere ZZP's.
- Kortverblijfhuis, waar cliënten maximaal een jaar kunnen verblijven. (Het gaat hier om aaneengesloten verblijf, niet om kortdurend verblijf in de vorm van

‘logeren’). Dit wordt soms gebruikt als tussenoplossing, omdat nog geen passende plek gevonden is.

- Moeder- en kindhuis (een woongroep met 24-uurs begeleiding waar jonge moeders met een licht verstandelijke beperking kunnen leren voor zichzelf en hun kind te zorgen). Dit kan op een reguliere VG-indicatie en bij gedragsproblematiek van de moeder op LVG-behandelindicatie.

5.2 Bekostiging vanaf 1 januari 2015

De transitie van taken uit de AWBZ naar de Jeugdwet, Zvw, Wmo 2015 en Wlz ging gepaard met een verschuiving van middelen. De lijnen waarlangs het budget is herverdeeld, zijn andere lijnen dan die de huidige toegang tot de zorg en ondersteuning bepalen. Bij de overheveling van middelen is gebruik gemaakt van de indeling in lage en hoge ZZP's. De middelen voor mensen die een tijdelijke verblijfsbehoefte hadden met een indicatie voor een hoog ZZP zijn overgeheveld van de AWBZ naar de Wlz. Voor de toegang in de Jeugdwet, Wmo 2015 en Wlz zijn niet de ZZP's leidend, maar gelden criteria die zijn beschreven in of voortvloeien uit de betreffende wet. Voor de Wlz bijvoorbeeld is de blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid van zorg essentieel. Er zijn geen gegevens beschikbaar over hoeveel mensen tegen hoeveel budget in de nieuwe situatie een tijdelijke behoefte hebben aan verblijf met een zorgbehoefte die vergelijkbaar is met de hoge ZZP's.

Voor zover we hebben kunnen nagaan, constateren we dat een deel van de AWBZ-middelen naar de Wlz is gegaan, terwijl de groep die voorheen tijdelijk gebruik maakte van deze middelen in de nieuwe situatie geen toegang meer heeft tot de Wlz. Hoe groot de omvang van het budget is dat hiermee gepaard gaat, kunnen we net als de omvang van de cliëntgroep (zie paragraaf 3.6) niet valide en betrouwbaar vaststellen.

5.3 Beschikbaarheid van aanbod en actueel beroep daarop

Het aanbod dat de beschreven cliëntgroepen nodig hebben, is alleen door de zorgkantoren ingekocht in het kader van de Wlz (voor LVG-cliënten met gedragsproblematiek en voor cliënten met een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in nabijheid) en door gemeenten in het kader van de Jeugdwet (voor cliënten tot 18 jaar). Meerderjarige cliënten die niet in aanmerking komen voor de Wlz, kunnen hier geen gebruik van maken als dit niet door de gemeente is ingekocht in het kader van de Wmo. Uit onze gesprekken is gebleken dat geen van de gemeenten dit type aanbod heeft ingekocht voor mensen met een verstandelijke beperking. Cliënten die naast de verstandelijke beperking ook psychische problematiek hebben, kunnen eventueel in het beschermd wonen terecht, maar deze setting is vaak niet ingericht op mensen bij wie de verstandelijke beperking op de voorgrond staat.

De meeste gemeenten die we hebben gesproken herkennen de cliëntgroepen ‘theoretisch gezien’ wel, maar in de praktijk heeft men buiten de gemeente Amsterdam nog weinig signalen ontvangen van cliënten die een beroep doen op tijdelijk verblijf en vervolgens in de knel komen. Dit betekent echter niet dat het probleem zich niet voordoet; het is mogelijk nog te vroeg om deze groep in volle

omvang zichtbaar te krijgen. Redenen die gemeenten en aanbieders hiervoor aandragen:

- Cliënten die niet met een acute opvangbehoefte zitten, zijn op dit moment op zoek naar de mogelijkheden voor ondersteuning. Ze hebben zich bijvoorbeeld eerst bij de gemeente gemeld; grote kans dat het sociaal wijkteam eerst doorverwijst naar het CIZ om een Wlz-indicatie aan te vragen. Er gaat enige tijd overheen voordat een besluit op de Wlz-aanvraag komt. Als dit een negatief besluit is, begint het zoeken opnieuw: waar kan ik nu terecht?
- Bij cliënten met een combinatie van verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek speelt dit in het bijzonder: zij dreigen ook enige tijd heen en weer gestuurd te worden van het CIZ naar de (vaak regionaal georganiseerde) toegang voor beschermd wonen en naar het gemeentelijke loket voor de Wmo. Ook hier kan enige tijd overheen gaan.
- Cliënten die een acute opvangbehoefte hebben, komen bijvoorbeeld met een spoedopname in de VG-sector terecht. Signalen dat spoedzorg niet meer uit de Wlz gefinancierd kan worden zoals voorheen onder de AWBZ het geval was, hebben geleid tot afspraken over garantstelling door gemeenten voor cliënten die niet in aanmerking blijken te komen voor de Wlz. Hiervoor worden ook middelen toegevoegd aan de integratie-uitkering sociaal domein. Maar wanneer de verblijfbehoeftedatum voor een spoedopname overschrijdt (wat bij de beschreven cliëntgroepen het geval is), volgt daarna dezelfde zoektocht. Daarbij neemt de aanbieder op dit moment soms de kosten op zich, omdat hij de cliënt niet buiten de deur wil zetten.

Zoals gezegd zijn er uitgezonderd in Amsterdam nog nauwelijks concrete casussen naar voren gekomen waarbij een problematische situatie ontstaat. Door sommige respondenten werd gesuggereerd dat de problematiek in Amsterdam zo groot zou kunnen zijn vanwege de beperkte beschikbaarheid van woningen. Hoewel dak- en thuisloosheid veel voorkomt in de doelgroep is de problematiek niet primair een huisvestingsprobleem; het gaat om een behoefte aan verblijf met begeleiding en/of behandeling. In het hypothetische geval dat Amsterdam geen woningnood meer zou hebben, zouden deze cliënten nog steeds behoefte hebben aan een setting met 24-uurs begeleiding.

Twee gemeenten hebben gezegd bereid te zijn om een plek in een VG-instelling te financieren voor een cliënt in een problematische situatie. Maar dit is wel buiten de bestaande inkoopkaders om en kan alleen in incidentele gevallen omdat de financiële kaders buitensporig worden aangesproken. Volgens de zorgkantoren gaan gemeenten hier verschillend mee om: de één is bereid om mee te werken aan een oplossing, de ander ziet het niet als zijn verantwoordelijkheid. In één van de gemeenten schijnt een aanbieder 24-uurs zorg te realiseren op basis van het scheiden van wonen en zorg in een geclusterde setting. Door de optelsom van Wmo-indicaties kan de aanbieder 24-uurs zorg garanderen. We konden binnen de reikwijdte van dit onderzoek niet nagaan hoe dit concept er precies uitziet.

Meerdere gemeenten hebben aangegeven dat de beschreven cliëntsituaties het meest op hun plek zijn in de Wmo 2015 en dat het goed is om de oplossing daar te zoeken. Belangrijke voorwaarde om dit te kunnen realiseren, zijn de bijbehorende financiële middelen.

6. Conclusies en adviezen

Op grond van de analyse van het wettelijk kader constateren we dat de betreffende wetten op zich voldoende basis bieden om een passend aanbod te organiseren. Deze wordt op dit moment om verschillende redenen evenwel nog niet benut. Dit komt doordat de beschreven cliëntgroepen zich op de grensvlakken van de verschillende wettelijke kaders bevinden en niet in iedere situatie 'hard' gemaakt kan worden waar de zorg en ondersteuning thuis hoort. Het kan echter niet zo zijn dat daardoor mensen verstoken blijven van de benodigde zorg. Daarom geven we in dit hoofdstuk een aantal adviezen.

De bedoeling van het geheel aan zorgwetten is dat mensen die niet in aanmerking komen voor de Wlz, een beroep kunnen doen op de Zvw en de Wmo. Toegangscriteria van de Wlz zijn strikt: er moet sprake zijn van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg. De wet biedt geen titel om daar (afgezien van de LVG-behandelgroep) een uitzondering op te maken. Bij de analyse van de Zvw hebben we geconstateerd dat die voor deze groep niet het geëigende domein is. De Wmo verplicht gemeenten om, onder andere, mensen te ondersteunen die onvoldoende zelfredzaam zijn en/of niet in staat zijn zich te handhaven in de samenleving. Het creëren van ondersteuningsvormen voor mensen met een verstandelijke beperking die tijdelijk behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving (begeleid wonen) past hier in. Dit is echter een onderbelichte groep tot op dit moment, waar gemeenten geen ondersteuning voor hebben ingekocht en waar ze (voor zover we met dit onderzoek hebben kunnen nagaan) ook niet alle middelen voor hebben gekregen.

Door het ontbreken van inzicht in de omvang van de doelgroep en de ondersteuningsbehoefte in het licht van het nieuwe zorgstelsel, kunnen we vanuit dit onderzoek niets zeggen over de omvang van het budget dat samenhangt met deze doelgroep. Dit is wel nodig om passende maatregelen te kunnen nemen.

Advies 1

Wij adviseren het ministerie van VWS om in 2015 samen met de VNG en brancheorganisaties in beeld te brengen hoeveel gevallen zich voordoen van cliënten die tijdelijk behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving, uitgesplitst naar de vier cliëntgroepen. Zodoende komt er vanaf 2015 een realistisch beeld van het aantal cliënten en de kosten van de ondersteuning, met de vier cliëntgroepen als vertrekpunt. De focus ligt daarbij zowel op cliënten die niet beschikken over een indicatie voor verblijfszorg als op cliënten die in 2015 beschikken over een indicatie die dankzij het overgangsrecht toegang geeft tot verblijfszorg. Bij beëindiging van hun indicatie of de termijn voor het overgangsrecht kunnen zij immers ook tussen wal en schip vallen. Als eerste stap in het verkrijgen van een beeld van de omvang kan worden onderzocht hoeveel aanvragen door het CIZ worden afgewezen op het criterium van blijvende behoefte en hoe deze situaties verdeeld zijn over de vier cliëntprofielen.

Al naar gelang de omvang van de groep kan bepaald worden of een herverdeling van middelen tussen de Wlz, Wmo 2015 en Jeugdwet moet plaatsvinden. Een factor om rekening mee te houden zijn wachtlijsten die mogelijk bestonden voor begeleid wonen. Niet alle cliënten consumeerden AWBZ-zorg in afwachting van een plek, of zij gebruikten niet de volledige omvang van hun indicatie. Bij de decentralisatie is het budget gecalculeerd op feitelijk gerealiseerde zorg, dus de aanspraak van cliënten op de wachtlijst zit niet in het budget van de Wlz.

Advies 2

Wij adviseren het ministerie van VWS om met de betrokken partijen (in ieder geval de VNG) te komen tot (bestuurlijke) afspraken over begeleid wonen voor meerderjarigen met een verstandelijke beperking die niet in aanmerking komen voor de Wlz en tijdelijk een beschermende woonomgeving nodig hebben. Onderdeel van deze afspraken kan een financiële paragraaf zijn over compensatie van de kosten die gemeenten in dit kader maken.

Omdat de mening breed gedeeld wordt dat er problemen voor deze cliëntgroepen zijn of dreigen, is het aan te bevelen dat gemeenten de bestuurlijke afspraken niet afwachten, maar zich oriënteren op de aanwezigheid van deze cliënten en het aanbod in hun regio.

Advies 3

Wij adviseren VWS en VNG om te bewerkstelligen dat gemeenten contact zoeken met de zorgaanbieders en het zorgkantoor in hun regio om meer inzicht te krijgen in de aanwezigheid van de doelgroep en van het aanbod, als input voor de inkoop van 24-uurszorg voor mensen met een verstandelijke beperking (criteria, tarieven, et cetera). De regeling Tijdelijk Urgente Zorg van de gemeente Amsterdam kan hierbij als voorbeeld gebruikt worden. Ook de mogelijkheid van zorglevering in een geclusterde setting op basis van uitgebreide extramurale indicaties kan uitkomst bieden.

Met name voor cliëntgroep 1 en 4 is het van belang dat gemeenten een goede koppeling maken tussen Jeugdwet en Wmo, zodat er een vloeiende overgang is van jeugdhulp naar ondersteuning vanuit de Wmo. Naast de verbinding tussen Jeugdwet en Wmo is ook een goede koppeling nodig met de Participatiewet. De nieuwe regels voor Wajong en bijstand compliceren de situatie voor jongvolwassenen die niet zelfstandig een inkomen kunnen verwerven. Als hier niet tijdig op ingespeeld wordt, is het risico op uitval groot (schuldenproblematiek, huisuitzetting, et cetera).

Advies 4

Wij adviseren gemeenten om bij de problematiek van deze doelgroep een integrale benadering te ontwikkelen over de drie domeinen Wmo, Jeugdwet en Participatiewet heen. Dit kan bijvoorbeeld door casuïstiek te verzamelen en op basis daarvan te kijken op welke punten de aansluiting tussen de wettelijke

kaders kan worden verbeterd en welke maatregelen daarvoor nodig zijn. Dit kan voor iedere gemeente verschillend zijn, afhankelijk van keuzes die lokaal gemaakt worden, maar gemeenten kunnen op dit punt wel ervaringen delen. De VNG kan deze kennisdeling faciliteren.

Bij cliëntgroep 3 (ouders met verstandelijke beperking) speelt de aanwezigheid van het kind een belangrijke factor in de benodigde ondersteuning en de manier waarop deze geboden wordt. De kwetsbare positie van het kind vraagt om een integrale aanpak, waarvoor samenhangend beleid nodig is.

Advies 5

Wij adviseren gemeenten om voor de situaties zoals beschreven in cliëntgroep 3 samenhangend beleid te ontwikkelen zodat de zorg voor ouder en kind integraal kan worden aangeboden. Ook wanneer een beschermende woonomgeving nodig is voor de ouder.

Wat betreft de Wlz zien wij geen noodzaak om extra uitzonderingen te creëren in de toelating tot deze zorg. Wij pleiten er wel voor dat geen onnodige drempels worden opgeworpen voor jongvolwassenen van 18 jaar en ouder die behandeling in een LVG-behandelcentrum nodig hebben. Aanbieders ervaren problemen bij het krijgen van Wlz-indicaties voor cliënten die geen voorgaande LVG-indicatie hebben (van voor het 18^e jaar), in het bijzonder bij cliënten ouder dan 22 jaar en bij cliënten waar geen IQ-bepaling heeft plaatsgevonden voor het 18^e jaar. Volgens het CIZ is het mogelijk om een LVG-behandelindicatie te krijgen na de 18^e en ook na de 23^e verjaardag, maar aanbieders ervaren dat dit niet gebeurt.

Advies 6

Wij adviseren het ministerie van VWS om in overleg met het CIZ te toetsen of de praktijk van de indicatiestelling geen onnodige drempels opwerpt voor toegang tot de Wlz. Daarbij moet aandacht worden besteed aan hoe één en ander is vastgelegd in werkinstructies en hoe deze in de praktijk worden gehanteerd door Wlz-onderzoekers. Casuïstiekbespreking tussen Wlz-onderzoekers en LVG-behandelaars kan wellicht helpen om een gedeelde interpretatie te krijgen over aspecten als 'behandelperspectief' en de vraag of de beperking voor het 18^e jaar is ontstaan.

Tot slot hebben we gemerkt dat diverse aanbieders de wens hebben om de indicatie van drie jaar voor LVG-behandeling met verblijf te kunnen verlengen. Deze tijdelijke verlenging kan betrekking hebben op verblijfsituaties met en zonder behandeling.

Advies 7

Wij adviseren aanbieders om in overleg te treden met de branchevereniging over de huidige behandelrichtlijnen en zorgpaden voor LVG-behandeling met verblijf. De indicatietermijn sluit immers aan bij de richtlijnen van de sector. Verder adviseren we aanbieders om (binnen de termijn van drie jaar) tijdig besluitvorming te organiseren over een vervolgarrangement en daarover tot passende afspraken te komen met gemeenten, Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars, zodat een zorgvuldige overdracht plaatsvindt na afronding van de LVG-behandeling met verblijf (naar Wlz of Wmo al dan niet met extramurale behandeling).

Wij hopen met dit onderzoek een bijdrage te leveren aan een goede aansluiting tussen ondersteuningsbehoefte, zorgaanbod en financiering, zodat mensen met een verstandelijke beperking hun leven (weer) op de rails kunnen krijgen in een tijdelijke verblijfssetting als dat onvoldoende lukt met ambulante en informele hulp.

Bijlage 1. Overzicht respondenten

Perspectief gemeenten

| Organisatie | Naam | Functie |
|--|---|---|
| Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) | Linda Hazenkamp | Senior beleidsmedewerker Wmo/AWBZ |
| Gemeente Almere | Ineke Baas | Beleidsadviseur Dienst Sociaal Domein |
| Gemeente Amsterdam | Johan de Vries Michiel van Hees | Beleidsadviseur Zorg Externe procesbegeleider |
| Gemeente Arnhem | Marjolein Foppen | Senior bestuursadviseur |
| Gemeente Enschede | Marianca Hümmels | Beleidsmedewerker maatschappelijke opvang |
| Gemeente Helmond | Trudy van der Wielen | Beleidsadviseur Zorg en Welzijn |
| Gemeente Leeuwarden | Alette van Dijk | Projectleider beschermd wonen |
| Gemeente Ommen-Hardenberg | Dieger ten Berge Lambert Jan van der Hulst | Projectleider Wmo Beleidsmedewerker maatschappelijk domein |
| Gemeente Rotterdam | Gert-Jan van der Hout Anne Boogaard | Senior beleidsadviseur Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling Cliëntondersteuner Wijkteam |
| Gemeente Utrecht | Floris Fonville | Adviseur Jeugd, Zorg en Veiligheid |
| Gemeente Zwolle | Lauris van Eekeren | Senior adviseur opvang en bescherming |

Perspectief aanbieders gehandicaptenzorg en maatschappelijke opvang

| Organisatie | Naam | Functie |
|--|------------------------------------|---|
| Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) | Monique van der Meulen | Projectleider Wmo |
| Federatie Opvang (FO) | Tonny van Hensbergen Rina Beers | Senior adviseur PA & PR Senior beleidsmedewerker |
| Aveleijn | Adelheid Veldhuis | Intakefunctionaris |
| Centrum voor dienstverlening Rotterdam | Yvonne Frank | Directeur |
| Iipse de Bruggen | Helma van Ast | Beleidsmedewerker specialistische behandeling |

| Organisatie | Naam | Functie |
|---------------------------|---------------------------|---|
| De Zijlen | Gonny Mik | Leidinggevende cliëntservicepunt |
| Dichterbij | Toon Boonmans | Consulent cliëntservice |
| JP van den Bent | Sandra Broekhuis | Locatiemanager kortverblijfhuys |
| Leger des heils Amsterdam | Harry Doef Paul Proost | Directeur zorg Beleidsmedewerker LVB |
| ORO | Chris Janssen | Manager Kennis & Behandeling |
| Pameijer | Neeltje Andeweg | Strategisch Beleidsadviseur Kenniscentrum |
| Philadelphia Amsterdam | Fija Rienstra | Zorgconsulent |
| Philadelphia Zeeland | Abco Toutenhoofd | Accountmanager |
| Traverse | Peggy Jacobs | Trajectregisseur |

Perspectief zorgkantoren

| Organisatie | Naam | Functie |
|---------------------------------|--|-------------------------------------|
| Zorgverzekeraars Nederland (ZN) | Angela Bransen | Beleidsadviseur |
| Zorgkantoor VGZ | Roeland van Overbeek | Beleidscoördinator Wlz |
| Zorgkantoor Achmea | Marleen van den Hengel André Mannak | Inkoper gehandicaptenzorg |
| Zorgkantoor CZ | Irene de Laat | Beleidsmedewerker gehandicaptenzorg |

Overig

| Organisatie | Naam | Functie |
|--------------------------------|-----------------|------------------------|
| Centrum Indicatiestelling Zorg | Aletta Willems | Beleidsadviseur |
| MEE Amstel en Zaan | Saskia Visser | Stafmedewerker |
| MEE West Brabant | Corry van Gaans | Medewerker aanmeldteam |

Bijlage 2. Interviewleidraad

Gemeenten

- Heeft u binnen uw gemeente zicht op 18+ cliënten met een verstandelijke beperking met een tijdelijke behoefte aan een beschermende woonomgeving en/of een RM?
- Wat zijn de kenmerken van deze cliënten en welke behoeften aan ondersteuning en zorg hebben zij?
- Is voor deze cliëntgroep(en) zorg/ondersteuning ingekocht?
- Als voor hen geen zorg/ondersteuning is ingekocht, hoe verwijst u deze mensen verder?
- Als u wel zorg/ondersteuning hebt ingekocht, welke vormen zijn dat?
- Op welke wijze is deze ondersteuning/zorg georganiseerd binnen uw gemeente?
- Ervaart u knelpunten voor deze cliëntgroep(en)? Zo ja, welke?
- Kunt u mogelijke oplossingen aandragen voor de ervaren knelpunten?

Aanbieders

- Biedt u zorg en ondersteuning aan 18+ cliënten met een verstandelijke beperking en/of een RM die tijdelijk behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving?
- Wat zijn de kenmerken van deze cliënten? Zijn er verschillende groepen te onderscheiden?
- Wat maakt dat zorg met een verblijfselement (tijdelijk) noodzakelijk is en dat begeleid zelfstandig wonen (zonder verblijfselement) niet (langer) afdoende is? Waar zit het omslagpunt?
- Welk aanbod heeft u voor deze cliëntgroep(en)?
- Hoe werd het aanbod tot 1 januari 2015 gefinancierd? Hoe is dat nu?
- Ervaart u knelpunten in de ondersteuning/zorg aan deze cliëntgroep? Zo ja, welke?
- Waren er in het verleden ook al knelpunten in de (financiering van) deze ondersteuning/zorg? Zo ja, welke?
- Kunt u mogelijke oplossingen aandragen voor de ervaren knelpunten?

Bijlage 3. Globale kwantificering doelgroep

In tabel 1 ziet u het aantal cliënten met een tijdelijke ZP-indicatie op peildatum 1 januari 2014, uitgesplitst naar duur van de indicatie en naar leeftijdscategorie.

NB. De aantallen zijn afgerond op vijftallen, hierdoor kan het voorkomen dat de totalen niet geheel overeenstemmen met de som van de opgetelde getallen.

| Leeftijdscategorie | ZP sector | 0 dagen tot 3 mnd | 3 mnd tot 1 jaar | 1 tot 5 jaar |
|--------------------|-----------|-------------------|------------------|---------------|
| 0 tot 18 jaar | VG | 10 | 125 | 2.310 |
| | LVG | 55 | 195 | 4.100 |
| | SGLVG | 0 | 0 | 5 |
| 18 tot 23 jaar | VG | 20 | 185 | 5.280 |
| | LVG | 10 | 55 | 3.100 |
| | SGLVG | 0 | 0 | 105 |
| 23 jaar en ouder | VG | 25 | 260 | 23.970 |
| | LVG | 0 | 10 | 195 |
| | SGLVG | 0 | 0 | 425 |
| Totaal | | 125 | 835 | 39.490 |

Tabel 1. Aantal personen met indicatie VG/LVG/SGLVG naar leeftijdscategorie en indicatieduur, peildatum 1-1-2014 (Bron: CBS, Monitor Langdurige Zorg)

Als we vervolgens inzoomen op de cliënten van 18 jaar en ouder, en dan specifiek de ZP's die door de respondenten in de interviews zijn genoemd, ziet de verdeling over de VG-ZP's er als volgt uit (tabel 2).

| ZP | 0 dagen tot 3 mnd | 3 mnd tot 1 jaar | 1 tot 5 jaar |
|---------------|-------------------|------------------|---------------|
| VG01 | 0 | 10 | 465 |
| VG02 | 5 | 55 | 3.435 |
| VG03 | 25 | 145 | 7.795 |
| VG04 | 0 | 30 | 3.335 |
| VG06 | 10 | 155 | 5.880 |
| VG07 | 0 | 25 | 5.145 |
| Totaal | 40 | 420 | 26.055 |

Tabel 2. Aantal personen 18+ met indicatie VG naar indicatieduur, peildatum 1-1-2014 (Bron: CBS, Monitor Langdurige Zorg)

De verdeling over de LVG-ZZP's ziet u in tabel 3. Ook bij deze tabellen zijn de cijfers afgerond op vijftallen.

| ZZP | 0 dagen tot 3 mnd | 3 mnd tot 1 jaar | 1 tot 5 jaar |
|---------------|-------------------|------------------|--------------|
| LVG01 | 0 | 5 | 120 |
| LVG02 | 5 | 15 | 950 |
| LVG03 | 5 | 30 | 1.535 |
| LVG04 | 0 | 10 | 525 |
| LVG05 | 0 | 5 | 175 |
| Totaal | 10 | 65 | 3.305 |

Tabel 3. Aantal personen 18+ met indicatie LVG-behandeling met verblijf naar indicatieduur, peildatum 1-1-2014 (Bron: CBS, Monitor Langdurige Zorg)

Wanneer we de aanname doen dat een indicatieduur van 5 jaar of langer duidt op een blijvende behoefte aan 24-uurszorg, en dat de indicatieduur tot 3 maanden duidt op crisiszorg, zien we in de overige categorieën (3 maand tot 5 jaar) de maximale omvang van de groep waar we naar zoeken. Op basis van de beschikbare gegevens kunnen we niet nader specificeren welk gedeelte van deze groep met de nu geldende criteria toegang zou krijgen tot de Wlz en welk gedeelte niet.

Vanuit de aanname dat de vier cliëntgroepen in 2014 daadwerkelijk verbleven in een instelling, hebben we ook gekeken naar de cijfers over verzilveren van de functie verblijf. Het betreft opnieuw analyses van het CBS, ditmaal op basis van gegevens van het CAK. Van de cliënten met een VG-ZZP en een indicatieduur van 1 tot 5 jaar, maakt gemiddeld 34% geen gebruik van het verblijf. Dit percentage is het hoogst bij VG 1 en 2 (beide zo'n 50%) en het laagst bij VG 7 (9%). Bij de cliënten met een LVG-indicatie en indicatieduur tussen 1 en 5 jaar ligt het percentage cliënten dat geen gebruik maakt van verblijf tussen de 43 en 54%.

Bijlage 4. Operationalisering begrippen Wlz

Toelichting begrippen afkomstig uit artikel 3.2.1 lid 1 van de Wlz:

- Blijvend: van niet voorbijgaande aard.
- Permanent toezicht: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig ingrijpen mogelijk is. Doordat de cliënt zowel op geplande als ongeplande momenten zorg nodig heeft, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de cliënten die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.
- Escalatie: verergering van de zorg- en/of ondersteuningsbehoefte van de cliënt.
- Ernstig nadeel⁶: er moet sprake zijn van een te verwachten (reëel) risico dat de verzekerde ernstig nadeel zal overkomen. Dit risico moet worden onderbouwd. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg. Onder de reikwijdte van ernstig nadeel vallen situaties waarin de verzekerde:
 - zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
 - Zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
 - ernstig lichamenteel letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamenteel letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
 - ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt.
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid: zorg en toezicht zijn weliswaar gedurende de hele dag in de nabijheid nodig, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten.
- Relevante momenten: momenten waarop escalatie of ernstig nadeel kan ontstaan als geen adequate zorg wordt geboden.
- Zelfzorg: de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen waaronder de persoonlijke verzorging en hygiëne en, zo nodig, de verpleegkundige zorg.
- Regieproblemen: beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

⁶ Bij de operationalisering van dit begrip wordt aangesloten bij de terminologie uit de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.