

GGZ in de Wlz - vragen gesteld tijdens de eerste regiotafels

Versie 0.2 (26-07-2019)

Inleiding

Eind mei 2019 zijn in 9 regio's regiotafels gehouden waar vragen over de overgang van cliënten met een psychische stoornis naar de Wlz-GGZ zijn gesteld. In dit document heeft het ministerie van VWS alle vragen gecategoriseerd en van een reactie voorzien. Uit de nummering van de vragen kunt u opmaken op welke tafel een vraag is gesteld; achter elke vraag staat een nummer bijv. (1.4.2), de '1' correspondeert met het overlegmoment van de regiotafel (1 was de eerste regiotafelbijeenkomst) de '4' correspondeert met regio 4, de '2' met issuenummer 2 in de samenvattende tabel in de notulen van de betreffende regiotafel. Hieronder staat een lijst met de regiocodering. Regio 2 en 3 hebben een gezamenlijke eerste regiotafel bijeenkomst gehouden. Ook dat is terug te zien in de nummering van de vragen.

Update augustus 2019: Begin juli heeft de tweede ronde van de regiotafels plaatsgevonden. De issuelijst is bijgewerkt met issues die bij deze tafels aan de orde zijn gekomen.

Nr	naam
1	Randstad-Midden
2	Randstad-Noord
3	Noord-Holland
4	Midden-Nederland
5	Oost-Brabant /Gelderland
6	West-Brabant/Zeeland
7	Noord-Nederland
8	Oost-Nederland
9	Zuid-Nederland
10	Randstad-Zuid

Inzicht aanbieders

1. ONVZ (IP): Gaan we ervan uit dat aanbieders voor zorgkantoren en zorgverzekeraars volledig overlappen?

Voorstel om de definitieve lijst met aanbieders ter verificatie voor te leggen aan de verzekeraars.

Bespreken met kerngroep. (1.4.1)

Reactie: zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten apart aanleveren. Check na aanvullende uitvraag via Q-consult medio juni is gewenst.

2. Beperkt zicht op pgb cliënten/aanbieders (1.8.7)
3. Achterhalen of informatie met betrekking tot PGB aanbieders van SVB gedeeld kan worden, zodat inzichtelijk wordt welke PGB-aanbieders er zijn (1.8.2).

Reactie: In de uitvraag van Q-consult aan de gemeenten is ook gevraagd inzicht te verschaffen in de lokale pgb-aanbieders. Dit bleek echter ingewikkeld, omdat gemeenten niet alle pgb-aanbieders in hun systeem hebben staan. VWS pakt dit punt op met de belangenorganisaties (waaronder Per Saldo en MIND) om

te bezien op welke manier de relevante pgb-aanbieders en hun cliënten in beeld gebracht kunnen worden en benaderd kunnen worden.

4. Kan de SVB op redelijke termijn inzicht geven in het welke PGB aanbieders er nu zorg leveren aan de potentiële doelgroep (2.8.2)

Reactie: De SVB kan inzichtelijk maken welke zorgaanbieders zorg leveren in het gemeentelijk domein, op gemeentelijk niveau. De SVB kan niet inzichtelijk maken of het om pgb, dan wel ggz-aanbieders gaat.

5. Hoe voorkomen we dat aanbieders inspelen op een indicatie waarvoor ze een hoger tarief krijgen? (2.8.4)

Reactie: Het CIZ beoordeelt onafhankelijk welk zorgprofiel het best passend is voor de cliënt. De NZa is momenteel bezig met de ontwikkeling van prestaties en tarieven bij deze zorgprofielen. Zorgaanbieders kunnen hier dus niet op sturen.

Communicatie

6. Hoe gaan we om met het tijdsverschil tussen moment van indicatie en daadwerkelijke ingang van wet? Hoe communiceren we dit duidelijk naar cliënten? (1.7.2)

Reactie: Voor de cliënt geldt de ingangsdatum 2021. Voor hen is daarnaast relevant dat zij vanaf 1 januari 2020 een aanvraag bij het CIZ in kunnen dienen voor een Wlz-indicatie. Als de cliënt tussen het moment van indicatiestelling en de ingangsdatum (2021) geen passende zorg ontvangt valt het nog onder de verantwoordelijkheid van de gemeente om passende zorg te organiseren in de overbruggingsperiode (binnen de Wmo rechten/plichten) tot 1 januari 2021. In de werkgroep communicatie wordt op dit moment een cliëntjourney ontwikkeld. Dit zal via website en cliëntorganisaties verspreid worden. Cliënten kunnen hier op eenvoudige wijze zien wat wanneer van start gaat en welke acties ondernomen moeten worden.

7. Vanuit de regionale tafels de vraag naar voorlichting, opleiding en een centrale vraagbaak voor Wmo consulenten, zodat zij geholpen worden in de overgang.
Daarnaast geeft de regiotafel Randstad Zuid aan dat Wmo-consulenten een voedingsbodem voor de RT's kunnen bieden. (1.10.1)

Reactie: Inhoudelijke documenten die van belang zijn voor de Wmo consulenten komen beschikbaar op www.informatielangdurigezorg.nl. Verder heeft CIZ (randstad zuid) aangeboden een regionale informatiebijeenkomst te kunnen organiseren voor Wmo-consulenten (als daar behoefte aan is). Verder is het van belang dat de gemeentelijke vertegenwoordigers op de regiotafel ook schakelen met hun Wmo-consulenten, om informatie op te halen en te brengen.

8. Graag zo snel als mogelijk ondersteuning bij communicatie richting zorgaanbieders vanuit de gemeenten (1.10.2)

Reactie: Graag een nadere specificatie waar deze ondersteuning uit moet bestaan. Verder is dit een onderwerp dat lokaal verder kan worden uitgewerkt in overleg met de regiopartners

9. Behoefte om meer en eerder te communiceren. Meer dan alleen de planning. Dit heeft met name te maken met indicaties BW die aflopen en hier vooraf op te kunnen sturen. (1.2 en 1.3.3)

10. Utrecht (MA): hoe gaan we cliënten benaderen? Ook met het oog op de belangen van de aanbieders. Behoefte aan een communicatieplan met duidelijk wie communiceert, wat, wanneer. Communicatie eerder op de agenda (RT2) (1.4.3)

11. Graag ondersteuning bij communicatie richting cliënten. Gemeenten geven aan: doelgroep die onrustig wordt van communicatie, daarom belangrijk dat dit zorgvuldig gebeurt. Hoe en wanneer gaan we met aanbieders en cliënt vertegenwoordigers communiceren over de informatie
Die ze moeten aandragen/verzamen voor een indicatiestelling. (1.10.3)
12. Er zijn nu al veel vragen - Wat mogen we nu wel en niet communiceren als gemeente? (1.1.4)
13. Het belang wordt besproken om eerder al helder maken wat we van zorgaanbieders verwachten (1.1.6).
14. Behoeftte aan duidelijk overzicht acties met betrekking tot communicatie (1.5.8)

Reactie: Vanuit de communicatie werkgroep zal het document met de planning worden aangevuld met gewenste communicatieproducten en een afspraak hoe deze beschikbaar kunnen komen.

Voor de 2^e regiotafel zal een document worden gemaakt dat ingaat op het communicatieproces.

De definitieve uitwerking zal regionaal plaats moeten vinden.

15. Verandering eigen bijdrage voor de cliënt nog onvoldoende duidelijk. Meenemen in communicatie voor cliënten.
(2-3 nr 4), (1.5.2) en (1.5.6)
16. Gaat het verschil in eigen bijdrage de overgang van Wmo naar Wlz vermoeilijken? Wat is de uitkomst van berekeningen CAK? Extra aandachtspunt: Zvw groep meenemen. (1.8.4)

Reactie: CAK is ook deelnemer in de werkgroep communicatie. VWS zal met CAK afstemmen welke informatie en op welk moment beschikbaar wordt gesteld aan de cliënt. Overleg met CAK is voorzien in Q3 2019.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel¹ is een tabel opgenomen van mogelijke effecten op de eigen bijdrage. Deze effecten zijn het grootst bij de overgang van Zvw naar Wlz bij een hoog inkomen.

17. Wachtlijstinformatie overdragen (2-3 nr 6)
18. Bij de meeste gemeenten is er sprake van wachtlijsten, de aantallen die in aanmerking voor de huidige doelgroep zijn nog onvoldoende in beeld.
Het is een probleem voor de zorgkantoren dat deze groep nog niet in beeld is. (1.10.6)
19. Wachtlijsten in GGZ: rekening mee houden in het tijdspad. (1.8.5)

Reactie: Per regiotafel zal worden bezien op welke wijze informatie over de wachtlijsten kan worden aangeleverd. Het gaat hier primair om de zorgkantoren, gemeenten en lokale aanbieders.

Overigens vindt er in het najaar van 2019 nog een landelijk onderzoek plaats (door VWS iom de VNG) over de wachtlijsten Beschermd wonen, omdat de huidige informatie over wachtlijsten niet volledig en eenduidig is.

20. In welke mate kan er informatie binnen de driehoek gedeeld worden? Hoe doen we dit AVG Proof? (1.7.7)
21. In hoeverre is het mogelijk dat gemeenten, aanbieders en CIZ informatie delen om informatie t.b.v. indicatiestelling te verzamelen en samen optrekken om te besluiten of cliënten worden geïndiceerd voor Wlz? Hoe kan dit AVG Proof? (1.8.6)

Reactie: VWS heeft opdracht gegeven aan een externe om de gegevensstromen tussen CIZ, gemeenten en zorgaanbieders in kaart te brengen en na te gaan welke informatie onder welke voorwaarden kan worden uitgewisseld. Het rapport wordt in oktober 2019 verwacht.

22. Graag aandacht voor doelgroep beschermd wonen. In de gemeente Rotterdam momenteel

¹ Het wetsvoorstel is terug te vinden op de website van de Tweede Kamer: kamerstuk 35146 nr 3 en via <https://www.informatielangdurigezorg.nl/toegang-wlz-voor-mensen-in-ggz>

Beschermd wonen vanuit pgb excl. een huisvestingscomponent. Vanuit VWS moeten we vanuit 2020/2021 incl. huisvesting component bieden. Voor dergelijke wooninitiatieven wordt het straks complex, omdat er sprake is van twee mutaties dicht op elkaar. Dit punt van aandacht meenemen in de communicatie. (1.10.5)

Reactie: Deze groep is bekend bij VWS. Bij de nadere uitwerking van het proces gericht op pgb-budgethouders in het gemeentelijk domein zal dit aspect extra aandacht krijgen. Het is een kleine groep die landelijke is geïnformeerd over de mutatie 2019-2020. Voor 2021 zal er zowel landelijk als lokaal aandacht moeten zijn voor de groep. In algemene zin zal een communicatiestrategie richting pgb-budgethouders moeten worden ontwikkeld.

23. In hoeverre is de app die wordt ontwikkeld van toegevoegde waarde, aangezien het geen nieuwe informatie bevat (1.8.7)

Reactie: De applicatie van de VNG biedt in een overzicht informatie over de regio's inclusief de betrokken organisaties.

Deze informatie is niet op andere wijze samengebundeld centraal beschikbaar.

24. Moet er een apart schema komen voor PGB? (2.4.5)

Reactie: Op dit moment is zijn de pgb-zorgaanbieders nog niet inzichtelijk. Er zal dus vooralsnog geen apart schema komen voor pgb.

25. In welke mate mag er volgens de AVG cliëntinformatie gedeeld worden tussen gemeenten, aanbieders en het CIZ? (2.7.2)

Reactie: zie vraag 20 en 21

26. Nagaan of het volgens de AVG is toegestaan dat het CIZ met gemeenten informatie deelt over 1) voor welke cliënten er een aanvraag tot toegang Wlz loopt en 2) de uitkomst van de aanvraag (2.7.3 & 2.8.5)

Reactie: zie vraag 20 en 21

27. Er is behoefte aan een duidelijk processchema voor communicatie, waaruit tevens blijkt welke communicatiemiddelen er zijn en wanneer deze ingezet kunnen worden. (2.7.5)

Reactie: In de werkgroep Communicatie is afgesproken dat de hoofdcommunicatie via VWS verloopt (vooral vanuit informatielangdurigezorg.nl en regelhulp.nl). De branches, cliëntorganisaties en individuele partijen zoals gemeenten en zorgaanbieders kunnen deze informatie gebruiken en aanpassen voor de eigen achterban. Zij zijn ook zelf verantwoordelijk voor het informeren van hun achterban. In het communicatieplan is een planning gemaakt met daarop inzichtelijk wanneer welke producten gereed zullen zijn.

28. Er is behoefte aan meer duidelijkheid en concrete afspraken over de communicatie naar cliënten (2.4.2)

Reactie: Hier wordt aan gewerkt in de werkgroep Communicatie. Op korte termijn zal er een infographic voor cliënten komen. Daarnaast worden de cliëntpaden binnenkort in kaart gebracht.

29. Inzetten testpanel om te testen of de communicatiemiddelen aansluiten bij de doelgroep. (2.7.6)

30. Deelnemende partijen zien graag dat cliënten worden betrokken bij het ontwikkelen van communicatiemiddelen. (2.8.7)

Reactie: Vanuit MIND zijn er enkele (vertegenwoordigers van) cliënten bereid gevonden om mee te lezen op de communicatiestukken voor cliënten. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de communicatiemiddelen. Naar verwachting zal de communicatie aan de cliënt vooral via de naasten, vertegenwoordigers en begeleiders van cliënten lopen.

31. De informatie die verstrekt is over het integraal leveren van een specifieke behandeling in de Wlz blijkt niet geheel juist. Dient hier met aanbieders over gecommuniceerd te worden om onrust weg te nemen, of is dit niet nodig? (2.8.9)

Reactie: Vanuit VWS is eenduidig gecommuniceerd over het onderwerp behandeling. Daarbij is ook aangegeven dat nog nader wordt uitgewerkt op welk wijze behandeling in de praktijk kan worden geleverd. Dit wordt meegenomen in de werkgroep Behandeling. Deze werkgroep werkt aan een rapport waarin meer duidelijkheid komt over de organisatie van behandeling. Aan deze werkgroep neemt naast de RIWB-alliantie, Federatie Opvang en GGZ-NL ook enkele zorgaanbieders deel. Het rapport zal eind dit jaar breed verspreid worden.

32. Bespreken of cliënten die moeten verhuizen specifiek in het communicatieplan van VWS meegenomen kunnen worden. (2.10.1)

Reactie: Aan het verhuizen van cliënten wordt in algemene zin aandacht besteed in de informatie die op dit moment voor de cliënt wordt ontwikkeld.

33. Regiotafel geeft aan dat cliënten vertegenwoordiging niet op alle onderwerpen aangehaakt hoeven te worden bij de derde bijeenkomst. Bij welke specifieke onderwerpen betrekken? Aandachtspunt hierbij is dat het moet gaan over onderwerpen waar zij nog invloed op uit kunnen oefenen. Regiotafel geeft aan dat cliënten vertegenwoordiger in ieder geval meegenomen moet worden in het onderwerp communicatie. (2.2.3)

Reactie: In overleg met het LOC worden voorbereidingen getroffen om te komen tot 4 regionale bijeenkomsten waarin cliënt (vertegenwoordigers) worden voorgelicht over de voornemens in het kader van GGZ in de Wlz. Daarnaast zal in overleg met MIND worden bezien welke onderwerpen op de regiotafels kunnen worden besproken en welke vertegenwoordiging daarbij zinvol zijn. Ook de regiotafels zelf kunnen hiertoe het initiatief nemen.

Inkoop zorgkantoren

34. Zilveren Kruis (ES): wanneer komen de kwaliteitskaders beschikbaar? (1,4.4)
35. Specificeren kwaliteitscriteria instelling op basis van indicatiecriteria CIZ. Wat is 24 uren zorg in de nabijheid concreet? Moet dit in hetzelfde gebouw, hoe snel etc.? (1.8.3)
36. Onduidelijkheid over concrete veranderingen in inkoopcriteria met name voor nieuwe zorgaanbieders (1.5.3)

Reactie:

In de kerngroep implementatie is de afspraak gemaakt om bij de kwaliteitskaders (inkoopeisen zorgkantoren bij inkoop GGZ 2021) uit te gaan van bestaande documenten (inkoopeisen BW VNG/Inkoopeisen Wlz/inkoopeisen Zvw-GGZ). Q-Consult Zorg heeft van deze documenten een overzicht gemaakt dat op hoofdlijnen inzicht geeft in overlap en verschillen tussen de inkoopeisen uit de verschillende inkoopkaders. Zorgkantoren maken een verdere uitwerking in de vorm van voorlopige inkoopeisen kwaliteit Wlz-GGZ. Die voorlopige inkoopeisen vormen de basis voor de inkoopdocumenten van ZN. Deze voorlopige inkoopeisen moeten in het derde kwartaal 2019 gereed zijn.

Het beschikbaar zijn van 24 uren zorg in de nabijheid is ook een eis die wordt gesteld aan zorgaanbieders in de V&V en GHZ-sector. Het is aan zorgkantoren om de bezien of dit begrip voor nieuwe GGZ-aanbieders specifiek moet worden toegelicht. ZN publiceert haar inkoopkader voor de langdurige zorg doorgaans voor

1 juni in het voorafgaande jaar.

37. Straks komt er medisch specialistische zorg (MSZ) in de Wlz, dat is nu nog niet het geval. Psychiater wordt straks uit de Wlz gefinancierd. Dit betreft een afwerkingsprobleem/leveringsconstructie, graag aandacht hiervoor. (1.1.1)

Reactie: In de werkgroep 'behandeling' wordt gewerkt aan een notitie over de definitieve en reikwijdte van specifieke behandeling. De werkgroep levert eind november een rapportage op over de organisatie van (specifieke) behandeling in de Wlz. In deze werkgroep zitten GGZ-NL, RIBW-alliantie, Federatie opvang, enkele zorgaanbieders, de NZa en het Zorginstituut. Het rapport zal nadien breder verspreid worden.

Voor deze zorg ontwikkelt de NZa prestaties en tarieven. De NZa rondt haar advies over dit onderwerp in september 2019 af.

38. Er is behoefte aan meer duidelijkheid over de door de zorgaanbieders te leveren behandelcomponent (specifiek/algemeen) (2.4.1)

Reactie: Het Zorginstituut maakt ten behoeve van de werkgroep Behandeling een document wat meer helderheid zal geven over de behandelcomponent.

39. Hoe om te gaan met aanbieders die nu zorg aan de doelgroep leveren, maar (nog) niet aan de Wlz-inkoopeisen voldoen? (2.8.8)

Reactie: Dit scenario moet zo veel als mogelijk voorkomen worden, en is dan ook een van de redenen geweest waarom er regionale tafels zijn opgericht. In eerste instantie was het belangrijk om de aanbieders in beeld te krijgen. De volgende stap is dat de zorgkantoren met de betreffende zorgaanbieders in gesprek gaan over de aanpassingen die (eventueel) nodig zijn binnen de instelling om te kunnen voldoen aan de Wlz-inkoopeisen. Daarvoor is ook een voorlopig kwaliteitskader van belang, waaraan de zorgkantoren momenteel werken.

Financiële effecten gemeenten, verdeelmodel beschermd wonen

40. Utrecht (MA): Behoefte aan inzicht in werkwijze van monitoring in 2021 2022. Het baart ons zorgen dat daar nog geen concept voor ligt. Dat is een belangrijk punt dat ik mee wil geven. (1.4.2)

Reactie: Bij de derde regionale tafel zal een concept uitwerking voorliggen. Dit stuk wordt daaraan voorafgaand ook bij de landelijke werkgroep geagendeerd.

41. Hoe en in welke vorm wordt het verdeelmodel toegepast in de nieuwe wet? (1.7.1)

Reactie: De effecten van het wetsvoorstel worden meegenomen in het verdeelmodel beschermd wonen, zoals vanaf 2021 toegepast. Dit model wordt in afstemming met de VNG door BZK en VWS nader uitgewerkt. In het bestuurlijk overleg van begin juli tussen de VNG, BZK en VWS zijn de uitgangspunten van het verdeelmodel vastgelegd. Voornog is de gedachte om vooraf een evenredige correctie toe te passen en vooral achteraf te corrigeren op basis van de feitelijke aantallen cliënten die overgaan naar de Wlz. Het verdeelmodel is geen onderdeel van de besprekingen op de regiotafels.

42. Hoe monitoren we instroom van nieuwe cliënten die zich eind 2020 aanmelden voor de Wlz? (1.7.3)

Reactie: Zie antwoord op vraag 40.

43. Herkenbaarheid data HHM tbv bepaling, uitnamen budget gemeenten. Als aanbieders geen goede inschatting kunnen maken dan klopt uitnamen niet. (1.2 en 1.3.5)

Reactie: In overleg met de VNG en verschillende gemeenten is vastgesteld dat de gegevens die door HHM zijn opgeleverd een goede inschatting geven van de verwachte effecten op landelijk niveau. Zie daarvoor ook het rapport GGZ-regio-overleggen van Bureau HHM. Pas na de indicatiestelling door het CIZ zal het echte beeld ontstaan. Mochten de realisaties afwijken van de ramingen dan zal op basis van de monitor een correctie worden doorgevoerd in 2021 en 2022.

44. Gemeentelijke monitor sociaal domein wordt gebruik als bron voor verrekening – deze klopt mogelijk niet, in ieder geval niet voor de gemeente Amsterdam (2.2.1)

Reactie: We zijn ons ervan bewust dat de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) niet volledig is. Dit is ook de reden waarom het onze voorkeur heeft dat het CIZ deze monitor uitvoert. Mocht het om juridische redenen echter niet mogelijk/in de tijd haalbaar zijn om de monitor bij het CIZ te beleggen, dan vragen we het CBS deze taak op zich te nemen. Het CBS moet hierbij gebruik maken van de GMSD. De VNG werkt parallel al aan de verbetering van de GMSD, zodat dit bestand in ieder geval voor één peildatum volledig is en vertraging wordt voorkomen.

45. Verdeelmodel 2020. Er ligt een advies van de werkgroep om dit in te laten gaan in 2022. De vraag is: wanneer gaat dit verdeelmodel in? (2.3.1)

Reactie: Zie antwoord op vraag 41. Het verdeelmodel is geen onderdeel van de besprekingen op de regionale tafels.

46. Beschermd wonen is uit de WtZi gehaald (bij overgang naar Wmo). Wordt Beschermd wonen nu terug ondergebracht in de WtZi of valt dat onder begeleiding?? Dit is heel relevant voor ons om de juiste toelating te hebben, en het is belangrijk om dit op tijd te weten (2.3.2)

Reactie: Instellingen die beschermd wonen aanbieden in het kader van de Wlz vallen onder de reikwijdte van de wtzi. Daarbij zal afzonderlijk worden bezien of zij worden toegelaten voor het leveren van behandeling. Voor beschermd wonen in het kader van de Wmo wordt geen verandering voorzien.

47. Wat is de definitie van Beschermd Wonen in de gemeentelijke monitor? (reactie op issue 1.4.2) Als er verschillende vormen van BW opgegeven worden krijg je een vertekend beeld. In het geval dat alle BW opgegeven zou moeten worden, wat betekent dat dan? Alleen klassiek? Of daadwerkelijk alles onder de noemer BW?

Reactie: Dit punt wordt meegenomen bij de uitwerking van de monitor.

48. Waarop zal de nacalculatie in het voorjaar van 2021 gebaseerd worden? Wordt er onderscheid gemaakt naar regio? Welke tarieven worden hierbij gehanteerd? (2.9.3)

Reactie: Bij de derde regionale tafel zal een concept uitwerking voorliggen. Dit stuk wordt daaraan voorafgaand ook bij de landelijke werkgroep geagendeerd. Eén van de uitgangspunten daarbij zal in ieder geval zijn dat er via een monitor inzicht komt op de uitstroom naar de Wlz op regionaal niveau.

Effecten cliënten

49. Regio Gooi- en Vechtstreek (SE): Verhuizing van cliënten nodig? Kan nu nog niet vast gesteld worden. Te vroeg. Later laten terugkomen als cliënten in beeld zijn. (1.4.7)

Reactie: Is aandachtspunt op de regionale tafels als de verschillende Wlz-doelgroepen in kaart zijn gebracht.

50. Welke concrete afspraken maken we met regionale partijen om het aantal verwachte cliënten beter in beeld te brengen? (1.7.9)
51. Potentiële cliëntgroepen die nog niet in beeld zijn: doorstroom vanuit forensische zorg, MO-groep, PGB en zorgmijders. Met name grijze/ingewikkelde groep lastig: LVB-clieënten zonder psychische diagnose en LVB-clieënten met gedragsproblematiek en (lichte) psychische problematiek. (1.1.2) en (1.4.6)
52. Forensische zorg die uiteindelijk uitstromen naar gewone BW-locaties (dus instroom veroorzaken) zijn moeilijk in beeld te brengen (1.9.5)
53. Doelgroep combinatie LVB / GGZ: Hoe groot is deze groep, en waar komt deze groep in terecht? Heldere definitie nodig. Deze groep krijgt (mogelijk) geen toegang tot Wlz door wijze van indicatiestelling. Groot aandeel in deze doelgroep die niet meewerkt aan diagnostiek, en voor veel overlast zorgt in de wijk. (1.1.5)
54. Cliënten met AWBZ-overgangsrecht zijn onvoldoende in beeld bij gemeenten (1.9.7)

Reactie:

Aan de hand van het overzicht zorgaanbieders en de cliëntschemen van CIZ zal worden bepaald welke cliënten benaderd moeten worden. Daarbij zullen de AWBZ-overgangsrecht cliënten ook in beeld komen. In regio Randstad zuid werd de suggestie gedaan om te gaan proefdraaien bij een zorgaanbieder. Voor groepen die nog niet bekend zijn zal op de regionale tafel bezien moeten worden of het aannemelijk is dat deze in de regio voorkomen en op welke wijze deze groep benaderd kunnen worden.

55. De doelgroep in het profiel 'Beveiligd wonen' is een issue wat betreft het aantal beschikbare behandelplekken. Vanuit veld wordt op dit moment al aangegeven dat er meer behoefte is aan zorg voor deze doelgroep. Mogelijk gaat er straks een groep over naar Wlz waar vraag en aanbod onvoldoende matchen (1.10.4)
56. ONVZ (IP) is er straks meer zorg nodig voor bepaalde cliëntprofielen? (1.4.5)

Reactie: Er zullen ook groepen zijn waarvan bekend is dat er nog onvoldoende aanbod is. In de regio zal moeten worden bezien of het aanbod wel aanwezig is en of deze aanbieders door het zorgkantoor gecontracteerd kunnen worden.

57. Ondersteuning van aanbieders door het CIZ bij het maken van inschatting toegang Wlz. (1.2-3 nr 4).
58. Indicatiecriteria concretiseren en nadenken over hoe deze te communiceren, zodat binnen de driehoek duidelijk wordt welke cliënten mogelijk wel/ niet naar de Wlz gaan. (Waarschijnlijk hebben aanbieders op dit moment geen realistisch beeld van hoeveel cliënten er mogelijk over gaan.) (1.7.5)
59. In hoeverre kunnen gemeenten, aanbieders en CIZ samen optrekken in de indicatiestelling? (1.7.7)
60. Behoeft aan verder specificatie indicatiecriteria CIZ (1.5.1)

Reactie: via de regionale relatiebeheerders zal het CIZ contact opnemen met de regionale zorgaanbieders (en gemeenten) over het toe leiden van cliënten naar het aanvraagproces Wlz. Om dit proces te ondersteunen kunnen de factsheet toegangscriteria Wlz, de cliëntschemen en het document afstemming beoordelingproces 2020 (wat nu door CIZ en een aantal gemeenten wordt gemaakt) behulpzaam zijn.

61. Bij een aantal gemeenten speelt er ook een transformatie-opdracht: waar wordt er wel/niet 24-uurs zorg geboden, en kunnen we het aantal locaties terugdringen? Graag aandacht hiervoor, dit loopt parallel. (1.1.3)

Reactie: Het is vooral aan gemeenten om te beoordelen of dit wellicht ook de plekken zijn waar cliënten wonen straks in aanmerking komen voor de Wlz. Wellicht kunnen zij overwegen om deze locaties niet af te stoten voor 2021.

62. De vraag die blijft staan is wie de verantwoordelijke is voor de diagnosestelling (want die is immers nodig voor de Wlz-indicatie). De zorgaanbieder heeft vaak geen psychiater in dienst (of andere discipline die mag diagnosticeren volgens DSM-V), de gemeente ook niet, het CIZ ook niet. Wie gaat dat dan regelen? Dit speelt bijvoorbeeld bij overgangsccliënten vanuit de AWBZ: deze zijn niet in beeld bij de gemeenten. De worden wel vanuit de Wmo gefinancierd, maar de gemeente 'kent' hen niet. Er zijn dan geen recente gegevens. (1.9.4)

Reactie: VWS zal CIZ vragen dit element te verhelderen bij het verschaffen van inzicht in het indicatieproces Wlz.

63. Een potentiële financiële prikkel richting de Wlz wordt besproken; zien we een kans dat zorgaanbieders straks bij voorkeur Wlz-clënten een plek bieden? Risico is dat de Wmo als minder lucratief gezien wordt. (1.1.7).
64. In welke mate hebben bepaalde aanbieders belang bij de overheveling van cliënten vanuit Wmo naar Wlz? Om hoeveel cliënten per aanbieder gaat het? Hoe voorkomen we strategisch gedrag? (1.7.4)
65. Perverse prikkel: Wlz tarieven zijn hoger dan Wmo tarieven. (1.9.3)

Reactie:

Dit onderwerp moet op de regionale tafels worden besproken en worden meegenomen bij de uitwerking van het (afgestemde) beoordelingsproces gemeenten/CIZ. Voorkomen moet worden dat toch teveel mensen bij het CIZ worden aangemeld en daar worden afgewezen (zie ook vraag 5).

66. Welke landelijke afspraken maken we mbt het overgangsrecht? (1.7.10)

Reactie: Het gaat hier met name om de vraag hoe cliënten worden geïnformeerd over de verlenging van het overgangsrecht beschermd wonen. Een aantal gemeenten heeft dit al gedaan. Per regio zal moeten worden geïnventariseerd wat de stand van zaken is en vervolgens een procedure worden afgesproken hoe we cliënten informeren vanuit de gemeenten. Dit kan mogelijk met een via de VNG afgestemde standaardbrief.

67. Hoe gaan we om met cliënten waarvan nog geen DSM-5 diagnose is, wie is verantwoordelijke en wie gaat diagnosestelling financieren? (2.4.3 & 2.7.4)

Reactie: Het CIZ kan geen indicatie afgeven als er geen diagnose is gesteld. Het is dus van belang dat het dossier op orde is en er een actuele diagnose is (zie verder [toelichting CIZ](#)). Als er nog geen diagnose is zal de huidige zorgaanbieder/behandelaar hiervoor moeten zorgen.

68. Hoe gaan we om met bemoeizorg? Hoe ziet het proces voor toeleiding naar de Wlz eruit voor mensen die in eerste instantie niet willen tekenen? (2.4.6)

Reactie: Voor wat betreft bemoeizorg zal er niets veranderen.

De Wlz-aanvraag moet door de cliënt ondertekend zijn, anders kan het CIZ (conform de Wlz) de aanvraag niet in behandeling nemen. Voor aanbieders is het dus van belang hier vroegtijdig over na te denken en bijvoorbeeld met de cliënt en zijn naasten in gesprek te gaan over een bewindvoerder of wettelijk vertegenwoordiger. Het CIZ en VWS zijn momenteel verschillende scenario's rond dit thema aan het uitwerken. Daarnaast zal hier over worden doorgepraat met de ggz-branches.

69. Hoe gaan we om met cliënten die niet gemotiveerd zijn om een aanvraag in te dienen, maar wel thuis horen in de WLZ? (2.5.1)

Reactie: Voor deze cliënten is het van belang dat de huidige zorgaanbieder in gesprek gaat met de cliënt en, indien van toepassing, zijn naasten.

70. Hoe om te gaan met cliënten die bewust PGB zorg krijgen omdat ze niet bij een aanbieder ondergebracht kunnen worden. (2.5.2 & 2.7.1)

71. In welke mate mogen cliënten PGB gebruiken vanuit de Wlz? (2.8.1)

Reactie: In de Wlz worden alle leveringsvormen voor deze doelgroep opengesteld, ook het pgb. Wel worden enkele voorwaarden gesteld en het zorgkantoor voert het bewust keuzegesprek. De gewaarborgde hulp zal waarschijnlijk voor elk zorgprofiel verplicht wordt geste. Momenteel zijn de gesprekken hierover met cliëntorganisaties en ZN gaande. Hierin wordt ook meegenomen welke ZZP's eventueel uitgesloten worden van pgb. De definitieve beslissing volgt eind september.

72. Hoe gaan we om met specifieke doelgroepen? (ouderen met psychische problemen, NAH+, verslavingszorg en asielzoekers met een psychiatrische beperking die een verblijfsvergunning hebben)? (2.8.3)

Reactie: De indicatiestelling van het CIZ vindt onafhankelijk en op uniforme wijze plaats. Iedereen wordt op dezelfde wijze getoetst middels dezelfde zorginhoudelijke toegangscriteria.

73. Er zijn cliënten in Beschermd wonen setting, die elke paar maanden behandeling nodig hebben. De vraag is of de klinische behandeling vanuit de Wlz indicatie gefinancierd kan worden of vanuit de Zvw. Wlz kan namelijk in principe niet naast andere financieringsstromen voorkomen. En in het geval dat er toch vanuit de Zvw gefinancierd wordt, vervalt dan de Wlz indicatie, en zou na elke klinische opname een nieuwe Wlz indicatie aangevraagd moeten worden? (2.1.1)

Reactie: Specifieke behandeling wordt vanuit de Wlz georganiseerd. Indien een cliënt een tijdelijke opname in een klinische setting nodig heeft (medisch noodzakelijk verblijf) wordt dat bekostigd vanuit de Zvw. De cliënt behoudt zijn Wlz-indicatie en zal na afloop van de Zvw-behandeling weer terugkeren naar de Wlz-setting.

74. Wat gebeurt er wanneer een cliënt de Wlz weigert, maar de zorgvraag wel te zwaar is voor de Wmo? (2.9.2)

Reactie: De zorgaanbieder/begeleider/behandelaar zal dan met de cliënt in gesprek moeten gaan om te bespreken waar de bezwaren liggen en ook uitleggen wat de gevolgen zijn als er geen Wlz-aanvraag wordt ingediend. De cliënt zal wel toestemming moeten geven voor een Wlz-aanvraag, behalve wanneer er een wettelijk vertegenwoordiger is.

75. Het is complex voor mensen om ze een handtekening te laten zetten. Mensen hebben niet altijd een mentor geregeld. Deze mensen kunnen niet altijd een gesprek voeren, omdat ze in de war zijn. Dat zijn juist de Wlz-clieënten. Hoe wordt voor deze groep de aanvraag geregeld? Dit scenario moet ook besproken worden en opgenomen worden in het proces. (2.2.2)

Reactie: De Wlz-aanvraag moet door de cliënt ondertekend zijn, anders kan het CIZ (conform de Wlz) de aanvraag niet in behandeling nemen. Voor aanbieders is het dus van belang hier vroegtijdig over na te denken en bijvoorbeeld met de cliënt en zijn naasten in gesprek te gaan over een bewindvoerder of wettelijk vertegenwoordiger. Het CIZ en VWS zijn momenteel verschillende scenario's rond dit thema aan het uitwerken. Daarnaast zal hier over worden doorgepraat met de ggz-branches.

Planning implementatieactiviteiten en samenhang werkgroepen

76. Er is behoefte aan een duidelijk tijdsplan en planning. Welke partijen doen wat en wanneer? Ook behoefte om werkgroepen hierin mee te nemen. Welke werkgroepen lopen er, wie zijn daarin vertegenwoordigd, wat leveren zij wanneer op en wat voor afspraken worden er gemaakt? (1.7.6) en (1.8.1)

Reactie: Het overzicht van de werkgroepen staat in het memo van VWS (Memo regionale tafels en landelijke werkgroep). De mijlpalen voor de zorgkantoren, CIZ, VWS en gemeenten staan in de presentatie tijdsplan implementatie. VWS zal dit aanvullen met de concrete producten (in de tijd) onder meer met betrekking tot communicatie. Tijdens de tweede regiotafel wordt de eerste versie van het landelijke communicatieplan besproken. Dat plan wordt in de zomer verder aangevuld en aangescherpt en opnieuw besproken tijdens de derde regiotafel bijeenkomst. Daarnaast komt er een spoorboekje per regiotafel opgesteld door Q-consult, dat met de regiotafel verder aangevuld en aangescherpt zal moeten worden.

77. Doorlooptijd. Het moment dat we cliëntschemen krijgen, daarna hebben we een hele korte periode tot einde van het jaar. Ook in combinatie met afloop inkoopcontract (per 2020 nieuwe contracteerronde). Terwijl er voor een cliënten groep in de Wmo aflopende indicatie-periode is. (1.2-3, nr 2)

Reactie: Cliëntschemen komen eind juni (dan is ook de toelichting op de toegangscriteria Wlz beschikbaar). Ook de aanzet met betrekking tot het gezamenlijk proces van beoordeling is dan gereed (CIZ/gemeenten). Aan de hand van deze documenten kan het overleg met de CIZ/gemeenten/ aanbieders worden gestart op welke wijze de cliënten worden benaderd.