Eindrapportage Pilot Wlz -CIZ

Levensloopcliënten regio Rotterdam in de Wlz

Jalissa Zweistra

5-11-2026

Levensloop aanpak

Fivoor

Inhoud

1. Inleiding **2**
1.1 Achtergrond 2
1.1.1 Overzicht clientpopulatie 2
1.1.2 Kenmerken en zorgbehoefte van de doelgroep 3

2. Bevindingen uit de pilot **5**
2.1 Grondslagkeuze VG bij ontbrekende levensloopinformatie 5
2.2 Positionering tussen GGZ en VG 6
2.3 Zorgmijding als belemmerende factor 6
2.4 Noodzaak van beschermingsmaatregelen (mentorschap, curatele) 6
2.5 Afweging rondom het indienen van een Wlz-aanvraag 7
2.6 Het verzilveren van Wlz-indicaties 7
2.7 Verschil tussen Wlz-aanvragen voor levensloopcliënten en reguliere Wlz-aanvragen 7

3. Aanbevelingen en conclusie **9**
3.1 Aanbevelingen 9
3.2 Conclusie positionering van de Wlz voor levensloopcliënten 11
Bijlage 1. Omschrijving categorieën profielen 12
Bijlage 2. Voorbeeld format begeleidende brief 14

1. Inleiding

Deze pilot is uitgevoerd in opdracht van de landelijke Levensloopaanpak. De landelijke ambassadeurs van de Levensloopaanpak traden hierbij op als opdrachtgever en leggen verantwoording af aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (JenV).

Met deze pilot onderzoeken we in hoeverre levensloopcliënten toegang kunnen krijgen tot de Wet langdurige zorg (Wlz). De pilot richt zich op het aanvraag- en indicatieproces en heeft als doel knelpunten en mogelijkheden inzichtelijk te maken die van invloed zijn op de toegang tot een Wlz-indicatie voor cliënten die mogelijk tot de doelgroep van de Wlz behoren. Levensloopcliënten vormen een complexe doelgroep met langdurige psychiatrische problematiek, verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking, veelal gepaard gaand met ernstige gedragsproblemen en een verhoogd risico op gevaar voor zichzelf of hun omgeving.

Binnen de pilot is inzicht verkregen in de inhoudelijke, juridische en uitvoeringsmatige toepasbaarheid van de Wlz aanvraag en afgifte van de indicatie voor deze doelgroep. Door per casus het Wlz-aanvraagproces heel nauwgezet te doorlopen in afstemming met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zijn zowel knelpunten als mogelijke oplossingen binnen dit proces inzichtelijk geworden. Het uiteindelijke doel is om inzicht te verkrijgen in de mate waarin levensloopcliënten die inhoudelijk passen binnen de Wlz, ook daadwerkelijk toegang kunnen krijgen tot de Wlz.

1.1 Achtergrond

Alvorens de resultaten van de pilot te beschrijven, starten we in dit hoofdstuk met een beschrijving van de doelgroep waarop de pilot betrekking had. We geven achtereenvolgens cijfermatig inzicht in de clientpopulatie en een toelichting op de kenmerken en zorgbehoefte van de doelgroep.

1.1.1 Overzicht clientpopulatie

Bij de start van de pilot waren er 41 levensloopcliënten bij Ambulant Centrum (AC) Rotterdam van Fivoor. Gedurende de looptijd is dit aantal toegenomen tot 51 cliënten. Hieronder een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot de aanvraag en toekenning van een Wlz-indicatie binnen deze groep:

- Voor 12 cliënten is gedurende de pilot een Wlz-indicatie afgegeven. Voor 4 casussen loopt momenteel nog een aanvraag. Van 2 casussen waar een Verstandelijk Gehandicaptenzorg (VG)-indicatie is aangevraagd, is een Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-wonen grondslag door het CIZ toegekend. Details worden nader toegelicht in de bevindingen.

- Van de 12 cliënten waar de Wlz-indicatie is toegekend wordt hij door 8 cliënten niet verzilverd. Verzilverd betekent dat hoewel een zorgaanbieder de zorg vergoed zou kunnen krijgen er geen zorgaanbieder de woonzorg voor deze cliënt op zich kan nemen door de

complexe zorgvraag. Deze cliënten zijn dakloos, verblijven in de maatschappelijke opvang of in een klinische setting.

- 14 levensloopcliënten beschikten al over een Wlz-indicatie voorafgaand aan de pilot, daarvan hebben: 10 cliënten een Wlz-indicatie zonder passende woonzorgplek. Bij deze groep is de Wlz-indicatie voor 8 cliënten niet verzilverd en voor 2 cliënten de woonlocatie niet passend. Deze Wlz-indicatie is niet verzilverd vanwege de complexiteit van de zorgvraag.

- 4 cliënten hadden zowel een Wlz-indicatie als een passende woonplek.

- Voor 7 levensloopcliënten moet het verdere traject nog worden bepaald, gezien zij recent zijn geïncludeerd in de pilot. Mogelijk wordt voor deze cliënten later nog een Wlz-indicatie aangevraagd.

- Voor 7 levensloopcliënten is de Wlz op dit moment niet toegankelijk of opgeschort vanwege lopende juridische trajecten, die bepalend zijn voor de langdurige financiering van de zorg. Het betreft: 4 cliënten in afwachting van hoger beroep bij een opgelegde maatregel tot terbeschikkingstelling (tbs). Daarvan hebben er 2 cliënten een Wlz.

- 3 cliënten met een justitiële titel die nog verblijven in een penitentiaire inrichting (PI), klinische setting of setting voor beschermd wonen (BW) voor een langere duur.

- 5 levensloopcliënten ontvangen ondersteuning binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), wat op basis van hun huidige functioneren en ondersteuningsbehoefte momenteel passend wordt geacht.

1.1.2 Kenmerken en zorgbehoefte van de doelgroep

Hoewel formele vaststelling van de Wlz-indicatie via het CIZ plaatsvindt, laten de levensloopcliënten in hun functioneren en zorgbehoefte kenmerken zien die in veel gevallen aansluiten bij de criteria voor de Wlz. Er is sprake van een blijvende en langdurige behoefte aan zorg, nabijheid, toezicht en on-planbare zorg, voortkomend uit complexe psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen en/of ernstige gedragsstoornissen. Hoewel hun functioneren kan wisselen, met periodes van stabiliteit afgewisseld door ontregeling, is er sprake van een structureel en duurzaam risico op onveiligheid, maatschappelijke teloorgang en het wegvallen van basisvaardigheden. Deze zorgbehoefte is chronisch van aard. De levensloopcliënten vormen een diverse groep, maar delen een gemeenschappelijke, complexe zorgvraag. Hun situatie wordt vaak bemoeilijkt door een samenloop van psychische, juridische en maatschappelijke factoren. De praktische invulling van zorg (plaatsing, begeleiding en juridische kaders) vraagt om maatwerk en voortdurende afstemming tussen verschillende instanties. Soms is stapelzorg noodzakelijk. Bij deze doelgroep komen structureel meerdere stelselwetten samen. Naast levensloopcoördinatie is vaak sprake van ambulante of klinische behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw,) wisselend met een forensische titel op basis van de Wet forensische zorg (Wfz) of de noodzaak tot overbrugging binnen de Wmo (bijvoorbeeld via nachtopvang, woonbegeleiding). Opvallend is dat ondanks de zorgbehoefte van de levensloopcliënten, die

volgens Fivoor binnen de langdurige zorg past, slechts de helft over een Wlz-indicatie beschikt. In deze pilot gaan we verkennen of het aanvraag- en toekenningsproces van een Wlz-indicatie daar mede de oorzaak van is.

In **bijlage 1** is er een overzicht te vinden van de categorieën per profiel.

2. Bevindingen uit de pilot

Binnen de pilot zijn verschillende inhoudelijke en procesmatige knelpunten naar voren gekomen die invloed hebben op de aanvraag en toekenning van een Wlz-indicatie voor levensloopcliënten.

2.1 Grondslagkeuze VG bij ontbrekende levensloopinformatie

Binnen de pilot is in meerdere casussen gebleken dat het ontbreken van informatie over het functioneren vóór het 18e levensjaar het onderbouwen van een VG-grondslag bemoeilijkt. In twee casussen is er geen grondslag VG vastgesteld, maar wel een grondslag GGZ, hoewel de betrokken zorgprofessionals vanuit Fivoor inschatten dat de cliënt inhoudelijk beter past binnen een VG-setting. Dit doet zich met name voor bij cliënten met langdurig zorgmijdend gedrag of bij cliënten die op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen, waardoor eerdere diagnostiek, behandelgeschiedenis en levensloopinformatie ontbreken. In de beleidsregels van het CIZ is niet vastgelegd dat bij het ontbreken van informatie van vóór het 18e levensjaar per definitie geen VG-grondslag kan worden afgegeven. Soms is een intelligentietest nog niet afgenomen voor de 18e verjaardag, maar is op grond van de ontwikkelingsanamnese van de persoon aannemelijk dat de beperkingen reeds voor het 18e levensjaar aanwezig waren en kan worden uitgesloten dat er andere oorzaken zijn voor een achteruitgang in cognitief functioneren na het 18e levensjaar. Er kan dan alsnog een VG-grondslag worden vastgesteld. De beoordeling door het CIZ blijft casusafhankelijk.

Om de VG-grondslag toe te kennen is het wel essentieel dat in de aanvraag duidelijk wordt beschreven dat de beperkingen in het cognitief en adaptief functioneren op vroege ontwikkelingsleeftijd zijn ontstaan (SEO, ADAPT). In de praktijk blijkt dit echter lastig te onderbouwen wanneer deze informatie ontbreekt of wanneer er geen diagnostiek beschikbaar is als gevolg van zorgmijdend gedrag of opgegroeid in het buitenland. Wanneer dat niet aangetoond kan worden en er is een psychiatrische aandoening aan de orde wordt er door het CIZ een GGZ-grondslag toegekend. Een VG-zorgprofiel kan alleen worden vastgesteld als de VG de boventoon voert in de zorgbehoefte en die past binnen de expertise van VG-zorg.

Wanneer het niet mogelijk is om een VG-grondslag af te geven, maar door de zorg wel als passend wordt gezien, is het mogelijk om hierover contact op te nemen met het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft een vertaaltabel ontwikkeld voor het omzetten van zorgprofielen. Hierin staat niet dat het mogelijk is om een Wlz GGZ-profiel om te zetten naar een VG-profiel. Er staat wel bij dat er de mogelijkheid bestaat om, indien een gewenste omzetting niet in de tabel voorkomt, op basis van inhoudelijke motivatie contact op te nemen met het zorgkantoor om te kijken wat er administratief mogelijk is. Het vergemakkelijkt het gehele proces als er van tevoren al een aanbieder bekend is die op inhoud akkoord is. Hoewel de wet ruimte biedt voor cliënten met gecombineerde VG- en GGZ-problematiek om toegang te krijgen tot de Wlz, blijkt het in de praktijk vaak zeer lastig voor een zorgaanbieder om aan de wettelijke criteria te voldoen. Op papier vormt het toepassen van de Wet zorg en dwang (Wzd) binnen een GGZ-profiel of de inzet van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) binnen een VG-profiel geen belemmering, maar in

de praktijk leidt dit regelmatig tot uitvoeringsvraagstukken omdat het niet haalbaar is voor instellingen om beide dwangwetten uit te voeren naast elkaar.

2.2 Positionering tussen GGZ en VG

Bij een groot deel van de levensloopcliënten is sprake is van cognitief verval, waardoor zij inhoudelijk mogelijk beter passen binnen de VG-zorg, maar ook GGZ-zorg nodig hebben. Dit maakt dat een aanzienlijk aantal cliënten zich in de uitvoeringspraktijk bevindt in het spanningsveld tussen GGZ en VG. De zorgprofielen zijn sectoraal opgebouwd en dit geeft knelpunten in de praktijk en daarnaast is het combineren van de wettelijke kaders voor zorgaanbieders een grote uitdaging. Het bemoeilijkt het vinden van passende zorg voor cliënten in dit spanningsveld. Deze cliënten hebben regelmatig expertise vanuit beide sectoren nodig, en soms ook van meerdere wetten. Het is van belang dat de cliënt de zorg krijgt waar deze behoefte aan heeft, waarbij zijn of haar zorgbehoefte leidend moet zijn, met voldoende expertise vanuit de zorgaanbieders.

2.3 Zorgmijding als belemmerende factor

Een wezenlijk kenmerk van de doelgroep is zorgmijding, wat directe gevolgen heeft voor de aanvraag en toekenning van een Wlz-indicatie. Levensloopcliënten werken regelmatig niet mee aan behandeling of staan niet open voor een Wlz-aanvraag vaak vanuit wantrouwen richting instanties of angst voor het zorgsysteem. Het ontbreken van medewerking aan behandeling heeft tot gevolg dat actuele diagnostiek vaak ontbreekt, terwijl deze noodzakelijk is voor een goed onderbouwde Wlz-aanvraag en het vaststellen van de juiste grondslag. Dit leidt in de praktijk tot vertraging en onzekerheid in het aanvraagproces.

2.4 Noodzaak van beschermingsmaatregelen (mentorschap, curatele)

Binnen een aanzienlijk deel van de casuïstiek blijkt dat cliënten niet in staat zijn om zelfstandig weloverwogen beslissingen te nemen ten aanzien van hun zorg en financiën. In deze situaties is een beschermingsmaatregel, zoals mentorschap of curatele, noodzakelijk om een Wlz-aanvraag mogelijk te maken. In de praktijk wordt deze noodzaak tijdens de pilot door de hulpverlening, netwerk niet altijd tijdig erkend, waardoor vertraging ontstaat in het starten van het Wlz-aanvraagtraject. De pilot onderstreept het belang van een vroegtijdige beoordeling van wilsbekwaamheid, zodat waar nodig tijdig een passende beschermingsmaatregel kan worden aangevraagd en onnodige vertraging wordt voorkomen om de juiste indicatie te kunnen krijgen voor verblijfzorg.

2.5 Afweging rondom het indienen van een Wlz-aanvraag

Het bepalen van het juiste moment voor het indienen van een Wlz-aanvraag blijkt complex, met name door het wisselende functioneren van cliënten. Daarbij spelen externe factoren een belangrijke rol, zoals lopende juridische trajecten of behandelprocessen die eerst moeten worden afgewacht. In andere situaties verblijven cliënten tijdelijk op basis van de Wmo, waarbij een overgang naar de Wlz kan leiden tot het verlies van bestaande woon- of dagbestedingsvoorzieningen. Deze omstandigheden zorgen in de praktijk voor terughoudendheid bij professionals en leiden tot uitstel en onzekerheid in de besluitvorming rondom de inzet van de Wlz.

2.6 Het verzilveren van Wlz-indicaties

Bij een Wlz-aanvraag kan een cliënt een voorkeursaanbieder aangeven. Wanneer deze aanbieder bekend is, wijst het zorgkantoor de cliënt na ontvangst van de indicatie toe aan deze aanbieder en registreert deze als dossierhouder. De dossierhouder is, samen met het zorgkantoor, verantwoordelijk voor het tijdig organiseren van passende (overbruggings)zorg en de communicatie hierover met de cliënt. In de praktijk blijkt echter dat Wlz-indicaties voor cliënten met complexe problematiek niet altijd kunnen worden verzilverd, omdat geen passende zorgaanbieder beschikbaar is die de benodigde zorg kan leveren (zie cliëntenoverzicht). Hierdoor komt het regelmatig voor dat cliënten dakloos raken, langdurig verblijven in de maatschappelijke opvang of aangewezen blijven op een klinische opname ter voorkoming van een crisis. In dergelijke situaties is tijdige opschaling naar het zorgkantoor noodzakelijk om passende zorg en huisvesting te realiseren.

2.7 Verschil tussen Wlz-aanvragen voor levensloopcliënten en reguliere Wlz-aanvragen

Het Wlz-aanvraagproces voor levensloopcliënten wijkt op meerdere punten af van reguliere aanvragen. Opvallend is dat de voorbereidingsfase bij deze doelgroep aanzienlijk langer is. Waar reguliere aanvragen doorgaans binnen een week kunnen worden ingediend bij het CIZ, duurt het bij levensloopcliënten gezien hun complexiteit vaak meerdere maanden voordat het dossier compleet is en een aanvraag daadwerkelijk kan worden ingediend.
Dit verschil hangt samen met een aantal kenmerkende factoren. Allereerst is er bij een groot deel van de levensloopcliënten sprake van zorgmijding. Cliënten werken regelmatig niet mee aan diagnostiek, behandeling of het ondertekenen van machtigingsformulieren. Dit bemoeilijkt het verzamelen van de benodigde informatie en maakt het opstellen van een volledig en onderbouwd dossier aanzienlijk complexer dan bij reguliere cliënten.
Daarnaast is er vaker sprake van complexe juridische afhankelijkheden. In veel gevallen is een beschermingsmaatregel, zoals mentorschap of curatele, noodzakelijk om een Wlz-aanvraag te kunnen indienen. Dit hangt samen met het feit dat cliënten niet altijd wilsbekwaam zijn om zelf een

beslissing te nemen of geen toestemming willen geven voor de aanvraag. Bij reguliere aanvragen is dit minder frequent het geval, omdat cliënten meestal instemmen of al beschikken over passende wettelijke vertegenwoordiging.
Ook zie je dat voor deze complexe doelgroep vaker een aanvullende beoordeling door een medisch adviseur van het CIZ nodig wordt geacht om de Wlz-aanvraag te kunnen beoordelen, waardoor de doorlooptijd van de aanvraag wordt verlengd. Dit valt dan wel binnen de wettelijke beoordelingstermijnen.
Tot slot vraagt het aanvraagproces bij levensloopcliënten om een hogere mate van coördinatie en interne afstemming. Door de complexiteit van de doelgroep en de wisselende omstandigheden is intensieve samenwerking nodig tussen casemanagers, het indicatiebureau en juridische ondersteuning. Daarnaast ontbreken in de praktijk regelmatig essentiële basisgegevens, zoals identiteitsdocumenten, wat het proces verder vertraagt.

3. Aanbevelingen en conclusie

3.1 Aanbevelingen

Adviezen/procesverbeteringen die nodig zijn om het indicatieproces van een levensloopcliënt te doorlopen blijkend uit de pilot Wlz zijn:

1.Borg inzet van Portero/ Apoyo als voorkeursroute voor Wlz-aanvragen

Het is wenselijk om Wlz-aanvragen via Portero/ Apoyo in te dienen in plaats van per post. Dit draagt bij aan een volledige en uniforme informatievoorziening, versnelt de behandeling door het CIZ en vermindert het aantal aanvullende informatieverzoeken.

2.Gebruik een begeleidende brief als onderbouwing bij een Wlz aanvraag

Het gebruik van een begeleidende brief bij Wlz-aanvragen vergroot de kwaliteit en volledigheid van aanvragen, vermindert interpretatieverschillen en beperkt de noodzaak tot aanvullende informatieverzoeken, wat bijdraagt aan een efficiënter beoordelingsproces. Hierbij is het van belang dat de brief wordt ondertekend door een ter zake kundige en een beeld schetst van het beloop van de zorg, de ingezette interventies, het effect daarvan en de verwachting voor de toekomst. Zie in **bijlage 2** de begeleidende brief.

3.Verken alternatieven voor CEP-lijsten bij VG7-aanvragen

Voor VG7-aanvragen zijn zogenaamde CEP-lijsten vereist, terwijl dit vaak alleen maar kan als een cliënt langdurig in beeld is. Binnen langdurige klinische opnames is dit haalbaar, maar voor cliënten in ambulante zorg een uitdaging. Momenteel wordt er door het CIZ gekeken of andere beoordelingsinstrumenten mogelijk zijn. Bij CIZ zijn signalen over het Consensusprotocol Ernstig Probleemgedrag (CEP) bekend. In het veld worden andere beoordelingsinstrumenten verkend.

4.Mogelijkheden inrichting van persoonlijk contact

Adviseer om bij cliënten waarbij een huisbezoek niet haalbaar is (bijvoorbeeld door zorgmijding of geen vaste woonplaats), actief alternatieven toe te passen, zoals een afspraak op een andere locatie, telefonisch met de wettelijk vertegenwoordiger of een naaste. Dit voorkomt onnodige vertraging zonder afbreuk te doen aan de zorgvuldigheid van de beoordeling.

5.Maak gebruik van alternatieve verificatie via een tweede bron

Naast het persoonlijk contact met cliënten of wettelijke vertegenwoordiger is een tweede born ter verificatie noodzakelijk. Deze informatie kan via netwerk of zorgaanbieder verkregen worden.

6.Zet structureel relatiebeheer vanuit het CIZ in

Het inzetten van vaste relatiebeheerders bevordert korte lijnen, inhoudelijke afstemming en een snellere afhandeling van complexe aanvragen.

7.Organiseer vaste coördinatiepunten voor Wlz-aanvragen bij de zorgaanbieder

De inzet van vaste aanspreekpunten, zoals bijvoorbeeld een indicatiebureau, wordt aanbevolen. Door Wlz-aanvragen via een beperkt aantal vaste collega's te laten verlopen, ontstaat een duidelijk coördinatiepunt voor het monitoren van aanvragen. Dit draagt bij aan kwaliteitsborging, meer uniformiteit en gerichte kennisopbouw. Daarnaast is de ervaring dat dit leidt tot snellere afhandeling van aanvragen, tijdige beantwoording van vragen vanuit het CIZ en de ontwikkeling van specialistische expertise rondom complexe Wlz-casuïstiek, wat de kwaliteit en efficiëntie van de indicatiestelling verder versterkt.

8.Maak gebruik van 'Het Juiste Loket' bij domeinoverstijgende vraagstukken

Het Juiste Loket biedt onafhankelijk advies bij vraagstukken rondom Wlz, Wmo, Zvw en de Jeugdwet en kan ondersteunend zijn bij complexe casuïstiek.

9.Verduidelijk de positie van onverzekerde cliënten in relatie tot de Wlz

Voor een Wlz-indicatie is geen zorgverzekering vereist. Indien iemand ingezetene is van Nederland, kan de persoon aanspraak maken op Wlz-zorg, ook zonder zorgverzekering. Dit kan bijvoorbeeld van toepassing zijn bij een cliënt met soevereine gedachtes.

10.Versterk de ruimte voor professionele beoordeling bij ontbrekende diagnostiek en levensloopinformatie

De pilot laat zien dat het ontbreken van historische diagnostiek en levensloopinformatie een belangrijke belemmering vormt bij het verkrijgen van een passende Wlz-indicatie. Dit speelt met name bij levensloopcliënten die langdurig zorgmijdend zijn geweest, op latere leeftijd naar Nederland zijn gekomen of gedurende hun leven beperkt in beeld zijn geweest bij zorginstanties. Hierdoor ontbreekt regelmatig de informatie die nodig is om een grondslag, met name een VG-grondslag, volgens de huidige criteria te onderbouwen. Tegelijkertijd blijkt dat behandelaars en andere betrokken specialisten op basis van observaties, ontwikkelingsanamnese, het langdurige zorgverloop en hun professionele expertise vaak wel tot een goed onderbouwde inschatting van de grondslag en blijvende zorgbehoefte kunnen komen. De huidige beoordelingssystematiek is sterk afhankelijk van beschikbare diagnostiek, medewerking van cliënten en een voldoende gedocumenteerde voorgeschiedenis. Voor levensloopcliënten zijn deze uitgangspunten echter niet altijd haalbaar. De pilot laat zien dat de grootste belemmering voor toegang tot de Wlz bij deze doelgroep vaak niet de zorgbehoefte zelf is, maar het ontbreken van de formele bewijslast om deze zorgbehoefte aan te tonen. Daarom wordt aanbevolen te kijken naar de wettelijke kaders, omdat deze onvoldoende ruimte bieden om bij de beoordeling van complexe en langdurige zorgvragen rekening te houden met situaties waarin objectieve diagnostische gegevens redelijkerwijs niet meer beschikbaar zijn. De pilot laat zien dat juist bij deze doelgroep historische informatie vaak ontbreekt, terwijl de zorgbehoefte en beperkingen in het dagelijks functioneren evident aanwezig zijn. Concreet betekent dit dat het de moeite waard is te onderzoeken of binnen de bestaande wet- en regelgeving, of door aanpassing daarvan, meer gewicht kan worden toegekend aan het huidige functioneren, het langdurige zorgverloop en de onderbouwde beoordelingen van betrokken deskundigen die de cliënt langdurig volgen. Op die manier kan worden voorkomen dat cliënten die inhoudelijk passen binnen

de Wlz alsnog vastlopen door ontbrekende historische informatie en daardoor geen toegang krijgen tot de voor hen passende langdurige zorg.

3.2 Conclusie positionering van de Wlz voor levensloopcliënten

De pilot laat zien dat het mogelijk is om voor levensloopcliënten een Wlz-indicatie te verkrijgen. Tegelijkertijd blijkt dat dit in veel gevallen alleen haalbaar is wanneer aanvragen zeer zorgvuldig worden voorbereid en betrokken professionals aanzienlijk investeren in aanvullende diagnostiek, onderbouwing, afstemming en begeleiding gedurende het aanvraag- en indicatieproces.
De resultaten laten zien dat de zorgbehoefte van levensloopcliënten vaak aansluit bij Wlz-zorg. Tegelijkertijd blijkt het verkrijgen van een Wlz-indicatie voor deze doelgroep niet vanzelfsprekend. Factoren zoals zorgmijding, complexe psychiatrische en gedragsproblematiek, de samenloop van verschillende wettelijke kaders en de noodzaak tot aanvullende medische beoordeling kunnen het aanvraag- en beoordelingsproces aanzienlijk bemoeilijken en vertragen.
De pilot maakt inzichtelijk welke inspanningen, randvoorwaarden en samenwerkingsafspraken nodig zijn om voor deze doelgroep tot een succesvolle Wlz-aanvraag en indicatiestelling te komen. Daarbij blijken maatwerk, een zorgvuldig opgebouwd dossier, tijdige afstemming tussen betrokken partijen en een cliëntgerichte benadering belangrijke succesfactoren.
Het uiteindelijke doel van de pilot was om inzicht te verkrijgen in de mate waarin levensloopcliënten die inhoudelijk passen binnen de Wlz, ook daadwerkelijk toegang kunnen krijgen tot een Wlz-indicatie. De pilot laat zien dat dit mogelijk is, maar dat hiervoor vaak substantiële aanvullende inspanningen van zowel professionals als betrokken organisaties noodzakelijk zijn. De grootste belemmering blijkt daarbij niet altijd de zorgbehoefte zelf, maar vooral het verzamelen van voldoende onderbouwing en bewijslast om deze binnen de huidige kaders aan te tonen.
Een aanvullende observatie buiten de primaire doelstelling van de pilot is dat een afgegeven Wlz-indicatie niet automatisch leidt tot directe plaatsing bij een passend zorgaanbod. Hoewel de verzilvering van de indicatie geen onderdeel vormde van deze pilot, is in 18 casussen zichtbaar geworden dat de beschikbaarheid van passend woonzorgaanbod een belangrijk aandachtspunt blijft voor deze doelgroep. Het ontbreken van toegang tot de Wlz en/of het ontbreken van een geschikte grondslag leidt tot schrijnende en onveilige situaties waarbij de bestaanszekerheid van deze doelgroep tot ver onder het bestaansminimum zakt. De doelgroep is in veel gevallen te zwaar voor de voorzieningen die horen bij de Wmo. Sterker nog, ook binnen de Wlz heeft een groot deel van de doelgroep geen passend woonzorgaanbod. Een passend profiel en bijbehorend woonaanbod is ook binnen de Wlz niet voorhanden voor deze groep.

Bijlage 1. Omschrijving categorieën profielen

Categorie	Kern van de situatie	Belangrijkste kenmerken	Gevaarsrisico
1. Cliënten in het voortraject van Wlz (aanvraagfase)	Cliënten bevinden zich in een kwetsbare en instabiele situatie tijdens het aanvraagproces.	• Geen vaste woonplek (dakloos, opvang) of in een kliniek met een Zvw-kader. • Onvoldoende of ontbrekende diagnostiek. • Vaak nog geen wettelijk vertegenwoordiger om de Wlz-aanvraag te ondertekenen. • Complexe problematiek (zorgmijding, agressie, moeilijk plaatsbaar), waardoor instellingen hen soms weigeren. • Zorgzwaarte van de Wlz die is afgegeven is niet altijd passend, indicatie moet verhoogd worden.	Hoog gevaarsrisico. Door instabiliteit, dakloosheid, zorgmijding en gebrek aan structuur is er een groot risico op snelle ontregeling, agressie-incidenten, maatschappelijke teloorgang en veiligheidsrisico's voor cliënt en omgeving.
2. Cliënten met toegekende Wlz-indicatie zonder passende plaatsing	Wlz is toegekend, maar passende huisvesting ontbreekt.	• Vaak afhankelijk van nachtopvang. • Verblijf in een klinische setting. • Lange wachttijden voor passende woonplekken. • Overbruggingstrajecten noodzakelijk. • Complexe problematiek (zorgmijding, agressie, moeilijk plaatsbaar). • Betrokkenheid van CCE en/of cliëntenondersteuning komt voor.	Hoog gevaarsrisico. Dit risico wordt primair veroorzaakt door het ontbreken van een passende woon- en zorgplek, ondanks een toegekende Wlz-indicatie. Hierdoor ontbreekt structurele begeleiding en passend toezicht, wat leidt tot een verhoogd risico op terugval, crisisopnames, agressie, overlast, dakloosheid en escalatie van psychiatrische symptomen.
3. Cliënten met Wlz en passende plaatsing	Cliënten wonen op een plek die aansluit op hun zorgbehoefte.	• Stabiele woonomgeving (GGZ, VG, begeleid wonen). • Dagelijkse begeleiding en toezicht op maat.	Laag tot matig gevaarsrisico. De situatie is hanteerbaar dankzij een stabiele omgeving, maar blijvende begeleiding blijft noodzakelijk om terugval en ontregeling te voorkomen.

Categorie	Kern van de situatie	Belangrijkste kenmerken	Gevaarsrisico
4. Cliënten waarbij de Wlz op dit moment niet toereikend is.	Juridische kaders bepalen het zorg- en verblijfsarrangement.	• Afwachting hoger beroep tbs • Justitieel kader	Zeer hoog intrinsiek gevaarsrisico, momenteel beheerst. Deze cliënten vallen onder een justitieel kader vanwege een verhoogd gevaarsrisico. Door plaatsing binnen een beveiligd en juridisch gestuurd kader is het actuele risico op dit moment beheersbaar. Voortzetting van dit kader is op dit moment noodzakelijk ter bescherming van zowel cliënt als samenleving en ter voorkoming van incidenten.
5. Cliënten met een Wmo of justitiemaatregel	Huidige functioneren past (voor nu) binnen Wmo of op een woonvorm waar ze forensische zorg bieden.	• (Beschermd) zelfstandig wonen of verblijf bij familie. • Dynamisch beeld, mogelijk later Wlz-aanvraag toch nodig.	Laag tot matig gevaarsrisico, dat fluctueert. Zonder passende ondersteuning kan de situatie snel verslechteren, met risico op ontregeling, overlast of terugval naar zwaardere zorg. Deze groep vraagt om actieve monitoring.

Bijlage 2. Voorbeeld format begeleidende brief

CIZ
Postbus 2690
3500 GR Utrecht

Locatie:
Contactpersoon
Datum
Ons kenmerk
Begeleidende brief Wlz aanvraag de heer
Bijlage(n)
[Bijlagen]

Geachte heer, mevrouw,

Voor mevrouw/meneer --, geboren -- en wonende te -- wordt een Wlz indicatie aangevraagd. Deze brief dient ter ondersteuning van deze aanvraag.

Reden van aanvraag

Onderbouwing
Toelichting op de noodzaak van blijvende, intensieve zorg met nadruk op nabijheid, regieproblemen en het levenslange karakter. Beschrijf concreet waarom 24-uurs beschikbaarheid of toezicht noodzakelijk is en welke risico's ontstaan bij het wegvallen van ondersteuning.

Diagnose
DSM-5 classificaties:
Overzicht van relevante DSM-5 classificaties
Beschrijvende diagnose:
Gericht op het huidige functioneren en de impact op het dagelijks leven.

Behandelgeschiedenis
Samenvatting van eerdere en huidige behandelingen en het effect daarvan. Geef aan in hoeverre behandeling leidt tot verbetering en waarom blijvende ondersteuning nodig blijft.

Prognose
Inschatting van het te verwachten beloop, met nadruk op het al dan niet blijvend aangewezen zijn op intensieve zorg.

Nabijheid:
Mate waarin directe beschikbaarheid van zorgverleners noodzakelijk is om escalatie of ernstig nadeel te voorkomen.

Regie:
Beschrijving van het vermogen van betrokkene om zelf regie te voeren en de mate waarin overname van regie door professionals nodig is.

Adaptieve vaardigheden (optioneel)
Beschrijving van het functioneren op praktische, sociale en conceptuele vaardigheden in het dagelijks leven.

Dagstructuur en dag- en nachtritme (optioneel)
Inzicht in het vermogen om zelfstandig structuur aan te brengen en te behouden.

Financiën en administratie (optioneel)
Mate van zelfstandigheid en noodzaak tot ondersteuning of overname.

Huishoudelijke taken en persoonlijke verzorging (optioneel)
Beschrijving van zelfredzaamheid en benodigde ondersteuning.

Middelengebruik (optioneel)
Indien van toepassing: aard en invloed op functioneren en zorgbehoefte.

Sociaal functioneren (optioneel)

Nabijheid, regie en levenslang
Onderbouwing waarom de zorgbehoefte blijvend van aard is.

Risico’s wanneer hulpverlening stopt
Concrete beschrijving van risico’s zoals verwaarlozing, maatschappelijke teloorgang, gevaar voor betrokkene of omgeving.

Probleemgedrag
Beschrijving van gedrag dat leidt tot risico’s of overbelasting van de omgeving.

Overbelastheid zorgnetwerk
Inzicht in de draagkracht van het netwerk en de druk die op hen ligt.

Aansluiting op behandelfase
Toelichting waarom Wlz-zorg passend is, ook indien behandeling nog loopt.

Samenvatting en advies
Korte integrale conclusie met een duidelijk advies richting Wlz-indicatie.

Huisbezoek/Beoordelingsgesprek met het CIZ
Indien van toepassing: beschrijving van (verwacht) beoordelingsgesprek of huisbezoek door het CIZ en aandachtspunten hierbij, zoals communicatie, belastbaarheid en benodigde aanwezigheid van begeleiding.

Met vriendelijke groet,
Ambulant Centrum Rotterdam

Naam
Levensloopcoördinator en/of behandelaar

Naam
Regiebehandelaar
