

6 juni 2018

FOCUS OP

HH - Jaco Kramer

In verschillende onderzoeken, mediaberichten, maar ook tijdens discussies in het parlement wordt gesproken over knelpunten in de toegang tot langdurige zorg. Het stelsel voor de langdurige zorg zou te complex zijn, met te veel verschillende verantwoordelijken: de rijksoverheid, gemeenten en zorgverzekeraars dragen allemaal verantwoordelijkheid voor een deel van de langdurige zorg. Mede als gevolg hiervan zouden mensen van het kastje naar de muur gestuurd worden tussen gemeente en het Rijk.¹ De Algemene Rekenkamer deed daarom een focusonderzoek naar de feiten over de toegang tot zorg in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz).

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt als 'poortwachter van de Wlz' alle Wlz-indicatieaanvragen. Uit ons onderzoek blijkt dat het afwijzingspercentage van Wlz-indicatieaanvragen tussen inwoners uit verschillende gemeenten varieert: aanvragers uit de ene gemeente worden vaker afgewezen dan aanvragers uit de andere gemeente. Maar het onderzoek toont tevens aan dat dit niet te maken heeft met verschillen in de manier waarop het CIZ aanvragen van inwoners uit verschillende gemeenten beoordeelt. Als mensen door hun gemeente eerder worden doorgestuurd naar het CIZ, komen zij niet per se sneller in de Wlz. Het CIZ lijkt daarmee zijn rol als 'poortwachter van de Wlz' wat betreft geografische uniformiteit goed te vervullen. Diverse onderzoeksinstituten wezen op 'afwentelgedrag' van gemeenten, waarbij gemeenten mensen aansporen om te snel een Wlz-aanvraag in te dienen - zonder dat zij aan de voorwaarden voor de Wlz voldoen.²

Uit ons onderzoek blijkt dat dit gedrag in principe geen zin heeft: het CIZ beoordeelt alle aanvragen op dezelfde manier.

In totaal kreeg 17% van de aanvragers geen toegang tot de Wlz. Dat betekent dat deze mensen voor zorg en ondersteuning aangewezen blijven op hun gemeente en zorgverzekeraar. De gemeente biedt zorg die is toegesneden op de persoonlijke situatie. Hoe zij dit invult, bepaalt de gemeente zelf. Deze beleidsvrijheid leidt in sommige gevallen tot verschillen tussen gemeenten in het moment waarop mensen een Wlz-aanvraag doen. Het CIZ kijkt echter uitsluitend naar zorginhoudelijke criteria en niet naar de persoonlijke omstandigheden van de aanvrager – de poortwachtersfunctie.

Daarnaast zien wij dat er twee groepen aanvragers zijn waarvan de Wlz-aanvragen vaker worden afgewezen. Het gaat om jeugdigen en om personen met een psychiatrische aandoening. Mensen met een psychiatrische aandoening kunnen meestal geen aanspraak maken op Wlz-voorzieningen, maar toch is er bij experts twijfel of zij elders wel voldoende worden opgevangen. Jeugdigen kunnen – als zij voldoen aan de voorwaarden – in principe wel aanspraak maken op Wlz-zorg. Zij worden vaak afgewezen vanwege hun ontwikkelmogelijkheden, waardoor niet kan worden vastgesteld of zij de rest van hun leven intensieve zorg nodig zullen hebben. Het hoge afwijzingspercentage bij deze groepen is dus verklaarbaar. Tegelijkertijd is het ook een signaal dat deze zorgbehoevenden niet altijd goed weten waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen en mogelijk tussen wal en schip vallen.

1 Inleiding

Sommige mensen hebben voor langere tijd zorg nodig. Bijvoorbeeld omdat zij een handicap hebben, dement zijn geworden of met chronische psychische problemen kampen. Wanneer die problemen zo groot zijn dat mensen niet meer zelfredzaam zijn, kunnen zij een beroep doen op de overheid.³ De overheid moet ervoor zorgen dat mensen die zorg nodig hebben, zorg krijgen.⁴

De laatste jaren zijn er signalen dat sommige mensen problemen ervaren bij de toegang tot langdurige zorg. Klachten gaan onder andere over de complexiteit van het stelsel voor de langdurige zorg⁵, waardoor het niet voor iedereen duidelijk is waar men voor welke zorg⁶ terecht kan.⁷ Dit heeft te maken met de hervorming van het stelsel in 2015. Gemeenten zijn toen verantwoordelijk geworden voor de langdurige zorg en ondersteuning thuis door uitbreiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en voor de zorg voor jeugdigen (Jeugdwet). Hiermee wordt beoogd dat mensen zorg en ondersteuning aangeboden krijgen die aansluit op hun persoonlijke omstandigheden en dat dit zoveel mogelijk in hun eigen omgeving gebeurt.⁸ Gemeenten mogen dan ook zelf invullen hoe zij uitvoering geven aan deze taak. Pas wanneer iemand met een bepaalde aandoening of beperking daarvoor blijvend en continu (24 uur per dag) toezicht of zorg (in de nabijheid) nodig heeft, kan hij of zij⁹ zorg aanvragen via de Wet langdurige zorg (Wlz), die op landelijk niveau wordt uitgevoerd in opdracht van de rijksoverheid.

In het publieke debat is het beeld ontstaan dat sommige gemeenten inwoners eerder doorsturen naar de Wlz dan andere gemeenten. In sommige gemeenten zouden mensen zelfs al worden doorgestuurd zonder dat zij aan de voorwaarden voor de Wlz voldoen. Dit wordt ook wel 'afwentelgedrag' genoemd.¹⁰ In mediaberichtgeving werd al gerapporteerd dat er grote verschillen zijn tussen gemeenten in het percentage inwoners dat aanklopt bij de Wlz.¹¹

Daarnaast zijn er signalen dat het voor bepaalde groepen zorgbehoevenden niet duidelijk is waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen.¹² In onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau komt bijvoorbeeld naar voren dat kinderen en jongeren met (lichte) verstandelijke beperkingen vaak niet de zorg krijgen die zij aanvragen.¹³ Ook mensen met psychiatrische aandoeningen ondervinden problemen bij de toegang tot zorg.¹⁴ Recent onderzoek van de Nationale ombudsman bevestigt dit en laat zien dat de geconstateerde knelpunten nog steeds aanwezig zijn.¹⁵ Ook in de Tweede Kamer worden regelmatig kritische vragen gesteld over de toegang tot zorg voor deze kwetsbare groepen.¹⁶

1.1 Focus van dit onderzoek

In dit rapport leggen wij de focus op de toegang tot zorg in het kader van de Wlz. De Wlz is bedoeld voor mensen die niet meer zelfredzaam zijn.¹⁷ Het gaat hier dan ook om mensen met een grote behoefte aan zorg. Wanneer bepaalde groepen tussen wal en schip zouden vallen, zoals hiervoor geconstateerd, is dit dus problematisch.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt of iemand toegang krijgt tot de Wlz. Dit doet het aan de hand van drie in de wet verankerde zorginhoudelijke criteria¹⁸, die in samenhang met elkaar moeten worden gezien:

1. Er moet een grondslag zijn voor langdurige zorg, namelijk een lichamelijke ziekte of beperking, een psychogeriatrische aandoening, een verstandelijke beperking of een zintuiglijke beperking.
2. Als gevolg van die aandoening of beperking moet de patiënt de rest van zijn leven ('blijvend') zorg nodig hebben. Dit betekent dat herstel of verbetering van de situatie niet mogelijk is.
3. Die zorg moet bestaan uit permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.¹⁹

Waar er bij de beoordeling voor de Wmo rekening gehouden wordt met de persoonlijke situatie, staat bij de Wlz een uniforme beoordeling centraal. Het CIZ heeft als centraal indicatieorgaan een rol als poortwachter van de Wlz.²⁰ Omdat mensen die bij het CIZ aankloppen vaak al gebruik maken van voorzieningen uit de Wmo, waar beleidsvrijheid en de persoonlijke omstandigheden centraal staan, is het dus mogelijk dat vanuit verschillende gemeenten verschillende typen aanvragers komen. Aan het CIZ de taak om eventuele geografische verschillen niet te laten doorwerken naar de Wlz.

1.2 Vraagstelling en aanpak

Met dit onderzoek beogen wij zicht te bieden op eventuele knelpunten bij het verkrijgen van toegang tot de Wlz. We gaan na wat er klopt van de hiervoor genoemde signalen. Verloopt de toegang tot de Wlz inderdaad op uniforme wijze, of zien we opvallende verschillen? En zijn er inderdaad bepaalde groepen die moeilijk toegang krijgen tot zorg in het kader van de Wlz? Om beter zicht te krijgen op deze knelpunten hebben we de afwijzingen van Wlz-aanvragen uit de periode 2015-2017 onderzocht. Afwijzingen zeggen iets over de aansluiting tussen verschillende zorgregimes en in hoeverre mensen hun weg weten te vinden binnen het stelsel voor langdurige zorg als geheel. We onderzochten dit aan de hand van de volgende vraagstelling:

Hoe heeft het percentage afwijzingen voor Wlz-indicaties zich in de periode 2015–2017 ontwikkeld en zien we hierbij verschillen tussen gemeenten en tussen groepen aanvragers? Hoe kunnen we deze ontwikkeling en eventuele verschillen duiden?

We hebben voor ons onderzoek gebruikgemaakt van data van het CIZ. In aanvulling op deze data-analyse hebben we gesproken met 29 experts²¹ in het zorgveld. Aan de hand van deze gesprekken geven we duiding aan de cijfers. Deze duiding is vooral terug te vinden in de tekstkaders van het rapport.²² Een uitgebreide methodologische verantwoording is beschikbaar op onze [website](#).



1.3 Leeswijzer

Na een beknopte beschrijving van het gehele stelsel van de langdurige zorg, gaan we in het vervolg van dit rapport in op de resultaten van ons onderzoek. We beginnen met een analyse van de toegang tot de Wlz aan de hand van de kans op afwijzing van de aanvraag. Vervolgens gaan we in op een aantal factoren die mogelijk een relatie hebben met de kans op afwijzing, zoals geografische verschillen, demografische factoren en uiteraard de aan-doening of beperking van de aanvrager. We sluiten af met een korte reflectie, waarbij we ook de onderzoeksvraag beantwoorden.

Het stelsel van de langdurige zorg

Met ingang van 1 januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vervangen door vier verschillende wetten. Deze hervorming was ingegeven doordat de kosten voor de AWBZ steeds verder opliepen. De wetgever wilde met de hervorming de financiële houdbaarheid waarborgen. Daarnaast wilde de wetgever de kwaliteit van zorg en ondersteuning verbeteren en de betrokkenheid van het sociale netwerk bij de zorg en ondersteuning vergroten. Het uitgangspunt daarbij is dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Dit wilde de wetgever realiseren door zorg en ondersteuning dichterbij de mensen te organiseren, namelijk via de gemeenten. Zo zou meer maatwerk kunnen worden gerealiseerd. In het nieuwe stelsel zijn twee bestaande wetten aangepast (Zvw en Wmo) en twee nieuwe wetten in het leven geroepen (Jeugdwet en Wlz). Deze vier stelselwetten beschrijven we hieronder.



Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

De Wmo is in 2015 uitgebreid. Vanuit de Wmo ondersteunt de gemeente haar inwoners om zelfredzaam te blijven en te participeren in de samenleving. Hiervoor kunnen mensen gebruik maken van algemene voorzieningen zoals een maaltijdservice, en van maatwerkvoorzieningen zoals huishoudelijke hulp of dagbesteding. Daarnaast financiert de gemeente beschermd wonen en kort verblijf voor mensen met een psychiatrische aandoening. Door de gemeente verantwoordelijk te maken voor deze zorg en ondersteuning beoogde de wetgever de dienstverlening dichterbij de burger te plaatsen om zo passende ondersteuning op maat te bieden. Bij de beslissing wie er in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning uit de Wmo houdt de gemeente rekening met wat iemand nog zelf kan en welke ondersteuning familie en omgeving kunnen bieden. Gemeenten maken zelf beleid waarmee zij bepalen hoe zij de Wmo uitvoeren en welke Wmo-voorzieningen zij inkopen bij zorgaanbieders.

Jeugdwet

Vrijwel alle jeugdhulp aan jeugdigen tot 18 jaar valt onder de Jeugdwet. Het gaat bijvoorbeeld om hulp bij opvoedingsproblemen, langdurige zorg voor kinderen met beperking of chronische ziekte, jeugd-ggz of de gesloten jeugdzorg. De gemeente is sinds 2015 verantwoordelijk voor de inkoop en financiering. Gemeenten hebben hierbij beleidsvrijheid. Maatwerk dus.

Zorgverzekeringswet

De Zvw is sinds 2015 in het kader van de langdurige zorg uitgebreid met persoonlijke verzorging en verpleging thuis (wijkverpleging). Het gaat bijvoorbeeld om wondverzorging, het klaarzetten van medicijnen en assistentie bij de dagelijkse levensverrichtingen zoals wassen en aankleden. Een wijkverpleegkundige en/of huisarts bepaalt welke zorg iemand nodig heeft. De zorgverzekeraar is vervolgens verantwoordelijk voor de inkoop van deze zorg.

Wet langdurige zorg

Mensen met bepaalde aandoeningen of beperkingen die blijvend en continu toezicht of zorg (in de nabijheid) nodig hebben, kunnen zorg ontvangen uit de Wlz. De meeste Wlz-aanvragers ontvangen al zorg via de Wmo en/of Zvw en vragen Wlz aan als hun situatie verergert. Er zijn ook nog een aantal andere manieren waarop mensen in de Wlz terecht kunnen komen, die in onderstaand figuur zijn weergegeven. De Wlz wordt op landelijk niveau in opdracht van de rijksoverheid uitgevoerd door Wlz-uitvoerders.²³ Per regio wijst de minister van VWS een Wlz-uitvoerder aan als zorgkantoor. Zorgkantoren sluiten vervolgens overeenkomsten met zorgaanbieders voor het leveren van de zorg.²⁴



2 Aanvragen voor Wlz-indicaties

Uit kwartaalrapportages en jaarverslagen van het CIZ blijkt dat in de periode 2015-2017 in totaal 324.201 aanvragen voor Wlz-indicaties zijn binnengekomen. Wij kijken in dit onderzoek alleen naar aanvragen waarover het CIZ een indicatiebesluit heeft genomen. Dit waren er volgens het CIZ in deze periode 280.494. Niet alle aanvragen worden dus afgerond met een besluit. Het komt voor dat de aanvrager zijn aanvraag afbreekt omdat hij erachter komt dat hij er in het Wlz-regime op enige manier op achteruit zal gaan, omdat hij bijvoorbeeld meer moet gaan betalen of juist minder zorg gaat ontvangen. Dit komt naar voren in het tekstkader op de volgende pagina. Maar het kan ook gaan om administratieve fouten of het overlijden van de aanvrager. Volgens het CIZ wordt van alle aanvragen die eindigen met een besluit circa 10% afgewezen.²⁵

Omdat we ons in dit onderzoek richten op de toegang tot de Wlz, hebben we alleen gekeken naar aanvragen van personen die op het moment van de aanvraag nog geen Wlz-zorg ontvangen - zogenaamde eerste aanvragers.²⁶ Dit waren in totaal 163.551 aanvragen. Wij hebben niet gekeken naar herindicaties. Een cliënt vraagt een herindicatie aan wanneer hij weliswaar al Wlz-zorg ontvangt, maar een aanvraag doet voor passender zorg, bijvoorbeeld wanneer zijn situatie is verergerd.²⁷

In dit onderzoek kijken we alleen naar eerste aanvragen, niet naar herindicaties



Figuur 1 Het proces van eerste aanvragen en herindicaties

Inzoomen op psychogeriatrische aandoening



Onderzoekers van het CIZ krijgen vaak te maken met aanvragen van mensen met dementie. Dit gaven zij aan tijdens de gesprekken die wij voerden in het kader van dit onderzoek en onze cijfers bevestigen dit: 40% van de aanvragen voor zorg uit de Wlz komt van personen met een psychogeriatrische aandoening. Bij een psychogeriatrische aandoening verminderen de geestelijke vermogens als gevolg van ouderdom. Hoewel de zorg uiteraard bij iedereen anders verloopt, zien onze gesprekspartners wel bepaalde patronen.

Wanneer iemand dement wordt, wordt hij steeds vergeetachtiger. Naarmate de ziekte vordert kunnen ook veranderingen in gedrag optreden. Hierdoor wordt iemand steeds afhankelijker van zijn omgeving. Hij heeft bijvoorbeeld hulp nodig bij het aankleden, wassen en de toiletgang. In eerste instantie neemt de partner of de familie dit vaak op zich. Als dat niet meer volstaat (of daarnaast) kan de cliënt hulp krijgen via de Wmo. Het gaat dan bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp en een aantal dagdelen dagopvang. Hiermee wordt de omgeving ontlast en wordt de cliënt een prettige dagbesteding geboden. Ook kan hij vanuit de Zvw nog wijkverpleegkundige hulp krijgen, bijvoorbeeld bij het wassen en aan- en uitkleden.

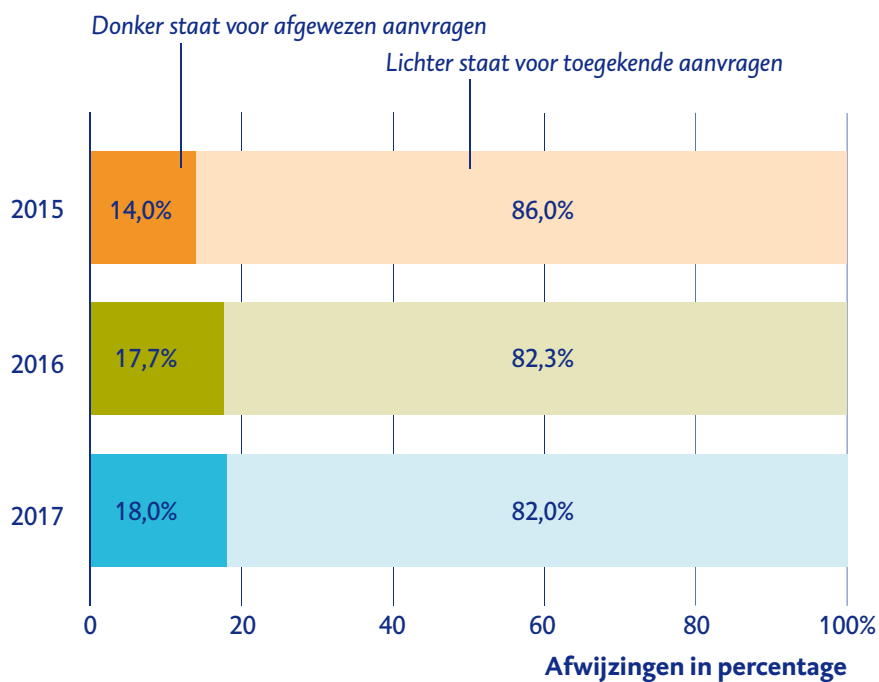
Omdat dementie steeds erger wordt, komt er een punt dat er meer zorg nodig is. Uit verschillende gesprekken komt naar voren dat gemeenten hun inwoners doorverwijzen naar de Wlz als zij van mening zijn dat de 'grenzen' van de Wmo zijn bereikt. Uit onze gesprekken komt het beeld naar voren dat gemeenten verschillen in het moment waarop ze iemand verwijzen naar de Wlz. Een aantal CIZ-onderzoekers geeft aan dat er gemeenten zijn die hun inwoners bij meer dan drie dagen per week dagbesteding doorsturen naar de Wlz. Dit terwijl een extra dagdeel dagbesteding geen criterium is om voor Wlz-voorzieningen in aanmerking te komen. Gemeentefunctionarissen uit één gemeente gaven aan dat er bij meer dan drie dagen per week dagbesteding reden is om vanuit het buurtteam "in gesprek te gaan over toeleiding naar de Wlz". Een cliëntondersteuner werkzaam in een andere gemeente gaf aan dat de inwoners van haar gemeente vaak juist lang thuis blijven wonen en dat dagbesteding in haar gemeente soms oploopt tot 9 dagdelen per week.

Mensen met een psychogeriatrische aandoening hebben een grote kans om een Wlz-indicatie te krijgen: slechts 1% wordt afgewezen. Toch is dit niet altijd gunstig. Soms komen mensen erachter dat ze er qua zorg op achteruit gaan in de Wlz. Dit komt vooral voor wanneer mensen wel thuis willen blijven wonen. Dit kan voor mensen reden zijn om hun Wlz-aanvraag toch weer in te trekken. In zijn brief van 16 mei jl. informeert de minister van VWS de Tweede Kamer over oplossingsrichtingen voor deze 'zorgval'.²⁸

2.1 Het percentage afwijzingen

In de periode 2015–2017 handelde het CIZ in totaal 163.551 eerste aanvragen af voor Wlz-indicaties.²⁹ Ieder jaar werden dat er iets meer: circa 53.000 in 2015, 55.000 in 2016 en 56.000 in 2017. Over het geheel genomen leidde 17% van deze aanvragen tot een afwijzing. In 2015 lag dat percentage duidelijk lager dan in 2016 en 2017: 14% in plaats van 18% (zie figuur 2). Mogelijke oorzaak hiervan is dat 2015 een overgangsjaar was. Alle betrokken partijen moesten nog bekend worden met het nieuwe stelsel. Ook CIZ-onderzoekers, die beoordelen of iemand voldoet aan de Wlz-criteria, waren nog zoekende naar de juiste toepassing van die nieuwe criteria voor de Wlz. Mogelijk is dat CIZ bij twijfel toen wellicht iets eerder toegang tot de Wlz heeft verleend.³⁰ Daarnaast waren er overgangsregelingen ingesteld die in de meeste gevallen duurden tot 1 januari 2016.³¹ Via deze regelingen kregen bepaalde groepen in eerste instantie automatisch toegang tot de Wlz en vond de beoordeling door het CIZ pas in een later stadium plaats.

Het percentage Wlz-afwijzingen lag in 2015 lager dan in 2016 en 2017



Figuur 2 Het percentage Wlz-afwijzingen per jaar

Al met al bleef het aantal mensen dat toegang kreeg tot de Wlz-voorzieningen in deze periode ieder jaar min of meer gelijk: zo'n 45.000 mensen per jaar.³²

2.2 Verschillen tussen gemeenten

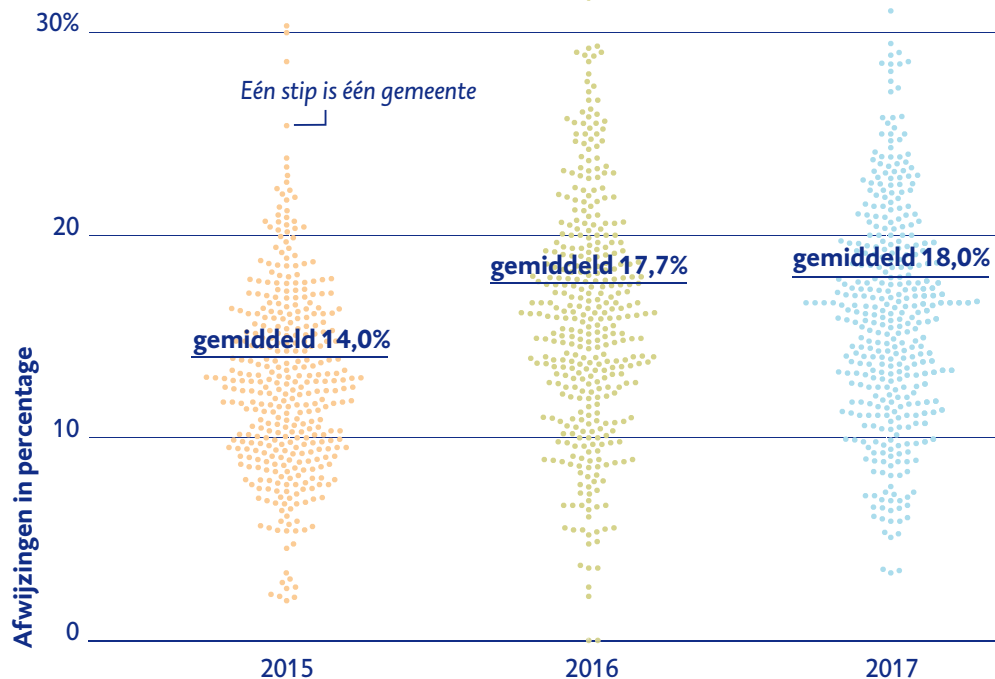
Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning uit de Wmo en Jeugdwet. Veel mensen die een Wlz-indicatie aanvragen zijn doorverwezen vanuit de Wmo, de Jeugdwet en/of de Zvw. De Jeugdwet en de Wmo maken lokale beleidsvrijheid mogelijk, wat van invloed kan zijn op het moment waarop iemand een Wlz-aanvraag indient. In de gesprekken die wij hebben gevoerd in het veld kwam deze suggestie inderdaad naar voren. Een factor hierbij is het niveau van de Wmo-voorzieningen binnen een gemeente. Verscheidene experts die wij hebben gesproken gaven aan dat er gemeenten zijn die bij een bepaald aantal dagen Wmo-zorg (meestal ligt dit rond de drie dagen per week) cliënten verwijzen naar de Wlz - hoewel een extra dagdeel dagbesteding geen criterium is om voor Wlz-zorg in aanmerking te komen.

Een andere belangrijk kenmerk dat door experts werd genoemd is sociale cohesie. Er zijn gemeenten waar inwoners langer en intensiever voor elkaar zorgen dan in andere gemeenten. Deze sociale cohesie kan tot gevolg hebben dat bewoners van deze gemeenten pas op een later moment (of zelfs helemaal geen) Wlz-zorg aanvragen, omdat de zorg uit hun eigen omgeving voor hen volstaat.

Dat de gemeente binnen de wettelijke kaders rekening houdt met de persoonlijke situatie van inwoners die zorg en ondersteuning aanvragen, hoort bij het nieuwe stelsel. Het doel hiervan was maatwerk in de zorg te bevorderen. Voor de Wlz dienen wel uniforme beoordelingscriteria gehanteerd te worden. Om toegang te krijgen tot de Wlz zou het dus niet mogen uitmaken waar je woont.

Uit de cijfers blijkt dat er grote verschillen zijn in afwijzingspercentages voor aanvragen van inwoners uit verschillende gemeenten. Voor aanvragen uit gemeenten met meer dan 20 aanvragen per jaar ligt het afwijzingspercentage tussen 0 en 33%.³³ Waar in sommige gemeenten dus bijna alle Wlz-aanvragen worden gehonoreerd, wordt in andere gemeenten bijna een derde van de aanvragen afgewezen. Deze verschillen zijn weergegeven in figuur 3.

Afwijzingspercentages per gemeente variëren van 0 tot 33 procent



Figuur 3 Het percentage Wlz-afwijzingen per gemeente en landelijk

Dat er verschillen bestaan tussen gemeenten betekent niet dat de kans op afwijzing voor de Wlz voor individuele aanvragers verschilt per gemeente. Een groepsgemiddelde zegt namelijk nog niets over het individu.³⁴ Ons onderzoek laat zien dat verschillen in afwijzing niet kunnen worden toegeschreven aan (systematische) verschillen tussen gemeenten.³⁵ Twee aanvragers met dezelfde kenmerken worden ongeacht uit welke gemeente zij komen op dezelfde manier beoordeeld.

We verduidelijken dit aan de hand van een voorbeeld. Zoals verderop in dit rapport zal blijken heeft leeftijd een sterke relatie met de uitkomst van een Wlz-aanvraag. In een gemeente met veel jongere aanvragers zullen daarom relatief veel aanvragen worden afgewezen. In een gemeente met veel oudere aanvragers zullen daarentegen relatief veel aanvragen worden toegekend. De ‘jonge’ gemeente kent dan een hoog afwijzingspercentage terwijl de ‘oude’ gemeente een laag afwijzingspercentage kent. Dit komt door de kenmerken van de aanvragers binnen deze gemeente. Aanvragers uit gemeenten die sneller doorverwijzen zullen vaker worden afgewezen omdat deze aanvragers minder vaak aan de Wlz-criteria voldoen. Deze gemeenten zullen dan ook een hoger afwijzingspercentage kennen. Dit afwijzingspercentage kan direct worden gerelateerd aan de kenmerken van de aanvragers.

2.3 De beperking of aandoening van de aanvrager

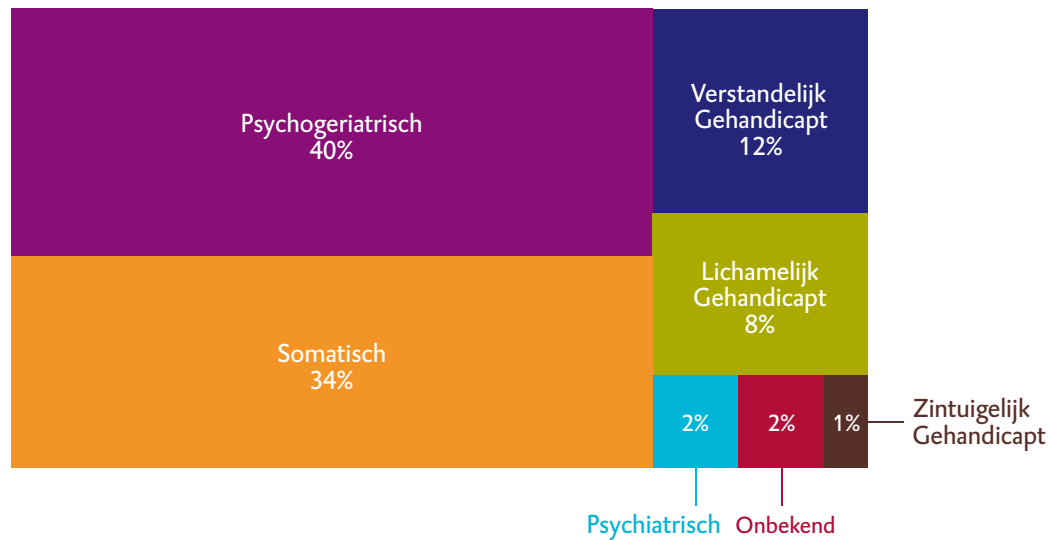
Nu uit ons onderzoek bleek dat woonplaats geen relatie heeft met het slagen van een Wlz-aanvraag, keken we vervolgens naar individuele kenmerken. Het belangrijkste kenmerk van de aanvrager is uiteraard de beperking of aandoening waardoor de cliënt zorg nodig heeft. Om hier zicht op te krijgen kijken we naar de ‘grondslag’ die het CIZ registreert. Om toegang tot Wlz-zorg te krijgen moet er altijd sprake zijn van zo’n grondslag. Het kan voorkomen dat iemand meer dan één beperking of aandoening heeft. In dat geval worden er een *dominante* en een *secundaire* grondslag vastgesteld. De dominante grondslag is dan de grondslag met de zwaarstwegende beperking. Er zijn vijf wettelijke grondslagen:³⁶

1. een somatische aandoening of beperking;
2. een lichamelijke handicap;
3. een psychogeriatrische aandoening of beperking;
4. een verstandelijke handicap;
5. een zintuigelijke handicap.

Daarnaast kunnen mensen toegang krijgen tot Wlz-voorzieningen als ze drie jaar verblijf met behandeling in een ggz-instelling hebben gehad vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), en dit verblijf volgens de behandelaar moet worden verlengd.³⁷ Het CIZ registreert in deze gevallen als grondslag een psychiatrische aandoening. Deze grondslag verleent uitsluitend in deze situatie toegang tot de Wlz. In alle andere situaties vormt een psychiatrische aandoening dus geen grondslag voor de Wlz.

De verdeling van de verschillende grondslagen over alle Wlz-aanvragen is opgenomen in figuur 4. Het merendeel van de aanvragen krijgt als grondslag psychogeriatrische of somatische aandoeningen. Een psychogeriatrische aandoening is een aandoening van de hersenen (mede) als gevolg van ouderdom, bijvoorbeeld dementie.³⁸ Bij somatiek gaat het om lichamelijke aandoeningen, zoals reuma of hartfalen. Tezamen vormen deze aandoeningen de grondslag voor bijna driekwart van alle Wlz-aanvragen. Dit heeft ermee te maken dat meer dan de helft van de aanvragen wordt gedaan door mensen die ouder zijn dan 80 jaar (zie paragraaf 2.4). Psychogeriatrische en somatische aandoeningen komen immers vooral voor bij ouderen.

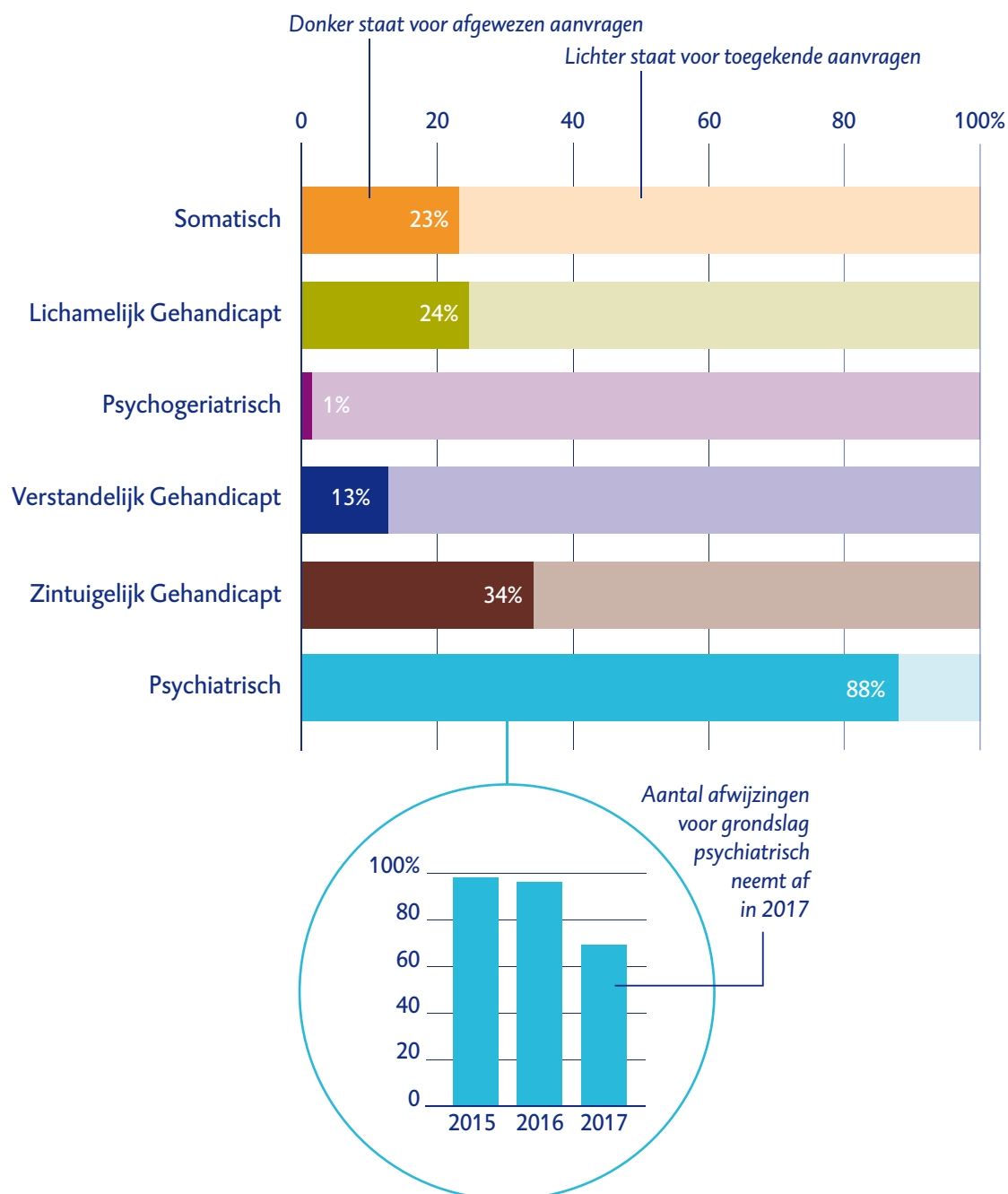
Driekwart van de Wlz-aanvragen heeft psychogeriatrische of somatische aandoeningen als grondslag



Figuur 4 De verdeling van de grondslagen van Wlz-aanvragen in percentage³⁹

Zoals verwacht, blijkt de grondslag bepalend voor de toegang tot Wlz-zorg. Hoewel in principe alle wettelijke grondslagen toegang tot Wlz-zorg moeten bieden (wanneer ook aan de andere voorwaarden is voldaan), blijkt uit ons onderzoek dat Wlz-aanvragen met sommige grondslagen vaker worden afgewezen dan aanvragen met andere grondslagen. Dit is weergegeven in figuur 5.

Voor psychiatrie verandert de kans op afwijzing in 2017



Figuur 5 De kans op afwijzing in relatie tot de primaire grondslag van de aanvraag

Met name bij psychiatrische aandoeningen wordt nauwelijks toegang verleend tot Wlz-zorg. Gemiddeld wordt slechts 12% van de aanvragers toegelaten. Overigens gaat dit wel om weinig mensen: per jaar zijn er zo'n 1.300 aanvragen met deze (primaire) grondslag.

Dat is 2% van het totale aantal Wlz-aanvragen. We zien een opvallend verschil over de jaren heen: waar in 2015 en 2016 slechts zo'n 5% van deze aanvragers werd toegelaten, was dat in 2017 meer dan 30%. Dit heeft te maken met de herziening van het zorgstelsel in 2015. Voor 2015 kwamen mensen na één jaar onder de Zvw te hebben verbleven in een ggz-instelling terecht in de AWBZ. Sinds 2015 kan de overstap naar de Wlz pas gemaakt worden na drie jaar verblijf in een ggz-instelling onder de Zvw. Dit betekent dat er in 2015 en 2016 in principe niemand in aanmerking kwam voor de overgang naar de Wlz: zelfs iemand die op 1 januari 2015 al 364 dagen 'in de Zvw' had gezeten vanwege een psychiatrische aandoening, moest nog wachten tot 1 januari 2017 om aanspraak te kunnen maken op Wlz-zorg. Vanaf 2017 is deze instroom dus pas op gang gekomen. Gezien dit beleid is het wel merkwaardig dat in 2015 en 2016 wel respectievelijk 48 en 69 Wlz-indicaties werden toegekend aan aanvragers met een psychiatrische grondslag. Volgens de wet zou dit niet mogelijk moeten zijn. Het CIZ heeft aangegeven dat een dertigtal aanvragen in 2016 al een indicatiebesluit met ggz-grondslag kreeg, maar met ingangsdatum 1 januari 2017. Voor de rest gaat het volgens het CIZ waarschijnlijk om registratiefouten, maar wij hebben dit niet kunnen verifiëren.

In het tekstkader zoomen we verder in op de problematiek rond mensen met psychiatrische aandoeningen. Deze problematiek is al langer bekend. Op dit moment wordt een wetsvoorstel voorbereid om de Wlz beter toegankelijk te maken voor deze groep mensen.⁴⁰

Inzoomen op psychiatrische aandoening



Een persoon met een psychiatrische aandoening heeft bijvoorbeeld autisme, schizofrenie of een borderline stoornis. Daarnaast is bij deze mensen regelmatig sprake van meerdere aandoeningen (dubbeldiagnostiek). Naast de psychiatrische aandoening is er dan bijvoorbeeld ook sprake van een verstandelijke beperking of psychosociale problematiek.

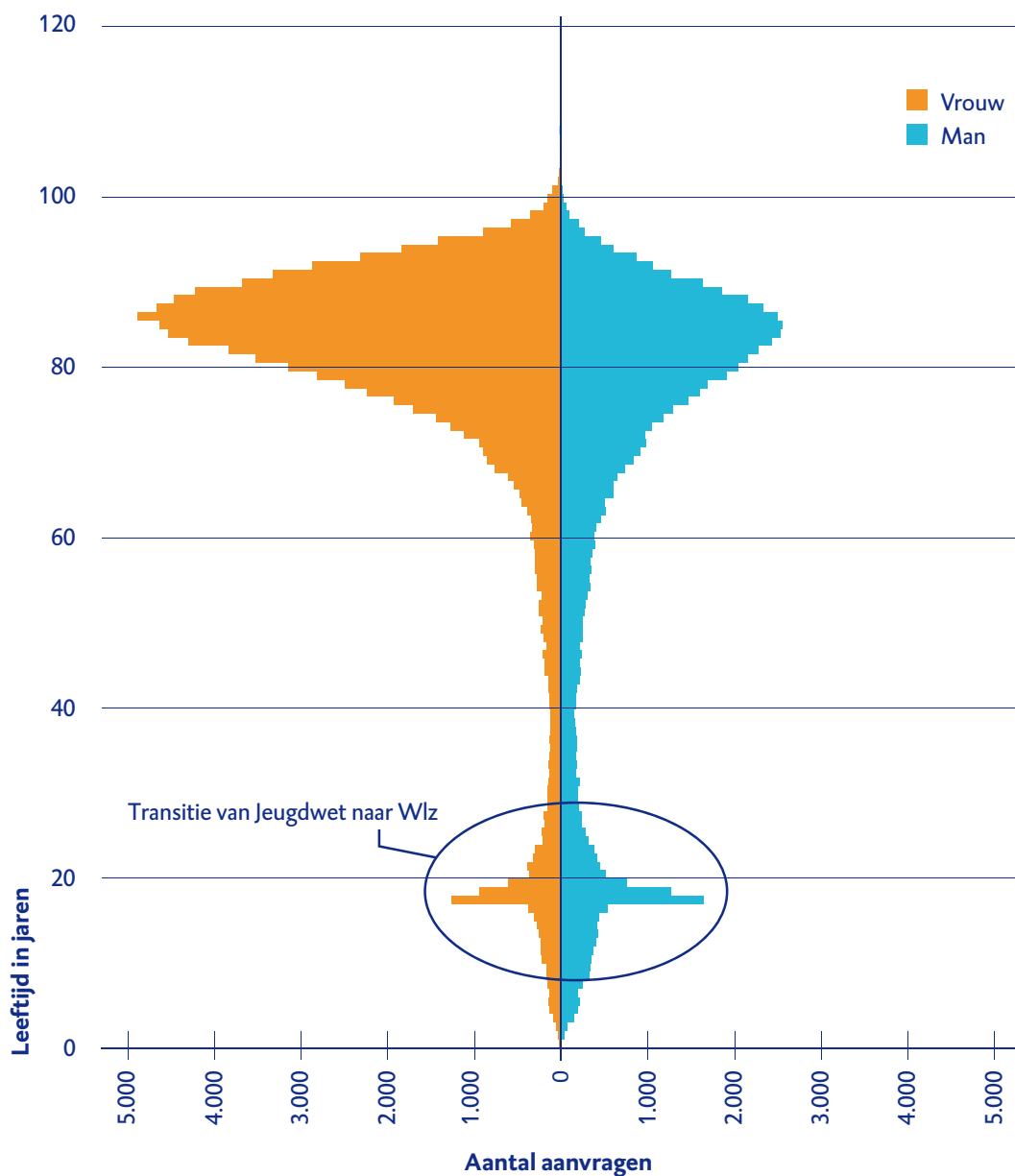
Ondanks dat psychiatrie in principe geen grondslag is voor Wlz-voorzieningen, kloppen deze mensen toch af en toe aan bij het CIZ. Mogelijk doen zij dit omdat zij zelf hun psychiatrische aandoening niet als het centrale probleem beschouwen en dat zij hopen op basis van een andere primaire grondslag een indicatie te verkrijgen. Onderzoekers van het CIZ moeten dan vaststellen wat de dominante grondslag is. Zij vertelden ons dat dit niet altijd makkelijk is: het is niet altijd duidelijk vanwege welke aandoening de langdurige zorg voornamelijk nodig is. Soms maken gemeenten hierover een andere inschatting dan het CIZ. De gemeente geeft dan aan dat de problemen voortkomen uit een andere grondslag dan psychiatrie, bijvoorbeeld een verstandelijke beperking. Als de CIZ-onderzoeker tot de conclusie komt dat de psychiatrische aandoening de dominante grondslag is, dan wijst CIZ de aanvraag af. Onze gesprekspartners geven aan dat dit regelmatig gebeurt.

Een andere mogelijke motivatie voor deze mensen om Wlz-zorg aan te vragen is dat de huidige zorg voor deze groep kwetsbare personen vanuit de Wmo en Zvw niet volstaat. Na afwijzing kunnen deze personen in het beschermd wonen terecht komen of ambulante begeleiding krijgen, waarvoor de gemeente sinds 2015 verantwoordelijk is. Verschillende CIZ-onderzoekers, gemeente-functionarissen en cliëntondersteuners hebben tijdens gesprekken die wij voerden in het kader van dit onderzoek hun zorg geuit over deze kwetsbare groep patiënten. Er is soms sprake van wachttijden en een tekort aan woningen. Een aantal gemeentefunctionarissen vindt het moeilijk om zicht te houden op deze groep zware, chronische patiënten en heeft moeite om passende zorg voor hen te vinden.

2.4 Leeftijd

De meeste mensen die een Wlz-indicatie aanvragen zijn al op hogere leeftijd: de helft is ouder dan 81 jaar (zie figuur 6). Toch is de Wlz in principe bedoeld voor iedereen die voldoet aan de criteria. Ook jeugdigen kunnen dus Wlz-zorg krijgen. Niettemin kan leeftijd een belangrijke factor zijn bij het verkrijgen van toegang tot langdurige zorg in het kader van de Wlz. Uit ons onderzoek blijkt dat de leeftijd van de Wlz-aanvrager een sterke relatie heeft met de kans op toegang tot Wlz-zorg. Hoe jonger de aanvrager, hoe minder waarschijnlijk het is dat hij Wlz-voorzieningen zal krijgen. De oorzaken hiervoor zijn gerelateerd aan het beleid, en worden omschreven in het tekstkader *inzoomen op jeugdigen*.

De helft van de aanvragers is ouder dan 81 jaar, met een piek rond de 18 jaar vanwege de transitie van Jeugdwet naar Wlz



Figuur 6 Het aantal aanvragen in relatie tot leeftijd van de aanvrager per geslacht

Inzoomen op jeugdigen



Indicatieaanvragen van kinderen of jongeren zijn voor CIZ-onderzoekers vaak lastig te beoordelen. Dit gaven zij aan tijdens de gesprekken die wij voerden in het kader van dit onderzoek en de cijfers bevestigen dit. Hoewel de zorg uiteraard bij iedereen anders verloopt, zijn er wel bepaalde redenen voor dit hoge percentage afwijzingen.

Ten eerste is het bij kinderen relatief lastig om vast te stellen of een aandoening blijvend is en dat er geen verbetering in de situatie zal optreden. Kinderen hebben vaak nog ontwikkelmogelijkheden waardoor niet zeker is dat zij de rest van hun leven behoefte hebben aan zorg in de nabijheid. Ten tweede houdt het CIZ bij de indicatiestelling van kinderen jonger dan vijf jaar rekening met de 'gebruikelijke zorg'. Gebruikelijke zorg is de dagelijkse verzorging en opvoeding die alle ouders aan hun kind bieden. Zorg voor het kind die valt onder gebruikelijke zorg, kan niet vanuit de Wlz worden geleverd. De vraag is dan dus hoeveel zorg er nog nodig is bovenop die gebruikelijke zorg.

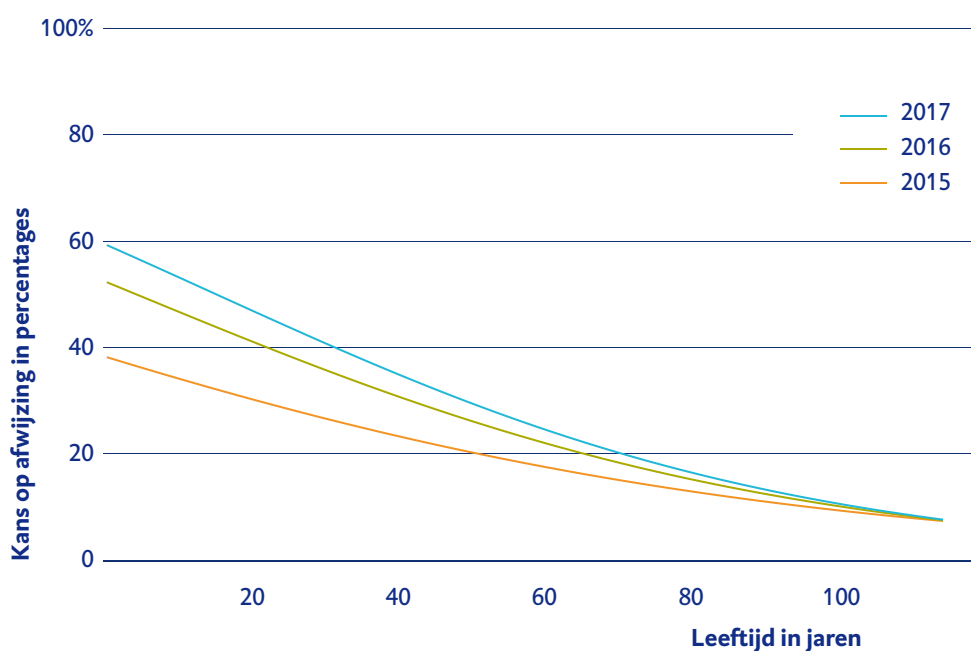
Wanneer kinderen die wel langdurige zorg nodig hebben niet worden toegelaten tot de Wlz betekent dit dat ouders zijn aangewezen op de Jeugdwet en de Zvw. Indicaties daarvoor worden voor kortere periodes afgegeven, waardoor regelmatig herindicaties moeten worden aangevraagd. Dit is belastend voor ouders en geeft onzekerheid.

Verscheidene CIZ-onderzoekers, gemeenten en cliëntondersteuners geven aan het belangrijk te vinden om al in een vroeg stadium te communiceren met elkaar zodat de overgang van Jeugdwet naar Wmo of Wlz soepel(er) kan verlopen.

Jeugdigen doen vooral een beroep op de Wlz rond hun achttiende verjaardag, zoals ook te zien is in figuur 6. Nadat zij achttien zijn geworden houdt de Jeugdwet op. Deze jongeren kunnen op dat moment toegang proberen te krijgen tot de Wlz. Vooral jongeren met een verstandelijke beperking als grondslag zetten deze stap. Dit zien we ook terug in de cijfers: de piek van aanvragen rond het achttiende levensjaar bestaat vooral uit aanvragers met een verstandelijke beperking. Een deel van deze jonge aanvragers heeft een licht verstandelijke beperking. Deze problematiek is beschreven in het tekstkader *inzoomen op licht verstandelijke beperking*.

Opvallend is dat voor jeugdigen de kans om toegang tot Wlz-zorg te krijgen over de jaren heen steeds kleiner is geworden. Dit geldt voor alle jongere aanvragers en hoe jonger hoe groter dit verschil over de jaren wordt (zie figuur 7). Als we specifiek kijken naar jeugdigen jonger dan achttien jaar dan zien we dat in 2015 nog 78% van deze aanvragers werd toegelaten, en in 2017 nog slechts 65%. Mogelijk heeft dit te maken met de overgang naar het nieuwe stelsel. Een gedeelte van de jeugdigen uit de AWBZ is in 2015 namelijk via een overgangsregeling overgebracht naar de Wlz. In de jaren daarna is het CIZ deze jeugdigen actief opnieuw gaan beoordelen, wat vaak leidde tot een negatief besluit. Omdat hier echter geen sprake was van een Wlz-aanvraag, zijn deze besluiten niet meegenomen in onze analyse. Cliënten die langs deze weg geen toegang hadden gekregen tot Wlz-zorg, hebben het in een aantal gevallen nog eens geprobeerd via een reguliere aanvraag. Dat het CIZ ook deze aanvragen regelmatig afwees, kan een verklaring zijn voor de gedaalde kans op toegang voor jeugdigen die wij nu constateren.

Jongere aanvragers krijgen minder vaak toegang tot de Wlz



Figuur 7 De kans op afwijzing³⁹ in relatie tot de leeftijd van de aanvrager

Inzoomen op licht verstandelijke beperking



Onderzoekers, gemeentefunctionarissen en cliëntondersteuners hebben tijdens de gesprekken die wij met hen voerden hun zorgen geuit over jongeren met een licht verstandelijke beperking. Binnen de Wlz gaat het niet om een grote groep, waardoor ze ook niet in de cijfers terug te vinden zijn, maar toch spelen hier belangrijke problemen. Hoewel mensen met een verstandelijke beperking relatief vaak toegang krijgen tot de Wlz, geldt dit niet voor personen met een licht verstandelijke beperking. Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben een zodanig laag IQ dat dit problemen oplevert in het dagelijks functioneren. Daarnaast hebben ze een beperkt sociaal aanpassingsvermogen.

Personen met een licht verstandelijke beperking hebben vaak al van jongs af aan gedragsproblemen. Naarmate zij ouder worden kunnen deze problemen verder escaleren. Onze gesprekspartners zijn gevallen tegengekomen van meisjes die in het 'loverboy-circuit' terecht waren gekomen, met misbruik te maken hadden gekregen of aan drugs verslaafd raakten.

Tot hun achttiende verjaardag ontvangen deze jongeren zorg en ondersteuning via de Jeugdwet. Ze krijgen bijvoorbeeld ambulante gezinsbegeleiding of dagbesteding of wonen in een instelling. Wanneer ze achttien worden stopt de zorg vanuit de Jeugdwet en moet er gekeken worden welke zorg en ondersteuning zij daarna nodig hebben. De experts die wij hebben geïnterviewd geven aan dat deze jongeren vaak gebaat zouden zijn bij Wlz-voorzieningen. In veel gevallen voldoet de zorgbehoefte - ondanks een lager IQ - niet aan de criteria om te worden toegelaten tot de Wlz. Met name jongeren met een IQ van rond de 70 vormen grensgevallen. Het is voor CIZ-onderzoekers moeilijk om vast te stellen wat de ontwikkelmogelijkheden nog zijn en daarmee of er een blijvende behoefte is aan 24 uur zorg in de nabijheid. Daarnaast is er vaak sprake van multi-problematiek zoals psychosociale en psychiatrische problematiek, waardoor voor CIZ-onderzoekers niet altijd duidelijk is of de verstandelijke beperking de primaire grondslag is voor de Wlz. Een aantal CIZ-onderzoekers geeft aan dat ze in dit soort gevallen een medisch adviseur raadplegen.

Deze jongeren hebben intensieve begeleiding nodig, ook als ze deze niet krijgen via de Wlz. Gemeentefunctionarissen geven aan op verschillende manieren oplossingen te bedenken voor deze groep, bijvoorbeeld door ze onder te brengen bij bestaande maatwerkvoorzieningen of door een nieuwe maatwerkvoorziening op te zetten. Als deze jongeren niet de juiste begeleiding krijgen, kunnen zij gemakkelijk (verder) in de problemen komen.

2.5 Geslacht en burgerlijke staat

Aanvragen voor Wlz-zorg worden vaker gedaan door vrouwen dan door mannen. Dit is niet onlogisch, aangezien hiervoor al is gebleken dat vooral ouderen Wlz-aanvragen indienen en vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen. Daarbij speelt ook mee dat vrouwen vaak hun man overleven. Dit betekent dat zij vaker dan andersom nog in staat zijn om mantelzorg te leveren voor hun man wanneer hij zorg nodig heeft. Hoewel vrouwen dus wel vaker Wlz-zorg ontvangen, heeft geslacht geen relatie met de kans op toegang tot de Wlz.

Vanwege de mantelzorg aan partners is het beeld dat getrouwde mensen een minder grote kans hebben om van de Wlz-voorzieningen gebruik te kunnen maken. Wij vonden bijvoorbeeld in eerder onderzoek naar de AWBZ dat de samenstelling van het huishouden een belangrijke verklarende variabele was voor het gebruik van zorg met verblijf.⁴² In het huidige onderzoek hebben we de burgerlijke staat van de aanvrager onderzocht. Het blijkt echter dat de relatie tussen burgerlijke staat en de kans op afwijzing voor de Wlz slechts zeer beperkt is. Dit past bij de beleidsregels van de Wlz. Criteria voor de Wlz zijn immers uitsluitend zorginhoudelijk en hebben geen betrekking op de omgeving van de cliënt. De omgeving van de cliënt speelt wel een rol bij de Wmo. Burgerlijke staat zou dus wel invloed kunnen hebben op het moment waarop een cliënt een Wlz-aanvraag doet.

2.6 De aanmelder

Om in aanmerking te komen voor langdurige zorg in het kader van de Wlz is dus een indicatie nodig van het CIZ. Het proces van indicatiestelling is tot nu toe nog niet aan de orde geweest. Niettemin kan dit proces wel een rol spelen bij het verkrijgen van toegang tot de Wlz. Daarom schetsen we hier kort het proces van aanvraag tot indicatiebesluit.

Het indicatiestellingsproces begint wanneer iemand een aanvraag indient bij het CIZ. Mensen dienen deze aanvraag in principe zelf in, maar vaak ontvangen zij hierbij wel hulp van een professional of uit het sociale netwerk. Degene die de aanvraag indient, noemen we de aanmelder. Bij de aanvraag moet de cliënt bijvoorbeeld informatie aanleveren over de diagnose, het verloop van de ziekte of aandoening en wat voor zorg er nodig is. Na ontvangst van de aanvraag begint het CIZ een onderzoek, dat uitmondt in een indicatiebesluit.⁴³

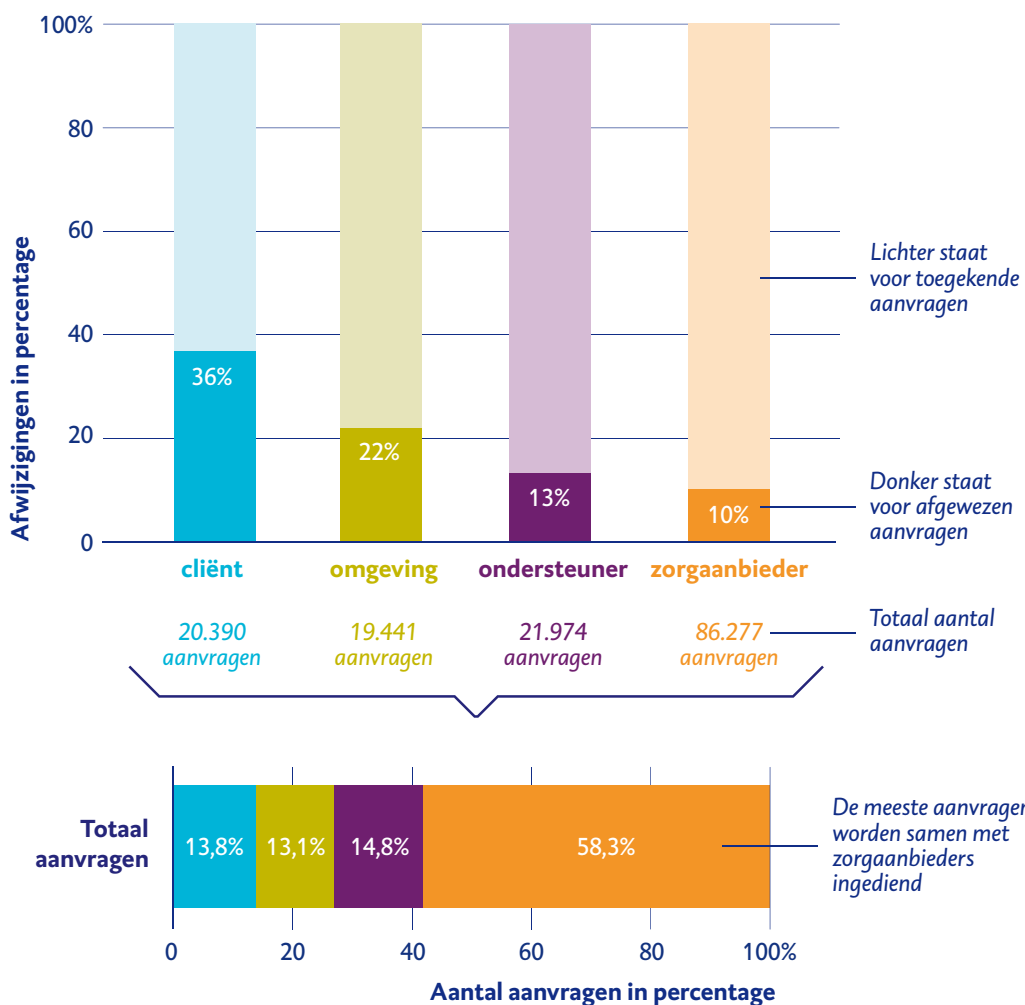
Uit ons onderzoek blijkt dat het krijgen van hulp bij het doen van de Wlz-aanvraag een relatie heeft met de uitkomst van de aanvraag. Wanneer de cliënt met de aanvraag wordt geholpen, is de slagingskans van de aanvraag groter (zie figuur 8). Het grootste effect heeft hulp van een zorgaanbieder (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, verzorgingshuis of ziekenhuis), maar ook bij hulp van de cliëntondersteuner zien we een effect. Mensen die aanvraaghulp hebben uit hun omgeving, bijvoorbeeld van hun partner, familie of burens, worden ook iets vaker toegelaten dan mensen die zelf hun aanvraag doen.

Dit effect is door de jaren heen stabiel en staat los van factoren als de grondslag van de aanvraag of leeftijd en burgerlijke staat van de aanvrager. We hebben echter niet kunnen

corrigeren voor de ernst van de aandoening. Het is dus mogelijk dat dit effect niet alleen wordt veroorzaakt door de ondersteuning bij de aanvraag, maar doordat juist de zwaardere gevallen vaak hulp ontvangen bij hun aanvraag.

Niettemin is het aannemelijk dat hulp van een professional de kans vergroot dat iemand toegang krijgt tot Wlz-voorzieningen. Uit onze gesprekken komen twee redenen naar voren waarom hulp van een aanbieder de kans op een toewijzing kan vergroten. In de eerste plaats leveren zorgaanbieders in vergelijking met een eigen aanvraag van een cliënt een kwalitatief vollediger aanvraag aan inclusief de benodigde medische gegevens. Zij hebben ook meer ervaring met het indienen van aanvragen. In de tweede plaats hebben zij ervaring met de criteria voor de Wlz en zullen zij daarom minder snel een onterechte aanvraag doen.

Aanvragen waarbij de cliënt hulp heeft ontvangen worden minder vaak afgewezen dan aanvragen die de cliënt zelf heeft ingediend



Figuur 8 De kans op afwijzing in relatie tot de indiener van de aanvraag



3 Resumerend

Wij hebben onderzocht hoe de beoordeling van aanvragen van mensen die voor het eerst toegang proberen te krijgen tot de Wlz zich in de periode 2015–2017 heeft ontwikkeld en of we hierbij variatie/verschillen zien tussen gemeenten en groepen aanvragers. Over het geheel valt 2015 op als overgangsjaar, met een duidelijk lager afwijzingspercentage. In de twee jaren daarna was het afwijzingspercentage stabiel rond de 18%. Dit is opvallend, aangezien experts uit het veld het beeld hebben dat betere bekendheid met de Wlz heeft gezorgd voor een betere kwaliteit van Wlz-aanvragen en minder onterechte aanvragen ten opzichte van 2015, met als gevolg minder afwijzingen. Zij erkennen ook dat de toegenomen kennis ertoe kan leiden dat uitvoerders de weg naar de Wlz beter weten te vinden en eerder het 'grijze' gebied gaan opzoeken, bijvoorbeeld bij dubbeldiagnostiek. Dit kan juist leiden tot meer afwijzingen.

Wij hebben daarnaast gekeken naar eventuele geografische verschillen in de toegang tot de langdurige zorg. Uit het kwalitatieve deel van ons onderzoek blijkt dat het gebruik van de langdurige zorg kan worden beïnvloed door de woonplaats van de cliënt. Bijvoorbeeld in gemeenten waar mensen veel voor elkaar zorgen en waar veel Wmo-voorzieningen zijn kunnen mensen langer thuis blijven wonen. Dit kan ertoe leiden dat zij pas op een later moment toegang proberen te krijgen tot de langdurige zorg. Het is aan het CIZ, als poortwachter van de Wlz, om iedereen gelijk te beoordelen op basis van wettelijke criteria, ongeacht hun woonplaats.

Uit ons onderzoek blijkt dat het afwijzingspercentage van Wlz-aanvragen tussen gemeenten varieert. Dat heeft echter niet te maken met verschillen in de beoordeling door het CIZ, maar met verschillen tussen de aanvragers op individueel niveau. Als mensen door hun gemeente eerder worden doorgestuurd naar het CIZ, komen zij dus niet per se sneller in de Wlz. Het CIZ lijkt daarmee zijn rol als poortwachter goed te vervullen. Diverse onderzoeksinstituten wezen op 'afwentelgedrag' van gemeenten, waarbij gemeenten mensen aansporen om te snel een Wlz-aanvraag in te dienen - zonder dat zij aan de voorwaarden voor de Wlz voldoen.⁴⁴ Uit ons onderzoek blijkt dat dit gedrag in principe geen zin heeft: het CIZ beoordeelt alle aanvragen op dezelfde manier.

Verschillen in afwijzingspercentages worden dus verklaard door individuele kenmerken van aanvragers, zoals wettelijk is bepaald. Met name de beperking of aandoening van de aanvrager en zijn leeftijd doen ertoe. Dit betekent dat bijvoorbeeld in een gemeente met veel jonge aanvragers met psychiatrische aandoeningen het afwijzingspercentage een stuk hoger zal zijn dan in een gemeente met veel oudere aanvragers met dementie.

Hoewel het CIZ zijn taak als poortwachter dus goed lijkt te vervullen, kan een hoog afwijzingspercentage wel een teken zijn dat het stelsel als geheel niet optimaal functioneert. Vooral voor degene die wordt afgewezen is dit vervelend. Recent wees de Nationale ombudsman er op dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd en niet meer

weten waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen.⁴⁵ Uit ons onderzoek blijkt dat vooral aanvragers met een psychiatrische aandoening en jonge aanvragers relatief vaak worden afgewezen. Bij gesprekken in het veld kwam naar voren dat goede communicatie en afstemming tussen zorgaanbieders, CIZ, gemeente en zorgverzekeraar kan bijdragen aan minder (onterechte) aanvragen en dus afwijzingen voor Wlz-zorg. In sommige regio's zijn onze gesprekspartners tevreden over de samenwerking, bij andere komt dit nog maar net op gang.

In dit onderzoek legden wij de focus op afwijzingen voor Wlz-indicaties. Naast antwoorden heeft dit ook weer nieuwe vragen opgeleverd. Met name het voortraject lijkt interessant, omdat daar de aansluiting tussen de verschillende zorgregimes en eventuele knelpunten daarbij het meest zichtbaar worden: hoe komt het dat sommige mensen onterecht aankloppen bij het CIZ? En hoe groot zijn de verschillen tussen gemeenten daarbij precies? Hoe sluit de beleidsvrijheid van gemeenten aan op de uniformiteit van de beoordeling door het CIZ? Deze vragen vielen buiten de focus van dit onderzoek en blijven voor nu dus onbeantwoord.

Eindnoten

1. Ieder(in) (2016). Signaalrapport: Dwalen tussen wetten en loketten; MEE (2017). MEE Signaal. Trend- en signaleringsrapportage 2017; NOS (2017, 14 juli). Mensen lopen complexe zorg mis door verstikkende bureaucratie.
2. Zie o.a. Nationale ombudsman (2018). Zorgen voor burgers. Rapportnummer: 2018/030; Zorgvisie (2015, 30 juli). Zorginstituut vreest afwentelgedrag gemeenten; Centraal Planbureau & Sociaal en Cultureel Planbureau (2015). Keuzeruimte in de langdurige zorg.
3. VWS (2014). Memorie van Toelichting Wet op de langdurige zorg (Wlz).
4. Ministerie van VWS (zonder jaar). VWS Monitor: Handzaam overzicht van kerncijfers over de gezondheidszorg. <https://www.hetzorgverhaal.nl/static/VWS-beleidsmonitor.pdf>, geraadpleegd op 10 mei 2018.
5. Nationale ombudsman (2018). Zorgen voor burgers. Rapportnummer: 2018/030.
6. Sociaal en Cultureel Planbureau (2017) & Tweede kamer (2018). Verslag van een Algemeen Overleg. Den Haag. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 34 104, nr. 219
7. Ieder(in) e.a. (2017). Klem in zorgsysteem. Signaalrapport van Nationale Zorgnummer. & MEE (2017). MEE Signaal. Trend- en signaleringsrapportage 2017 & NOS (2017, 14 juli). Mensen lopen complexe zorg mis door verstikkende bureaucratie.
8. VWS (2014). Memorie van Toelichting Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).
9. Met het oog op de leesbaarheid worden Wlz-aanvragers in deze tekst regelmatig aangeduid met 'hij'. Het kan in deze gevallen echter ook om een 'zij' gaan.
10. Zorgvisie (2016, 9 september). Gemeenten sturen gehandicapten door naar Wlz.; Zorgvisie (2016, 23 september). Afschuifgedrag blijft risico binnen de langdurende zorg; Nationale ombudsman (2018). Zorgen voor burgers. Rapportnummer: 2018/030; Zorginstituut (2015). Afwegingskader voor toegang tot de Wet langdurige zorg; Centraal Planbureau & Sociaal en Cultureel Planbureau (2015). Keuzeruimte in de langdurige zorg.
11. Zorgvisie (2016, 10 mei). Gemeenten vormen black box bij indicatiestelling Wlz.
12. Ieder(in) e.a. (2017). Klem in zorgsysteem. Signaalrapport van Nationale Zorgnummer & MEE (2017). MEE Signaal. Trend- en signaleringsrapportage 2017.
13. BMC-Advies in opdracht van SCP (2017). Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg; ervaringen van aanvragers en professionals.
14. BMC-Advies in opdracht van SCP (2017). Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg; ervaringen van aanvragers en professionals. & Nationale ombudsman (2018). Zorgen voor burgers. Rapportnummer: 2018/030.
15. Nationale ombudsman (2018). Zorgen voor burgers. Rapportnummer: 2018/030.
16. Tweede kamer (2018). Verslag van een Algemeen Overleg. Den Haag. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 34 104, nr. 219 & Tweede Kamer (2017). Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden. Den Haag. Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, Aanhangsel van de Handelingen nr. 240 & Tweede Kamer (2016) Verslag van een Algemeen Overleg. Den Haag. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 104, nr. 121.
17. VWS (2014). Memorie van Toelichting Wet op de langdurige zorg (Wlz).
18. VWS (2014). Memorie van Toelichting Wet op de langdurige zorg (Wlz).
19. Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2018: Permanent toezicht betekent dat de patiënt dag en nacht onafgebroken en actief in de gaten wordt gehouden. Dit is noodzakelijk wanneer er elk moment iets (ernstig) mis kan gaan met de gezondheid of door het gedrag. Bij 24 uur per dag zorg in de nabijheid is er geen sprake van continue actieve observatie, het betreft meer passief toezicht. Wel wordt zowel op geplande als ongeplande momenten zorg verleend. Dit is vooral noodzakelijk wanneer de patiënt niet (altijd) zelf op tijd hulp kan oproepen of niet goed kan inschatten wanneer hulp nodig is.
20. VWS (2014). Memorie van Toelichting Wet op de langdurige zorg (Wlz). Pagina 57.
21. Het betrof acht onderzoekers van het CIZ werkzaam op de vier regiokantoren van het CIZ, acht beleidsmedewerkers werkzaam binnen het sociaal domein van de gemeente, drie functionarissen werkzaam binnen het sociaal team van de gemeente (Wmo consulenten, jeugdcoaches) en tien cliëntondersteuners (zowel vrijwilligers als betaalde krachten).

22. Kwalitatieve duiding in de tekst en tekstkaders is mede geïnspireerd op de classificatieboom 'kans op afwijzing Wlz' van onze kwantitatieve analyse (zie methodologische verantwoording). Groepen die in de classificatieboom worden onderscheiden zijn aanvragers met een psychogeriatrische aandoening (die vaker worden toegelaten), aanvragers met een psychiatrische aandoening (die vaker worden afgewezen), aanvragers met bepaalde aandoeningen die worden geholpen met hun aanvraag door een zorgaanbieder (die vaker worden toegelaten), aanvragers met een verstandelijke beperking (die vaker worden toegelaten), jongere aanvragers (die vaker worden afgewezen dan oudere aanvragers).
23. VWS (2016). Het Nederlandse zorgstelsel. https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/d264531c5bd30ce1e9d6d4a88ff96179_Het_Nederlandse_Zorgstelsel.pdf, geraadpleegd op 29 mei 2018.
24. VWS (2018). Rijksbegroting 2018. TK 2017–2018, 34 775 XVI, nr. 1.
25. In 2015 was dit 8,1%, in 2016 10,1% en in 2017 10,4%.
26. Het is mogelijk dat één persoon wel meer van deze 'eerste aanvragen' doet, maar telkens wordt afgewezen. Al deze eerste aanvragen zijn meegenomen in onze analyse.
27. Met 'passender zorg' bedoelen wij een ander zorgprofiel, bijvoorbeeld een zwaarder profiel.
28. Kamerstuk: vergaderjaar 2017–2018, zorg en maatschappelijke ondersteuning, 29 538, nr. 261
29. In het vervolg duiden wij met 'aanvragen' op de aanvragen binnen onze steekproef. Dit zijn dus alleen de eerste aanvragen en alleen aanvragen die zijn afgerond met een besluit.
30. Rondetafelbijeenkomst met 10 experts: CIZ (n=3), Nationale ombudsman (n=2), SCP (n=1), VWS (n=3), VNG (n=1).
31. Voor een aantal vormen van de vroegere AWBZ-zorg geldt een langer overgangsrecht.
32. In 2015, 2016, 2017 werden respectievelijk 45.522, 44.940 en 45.925 aanvragen gehonoreerd.
33. Als we de gemeenten met meest extreme afwijzingspercentages buiten beschouwing laten dan ligt het afwijzingspercentage tussen de 5 en 28 procent. Dit betreft 95% van de gemeenten.
34. Dit betreft de 'ecologische fout': de onjuiste veronderstelling dat groepsgemiddelden van toepassing zijn op de individuen die deel uitmaken van de groep.
35. We hebben multilevel-regressieanalyses uitgevoerd. De afhankelijke variabele was op persoonsniveau. Hierbij wordt rekening gehouden met dat aanvragers gegroepeerd zijn binnen gemeenten en getoetst of de kans op aanvraag geclusterd is binnen gemeenten.
36. VWS (2014). Memorie van Toelichting Wet op de langdurige zorg (Wlz).
37. Artikel 3.2.2 van de Wet langdurige zorg.
38. VWS (z.j.). Monitor Langdurige Zorg. <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/psychogeriatrische-aandoening>, geraadpleegd op 28 mei 2018.
39. Twee procent van de aanvragen heeft een onbekende grondslag. Voor deze aanvragen staat in de data wel een besluit maar geen grondslag. Waarschijnlijk gaat het hier om registratiefouten.
40. Brief van de staatssecretaris van VWS van 24 november 2017 aan de Tweede Kamer, TK 2017–2018, 34 104 en 25 424, nr. 200.
41. In dit figuur wordt de kans op afwijzing voor aanvragers met verschillende leeftijden vergeleken. De overige onderzochte kenmerken zijn gelijk gehouden (zie methodologische verantwoording voor meer uitleg).
42. Algemene Rekenkamer (2015). Regionale verschillen in de langdurige zorg; mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronische zieken. Bijlage bij Kamerstuk 34 104, nr. 58, Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015.
43. Mensen die het niet eens zijn met het besluit of het toegekende zorgprofiel kunnen een bezwaarschrift indienen bij het CIZ. In dat geval beoordeelt een juridisch medewerker van het CIZ de aanvraag opnieuw.
44. Zie o.a. Nationale ombudsman (2018). Zorgen voor burgers. Rapportnummer: 2018/030; Zorginstituut (2015). Afwegingskader voor toegang tot de Wet langdurige zorg; Centraal Planbureau & Sociaal en Cultureel Planbureau (2015). Keuzeruimte in de langdurige zorg.
45. Nationale ombudsman (2018). Zorgen voor burgers. Rapportnummer: 2018/030.

Voorlichting

Afdeling Communicatie

Postbus 20015

2500 EA Den Haag

telefoon (070) 342 44 00

voorlichting@rekenkamer.nl

www.rekenkamer.nl

De tekst van de publicatie *Focus op Toegang tot de Wet langdurige zorg* is op 1 juni 2018 door de Algemene Rekenkamer vastgesteld en op 6 juni 2018 aangeboden aan de Voorzitter van de Tweede Kamer.

Bij deze publicatie hoort een bijlage 'Methologische verantwoording'. Deze is te vinden op www.rekenkamer.nl

