

FAQ-sheet voor zorgaanbieders

Naar aanleiding van de kennismakingsbijeenkomsten 2015

Systematiek arrangementen en tarieven

1. Hoe werkt de systematiek van de arrangementen ?
Op www.sociaaldomein-maastricht-heuvelland.nl staat een rekenvoorbeeld.
2. Is het mogelijk bestaande arrangementen uit te breiden/andere producten toe te voegen?
Nee, dat kan niet: de arrangementenstructuur voor 2015 staat vast. Daarbinnen mag wel gezocht worden naar vernieuwing en doelmatigheid.
3. Geldt een arrangement voor een persoon of geldt het voor meerdere personen?
Het arrangement geldt voor een persoon. In de achterliggende zorgvraag kan de begeleiding van het gehele gezin een onderdeel vormen van dit arrangement. Het arrangement/de kosten wordt/worden dan op het burgerservicenummer van de persoon die zorg nodig heeft geboekt.
4. Hoe zit het met zorgzwaarte (ureninzet) binnen arrangementen?
Dit heeft geen effect op de gecontracteerde tarieven van het arrangement. In de historische uitvraag heeft de zorgzwaarte de tarieven (mede) bepaald.
5. Kan een organisatie meerdere arrangementen hebben?
Ja, dat kan. Een burger kan verschillende arrangementen ook bij verschillende aanbieders onderbrengen. Dat moet natuurlijk wel de kwaliteit van de ondersteuning ten goede komen.
6. Is binnen een arrangement hoofdaannemer en onderaannemer mogelijk?
Ja, dat kan, maar de gemeente spreekt als regisseur alleen de hoofdaannemer op de kwaliteit van de ondersteuning aan. De hoofdaannemer is eindverantwoordelijk voor het zorgplan.
7. Hoe verhoudt zich de CAK-bijdrage tot het arrangement?
De zorgaanbieder levert de realisatie per eenheid vierwekelijks aan bij het CAK. In bijlage 1a van de dienstverleningsovereenkomst staat aangegeven welke eenheid van toepassing is op het betreffende arrangement. Het CAK berekent vervolgens de eigen bijdrage voor de cliënt. Een voorbeeld: als een cliënt vier dagdelen een activiteit volgt, levert de aanbieder hiervoor de hoeveelheid vier aan bij het CAK en niet het totaal aantal uren waar het om gaat. Daarmee wordt de eigen bijdrage correct doorberekend naar de klant.
8. Wat is de looptijd van een arrangement?
De bekostiging is steeds voor een kalenderjaar. De looptijd van een arrangement is afhankelijk van de behoefte van de cliënt. Dat beoordeelt de aanbieder. De afgegeven toekenning door de gemeente (indicatie) bepaalt de maximale looptijd.
9. Wat als in het vierde kwartaal een nieuwe beschikking (indicatie) plaatsvindt? Hoe lang loopt dit door?

De aanbieder bepaalt uiteindelijk de daadwerkelijke zorgduur binnen de afgegeven beschikking (indicatie). Afhankelijk van de behoefte van de cliënt en het bereiken van het doel kan een traject eerder aflopen. Voor het langer laten doorlopen van een arrangement is een nieuwe beschikking (indicatie) nodig.

10. Stel dat een cliënt maar een paar dagen zorg heeft, dan wordt het volledige arrangementstarief aangesproken. Hoe wordt hiermee omgegaan door gemeenten?

Dit is een terecht punt van aandacht. De medewerkers van team Toegang bij de gemeente moeten daarom duidelijk de instructie krijgen dat bij noodzaak tot het bieden van maatwerk, al is het nog zo kort, de prijs niet leidend mag zijn. In deze systematiek is al rekening gehouden met korte en lange trajecten en met in- en extensieve ondersteuning. Uit het oogpunt van kostenbewustzijn mag natuurlijk wel naar de aard van de aanbieder gekeken worden; naar de aanbieder die in het verleden veel korte, extensieve trajecten heeft gehad.

11. Is er een maximum/overproductie mogelijk?

Er is voor het kalenderjaar 2015 geen maximaal aantal cliënten of cliëntenplafond ingebouwd. De bijlagen uit de dienstverleningsovereenkomst worden voor elk volgend kalenderjaar opnieuw vastgesteld.

12. Hoe wordt een cliënt gevolgd als hij of zij wordt doorverwezen naar een andere aanbieder?

Er is geen sprake van doorverwijzingen onder individuele aanbieders aan elkaar. Alleen een huisarts, medisch specialist of jeugdarts mag direct (door)verwijzen. In alle andere gevallen loopt dit via het toegangsteam van betreffende gemeente. Dat betekent een nieuwe toewijzing. Het gemeentelijk toegangsteam volgt het proces vanuit zijn rol als regisseur.

13. Kan een arrangement aan meerdere aanbieders worden gekoppeld?

Nee, de gemeente schakelt met een hoofdaanbieder. Deze hoofdaanbieder kan wel (een deel van) de zorg uitbesteden aan een onderaannemer.

14. Nu worden nog steeds dagdelen en uren op beschikking afgegeven door gemeenten. Dat staat toch haaks op het arrangementssysteem?

Inderdaad. In het arrangementssysteem wordt niet uitgegaan van eenheden of uren. Tijdens interne informatiebijeenkomsten met medewerkers van het toegangsteam wordt telkens herhaald dat het oude 'indicatiedenken' niet meer van toepassing is. Ook wordt herhaald dat de zorgaanbieders de wijze en mate van ondersteuning bepalen die gericht is op doelstellingen en kwaliteit.

Daarentegen is inzicht in de zorginzet en de casemix noodzakelijk voor de gemeenten, dit wordt de spiegelinformatie genoemd. De spiegelinformatie maakt momenteel onderdeel uit van de gegevensuitvraag per kwartaal.

15. Als een cliënt halverwege het jaar instroomt, wat betekent dit voor het arrangementstarief? Mag het hele tarief worden gedeclareerd?

Ja, het arrangementstarief geldt voor het hele kalenderjaar, ongeacht wanneer iemand in- of uitstroomt. De wijze waarop iemand uitstroomt kan in enkele gevallen wel invloed hebben op de

hoogte van het declarabele arrangementstarief. In het declaratieprotocol¹ zijn voorbeelden uitgewerkt. Dat protocol vindt u op www.sociaaldomein-maastricht-heuvelland.nl.

16. Geldt bij overgangsccliënten de oude prijsafpraak of het arrangementstarief?

De cliënt behoudt zijn recht op zorg. Wel gelden de nieuwe prijsafspraken 2015.

17. Welke financiële regels gelden bij overloop cliënt in zorg van kalenderjaar 2015 naar 2016?

Als een cliënt zorg krijgt in zowel 2015 als 2016, krijgt de zorgaanbieder in beginsel voor deze cliënt in beide jaren het arrangementstarief (mits er een dienstverleningsovereenkomst is afgesloten). De spelregels uit het declaratieprotocol kunnen invloed hebben op de hoogte van het declarabele bedrag.

18. Hoe gaat de gemeente om met de verschillende gecontracteerde tarieven, die wel hetzelfde arrangement en dezelfde doelgroep betreffen?

We houden deze verschillen in 2015 aan op basis van de afgesloten dienstverleningsovereenkomsten. Deze verschillen zijn veroorzaakt door verschillen in zorgzwaarte, gemiddelde duur, intensiteit en de prijzen van de historische producten die tot 2015 werden aangehouden en samen een arrangement zijn gaan vormen.

19. Hoe werken de formules bij de tariefsbepaling?

Elke aanbieder is gevraagd bijlage 1, behorende tot de dienstverleningsovereenkomst, in te vullen. In dit format worden een aantal stappen doorlopen die uiteindelijk de arrangementstarief tot stand laten komen.

De (historische) omzet wordt in kaart gebracht door het aantal eenheden te vermenigvuldigen met de prijs per eenheid. Die wordt vervolgens aangevuld met de historische omzet vervoer en de huisvestingscomponent. De huisvestingscomponent is gecorrigeerd van 20 procent in 2013 en 30 procent in 2014 naar 50 procent in 2015. Deze jaarlijkse wijziging van percentages liggen in lijn met het invoertraject integrale tarieven zoals in 2012 reeds door de Nederlandse Zorgautoriteit ten behoeven van de AWBZ is bepaald. De totale omzet is aansluitend geïndexeerd: met 1,5 procent voor 2014 en 3,02 procent vanuit 2013. Vervolgens is de korting toegepast. De bijgestelde omzet is tenslotte gedeeld door het aantal unieke cliënten. Na doorlopen van alle vorengenoemde stappen komt een arrangementstarief tot stand.

20. Hoe is de prijs voor de nieuwkomers tot stand gekomen?

Op basis van de 'laagst gecontracteerde zorg in natura'-tarieven. De extremen aan de onderkant zijn hier weggelaten.

21. Kunnen tarieven worden bijgesteld?

Nee, deze staan voor 2015 vast in de overeenkomst (zie bijlage 1 van de dienstverleningsovereenkomst). In de ontwikkeltafels van 2015 wordt de gekozen systematiek verbeterd en wordt met aanbieders gesproken over de manier waarop de rijkskortingen en de

¹ Het declaratieprotocol wordt gepubliceerd, op een nog nader vast te stellen moment. U wordt hiervan op de hoogte gebracht.

bevindingen vanuit de gegevensaanlevering (spiegelinformatie) in de tarieven van 2016 zouden kunnen doorwerken. Vanuit de spiegelinformatie wordt de zorginzet en de casemix inzichtelijk.

Berichtenverkeer

22. Wanneer is de gemeente klaar voor iWmo en iJw?

De voorzichtige inschatting is dat de gemeenten in het derde kwartaal klaar zijn voor iWmo en iJw. De vertraging heeft verschillende oorzaken, zoals de achtergebleven aanvragen voor de nieuwe algemeen-gegevens-beheer (agb)-erkenningen maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp, maar ook door aanpassingen in de programmatuur. Zodra deze problemen zijn opgelost, kunnen testberichten van en naar aanbieders worden gestuurd.

23. Hoe zit het met GGK/VECOZO?

Aanmelden voor het berichtenverkeer via het Gemeentelijk Gegevensknooppunt (GGK) kan via VECOZO. VECOZO is het communicatiepunt voor ketenpartijen in de zorg die hun administratieve processen willen stroomlijnen en optimaliseren. Aanmelden kan via: <https://www.vecozo.nl/Diensten/Administratieve-zaken/Wmo-en-Jeugdwet-voor-zorgaanbieders/>. Op deze site staat precies uitgelegd wat er nodig is voor de aanmelding. U vindt er een overzicht van de gemeenten die bij het gegevensknooppunt zijn aangemeld. Op de site staat ook een overzicht van de softwareleveranciers die de applicatie kunnen leveren die nodig is om het berichtenverkeer uit te voeren. Voor vragen heeft VECOZO ook een helpdesk ingericht: <https://www.vecozo.nl/contact>.

24. Is er een beschikingsnummer nodig voor het berichtenverkeer tussen zorgaanbieder en gemeente?

Hoe een gemeente hiermee omgaat, wordt vastgelegd in een verordening. Elke individuele gemeente kan hier dus verschillend mee omgaan.

25. Is er een alternatief voor kleine gebruikers?

Ja, op de website van VECOZO vindt u hier meer informatie over. Gegevens kunnen via Excel worden ge-upload als alternatief voor de 'reguliere' aanmelding.

26. In welke eenheden moet informatie in het berichtenverkeer worden aangeleverd?

De eenheid die in de arrangementen is aangegeven, moet ook in het berichtenverkeer worden aangegeven. Zo staat dit ook beschreven in het declaratieprotocol. Dat vindt u op www.sociaaldomein-maastricht-heuvelland.nl.

Declaratieproces/facturatie

27. Moet er worden gedeclareerd als er ook al een voorschot wordt gegeven?

Ja, want deze informatie is nodig voor onder andere de eindafrekening en het eventueel bijstellen van het voorschot. In het declaratieprotocol² vindt u nadere regels over de wijze van declareren.

28. Wat is het verschil tussen spiegelinformatie en managementinformatie?

Spiegelinformatie kan worden gezien als een verzameling van nog niet geanalyseerde gegevens die worden gebruikt voor eventuele besluiten over systeem aanpassingen, wijzigingen van

² Het declaratieprotocol wordt gepubliceerd, op een nog nader vast te stellen moment. U wordt hiervan op de hoogte gebracht.

inkoopvoorwaarden en transformatiedoelstellingen. De uitkomst van de analyse kan gezien worden als managementinformatie.

29. Wat is spiegelinformatie en hoe moet deze worden aangeleverd?

Spiegelinformatie omvat de gerealiseerde productie op arrangementsniveau en op het oorspronkelijke niveau daaronder (NZa-codes, DBC's en provinciale codes) per unieke cliënt. Het gaat om inzicht in de zorginzet en de casemix. De spiegelinformatie wordt momenteel aangeleverd via de gegevensuitvraag per kwartaal.

30. Hoe zit het met afrekening/declaratie (bijvoorbeeld einde traject maart 2015)

In het declaratieprotocol³ zijn hier regels over opgenomen. Dat vindt u op www.sociaaldomein-maastricht-heuvelland.nl.

31. Hoe verhoudt zich het budget ten opzichte van het volume?

Binnen de Wmo zijn geen budget- of volumeafspraken met aanbieders gemaakt. Binnen Jeugd is dat in principe ook zo, met uitzondering van de aanbieders die conform het Regionaal Transitie Arrangement een budgetgarantie hebben gekregen. Voor de vrijgevestigden geldt een budgetplafond.

Proces dienstverleningsovereenkomst (DVO)

32. Hoe verloopt contractvorming voor consultatie?

In de bijlagen 1a/b van het DVO staat dat aanbieders zich kunnen aanbieden tegen een bepaald tarief dat vooraf is gemaximeerd en voor een aantal uren/fte. Naargelang de behoefte bij de toegangsteams worden partijen benaderd voor daadwerkelijke inzet van hun professionals.

33. Welke combinaties van zorg zijn mogelijk?

In principe zijn alle combinaties van arrangementen mogelijk. Kanttekening hierbij is dat beschermd wonen al uit verschillende onderdelen bestaat die niet ook nog als apart arrangement mogen worden aangeboden.

34. Wat zijn de inkoopcriteria?

De inkoopcriteria zijn opgenomen in de samenwerkingsovereenkomst, de dienstverleningsovereenkomst en de daarbij behorende bijlagen. In de bijlagen wordt onder andere een limitatieve lijst met betrekking tot kwaliteitseisen ter toetsing voorgelegd, evenals een format ter verantwoording van de historische productiecijfers, die uiteindelijk de basis vormen voor de totstandkoming van de arrangementstarieven.

35. Kan een DVO tussentijds veranderd worden?

In beginsel niet, alleen als er aantoonbare omissies zijn en na goedkeuring door het college van burgemeester en wethouders.

³ Het declaratieprotocol wordt gepubliceerd, op een nog nader vast te stellen moment. U wordt hiervan op de hoogte gebracht.

36. Mag een cliënt die een indicatie heeft uit 2014 en die hij nog niet verzilverd heeft, overgaan naar het persoonsgebonden budget (pgb) en wordt hij of zij dan nog gezien als overgangsccliënt?
Ja, dat mag. Deze cliënt wordt dan nog steeds gezien als een overgangsccliënt.

37. Mag een cliënt informeren bij aanbieders naar de inhoud van het arrangement in relatie tot keuzevrijheid en resultaten die daarmee worden gerealiseerd?
Ja, dat mag.

38. Hoe is innovatie geborgd in het proces 2015?

Er zijn ontwikkeltafels in 2015 waarbinnen de mogelijk bestaat om tot innovatie te komen. Tevens zijn er speciale ervaren-verbeteren-innoveren-(EVI-)panels geïnstalleerd. Daarnaast biedt de inkoop van arrangementen in plaats van eerdere producten ruimte aan aanbieders om hun ondersteuning te verbeteren en te innoveren.

Specifiek voor jeugd bestaat er een subsidieregeling, waarop aanbieders kunnen inschrijven. De subsidieregeling is gericht op de stimulering van innovatie.

Beschermd wonen

39. Waar moet een cliënt zich melden voor beschermd wonen?

Voor Wmo Beschermd wonen geldt Maastricht als centrumgemeente voor de gemeenten Eijsden-Margraten, Gulpen-Witttem, Maastricht, Meerssen, Vaals, Valkenburg aan de Geul, Beek, Schinnen, Sittard-Geleen en Stein.

40. Is er een arrangement voor Beschermd wonen? Kunnen we ook andere arrangementen aanbieden?
Nee, binnen de Wmo Beschermd wonen zijn twee arrangementen: Dagbesteding Beschermd wonen en Verblijf Beschermd wonen. Laatstgenoemde bestaat uit verblijf inclusief en exclusief dagbesteding.

Informatievoorziening

41. Is overheveling van de zorgvraag naar een andere zorgaanbieder mogelijk?

Ja, dit loopt altijd via het toegangsteam. Hieraan zijn ook voorwaarden en financiële gevolgen verbonden.

42. Hoe moeten we handelen op basis van de scheidslijn Wet langdurige zorg (Wlz) en gemeentelijk gecontracteerde zorg (Wmo en Jeugdwet)?

Zie hiervoor de door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) onderhouden Wlz-wegwijzer. Deze kunt u op onderstaande link terugvinden:

<https://www.ciz.nl/zorg-uit-wlz/wlz-wegwijzer/Paginas/default.aspx>

43. Wordt de verwijsgids openbaar gemaakt?

Ja, de verwijsgids wordt op een nader te bepalen moment openbaar gemaakt. Bij publicatie ontvang u bericht.

44. Hoe landt de complexiteit van zorg in de verwijsgids zodat bij toegang de juiste informatie staat?

Op verschillende manieren is informatie met betrekking tot dienstverlening en zorgzwaarte van de aanbieders opgevraagd en in de verwijsgids verwerkt.

45. Hoe zit het met productcodes (Jeugd)? Is dit op arrangementsniveau of worden 'oude' NZa-codes gebruikt?

Zie hiervoor de verwijzindex productcodes op www.zorginstituutnederland.nl. Voor de achttien Zuid-Limburgse gemeenten gelden dezelfde productcodes voor Jeugd.

Doorlooptijden/proces toewijzing

46. Hoe moeten cliënten bij de gemeente aangemeld worden na verwijzing door de huisarts?

Zorgaanbieders informeren het team Toegang per gecodeerde e-mail. Zij geven het burgerservicenummer (BSN) en het betreffende arrangement door. In geval van vrijgevestigden voor JGGZ gaat het om de ingezette diagnosebehandelingscombinatie (DBC).

Overige

47. Wie is de zorgregisseur?

Voor het 1G1P1R (familiegroepsplan) is een format beschikbaar dat wordt gebruikt in Parkstad en Maastricht-Heuvelland. Regio Westelijke Mijnstreek kent een eigen format. De definitie en taakverdeling van regisseur, proces- en casemanagement worden lokaal ingevuld door gemeenten. Daar worden per casus afspraken over gemaakt. Het gaat hierbij ook om de persoon die het meest is betrokken bij het desbetreffende gezin. In 2015 worden het format en de afspraken over het gebruik ervan door de zorgaanbieders verder ontwikkeld.

48. Kunnen aanbieders kosten bij de gemeente in rekening brengen voor burgers die vrijblijvend willen meelopen bij een zorgvoorziening?

De kosten worden niet vergoed.

49. Is er sprake van een fout als iemand in de Wet langdurige zorg (Wlz) ook individueel begeleiding krijgt?

Zodra een cliënt volgens de Wlz zorg ontvangt, wordt de Wmo-activiteit ook onder de Wlz opgepakt. Hiervoor dient de aanbieder zelf een afspraak met het zorgkantoor te maken.

50. Waaronder valt dagbesteding met persoonlijke verzorging (niet handen op de rug)?

De dagbesteding valt onder de Wmo en kan in een aantal gevallen een lichte vorm van persoonlijke verzorging bevatten. Deze lichte vorm van persoonlijke verzorging is gekoppeld aan het arrangement groepsbegeleiding. Binnen de historische NZa producten en tarieven, die samen de arrangementen groepsbegeleiding vormen, waren deze zorgactiviteiten ook opgenomen. Persoonlijke verzorging in de thuissituatie van de cliënt valt onder de Zorgverzekeringswet.

51. Declaratie na jaarovergang: is hiervoor een actie vereist van de aanbieder?

Het arrangementstarief geldt alleen voor het kalenderjaar 2015. Voor de opvolgende kalenderjaren worden nieuwe afspraken gemaakt. Het declaratieprotocol is onderdeel van bijlage 4 van de dienstverleningsovereenkomst en geldt voor 2015. Voor 2016 kunnen andere declaratievereisten gelden.

52. Wat gebeurt er bij tussentijdse wijzigingen als gevolg van verhuizen, overlijden, de overstap naar een andere aanbieder of opname?

Afhankelijk van de situatie zijn er meerdere mogelijkheden. Deze zijn in het declaratieprotocol nader uitgewerkt. Het declaratieprotocol⁴ vindt u op www.sociaaldomein-maastricht-heuvelland.nl.

53. Wat gebeurt er met cliënten met een oud subsidiebesluit individueel met oude grondslag psychosociaal?

Indien sprake is van een overgangsccliënt kan de zorgaanbieder deze zorg, volgens de vigerende regels, blijven continueren. Bij afloop van de indicatie of eerder door de bestaande regelgeving is een heroverweging aan de orde door het toegangsteam.

54. De ontwikkeling van de diagnosebehandelingscombinatie (DBC) is moeilijk te voorspellen. Hoe werkt dit in samenhang met de arrangementsystematiek?

De ontwikkeling van het aantal behandelminuten in de DBC zijn vooraf niet voorspelbaar en kan pas na het sluiten van de DBC worden vastgesteld. Dit heeft echter geen invloed op de arrangementen, omdat ze zijn losgekoppeld van onderliggende eenheden en prijzen. Voor de aanlevering van de spiegelinformatie moet de te verwachten DBC opgenomen worden.

55. Staan de verschillen tussen gemeenten de samenwerking niet in de weg?

Alle vormen van samenwerking zijn toegestaan. Voor de gemeente zal gelden dat zij zaken doet met de partij waarmee de dienstverleningsovereenkomst is gesloten. De partij waarbij de cliënt wordt ondergebracht zal zich moeten verantwoorden conform de afspraken in zijn dienstverleningsovereenkomst. Dat kan bij een cliënt met meerdere arrangementen over meerdere partijen zijn verdeeld.

56. Zijn er spelregels voor consultatie en hoe werken deze?

De gemeente kan een zorgaanbieder consulteren met betrekking tot vragen rondom de zorgverlening. Hierover hebben aanbieder en gemeente aparte prijsafspraken gemaakt. Indien bij een aanbieder die voor de gemeente ten behoeve van een cliënt zowel de consultatie heeft geleverd als de zorg zelf, wordt consultatie niet apart vergoed.

57. Mag een aanbieder zowel persoonsgebonden budget (pgb) als zorg in natura aanbieden?

Ja, dat mag. Uiteraard wordt vanuit de cliënt gezien, een overheveling van pgb naar zorg in natura en andersom goed beoordeeld door de gemeentelijke toegang. Zo willen we dubbelingen in de vergoedingsfeer voorkomen. Daarnaast dient te worden onderzocht of een cliënt, in het geval een pgb aanvraag aan de orde is, zelf in staat is om zijn zorg in te kopen en de benodigde verantwoording hieromtrent af te leggen.

58. Als een zorgmijder geen handtekening onder het zorgplan plaatst, moet dan toch zorg worden geleverd?

De procesafspraken over inzet van zorg worden gemaakt met het gemeentelijk toegangsteam. Het niet zetten van de handtekening onder het zorgplan, bijvoorbeeld bij een zorgmijder, vraagt om expliciete afspraken van de aanbieder met gemeentelijk toegangsteam.

⁴ Het declaratieprotocol wordt gepubliceerd, op een nog nader vast te stellen moment. U wordt hiervan op de hoogte gebracht.

59. Social return. Waar zie ik dat terug?

Dit is in de dienstverleningsovereenkomst (DVO) geregeld. Voor vragen over social return kunt u terecht bij Odette Creusen. Zij is projectleider social return in Maastricht en regiocoördinator voor het Heuvelland. Voor betrokken DVO's geldt dat Odette aanspreekpunt is voor het hele gebied Zuid-Limburg. U kunt haar bereiken via (043) 350 47 36, 06 21 12 88 23 of socialreturn@maastricht.nl.

60. Wat te doen met een jongere die achttien wordt waarvan de indicatie doorloopt?

Deze jongere valt mogelijk onder een ander wettelijk kader, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw) (in geval van GGZ), Wmo of de Wet langdurige zorg (Wlz). Overgang naar de Zvw, Wmo of Wlz moet zorgvuldig en in overleg met het gemeentelijk toegangsteam gebeuren. Omdat we geen indicaties meer kennen met einddatum, mag de aanbieder het traject in het betreffende kalenderjaar afmaken, ook na de achttiende verjaardag. Daar waar genoemde wetten geen vervolg bieden, blijft de Jeugdwet van kracht totdat de leeftijd van 23 wordt bereikt.