



CIZ Indicatiewijzer

**Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ
2009, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS**

Versie: 1.0
18 december 2008



Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Voorwoord en leeswijzer	3
Hoofdstuk 2. Algemene uitgangspunten	5
Hoofdstuk 3. Gebruikelijke zorg	19
Hoofdstuk 4. De functie Persoonlijke Verzorging	27
Hoofdstuk 5. De functie Verpleging	49
Hoofdstuk 6. De functie Begeleiding	71
Hoofdstuk 7. De functie Behandeling	95
Hoofdstuk 8. Palliatief Terminale zorg	113
Hoofdstuk 9. Thuisbeademing	119
Hoofdstuk 10. AWBZ-zorg in het onderwijs	135



Hoofstuk 1

Voorwoord en leeswijzer

Voorwoord

Wanneer mensen aanspraak willen maken op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is het CIZ de instelling die besluit of deze aanspraken gehonoreerd kunnen worden. Het CIZ neemt deze besluiten op basis van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009 van het ministerie van VWS.

Het ministerie van VWS heeft onlangs de nieuwe Beleidsregels indicatiestelling AWBZ bekend gemaakt. Dit gebeurt in een ministeriële regeling met acht bijlagen.

Om de aanspraken beter toepasbaar te maken voor de indicatiestelling, heeft het CIZ deze bijlagen uitgewerkt vanuit het perspectief van de indicatiestelling. Deze uitwerking, de CIZ Indicatiewijzer, is een toelichting op de bijlagen bij de nieuwe Beleidsregels. De Beleidsregels en de CIZ Indicatiewijzer gaan in op 1 januari 2009.

Natuurlijk heeft het CIZ altijd al beschreven en vastgesteld hoe de inhoudelijke afwegingen leiden tot een indicatiebesluit. Dat gebeurde in werkinstructies en protocollen. De CIZ Indicatiewijzer bevat echter veel meer informatie dan de protocollen. Per beleidsregel wordt uitgelegd wat er onderzocht moet worden, welke informatie van belang is, hoe die gewogen en in de context geplaatst moet worden en hoe dat leidt tot een indicatiebesluit met type(n) zorg, zorgomvang en zorgduur.

Met de publicatie van deze toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ geeft het CIZ inzicht in zijn werkwijze. De CIZ Indicatiewijzer draagt bij aan een transparante AWBZ en aan het verder uniformeren van de indicatiestelling van de AWBZ-aanspraken.

De inhoud van deze toelichting is tot stand gekomen in overleg met het ministerie van VWS en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Daarnaast zijn er expertmeetings gehouden met kwaliteitsmedewerkers, kennisdragers en medisch adviseurs van het CIZ. Gedurende het jaar 2008 zijn eveneens opmerkingen en vragen van ketenpartners en CIZ-medewerkers verwerkt in dit document.

Het voor u liggende document is een groeidocument. Daarom heeft deze versie het nummer 1.0. Zo zal in een later stadium de toelichting op Grondslagen en Verblijf worden toegevoegd. Mochten er wijzigingen in de Beleidsregels komen, dan passen wij ook de CIZ Indicatiewijzer aan.

Arjan Vermeulen
Voorzitter Raad van Bestuur

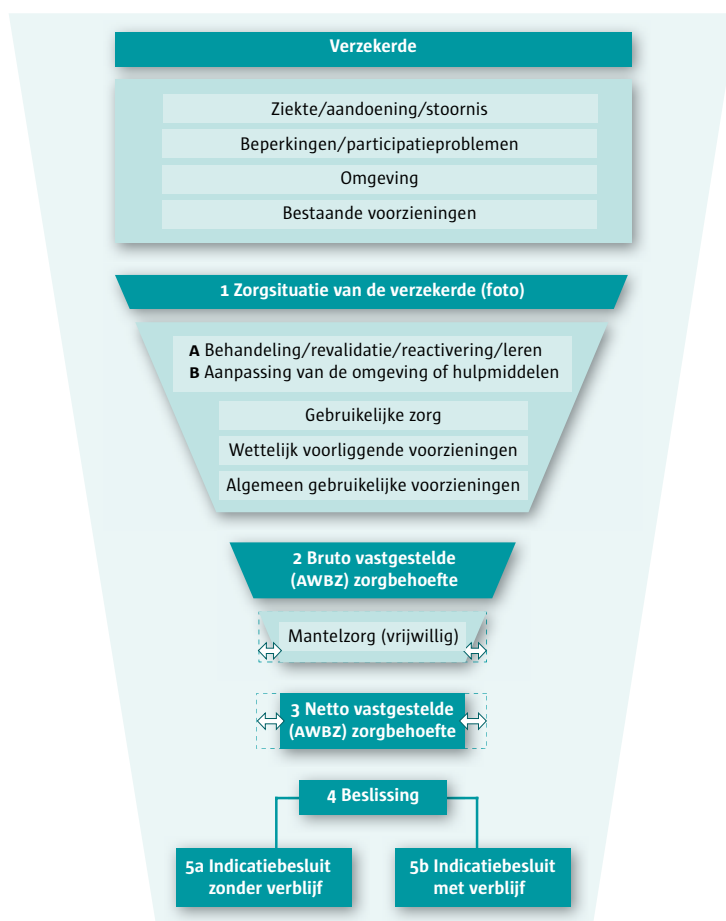
Leeswijzer

Daar waar in deze indicatiewijzer wordt gesproken over Beleidsregels, of bijlagen bij Beleidsregels van VWS, worden de in de Staatscourant gepubliceerde Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009 bedoeld.

De toelichting op de AWBZ-functies en de andere onderwerpen zijn als aparte hoofdstukken in deze CIZ Indicatiewijzer opgenomen.

De hoofdstukken over de AWBZ-functies Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP), Begeleiding (BG) en Behandeling (BH) zijn opgebouwd volgens een afwegingskader – het ‘trechtermodel’ - dat het CIZ hanteert bij het onderzoek naar aanspraak op AWBZ-zorg.

Het trechtermodel, een afwegingskader van het CIZ



In de hoofdstukken 8, 9 en 10, Palliatief Terminale Zorg, Thuisbeademing en Indicatiestelling voor AWBZ-zorg in het onderwijs, wordt de indicatiestelling rondom deze specifieke zorgvragen nader beschreven; dit in relatie met de diverse bijlagen bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

Dit onderzoek gebeurt op basis van artikel 6 van het Zorgindicatiebesluit. Het afwegingskader is het trechtermodel. Op de pagina's waar dit van toepassing is, is het trechtermodel weergegeven. Een pijl verwijst naar het onderzoeksgedeelte in de trechter, waar betreffende pagina betrekking op heeft.

Hoofdstuk 2

Algemene uitgangspunten

Inhoudsopgave

2.1	Inleiding	6
2.2	Algemeen	7
2.2.1	Definities	7
2.2.2	Grondslagen	9
2.2.3	Functies	9
2.2.4	Omvang	9
2.2.5	Geldigheidsduur	11
2.2.6	Advies bij besluit	11
2.3	Afwegingskader	13
2.3.1	Stap 1: Probleemanalyse: zorgsituatie van de verzekerde ('foto')	14
2.3.2	Stap 2: Oplossingsanalyse: bruto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte	15
2.3.3	Stap 3: Oplossingsanalyse: netto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte	16
2.3.4	Stap 4: Beslissing: AWBZ-zorg met of zonder Verblijf	16
2.3.5	Stap 5: Indicatiebesluit	17

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is een integrale weergave van 'bijlage 2 Algemeen' bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009 van VWS. We voegen dit stuk toe, omdat hetgeen in de CIZ Indicatiewijzer staat, gebaseerd is op deze bijlage.

Artikel 9a van de AWBZ bepaalt dat Burgemeester en Wethouders voorzien in een onafhankelijk indicatieorgaan dat besluit of iemand is aangewezen op bij Algemene maatregel van Bestuur aan te wijzen vormen van zorg. Artikel 9b van de AWBZ bepaalt dat de verzekerde slechts aangewezen is op bepaalde vormen zorg in het kader van de AWBZ als daar een indicatie voor is.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is door alle gemeenten aangewezen om die rol van onafhankelijk indicatieorgaan, zoals bedoeld in artikel 9a van de AWBZ, te vervullen.

Het Zorgindicatiebesluit (Zib) bepaalt dat de indicatiestelling plaatsvindt voor de zorg in de artikelen 4 tot en met 6 en 8 tot en met 10 en 13 tweede lid van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (Bza) en de wijze waarop deze indicatiestelling plaats moet vinden.

Een nadere uitwerking van de vraag hoe moet worden vastgesteld of een verzekerde is aangewezen op deze vormen van zorg, is vastgesteld in artikel 2 lid 1 en 2 van het Bza. Hierin staat dat de verzekerde aanspraak heeft op deze zorg, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw. Ook bestaat de aanspraak op zorg slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

2.2 Algemeen

2.2.1 Definities

Onderstaande definities zijn op alle bijlagen bij de beleidsregels indicatiestelling AWBZ van toepassing.

1. Algemeen gebruikelijke voorzieningen¹

Niet bij wet gecreëerde voorzieningen buiten de AWBZ om, die indien voorhanden in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van de verzekerde (boodschappendienst, kinderopvang anders dan bedoeld in de Wet Kinderopvang, alarmering et cetera).

2. Dagdeel

Aaneengesloten periode van maximaal 4 uren.

3. Doelmatigheid

De zorg die het goedkoopst adequaat is.

4. Formulierenet

De door het CIZ vastgestelde formulierenet wordt gehanteerd bij het indicatieonderzoek en de registratie van onderzoeksgegevens en de indicatie. De formulierenet is gebaseerd op:

- a. de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 4);
- b. en de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10) voor het bepalen van ziektes en aandoeningen;
- c. en de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) voor het vaststellen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

5. Gebruikelijke zorg

De normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden.

6. Gebruikelijke zorgverlener

Partner, ouder, inwonend kind of andere huisgenoot die de normale, dagelijkse zorg biedt aan een partner, kind of andere huisgenoot.

7. Gelijkwaardig indicatiebesluit

De inhoud van het nieuwe indicatiebesluit is zowel qua zorg als qua omvang gelijk aan het indicatiebesluit direct voorafgaande aan dit nieuwe indicatiebesluit.

8. Gezamenlijk huishouden

Van een gezamenlijke huishouding is sprake indien twee personen hun hoofdverblijf in dezelfde woning hebben en zij blijf geven zorg te dragen voor elkaar door middel van het leveren van een bijdrage in de kosten van de huishouding dan wel anderszins.

Een gezamenlijke huishouding wordt in ieder geval aanwezig geacht indien de betrokkenen hun hoofdverblijf hebben in dezelfde woning en:

- a. zij met elkaar gehuwd zijn geweest of eerder voor de toepassing van deze wet daarmee gelijk zijn gesteld;
- b. uit hun relatie een kind is geboren of erkenning heeft plaatsgevonden van een kind van de een door de ander;
- c. zij zich wederzijds verplicht hebben tot een bijdrage aan de huishouding krachtens een geldend samenlevingscontract; of

¹ De beschikbaarheid van algemeen gebruikelijke voorzieningen kan per lokale situatie variëren, waardoor er verschillen kunnen optreden in indicatiebesluiten.

d. zij op grond van een registratie worden aangemerkt als een gezamenlijke huishouding die naar aard en strekking overeenkomt met de gezamenlijke huishouding, bedoeld in het vierde lid, artikel 1 AWBZ.

9. Huisgenoot

De persoon met wie de verzekerde duurzaam een gezamenlijk huishouden voert.

10. Inherente afwijkingsbevoegdheid

(vgl. art 4:84 AWBZ) Van een (bijlage bij een) beleidsregel moet worden afgeweken als de (bijlage bij een) beleidsregel voor één of meer belanghebbenden gevolgen zouden hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de (bijlagen bij de) beleidsregels te dienen doelen. Bij bijzondere omstandigheden gaat het om omstandigheden die niet al in de (bijlagen bij de) beleidsregels zijn verdisconteerd én waarin de strikte navolging van de (bijlage bij de) beleidsregel zou leiden tot een niet beoogde uitkomst.

11. Instelling

Een organisatorisch verband dat behoort tot een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie van instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet, moet voor het verlenen van die zorg een toelating hebben van Onze Minister. (artikel 1, lid 1d en artikel 5, lid 1 Wet toelating zorginstellingen.)

12. Kind

Verzekerde jonger dan 18 jaar.

13. Mantelzorg

Zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, door personen uit diens omgeving waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie. In het kader van deze (bijlagen bij de) beleidsregels gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.

14. Ouder

Degene die feitelijk de dagelijkse verzorging en/of opvoeding van een minderjarige op zich heeft genomen. Een pleegouder is voor de bepaling van de AWBZ-aanspraak gelijk aan een ouder.

15. Partner

Huisgenoot met wie de verzekerde is gehuwd of een relatie onderhoudt die daarmee gelijk wordt gesteld.

16. Respijtzorg

Respijtzorg doet zich voor in situaties waarin de huisgenoot, partner of ouder die feitelijk gebruikelijke zorg op zich dient te nemen, maar daartoe niet in staat is wegens (dreigende) overbelasting, die anderszins niet door hem is op te lossen. Alleen dan kan in de AWBZ-aanspraak van de verzekerde, op titel van respijtzorg, de zorg die als gebruikelijke zorg moet worden beschouwd, worden meegenomen. Het gaat dan om indiceerbare zorg als woont de verzekerde zonder gebruikelijkezorger.

17. Verzekerde

Artikel 5 AWBZ, lid 1: verzekerde overeenkomstig de bepalingen van deze wet is degene die:

- a. ingezetene is;
- b. geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.

Artikel 5 AWBZ, lid 2: in afwijking van het eerste lid zijn vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijf genieten [...] niet verzekerde.

18. Wettelijke voorliggende voorzieningen

Wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg kan worden bekostigd waarop verzekerde is aangewezen of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven.

19. Zelfzorg

Het begrip 'zelfzorg' refereert aan de algemene vereiste dat een verzekerde goed voor de eigen gezondheid dient te zorgen. Niet alleen in algemene zin (uitvoeren, het regelen en organiseren van algemeen dagelijkse levensverrichtingen zoals wassen en kleden, eten, drinken), maar ook in verband met een gezondheidsprobleem (zoals het innemen van medicatie, zichzelf injecteren of wond verzorgen).

2.2.2 Grondslagen

Het Besluit Zorg Aanspraken AWBZ (Bza) geeft aan dat er op zorginhoudelijke gronden slechts toegang tot AWBZ-zorg kan zijn als er sprake is van een of meer met name genoemde 'grondslagen'.

Grondslag: een aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op een of meerdere vormen van zorg kan zijn aangewezen.

De grondslagen voor AWBZ-zorg zijn:

1. een 'somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking';
2. een 'verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap'.

Het verschilt per functie (zie 2.3) van welke grondslag sprake moet zijn om toegang te kunnen verkrijgen tot die functie. In de bijlage Grondslagen wordt weergegeven op welke manier het CIZ de grondslag van een verzekerde bepaalt.

2.2.3 Functies

De zorg vanwege de AWBZ, die indicatieplichtig is vanwege artikel 2 van het Zorg indicatiebesluit (Zib), is vastgelegd in een aantal functies (artikel 4 t/m 6, 8 en 9 en artikel 13, lid 2 van het Bza):

1. Persoonlijke Verzorging (PV);
2. Verpleging (VP);
3. Begeleiding (BG ind en BG groep);
4. Behandeling (BH);
5. Verblijf (VB);
6. Voortgezet verblijf op psychiatrische grondslag.

Als de verzekerde is aangewezen op Begeleiding in groepsverband moet het CIZ vaststellen of de verzekerde om medische redenen is aangewezen op Vervoer (artikel 10 van het Bza).

Artikel 13 lid 1 van het Bza, voortgezet verblijf op een andere grondslag dan psychiatrische grondslag, is niet indicatieplichtig.

In de Beleidsregels van VWS wordt weergegeven op welke manier het CIZ de behoefte (aard, omvang en geldigheidsduur) van een verzekerde aan bovenstaande functies vaststelt.

2.2.4 Omvang

Artikel 13, lid 1b van het Zib:

"Indien een zorgvrager op een vorm van zorg of op vormen van zorg is aangewezen, wordt in het indicatiebesluit aangegeven de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm dan wel, indien de verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit, de hoeveelheid zorg voor de zorgvormen tezamen."

De omvang van de zorg wordt bepaald door de behoefte van de verzekerde aan:

gemiddelde tijd (minuten per zorgmoment² x aantal malen per dag/week), waarbij in bepaalde gevallen ook de aanwezigheid om interventies te kunnen verrichten kan worden meegenomen;
zorg in groepsverband (gedurende een of meer dagdelen);
zorg met Verblijf (gedurende een of meer etmalen).

Ad 1

De gemiddelde tijden zijn basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben enzovoort. De gemiddelde tijd bevat niet alleen de tijd gemoeid met de directe zorg/handeling maar ook de 'indirecte' tijd gemoeid met het binnen komen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en het vertrekken. Als het zorgmoment twee of meer handelingen bevat, dan is sprake van samenvallende activiteiten. Daarvoor wordt in totaal minder tijd geïndiceerd, omdat de zorg efficiënter wordt geboden en de indirecte tijd gerekend wordt per zorgmoment.

Zorg door twee zorgverleners

Bij verzekerden met een complexe zorgvraag kan het noodzakelijk zijn dat de zorg door twee zorgverleners geleverd wordt. Bij de indicatiestelling wordt eerst beoordeeld of daarvoor voorliggend mogelijkheden zijn in de vorm van bijvoorbeeld mantelzorg en gebruik van hulpmiddelen, zoals een tillift, glijlaken, rollaken et cetera. Vervolgens wordt de omvang van de resterende zorg, te verlenen door twee zorgverleners, berekend en meegeteld bij de totale omvang van de indicatie. De volledige tijd van de handeling wordt dubbel geïndiceerd en niet alleen het gedeelte dat door twee personen moet worden uitgevoerd. Wanneer bijvoorbeeld de verzekerde voor het wassen en aankleden door twee personen moet worden gedraaid, maar de daadwerkelijke verzorging door een persoon kan plaatsvinden, wordt toch de volledige (gemiddelde) tijd dubbel geïndiceerd vanwege de noodzakelijke aanwezigheid van die tweede persoon. Als er sprake is van Gebruikelijke Zorg, dan wordt dit toegepast op de te leveren zorg door de eerste persoon. Voor de door de tweede persoon te leveren zorg wordt de (gemiddelde) tijd volledig geïndiceerd.

Voor de aanwezigheid van een tweede zorgverlener ter ondersteuning van bijvoorbeeld een fysiotherapeut is verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg, de verantwoordelijkheid voor de adequate zorgverlening ligt bij de therapeut zelf.

Zorg zonder verblijf

De omvang van zorg zonder verblijf wordt uitgedrukt in een klasse. De volgende klassen zijn mogelijk:

1. Klassen op basis van een gemiddeld aantal uren zorg per week. De klassen zijn gedefinieerd in de vorm van een bandbreedte in uren. Deze zijn van toepassing op de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding individueel (BG ind).
2. Klassen op basis van dagdelen per week. Deze zijn van toepassing op Begeleiding in groepsverband (BG groep).
3. De omvang van Behandeling wordt niet uitgedrukt in een klasse.
4. De omvang van Vervoer wordt niet uitgedrukt in een klasse. Deze omvang is gerelateerd aan de omvang van Begeleiding in groepsverband.

De klassen lopen (per functie verschillend) op van klasse 0 tot en met de maximum klasse 9. Als in uitzonderingsgevallen de zorgbehoefte van de verzekerde uitgaat boven de hoogste klasse, wordt additionele zorg in uren en/of dagdelen gemotiveerd geïndiceerd.

De omvang van de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding in de Beleidsregels van VWS zijn alleen van toepassing op de omvang voor zorg zonder verblijf.

2 Op een dag kunnen meerdere zorgmomenten plaatsvinden.

Zorg met verblijf

De omvang van Verblijf wordt uitgedrukt in etmalen per week (in klassen). Als een verzekerde is aangewezen op één, twee en drie etmalen per week zorg met verblijf (tijdelijk verblijf), wordt de omvang van de zorg vastgesteld in klassen. Als een verzekerde is aangewezen op meer dan drie etmalen per week zorg met verblijf, wordt de omvang van zorg met verblijf uitgedrukt in termen van een zorgzwaartepakket, gegeven de hoeveelheid zorg voor de zorgvormen tezamen.

2.2.5 Geldigheidsduur

Een indicatie heeft een bepaalde geldigheidsduur. De maximale geldigheidsduur is 5 jaar. Voor de bepaling van de duur gelden de volgende criteria:

1. veranderlijkheid (prognose) van de beperkingen van de verzekerde (op basis van de diagnose, die is vastgesteld door een daartoe bevoegd persoon);
2. veranderlijkheid van de woonomstandigheden en de samenstelling van het huishouden van de verzekerde;
3. het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak.

Het CIZ oordeelt en beslist over een aanvraag van zorg binnen zes weken na de datum waarop de aanvraag hiervoor is ingediend.

Daarnaast is de volgende situatie als bedoeld in artikel 16 Zib mogelijk: “Een zorgverzekeraar kan in situaties waarin onmiddellijke verlening van zorg als bedoeld in artikel 2 redelijkerwijs noodzakelijk is, besluiten dat een verzekerde zijn aanspraak op zorg gedurende ten hoogste twee weken tot gelding kan brengen, zonder dat hij beschikt over een indicatiebesluit, waaruit blijkt dat hij op zodanige zorg is aangewezen.”

In dat geval beslist het CIZ binnen twee weken op de aanvraag van zorg, die gedaan is op of zo snel mogelijk na de datum aanvang zorg.

De datum indicatiebesluit is de datum waarop het CIZ beslist. De geldigheidsduur gaat in op de datum indicatiebesluit. Vanaf die datum kan de geïndiceerde zorg worden gerealiseerd in een zorgaanbod.

De ingangsdatum van de zorg kan per geïndiceerde functie verschillen. De datum ingang geïndiceerde functie kan wel liggen na, maar niet vóór de datum indicatiebesluit. Hierop zijn twee uitzonderingen mogelijk:

1. bij standaardindicatieprotocollen waarbij op de datum aanvraag de zorg al wordt verleend, maar het CIZ niet op de datum aanvraag beslist. In dat geval beslist het CIZ binnen twee weken. De datum ingang geïndiceerde functie is dan gelijk aan de datum waarop de aanvraag bij het CIZ binnenkomt;
2. als er sprake is van de volgende drie cumulatieve voorwaarden:
 - a. het valt niet aan de verzekerde te verwijten dat het indicatiebesluit niet eerder kon worden genomen,
 - b. de feiten zijn niet aan twijfel onderhevig en dusdanig duidelijk dat met zekerheid of daaraan grenzende waarschijnlijkheid kan worden vastgesteld dat de verzekerde ook in het verleden op de gevraagde zorg was aangewezen,
 - c. en de aanvraag een verzoek om voortzetting van een eerder gelijkwaardig³ indicatiebesluit betreft.

2.2.6 Advies bij besluit

Naast de grondslag(en), functie(s), omvang en geldigheidsduur wordt er aanvullende informatie bij het indicatiebesluit gegeven. Deze informatie maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Als advies bij het indicatiebesluit kunnen de volgende voor de verzekerde relevante items worden vermeld:

1. leveringsvoorwaarde(n);
2. leveringsvorm(en);
3. activiteit(en).

³ Als gelijkwaardige indicatiestelling niet mogelijk is vanwege gewijzigde wet- en regelgeving en er is sprake van een ongewijzigde zorgbehoefte dan kan er op basis van de vigerende aanspraken voor het zelfde ‘soort’ zorg een indicatiebesluit worden afgegeven met een datum waarop de aanvraag bij het CIZ binnenkomt.

Ad.1 Leveringsvoorwaarden

Leveringsvoorwaarde: het advies van het CIZ aan het zorgkantoor in casu de zorgaanbieder, inzake de zorgverlening waar het gaat om de (on)planbaarheid van de zorg en/of de nabijheid van de zorgverlener ten opzichte van de verzekerde. De leveringsvoorwaarde wordt alleen vermeld bij de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en (individuele) Begeleiding.

Officiële omschrijving		Uitleg
A	Volgens afspraak, op geplande tijden	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd zorg te verlenen op tijden die vooraf met de verzekerde zijn afgesproken.
B1	Volgens afspraak + direct oproepbaar	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te leveren op tijden die vooraf met de verzekerde zijn afgesproken. Bovendien heeft de verzekerde dagelijks op onverwachte momenten zorg nodig, waarvoor de verzekerde een zorgverlener op moet kunnen roepen (via bijvoorbeeld de telefoon of alarmknop). De verzekerde heeft echter geen behoefte aan 'een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat' (verblijf).
B2	Volgens afspraak + direct oproepbaar	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te leveren op tijden die vooraf met de verzekerde zijn afgesproken. Bovendien heeft de verzekerde dagelijks op onverwachte momenten zorg nodig, waarvoor de verzekerde een zorgverlener op moet kunnen roepen (via bijvoorbeeld de telefoon of alarmknop). Daarnaast heeft de verzekerde behoefte aan 'een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat' (verblijf).
C	Voortdurend in de nabijheid	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die in de buurt van de verzekerde is. De hulpverlener is in de nabijheid van de verzekerde en biedt zorg, als dat nodig is.
D	24 uur per dag direct aanwezig	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die 24 uur per dag dichtbij de verzekerde is. De hulpverlener moet direct zorg kunnen leveren, als dat nodig is, aangezien anders gevaar ontstaat.

Ad.2 Leveringsvorm

De verzekerde heeft per functie de keus de zorg te ontvangen in een van de twee 'leveringsvormen', te weten een 'Persoonsgebonden Budget' (PGB) en 'Zorg in Natura' (ZIN). De indicatiestelling vindt plaats zonder onderscheid te maken tussen deze twee leveringsvormen. Wanneer de verzekerde ten tijde van het indicatieonderzoek zijn keuze voor PGB of ZIN (per functie) bekend heeft gemaakt bij het CIZ, wordt dit bij het indicatiebesluit aangegeven. Behandeling wordt alleen in de vorm van Zorg in Natura geleverd.

Ad.3 Activiteiten

Activiteiten: één of meerdere zorghandelingen of dagprogramma's, die de geïndiceerde functie(s) nader specificeren.

2.3 Afwegingskader

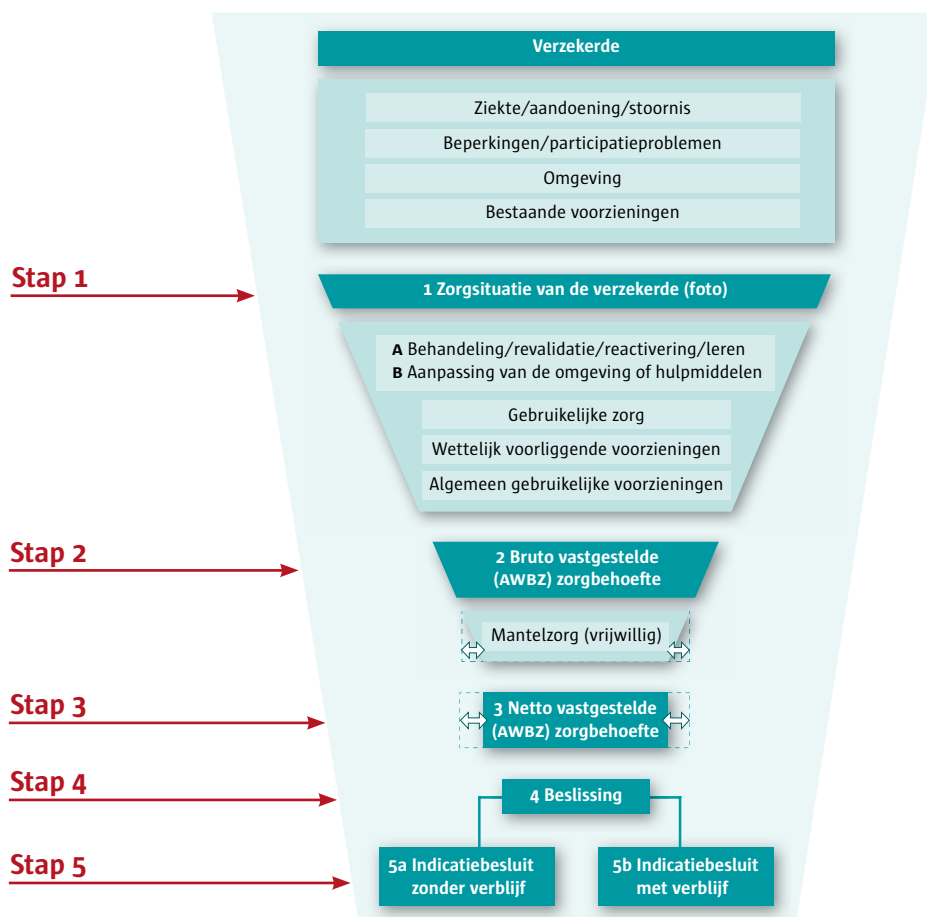
Het CIZ toetst of een verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg. Artikel 6 van het Zib schrijft het volgende voor wat betreft het onderzoek:

“Voor zover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar:

- a. de algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- b. de beperkingen die de zorgvrager in zijn functioneren ondervindt als gevolg van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
- c. de woning en de woonomgeving van de zorgvrager;
- d. het psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager;
- e. de sociale omstandigheden van de zorgvrager;
- f. de aard en de omvang van de aan de zorgvrager geboden professionele en niet-professionele hulp en zorg en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan.”

Voor dit onderzoek wordt een uniform afwegingskader gehanteerd: het ‘trechtermodel’.

In schema:



Het ‘trechtermodel’ leidt van aanvraag via onderzoek en weging van de resultaten daarvan tot het indicatiebesluit voor de zorg, waarop de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs is aangewezen.

2.3.1 Stap 1: Probleemanalyse: zorgsituatie van de verzekerde ('foto')

Actie

Onderzoeken van de zorgsituatie van de verzekerde, conform hetgeen daarover is bepaald in het Zorgindicatiebesluit.

In deze stap vindt geen weging plaats: met behulp van de door het CIZ vastgestelde formulierenset wordt vastgesteld wat de verzekerde wel en niet kan, mede in relatie tot zijn directe omgeving. Het gaat voornamelijk om:

1. de relevante ziekten, aandoeningen en/of stoornissen van de verzekerde. Daarbij wordt ook meegenomen een eventueel lopende behandeling en de ziektebiografie van verzekerde;
2. de aard en de mate van de beperkingen van de verzekerde. Daarbij gaat het om beperkingen van activiteiten, die relevant zijn in relatie tot de zorgvraag en om beperkingen van activiteiten die te beoordelen zijn. De verwachte duur van de beperkingen wordt ook onderzocht in verband met de invloed daarvan op de duur van de indicatie. Wat de verzekerde wil bereiken en wat hij nodig vindt, zoals hulpmiddelen, omgevingsaanpassing, hulp, et cetera maakt ook deel uit van het onderzoek. Aan de hand van het onderzoek naar ziekte/aandoening/stoornis en de beperkingen bepaalt het CIZ de grondslag;
3. de omgeving van de verzekerde. Daarbij gaat het om:
 - a. de aard en omvang van de zorgactiviteiten waarin wordt voorzien door de gebruikelijke zorg en eventueel de mantelzorg;
 - b. de gezondheid, belasting en toekomstige zorgmogelijkheden van de gebruikelijke zorg en de eventuele mantelzorg;
 - c. de huidige woonsituatie van de verzekerde, zijn eventuele problemen met de woning, woonomgeving en woongedrag en zijn eventuele verhuwswens;
4. de voorzieningen waar de verzekerde al gebruik van maakt op het gebied van wonen, welzijn, zorg, arbeid en onderwijs.

Resultaat

Bepaling van de zorgsituatie van de verzekerde ('foto') met minimaal één grondslag, uitgedrukt in scores op de onderzochte stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.

De stoornissen (oriëntatiestoornissen, stoornissen in psychisch functioneren, stoornissen in motorisch functioneren, gedragsproblemen, verslavingsproblemen, psychisch ((on-)welbevinden), beperkingen (sociale redzaamheid, mobiliteit, persoonlijke zorg, huishoudelijk leven) en participatieproblemen (sociale relaties en maatschappelijk leven, leren en werken, informele zorg, wonen) van de verzekerde worden gescoord op een vierpuntsschaal.

Stoornissen

score 0: *"Geen probleem/geen hulp van een ander nodig"*

Er is geen sprake van een stoornis of het optreden van de stoornis leidt niet tot een zorgvraag omdat deze onder controle is door middel van behandeling medicatie of een hulpmiddel.

score 1: *"Wel probleem: af en toe hulp, toezicht of sturing nodig"*

De stoornis leidt af en toe tot een zorgvraag. Af en toe is 1 tot 6 keer per week.

score 2: *"Wel probleem: vaak hulp, toezicht of sturing nodig"*

De stoornis leidt vaak tot een zorgvraag. Vaak is 1 tot 2 keer per dag.

score 3: *"Wel probleem: continu hulp, toezicht of sturing nodig"*

De stoornis leidt voortdurend tot een zorgvraag. Voortdurend is 3 of meerdere keren per dag.

Beperkingen en participatieproblemen

score 0: *"Kan deze activiteit zelf/er is geen hulp van een ander nodig"*

Deze score wordt geregistreerd als verzekerde geen beperkingen heeft ten aanzien van de betreffende activiteit.

- score 1: “Kan deze activiteit zelf maar een ander moet toezien of stimuleren”*
Deze score wordt geregistreerd als verzekerde een andere persoon nodig heeft, die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om de betreffende activiteit zoveel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt.
- score 2: “Kan deze activiteit slechts met veel moeite/een ander moet helpen”*
Deze score wordt geregistreerd als verzekerde de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf kan uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit gedeeltelijk overnemen, waarbij de resterende zelfredzaamheid van verzekerde gerespecteerd en/of zoveel mogelijk bevorderd wordt.
- score 3: “Kan deze activiteit niet zelfstandig/een ander moet dit overnemen”*
Deze score wordt geregistreerd als verzekerde de activiteit in het geheel niet zelf kan uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen.

2.3.2 Stap 2: Oplossingsanalyse: bruto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte

Actie:

Bepalen van het compenserend vermogen van de context van de verzekerde.

In deze stap wordt de ‘weging’ gemaakt. Gewogen wordt of er bestaande adequate of nieuwe oplossingen zijn met behulp van:

1. behandeling (al dan niet via de AWBZ), revalidatie, reactivering, leren. Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie);
2. aanpassing van de omgeving of hulpmiddelen.

Daarnaast kunnen op drie terreinen oplossingen bestaan, die voorgaan op AWBZ-zorg. Daarbij gaat het om:

1. gebruikelijke zorg: de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden;
Deze zorg gaat voor op AWBZ-zorg voor zover deze beschikbaar is. (Dreigende) overbelasting van de huisgenoten is van invloed op de weging (zie respijtzorg hieronder);
2. wettelijke voorliggende voorzieningen: wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg kan worden bekostigd waarop verzekerde is aangewezen, of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven. Zorg die vanuit een wettelijk voorliggende voorziening kan worden bekostigd of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven, dient door het verantwoordelijke orgaan geregeld te worden;
3. algemeen gebruikelijke voorzieningen: niet bij wet gecreëerde voorzieningen buiten de AWBZ om in de zorgbehoefte te voorzien (boodschappendienst, kinderopvang anders dan bedoeld in de Wet Kinderopvang, alarmering et cetera).
Deze voorzieningen gaan voor op AWBZ-zorg voor zover de voorzieningen beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van de verzekerde.

Respijtzorg

Respijtzorg doet zich voor in situaties waarin de huisgenoot, partner of ouder die feitelijk gebruikelijke zorg op zich dient te nemen daartoe niet in staat is wegens (dreigende) overbelasting, die anderszins niet door hem is op te lossen. Alleen dan kan in de AWBZ-aanspraak van de verzekerde op titel van respijtzorg, de zorg die als gebruikelijke zorg moet worden beschouwd, worden meegenomen. Het gaat dan om indiceerbare zorg alsof de verzekerde geen gebruikelijke zorg als huisgenoot heeft. Ter toelichting hierop het volgende.

Als is vastgesteld dat de ouder(s) of partner of andere huisgenoten in de thuissituatie overbelast is/zijn, of dit ten gevolge van het bieden van gebruikelijke zorg dreigt/dreigen te raken en daarom niet meer in staat is/zijn de gebruikelijke zorg te leveren, dan dient deze gebruikelijke zorg eigen mogelijkheden en/of voorliggende voorzieningen te zoeken om de overbelasting op te heffen.

Als dit onvoldoende oplossing biedt, dan kan een AWBZ-indicatie gesteld worden, waarin de gebruikelijke zorgtaken tijdelijk worden overgenomen. Indien er al een indicatie voor AWBZ-zorg is en deze zorg door de partner, ouder, volwassen kind en/of andere huisgenoot zelf wordt geleverd, dan is het voorliggend om de zorg door (andere) zorgverleners uit te laten voeren/in te kopen.

Als alleen het overnemen op titel van respijtzorg van Persoonlijke Verzorgings-/Verplegingstaken, bijvoorbeeld bij verzekerden met gedragsproblematiek, onvoldoende oplossing biedt, dan kan toezicht worden geïndiceerd. Het toezicht wordt in de meeste gevallen geïndiceerd in de vorm van (tijdelijk) Verblijf of Begeleiding groep: toezicht in een instelling zal in deze gevallen doelmatiger zijn dan in de thuissituatie in de vorm van Begeleiding individueel. In geval van respijtzorg gaat Verblijf voor op Begeleiding groep en Begeleiding groep gaat voor op Begeleiding individueel.

Wanneer Verblijf, Begeleiding groep en/of Begeleiding individueel al dan niet als respijtzorg wordt geïndiceerd, kan dit voor maximaal 3 etmalen (=18 dagdelen) per week. In deze 3 etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar 9 dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan 7 dagdelen per week per 52 weken.

Het indicatiebesluit waarbij sprake is van respijtzorg wordt in eerste instantie afgegeven voor een half jaar. Gedurende dit half jaar wordt onderzocht hoe de overbelasting zich ontwikkelt en wat er is geprobeerd om het op te lossen.

Resultaat

Vaststelling van de bruto AWBZ-zorgbehoefte wat betreft aard, omvang, geldigheidsduur en leveringsvoorwaarden zonder een beslissing ten aanzien van Verblijf.

2.3.3 Stap 3: Oplossingsanalyse: netto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte

Actie

Bepalen van het compenserend vermogen van de mantelzorg van de verzekerde.

In stap 1 is de aard en omvang van de aanwezige mantelzorg geïnventariseerd. Daarnaast is onderzocht of de mantelzorg deze zorg in de toekomst (vrijwillig) kan en wil blijven geven en of de verzekerde de mantelzorg wil blijven ontvangen. Mantelzorg in de vorm van zorg, die valt binnen de aanspraken van het Bza, is zorg waarvoor een indicatie mogelijk is. Daarvoor wordt geïndiceerd, tenzij de verzekerde en de mantelzorg daar geen indicatie voor wensen. De beschikbare vrijwillige mantelzorg wordt in dat geval in mindering gebracht op de bruto vastgestelde AWBZ-zorg. Om de mantelzorg te kunnen ondersteunen bij de vrijwillig op zich genomen taak, kan een reguliere indicatie worden gesteld voor het gedeelte van de zorg dat de mantelzorg (tijdelijk) niet kan bieden. Bijvoorbeeld in de vorm van het opheffen van het toezicht gedurende een aantal dagdelen (zie respijtzorg in §3.2 voor de omvang).

Resultaat

In geval de wens is dat de mantelzorg in mindering wordt gebracht op de bruto vastgestelde AWBZ-zorg:

1. vaststelling van de netto AWBZ-zorgbehoefte wat betreft aard, omvang, geldigheidsduur en leveringsvoorwaarden zonder een beslissing ten aanzien van Verblijf;
2. vaststellen van de omvang van de mantelzorg als onderdeel van de bruto vastgestelde AWBZ-zorgbehoefte.

2.3.4 Stap 4: Beslissing: AWBZ-zorg met of zonder Verblijf

Actie

Bepalen of er sprake is van AWBZ-zorg met of zonder Verblijf.

Als de zorg waarop de verzekerde is aangewezen noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht, dan is er sprake van AWBZ-zorg met Verblijf.

Of dit het geval is wordt bepaald met behulp van de in stap 2 vastgestelde leveringsvoorwaarde voor de zorgbehoefte van verzekerde.

In geval de zorgbehoefte van verzekerde bepaalt dat leveringsvoorwaarde A aan de orde is dan stelt het CIZ vast dat de zorg waarop verzekerde is aangewezen noodzakelijkerwijs niet gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht. Er is sprake van AWBZ-zorg zonder Verblijf.

In geval de zorgbehoefte van verzekerde bepaalt dat leveringsvoorwaarde B aan de orde is, dan onderzoekt het CIZ of die zorg noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht. Is dat het geval, dan is er sprake van AWBZ-zorg met Verblijf (B2); is dat niet het geval dan is er sprake van AWBZ-zorg zonder Verblijf (B1).

In geval de zorgbehoefte van verzekerde bepaalt dat leveringsvoorwaarde C of D aan de orde is, dan stelt het CIZ vast dat de zorg waarop verzekerde is aangewezen noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat, dan wel permanent toezicht. Er is sprake van AWBZ-zorg met Verblijf.

Alleen in die zorgsituatie waarvoor is vastgesteld dat enige ondoelmatigheid acceptabel is, zal leveringsvoorwaarde C of D niet noodzakelijkerwijs leiden tot Verblijf. Bij terminale zorg en bij zorg voor kinderen tot 18 jaar is enige ondoelmatigheid acceptabel (zie de bijlagen 5 Verpleging en 6 Begeleiding) en zal leveringsvoorwaarde C of D niet noodzakelijkerwijs leiden tot Verblijf. Als op verzoek de mantelzorg in mindering is gebracht en dat een zodanig deel van de zorg omvat dat dientengevolge verzekerde niet meer op Verblijf is aangewezen, kan, als dat leidt tot een doelmatige en verantwoorde oplossing, er sprake zijn van AWBZ-zorg zonder Verblijf. In dat geval is er tot maximaal 3 etmalen per week ondersteuning mogelijk van de mantelzorger.

Resultaat

Beslissing om te indiceren voor AWBZ-zorg met of zonder Verblijf.

2.3.5 Stap 5: Indicatiebesluit

Actie

Het vaststellen van een indicatiebesluit met de AWBZ-zorg waarop de verzekerde is aangewezen.

In deze stap wordt vastgesteld op welke AWBZ-zorg de verzekerde is aangewezen.

In geval van AWBZ-zorg zonder Verblijf wordt de zorgbehoefte van verzekerde vertaald in een aanspraak op AWBZ-zorg in termen van functies en klassen. In geval van AWBZ-zorg met Verblijf wordt de zorgbehoefte van verzekerde gerelateerd aan het voor hem meest passende cliëntprofiel van de zorgzwaartepakketten en vervolgens vertaald in een aanspraak op AWBZ-zorg in termen van functies, omvang van de functies tezamen en zorgzwaartepakket. De grondslag voor en de geldigheidsduur van de zorg wordt ook vastgesteld.

De geadviseerde activiteiten en leveringsvoorwaarden worden geregistreerd evenals, indien mogelijk, de voorkeur van de verzekerde voor de leveringsvorm.

Tevens wordt, indien mogelijk, het mantelzorgaandeel geregistreerd als onderdeel van de bruto AWBZ-aanspraak van verzekerde.

Resultaat

Een indicatiebesluit voor AWBZ-zorg conform het Zib. Het indicatiebesluit wordt ter kennis van de verzekerde gebracht. Tegen het indicatiebesluit staat bezwaar en beroep conform de Algemene wet bestuursrecht open.



Hoofdstuk 3

Gebruikelijke zorg

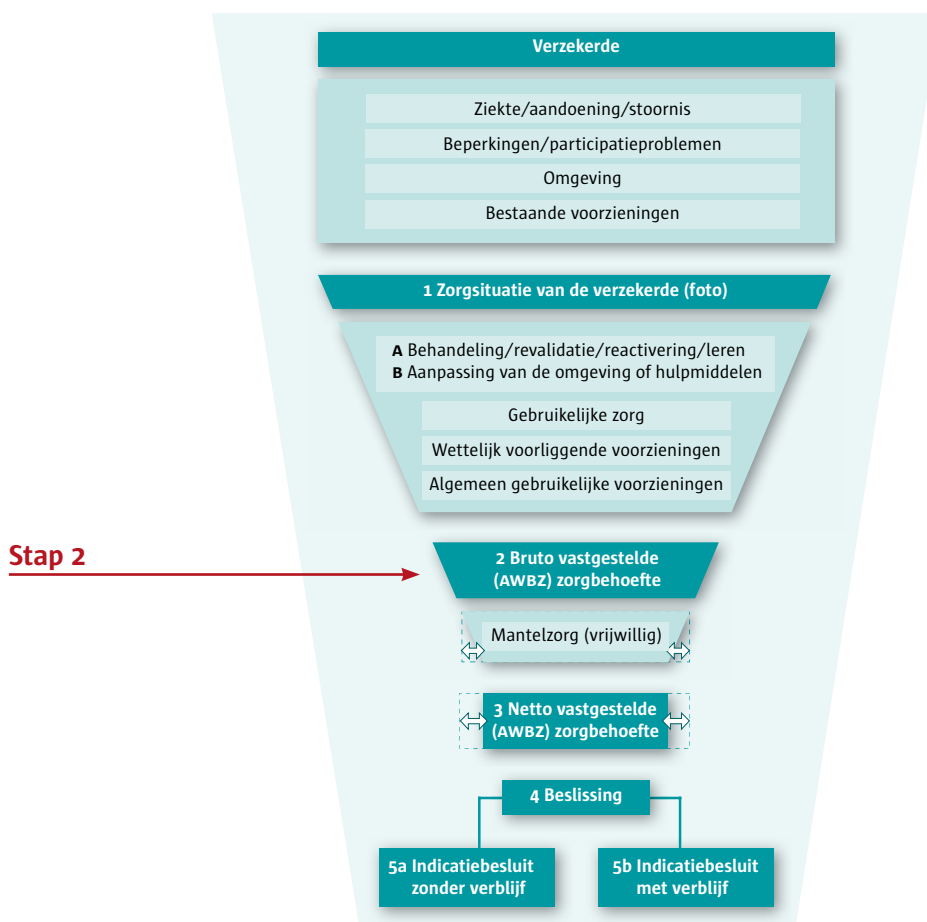
Inhoudsopgave

3.1	Inleiding	20
3.2	Wettelijk kader	21
3.3	Gebruikelijke zorg	21
3.4	Gebruikelijke zorg per functie	23
	Gebruikelijke zorg bij ouders aan kinderen	23
	Gebruikelijke zorg bij partners onderling	23
	3.4.1 Persoonlijke Verzorging PV	23
	3.4.2 Verpleging VP	24
	3.4.3 Begeleiding BG	24
3.5	Gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg bij kinderen tot 18 jaar	25
3.6	Richtlijnen voor onderzoeken overbelasting	26

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk heeft betrekking op het bepalen van Gebruikelijke zorg bij de functies Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP) en Begeleiding (BG) en is gebaseerd op bijlage 3 van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ van VWS. Wanneer sprake is van Gebruikelijke zorg is er geen aanspraak op AWBZ-zorg.

Het onderzoek naar Gebruikelijke zorg vindt plaats in stap 2: bruto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte van het trechtermodel.



Het trechtermodel is een schematische weergave van het afwegingskader dat het CIZ hanteert bij het onderzoek naar een aanspraak op AWBZ-zorg. Dit op basis van artikel 6 van het Zorgindicatiebesluit. In paragraaf 2 wordt de wettelijke basis van Gebruikelijke zorg beschreven en uitgelegd. In paragraaf 3 wordt in het kort de inhoud van gebruikelijke zorg weergegeven. In paragraaf 4 wordt de gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg per functie beschreven, in paragraaf 5 de gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg bij kinderen en in paragraaf 6 de richtlijnen naar overbelasting gebruikelijke zorgers/mantelzorgers.

3.2 Wettelijk kader

Artikel 2, lid 2 Besluit zorgaanspraken: “De aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.”

Hierbij is expliciet tot uitdrukking gebracht dat een verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op zorg, die naar algemeen aanvaarde maatstaven door zijn sociale omgeving moet worden geboden.

Voor zover het gebruikelijk is dat mensen binnen een gezamenlijk huishouden elkaar bepaalde zorg bieden, bestaat er geen aanspraak op AWBZ-zorg. Het hangt af van de sociale relatie welke zorg mensen elkaar moeten bieden. Hoe intiemer de relatie, des te meer zorg mensen elkaar horen te geven. Als het gebruikelijk is dat mensen in een bepaalde relatie elkaar zorg bieden, bijvoorbeeld ouders aan hun kinderen, is dat niet vrijblijvend. Voor de gebruikelijke zorg moet de verzekerde indien mogelijk een beroep doen op degene die de gebruikelijke zorg moet leveren.

3.3 Gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg kan aan de orde zijn in kortdurende zorgsituaties; er is uitzicht op herstel en in langdurende situaties; de chronische situatie.

In een kortdurende situatie zijn de hoofdregels:

Bij partners onderling

- Alle Persoonlijke Verzorging (PV)
- Alle Begeleiding (BG)

Bij ouders aan kinderen

- Alle PV
- Alle VP
- Alle BG

Bij volwassen kinderen en/of elke andere volwassen huisgenoot onderling

- Alle BG

In langdurende situaties zijn de hoofdregels:

Bij partners onderling

- De gebruikelijke BG

Bij ouders aan kinderen

- De gebruikelijke PV
- De gebruikelijke BG
- De PV, VP en BG 1 uur vanaf de feitelijke grens gebruikelijke zorg tot gemiddeld 1 uur per etmaal (7 uur per week), berekend over deze drie functies

Bij volwassen kinderen en/of elke andere volwassen huisgenoot onderling

- De gebruikelijke BG

De inhoud van dit korte overzicht wordt in de rest van deze toelichting verder uitgeschreven.

Afweging Gebruikelijk/bovengebruikelijk

Bij Gebruikelijke zorg wordt gekeken naar wat aan tijdsbesteding gebruikelijk is, gegeven wat aan activiteit gebruikelijk is. Daarbij omvat gebruikelijke zorg ook de zorg die iedereen nodig heeft (wassen, eten en dergelijke) in verband met een gezondheidsprobleem (stoma, sonde). Voorbeeld: het toedienen van eten door een ouder aan een kind is tot een bepaalde leeftijd gebruikelijke zorg, ook als het via een sondevoeding gaat. Alleen als het voeden van dat kind via de sonde substantieel meer tijd kost, kan een aanspraak op AWBZ worden bepaald. Voorbeeld: het is niet gebruikelijk dat het wassen en kleden van een kind van 16 een ouder tijd kost, dus is het bovengebruikelijke zorg. In dit geval zowel qua tijd als qua activiteit.

Bovengebruikelijke zorg bij kinderen in chronische situaties

Uit bijlage 3 bij de beleidsregels; Gebruikelijke zorg:

Er is sprake van bovengebruikelijke zorg bij kinderen in chronische situaties wanneer de omvang van de zorg substantieel meer is dan de zorg die een gezond kind van dezelfde leeftijd nodig heeft. Met substantieel kan gedacht worden aan een omvang, op weekbasis, van gemiddeld meer dan een uur per etmaal. Alleen voor de omvang vanaf dit extra uur per etmaal kan voor het kind een aanspraak op AWBZ-zorg worden bepaald. Afhankelijk van wat zorginhoudelijk adequaat is wordt deze bovengebruikelijke zorg geïndiceerd in PV VP of BG. Dit betekent dat het eerste extra uur per etmaal altijd gebruikelijke zorg is (per week maximaal 7 uur) en alle zorg vanaf het extra uur tot de bovengebruikelijke zorg wordt gerekend. Afhankelijk van wat zorginhoudelijk adequaat is voor de verzekerde wordt deze bovengebruikelijke zorg geïndiceerd in PV, VP of BG. Een aandachtspunt hierbij is dat de gemiddelde tijden bij kinderen kunnen verschillen in vergelijking met volwassenen. Bijvoorbeeld: wassen en kleden duurt bij een kind korter dan bij een volwassene, terwijl eten en drinken weer langer kan duren.

Intieme VP en PV door ouders aan kinderen van 12 jaar en ouder

Als kinderen van 12 jaar en ouder geen intieme verzorging en verpleging van hun ouders wensen is dit in zijn volledigheid bovengebruikelijke zorg. Dit betekent dat hiermee dat deze PV en VP onder substantieel meer zorg wordt verstaan en deze handelingen volledig kunnen worden geïndiceerd. De leeftijdsgrens van 12 jaar is gerelateerd aan de WGB0: kinderen vanaf 12 jaar hebben eigen beslisbevoegdheid wat betreft de lichamelijke integriteit.

3.4 Gebruikelijke zorg per functie

Gebruikelijke zorg bij ouders aan kinderen

De gebruikelijke bijdrage van een ouder aan de zorg van een kind wordt gesteld op de totale omvang van de zorg die voor een kind (zonder grondslag) van die leeftijd noodzakelijk is. En dat binnen de bandbreedte van het normale ontwikkelingsprofiel. Het gaat dan om gezinssituaties waar men een duurzaam, gezamenlijk huishouden voert. Voor de gebruikelijke zorg conform de leeftijd van het kind kan geen beroep gedaan worden op de AWBZ. Bovengebruikelijke zorg overtreft de normale zorg door extra duur en/of intensiteit van toezicht, verzorging, verpleging en begeleiding.

Bij de bepaling van de bovengebruikelijke zorg die ouders moeten bieden aan kinderen met een grondslag, speelt niet alleen extra toezicht en het verrichten van extra handelingen mee. Ook het uitvoeren van bepaalde handelingen kan veel langer duren dan bij een gezond kind.

Gebruikelijke zorg bij partners onderling

Het bieden van alle zorg/begeleiding voor een partner met een aandoening is alleen Gebruikelijke zorg, indien er sprake is van een kortdurende zorgsituatie met uitzicht op een dusdanig herstel van het gezondheidsprobleem en de daarmee samenhangende zelfredzaamheid van de verzekerde, dat AWBZ-zorg daarna niet langer is aangewezen. Het gaat dan over het algemeen over een periode van maximaal drie maanden.

3.4.1 Persoonlijke Verzorging

Partners onderling

Van partners wordt verwacht, dat zij elkaar Persoonlijke Verzorging bieden indien er sprake is van een kortdurende zorgsituatie met uitzicht op een dusdanig herstel van het gezondheidsprobleem en de daarmee samenhangende zelfredzaamheid van de verzekerde, dat AWBZ-zorg daarna niet langer is aangewezen. Deze zorg valt buiten de aanspraken van de AWBZ. De zorgplicht van partners onderling betreft dan de persoonlijke, lichaamsgebonden zorg in de vorm van assistentie bij, of overname van alle activiteiten die onder de functie PV vallen. Maar ook aandacht en begeleiding bij een aandoening horen hierbij.

Persoonlijke Verzorging bij Gebruikelijke zorg valt buiten de aanspraken van de AWBZ en is geen onderdeel van het verzekerde pakket. Cliëntsoevereiniteit behoort bij partners onderling niet tot de categorie uitzonderingen en is daarom hier niet van toepassing, ook niet vanwege geloofsovertuiging, culturele achtergrond of binnen een gezinssituatie: partners die erg veel ruzie hebben. Als vanaf de start van de zorgsituatie duidelijk is dat de zorgsituatie een langdurig karakter heeft, is er geen sprake van gebruikelijke zorg. Er hoeft dan dus niet eerst 3 maanden 'gebruikelijke zorg' door partners geleverd te worden, alvorens AWBZ zorg kan worden geïndiceerd. Persoonlijke Verzorging van volwassen huisgenoten, anders dan partners onderling, is geen gebruikelijke zorg.

Ouders aan kinderen

Een kind kan aangewezen zijn op AWBZ-zorg, als er sprake is van een chronische situatie, waarbij de gebruikelijke persoonlijke verzorging in vergelijking tot gezonde kinderen van dezelfde leeftijdscategorie substantieel (een uur of meer gemiddeld per etmaal) voor de drie AWBZ-functies PV, VP, BG tezamen wordt overschreden. Bij een gezin met meer dan één kind met beperkingen en een AWBZ-zorgvraag waarbij de andere kinderen op basis van hun beperkingen ook PV en/of VP en/of BG vanuit de AWBZ nodig hebben, bedraagt de totale bovengebruikelijke PV, VP en BG per gezin maximaal gemiddeld een uur per etmaal op weekbasis.

Bij het vergelijken met gezonde kinderen van dezelfde leeftijd moet rekening worden gehouden met het feit dat de noodzakelijke zorg in omvang per dag kan verschillen. Er zijn nu eenmaal 'makkelijke' en 'moeilijke' kinderen (tegenstribbelen is niet ongewoon). Een 'standaardkind' bestaat niet.

Wanneer er sprake is van een kortdurende zorgsituatie, dan is alle PV door de ouder aan het kind gebruikelijke zorg, ook als dit (tijdelijk) de 'normale' (volgens richtlijnen) PV overschrijdt. Bijvoorbeeld wanneer een kind een been breekt.

Uitgangspunt voor het aanleren van specifieke PV-activiteiten in het kader van medisch specialistische zorg, is dat deze PV-activiteiten in het ziekenhuis aan verzekerde of ouders van verzekerde worden geleerd. Zo hoort het aanleren van bijvoorbeeld de zorg voor een stoma, het toedienen van sondevoeding, enzovoort niet tot de aanspraken van de AWBZ, maar dienen deze activiteiten vanuit de Zvw aangeleerd te worden.

Uitzonderingen: Voor zover gebruikelijke Persoonlijke Verzorging bij kinderen van niet uitstelbare aard is en degene die de gebruikelijke zorg moet verlenen is niet beschikbaar wegens reguliere school- of werkweek van hem/haar zelf of van het kind, kan hiervoor een indicatie worden gesteld. De onderwijsregelgeving (clusterindicatie al dan niet in de vorm van een Rugzakje) is voorliggend is op de AWBZ zorg. Bij het bepalen van de omvang van de PV vanuit de AWBZ wordt de tijd voor de PV die onderdeel is van de clusterindicatie in mindering gebracht. De overige uitzonderingen zijn per AWBZ-functie beschreven in de bijlage Gz (3) bij de beleidsregels.

3.4.2 Verpleging

Ouders aan kinderen

Het kind kan in een chronische situatie aangewezen zijn op Verpleging vanuit de AWBZ wanneer de tijd voor deze verpleging meer dan een uur gemiddeld per etmaal bedraagt. Hierbij wordt rekening gehouden met tijd die als bovengebruikelijke zorg voor de functies PV en BG door de ouders aan het kind wordt geleverd.

Voor ouders van verzekerden tot 18 jaar gaat het aanleren van de VP-handeling (voor zover geen sprake van Zvw-zorg: zie bijlage Verpleging) voor op het langdurig overnemen van de VP-zorg vanuit de AWBZ.

Het niet willen uitvoeren door de ouders van in het kader van de AWBZ aan te leren of in het kader van de Zvw aangeleerde verpleegkundige handelingen leidt niet tot een AWBZ-indicatie. Voor het gedegen aanleren van en het begeleiden bij de uitvoering van deze handelingen kan een AWBZ-indicatie worden afgegeven. Ook bij het bepalen of sprake is van het afgeven van een indicatie voor het overnemen of het aanleren van de handeling(en) wordt rekening gehouden met de doelmatigheid.

Uitzonderingen: Voor zover gebruikelijke Verpleging bij kinderen van niet uitstelbare aard is en degene die de Gebruikelijke zorg moet verlenen is niet beschikbaar wegens reguliere school- of werkweek van hem/haar zelf of van het kind, kan hiervoor een indicatie worden gesteld. Bij het bepalen van de omvang voor de VP vanuit de AWBZ wordt de tijd voor de VP, die onderdeel is van de clusterindicatie in mindering gebracht. De overige uitzonderingen zijn per AWBZ-functie beschreven in de bijlage Gz (3) bij de beleidsregels. De onderwijsregelgeving (clusterindicatie al dan niet in de vorm van een Rugzakje) is voorliggend is op de AWBZ zorg. Bij het bepalen van de omvang van de PV vanuit de AWBZ wordt de tijd voor de PV die onderdeel is van de clusterindicatie in mindering gebracht. De overige uitzonderingen zijn per AWBZ-functie beschreven in de bijlage Gz (3) bij de beleidsregels.

3.4.3 Begeleiding

Partner, ouder, volwassen kind en/of elke andere volwassen huisgenoot

Wanneer sprake is van een kortdurende zorgsituatie is Begeleiding binnen het gezamenlijke huishouden Gebruikelijke zorg, ook als dit (tijdelijk) de 'normale' (volgens richtlijnen) Begeleiding overschrijdt.

Begeleiding van de verzekerde (zowel volwassen als kind) die naar algemeen aanvaarde maatstaven door partner, ouder, volwassen kind en/of andere volwassen huisgenoot aan de verzekerde moet worden geboden, is ook in langdurende situaties gebruikelijke zorg. Het gaat hierbij in ieder geval om de volgende vormen van begeleiding aan een verzekerde:

- het geven van Begeleiding aan een verzekerde op het terrein van de maatschappelijke participatie (is in het algemeen geen AWBZ-aanspraak). En behoort hiermee tot de eigen verantwoordelijkheid en/of tot een ander domein;
- het begeleiden van verzekerde bij het normaal maatschappelijk verkeer binnen de persoonlijke levenssfeer zoals het bezoeken van familie/vrienden, huisarts e.d.
Het bieden van hulp bij of het overnemen van taken die bij een gezamenlijk huishouden horen, zoals het doen van de administratie, door een niet beperkte huisgenoot. Tenminste wanneer die taak altijd door de nu beperkte verzekerde werd uitgevoerd.

Uitzonderingen: geen aanvullende tekst ten opzichte van de tekst uit de bijlage Gebruikelijke zorg.

3.5 Gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg bij kinderen tot 18 jaar

Bovengebruikelijke zorg bij kinderen tot 3 jaar komt in de praktijk zelden voor. In terminale situaties is het regime van Gebruikelijke zorg echter niet van toepassing. Dit volgens uitzonderingsregeling 3 in de Beleidsregels van VWS: 'Voor zover dit in verband met een levensverwachting van de verzekerde van korter dan drie maanden niet redelijk zou zijn, wordt geen bijdrage verwacht van een partner, ouder, kind en/of andere huisgenoot.'

Voor kinderen wordt de mate van gebruikelijkheid verder beschreven in de richtlijn ten aanzien van Gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel bij verschillende leeftijden in relatie tot AWBZ-zorg. Hierbij kan nog ter aanvulling worden gezegd dat bij kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel pedagogische correctie op gedrag gebruikelijk is. Bij een cognitief beperkt kind met gedragsproblemen is veel meer dan gebruikelijk correctie en aansturing van gedrag en vaak ook meer aandacht voor vaste structuur nodig. Uit bijlage 3 van de Beleidsregels van VWS: Een kind is aangewezen op AWBZ-zorg als het gaat om een chronische situatie, waarbij de gebruikelijke begeleiding in vergelijking tot de begeleiding van gezonde kinderen van dezelfde leeftijdscategorie substantieel wordt overschreden. In het geval van toezicht gaat het om kinderen waar in meer of mindere mate sprake is van tenminste leveringsvoorwaarde B2 zoals genoemd in de bijlage Beleidsregels van VWS Algemeen. Het referentiekader is dat het kind met dezelfde beperkingen na zijn 18e jaar op toezicht/Verblijf in het kader van de AWBZ zal zijn aangewezen. Een voorbeeld kan zijn dat je bij een gezond kind van een bepaalde leeftijd wel de was in de andere kamer op kan hangen en bij een kind met beperkingen van dezelfde leeftijd niet.

3.6 Richtlijnen voor onderzoeken overbelasting

Algemeen

De indicatiesteller onderzoekt of er in de individuele situaties moet worden afgeweken van de (bijlagen bij de) beleidsregels en de toelichting hierop. Een van de redenen om in de individuele situatie af te wijken kan zijn dat degene van wie wordt verwacht dat zij taken overneemt, overbelast is geraakt en niet meer in staat is de gebruikelijke zorg te leveren. Overbelasting kan zich uiten door een combinatie van symptomen van lichamelijke en/of psychische aard en wordt bepaald door in- en uitwendige factoren.

De beperkingen in de belastbaarheid vanwege de gezondheid van de ouder, partner of huisgenoot dienen te worden beoordeeld door of onder verantwoordelijkheid van een arts. In voorkomende gevallen kan, mits met toestemming, het opnemen van contact met de huisarts over de ouder, partner of huisgenoot volstaan om hierover een oordeel te vormen. Dit dient dan wel onder aanwijzing van of door een CIZ-arts te gebeuren; deze dient vervolgens ook bij het eindoordeel te worden betrokken.

Mogelijke symptomen van overbelasting zijn:

- hoge bloeddruk;
- slapeloosheid;
- verminderde weerstand, ziektegevoeligheid;
- vaak huilen;
- neerslachtigheid;
- concentratieproblemen.

Onderzoek naar de draaglast-draagkracht

Het kan soms heel duidelijk zijn dat de ouder, partner of huisgenoot overbelast is. In andere gevallen is dat minder duidelijk en zal dit in het indicatieonderzoek moeten worden uitgediept. Er bestaat niet één, simpel af te nemen test, die hierover direct uitsluitel geeft. Wel bestaan er allerlei vragenlijsten op dat gebied en kunnen de ouders of partner of huisgenoot klachten ervaren die duiden op overbelasting. In voorkomende gevallen kan het opnemen van contact met de huisarts of behandelende sector volstaan om hierover een oordeel te vormen. Dit dient dan wel onder aanwijzing van de CIZ-arts te gebeuren; deze dient vervolgens ook bij het eindoordeel te worden betrokken.

Niet alleen de omvang van de zorgtaken, maar ook de leveringsvoorwaarde van de zorg zijn van invloed op de belastbaarheid van de gebruikelijke zorgverzorger/mantelzorgverzorger. Met andere woorden, het uitvoeren van enkele zorgtaken op vooraf afgesproken momenten, is vaak minder belastend, dan het uitvoeren van dezelfde zorgtaken, waarbij continue aanwezigheid van gebruikelijke zorgverzorger/mantelzorgverzorger noodzakelijk is.

Hoofdstuk 4

Persoonlijke Verzorging

Inhoudsopgave

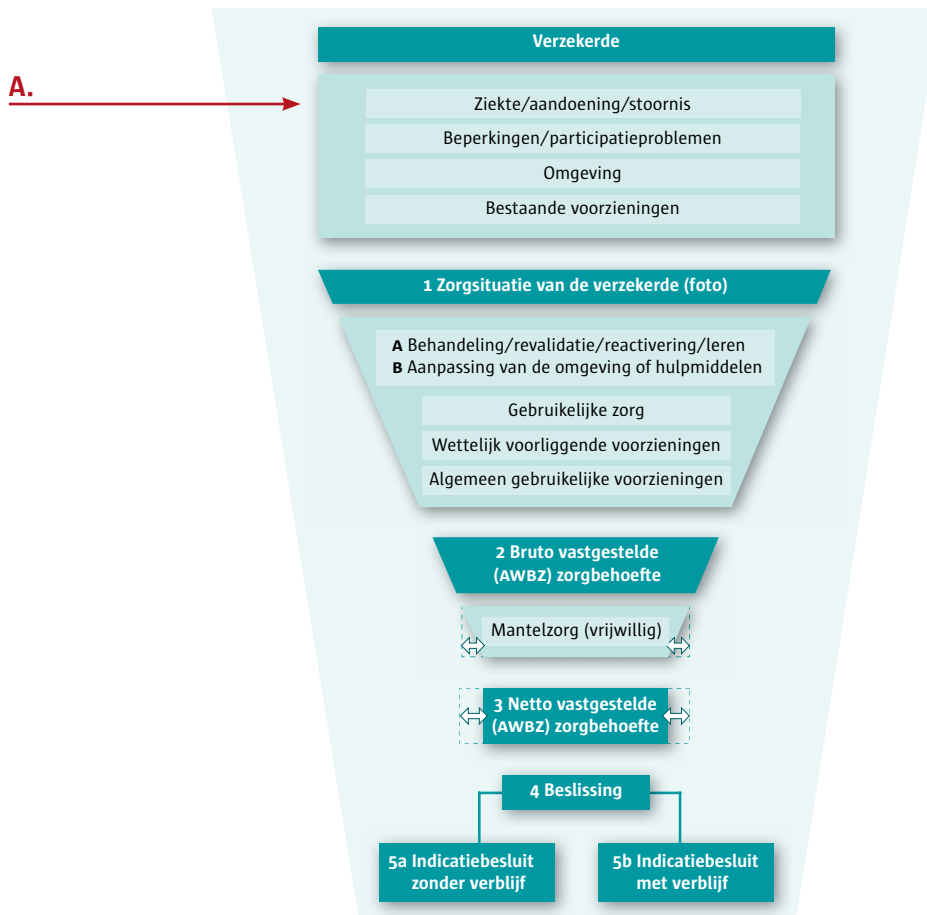
4.1	Inleiding	28
4.2	Afbakeningskader Persoonlijke Verzorging (PV) op basis van het trechtermodel	29
	A. Grondslagen	29
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	29
	C. Behandeling/revalidatie	31
	D. Aanpassingen van de omgeving	32
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	33
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	35
	G. Gebruikelijke zorg	36
	H. Mantelzorg	37
4.3	De functie Persoonlijke Verzorging	38
	A. Omvang	38
	B. Geldigheidsduur	40
	C. Gemiddelde tijden per PV handeling (zie bijlage 1: Gemiddelde tijden)	40
	D. Leveringsvorm	41
	E. Leveringsvoorwaarden	41
4.4	Specifieke punten	42
	Zorg met de handen op de rug	42
	Anti-revaliderend	42
	Aanleren en begeleiden	42
	Respijtzorg	43
	Zorg door twee zorgverleners	43
	Peritoneaaldialyse en hemodialyse	43
	Hulp bij eten en drinken	44
	Bijlage bij hoofdstuk 4	45

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Persoonlijke Verzorging (PV) beschreven. Dit hoofdstuk is met name gebaseerd op de Beleidsregels van VWS, Persoonlijke Verzorging, maar ook de inhoud van de andere delen van de Beleidsregels van VWS zijn van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie PV.

4.2 Afbakeningskader Persoonlijke Verzorging (PV) op basis van het trechtermodel

A. Grondslagen



Alle grondslagen genoemd in het Bza, geven toegang tot de functie PV.

B. Doelstelling/indicatiecriteria

Het doel van PV is het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij activiteiten op het gebied van de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Zie artikel 4 van het Bza. Dit gebeurt door het ondersteunen bij, het stimuleren van, het aanleren van of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging.

Daarbij is ook zorg inbegrepen die in directe relatie staat tot persoonlijke verzorging, bijvoorbeeld het opmaken van het bed tijdens het wassen van een bedlegerige verzekerde.

Naast de reguliere ADL-activiteiten is er nog een aantal andere activiteiten die onder de functie Persoonlijke Verzorging thuishoren, zoals (geen limitatieve lijst):

1. het aanreiken van medicijnen die vallen onder de apotheekverstrekking Zvw of zijn voorgeschreven door een arts;
2. het toedienen van orale, vaginale of rectale medicatie (zoals bedoeld bij 1.) bij een lokaal intacte huid, het zalven van de lokaal intacte huid, het druppelen van oog, oor of neus bij een lokaal intacte huid; het aanbrengen van medicinale pleisters;
3. het inbrengen buiten de bloedbaan, en af laten vloeien van (vloeistof)stoffen via sondes, katheters, het in laten

- lopen en af laten vloeien van vloeistof bij peritoneaaldialyse enzovoort;
4. het schoonhouden en verzorgen van natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (stoma, tracheostoma, insteekopening PEG-sonde) bij een lokaal intacte huid.

Voorbehouden handelingen, zoals injecteren, vallen niet onder Persoonlijke Verzorging.

Overname van deze activiteiten vanuit de functie PV is aan de orde, als is vastgesteld dat de verzekerde beperkingen heeft op het gebied van de persoonlijke zorg ten gevolge van beperkingen op het gebied van sociale redzaamheid en/of zich bewegen en verplaatsen. Ook moet vastgesteld zijn dat de verzekerde de vaardigheden of de kennis mist om de activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging zelfstandig uit te voeren en deze vaardigheden niet kan aanleren.

Een indicatie voor PV kan ook worden gegeven voor het aanleren⁴ van de activiteiten door de verzekerde, gebruikelijkezorger of mantelzorger.

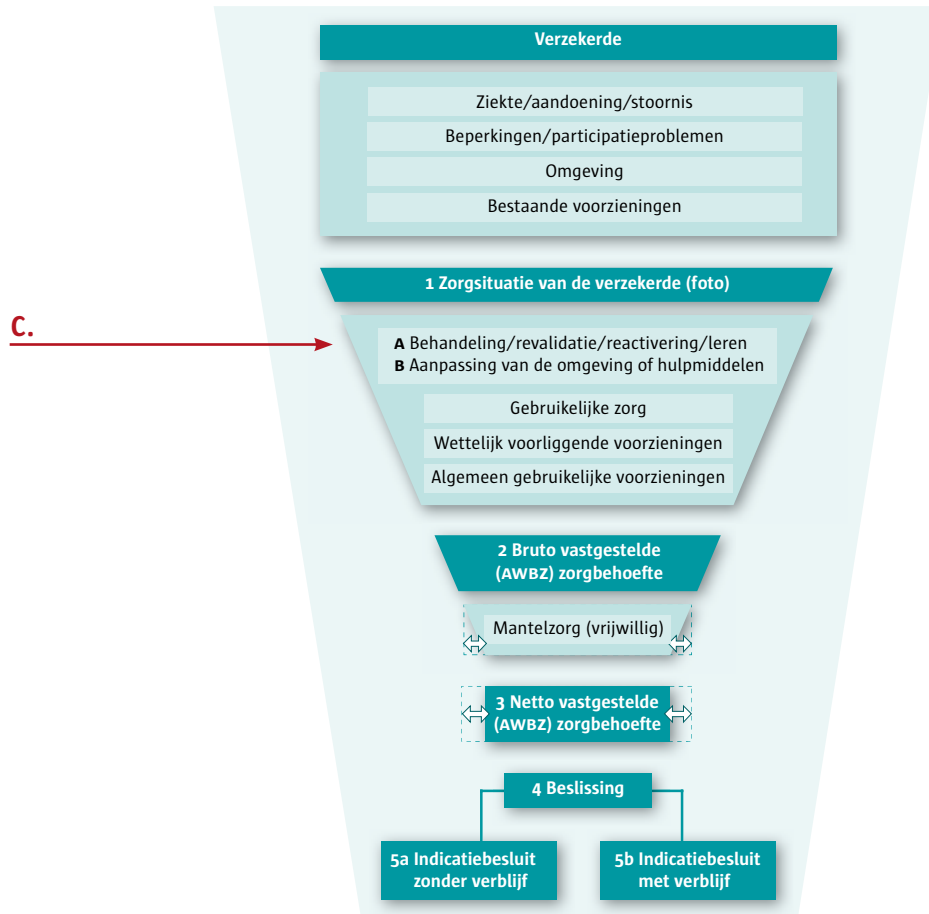
Bij een verzekerde die medisch specialistische VP ontvangt vanuit de Zvw, kan de PV tot de AWBZ-aanspraak behoren.

Wanneer er naast lichte beperkingen bij persoonlijke zorg ook beperkingen zijn op het gebied van de sociale redzaamheid, kan er voor de zogenoemde zorg met de handen op rug een aanspraak zijn op PV. Het gaat dan om zorg voor het bieden van toezicht op, het aansturen en stimuleren van de verzekerde bij het zelf uitvoeren van deze persoonlijke zorg. De hulp is tijdens het uitvoeren van de PV-activiteit aanwezig.

Hulp bij het plannen en evalueren van deze persoonlijke zorg, maakt onderdeel uit van de aanspraak op de functie Begeleiding. De hulp is niet noodzakelijk aanwezig tijdens het uitvoeren van de PV-activiteit.

4 In 4.4 wordt 'het aanleren' van activiteiten beschreven.

C. *Behandeling/revalidatie*

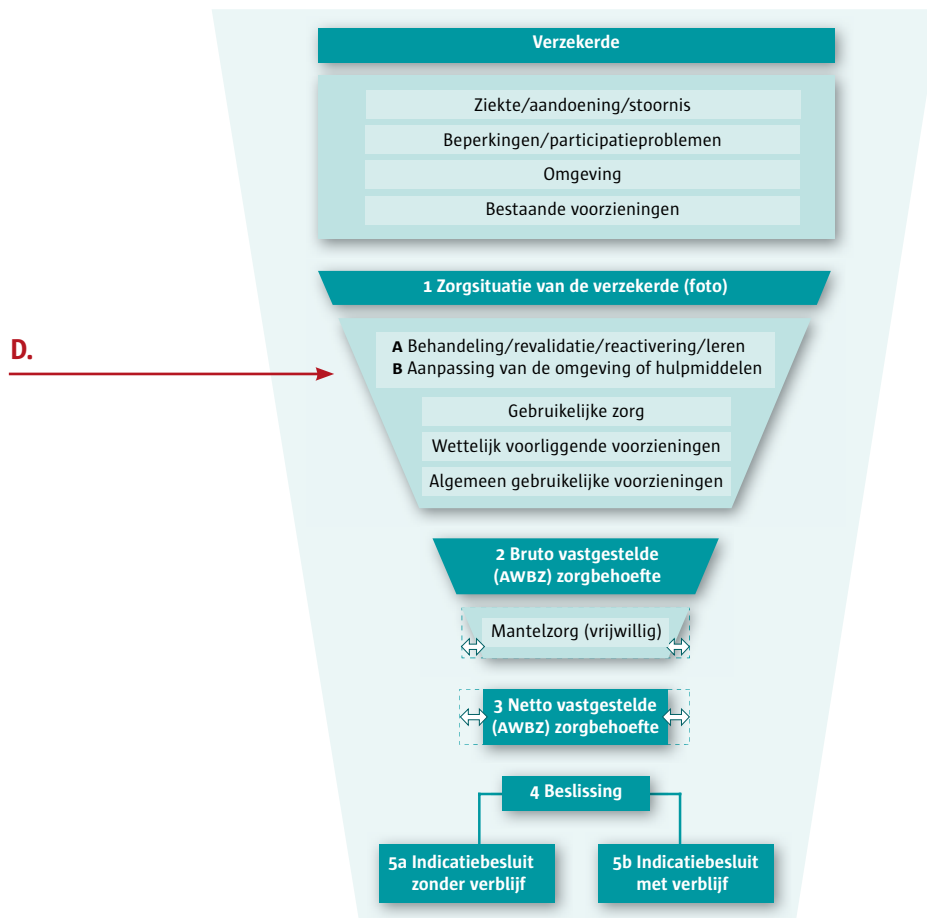


Als behandeling of revalidatie mogelijk is ter voorkoming van AWBZ-zorg, is dat voorliggend.

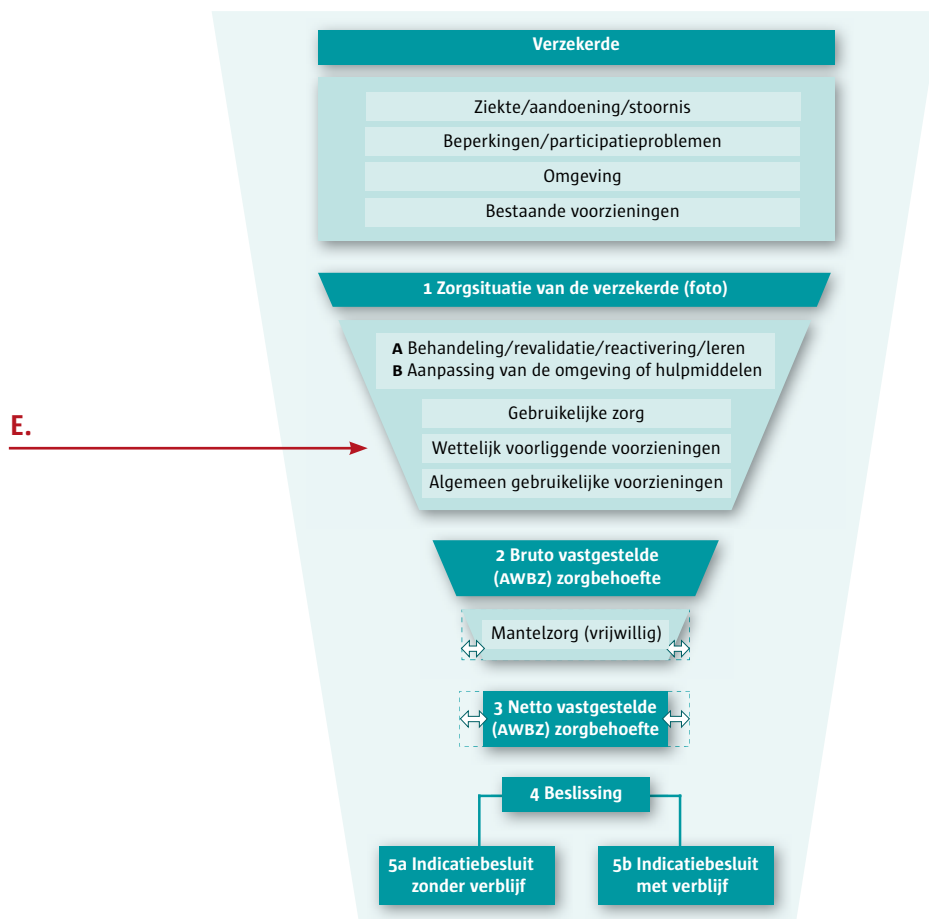
D. Aanpassingen van de omgeving

Aanpassingen van de omgeving, die de beperkingen voor PV geheel of gedeeltelijk kunnen compenseren, zijn onder andere:

- losse matjes, snoeren weghalen;
- verlichting verbeteren, lampensensoren;
- stevige stoel in de douche;
- klossen onder het bed;
- losliggende spullen en een teveel aan meubels verwijderen.



E. Wettelijk voorliggende voorzieningen



Dit zijn wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg, waarop verzekerde is aangewezen of een voorziening waarmee de verzekerde de (zelf)zorg weer kan uitvoeren, kan worden bekostigd. Verzekerden die onder deze regelingen vallen, maken geen aanspraak op de AWBZ. Het gaat er hierbij om, dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort. Hieronder is een niet-limitatieve lijst opgenomen van wettelijk voorliggende voorzieningen die veel voorkomen en die een relatie kunnen hebben met functie PV.

Dit geldt onder meer voor de volgende wetten: Wmo, Zvw/Regeling zorgverzekering, paragraaf 1.4, de Wet op de Jeugdzorg en de WIA. Verder geldt het ook voor onderwijswetgeving, de Regeling subsidiëring ADL-clusters en ADL-assistentie, et cetera.

Als het verantwoordelijke orgaan in gebreke blijft, moet de verzekerde zich tot het orgaan wenden dat de voorziening moet leveren.

Als wordt vastgesteld dat verzekerde de PV-activiteit geheel zelfstandig kan uitvoeren met behulp van een hulpmiddel of voorziening (score 0⁵), dan is het solitair verstrekken van het hulpmiddel of de voorziening vanuit de wettelijk voorliggende voorziening aangewezen. Bij de scores 1-3 kan het een combinatie zijn van een hulpmiddel en het leveren van zorg vanuit de AWBZ waarbij er sprake is van toezicht/stimuleren, dan wel gehele of gedeeltelijke overname.

5 Scores volgens Formulierenet voor indicatiestelling AWBZ/B-formulier.

Score 0: kan deze activiteit zelf/er is geen hulp van een ander nodig; Score 1: kan deze activiteit zelf maar een ander moet toezien of stimuleren; Score 2: kan deze activiteit slechts met veel moeite/een ander moet helpen; Score 3: kan deze activiteit niet zelfstandig/een ander moet dit overnemen

Woonvoorzieningen Wmo en uitleenservice

Verzekerden die voor een korte periode (maximaal zes maanden) gebruik moeten maken van roerende woonvoorzieningen, kunnen deze per direct lenen bij de uitleenservice op grond van artikel 11 van het Bza. Verzekerden die langdurig (meer dan zes maanden) gebruik moeten maken van roerende woonvoorzieningen kunnen deze via de Wmo verstrekt krijgen. Het is mogelijk om roerende woonvoorzieningen bij de uitleenservice te lenen, ter overbrugging van de levertijd van een roerende woonvoorziening van de Wmo. Tevens kunnen bepaalde roerende woonvoorzieningen van de uitleenservice ingezet worden ter overbrugging van de realisatietijd van (kleine) woonvoorzieningen.

Als een verzekerde in aanmerking komt voor een woningaanpassing, kan ook voor de overbruggingstijd tot het realiseren van de aanpassing, AWBZ-zorg aangewezen zijn. Eerst moet worden beoordeeld of een voorziening van de uitleenservice een adequate oplossing biedt tot de realisatie, of een lagere indicatie tot gevolg kan hebben. Wanneer deze voorziening geen adequate oplossing biedt, kan bij een kleine woningaanpassing voor de duur van maximaal drie maanden een indicatie voor AWBZ-zorg afgegeven worden. Bij een grote woningaanpassing kan dat voor maximaal een jaar. Bij gegronde redenen kan in bijzondere omstandigheden van deze termijnen afgeweken worden, ingevolge artikel 4.84 Awb (inherente afwijkingsbevoegdheid).

Als een verzekerde met behulp van een voorziening activiteiten zelfstandig kan uitvoeren, dan is het vanuit de Wmo of de uitleenservice verstrekken van een voorziening, voorliggend op het verstrekken van zorg vanuit de AWBZ. Dit vanwege het feit dat de Wmo voorzieningen verstrekt die erop zijn gericht het zelfstandig functioneren te bevorderen.

Zorgverzekeringwet

Regeling Zorgverzekering Hulpmiddelenzorg: paragraaf 1.4 Hulpmiddelenzorg

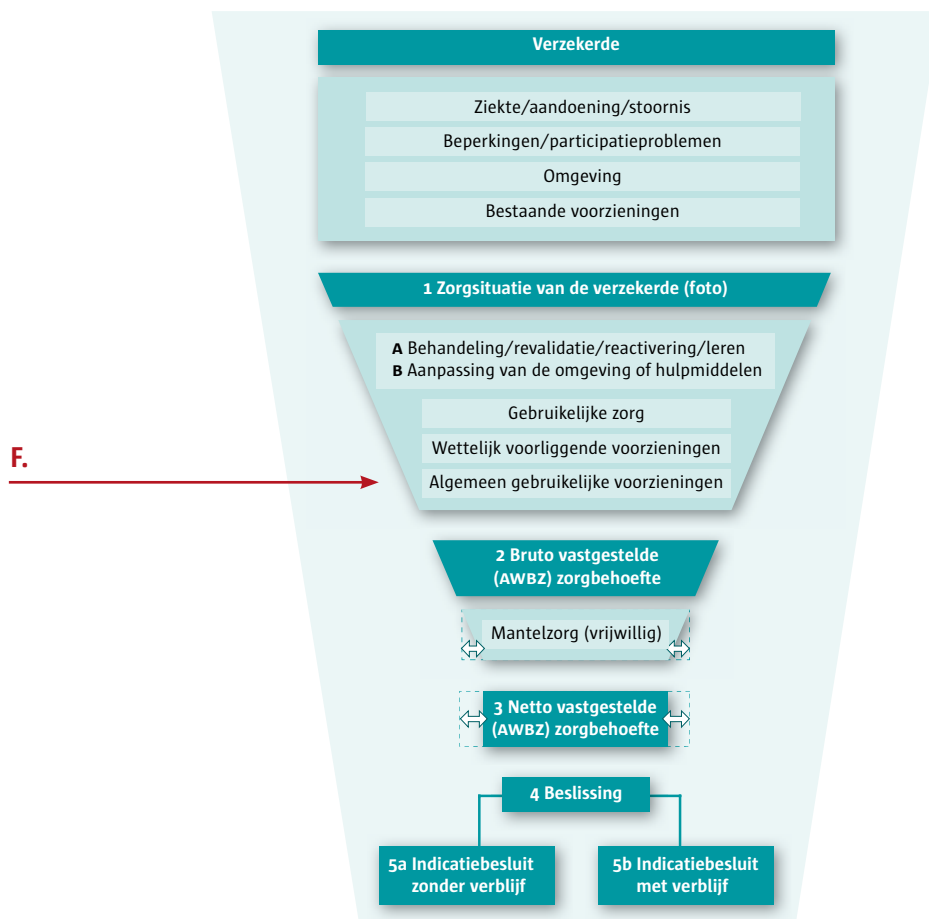
- a. Via deze regeling kunnen hulpmiddelen worden verstrekt, waaronder hulpmiddelen bij het aan-/uittrekken van steunkousen. Het gebruik van deze hulpmiddelen is voorliggend op het langdurig overnemen van de handeling door een professional, tenminste wanneer deze hulpmiddelen een afdoende oplossing bieden voor de zorgvraag van de verzekerde.
NB; tot de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zvw hoort ook een basale uitleg en training over hoe met het hulpmiddel om te gaan. De mogelijkheid tot het aanleren van het omgaan met dit hulpmiddel nadat de instructie is afgerond, is omschreven onder c.
- b. Een openbaar apotheker kan een verzoek om uitzetten in een patiëntspecifieke distributievorm per medicijn en/of per inname-moment niet afwijzen, als het medicijn is voorgeschreven door een arts of valt onder de apotheekverstrekking van de Zvw. Hij kan het uitzetten eventueel uitbesteden aan een andere apotheek of aan de thuiszorg. Een uitzondering geldt voor medicijnen die niet in een patiëntspecifiek distributiesysteem af te leveren zijn (bijvoorbeeld vloeistoffen, crèmes/zalven, middelen die in de koelkast moeten worden bewaard, middelen met een sterk wisselend gebruik (zo nodig medicatie of antistolling). In deze gevallen kan een AWBZ-indicatie voor de functie PV aangevraagd worden. Het betreft hier de activiteit: 1.9: Medicatie: Medicatie aanreiken.
- c. Het aanleren van zorg die voortvloeit uit voorgeschreven behandeling van een medisch specialist, zoals stomazorg, toedienen sondevoeding enzovoort behoren niet tot de aanspraken van de AWBZ. Het aanleren van deze handelingen dient vanuit de Zvw geboden te worden. Indien de verzekerde, of de gebruikelijke zorgverlener niet in staat is de zorg (aan te leren en) zelfstandig uit te voeren, kan AWBZ-zorg aangewezen zijn.

Afbakening met onderwijs

De niet uitstelbare PV-handelingen die een kind tijdens schooltijd nodig heeft kunnen worden geïndiceerd voor zover er geen sprake is van een clusterindicatie.

Zie verder 4.3, omvang.

F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid

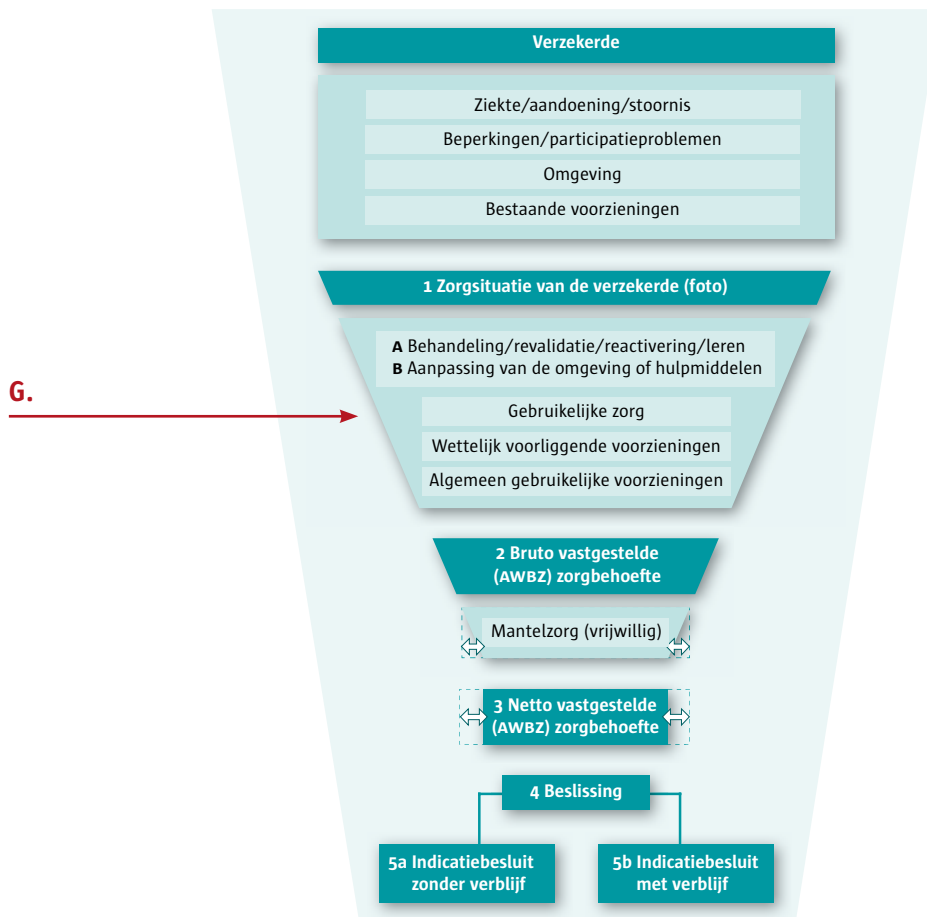


Algemeen gebruikelijk voorzieningen zijn niet bij wet gecreëerde voorzieningen, die buiten de AWBZ om, in de zorgbehoefte voorzien, zoals:

- sociale alarmering;
- kinderopvang (anders dan bedoeld in de Wet Kinderopvang) zoals een kinderoppas;
- aangepast bestek enzovoort;
- cliëntondersteuning door MEE, bijvoorbeeld het geven van tips en adviezen over het zo zelfstandig mogelijk inrichten van het dagelijks leven, hulp bij het aanvragen van zorg en voorzieningen.

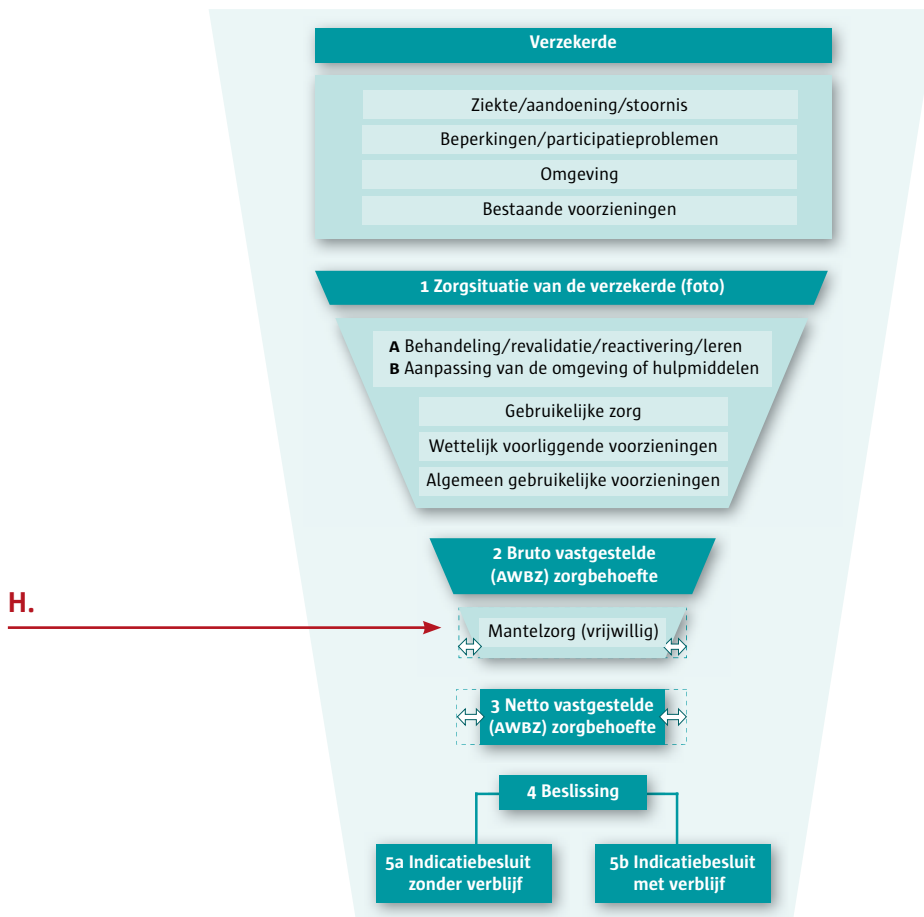
Deze voorzieningen gaan voor op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van verzekerde. Zoals een kinderoppas. Van verzekerden die daartoe in staat zijn, wordt op basis van de eigen verantwoordelijkheid ook actie en initiatief verwacht om hun eigen netwerk in te schakelen en zo te voorzien in hun vraag naar zorg en dienstverlening.

G. Gebruikelijke zorg



Voor zover het gebruikelijk is dat partners elkaar persoonlijke verzorging bieden is verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg. Dit geldt ook voor de persoonlijke verzorging die ouders aan hun inwonende kind bieden. Zie hiervoor de beleidsregel Gebruikelijke zorg en de toelichting hierop.

H. Mantelzorg



Mantelzorg is zorg, die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, door personen uit diens directe omgeving. Hierbij vloeit de zorgverlening rechtstreeks voort uit de sociale relatie. Voor het CIZ gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg, waarop de verzekerde kan zijn aangewezen, als de mantelzorger deze zorg niet biedt.

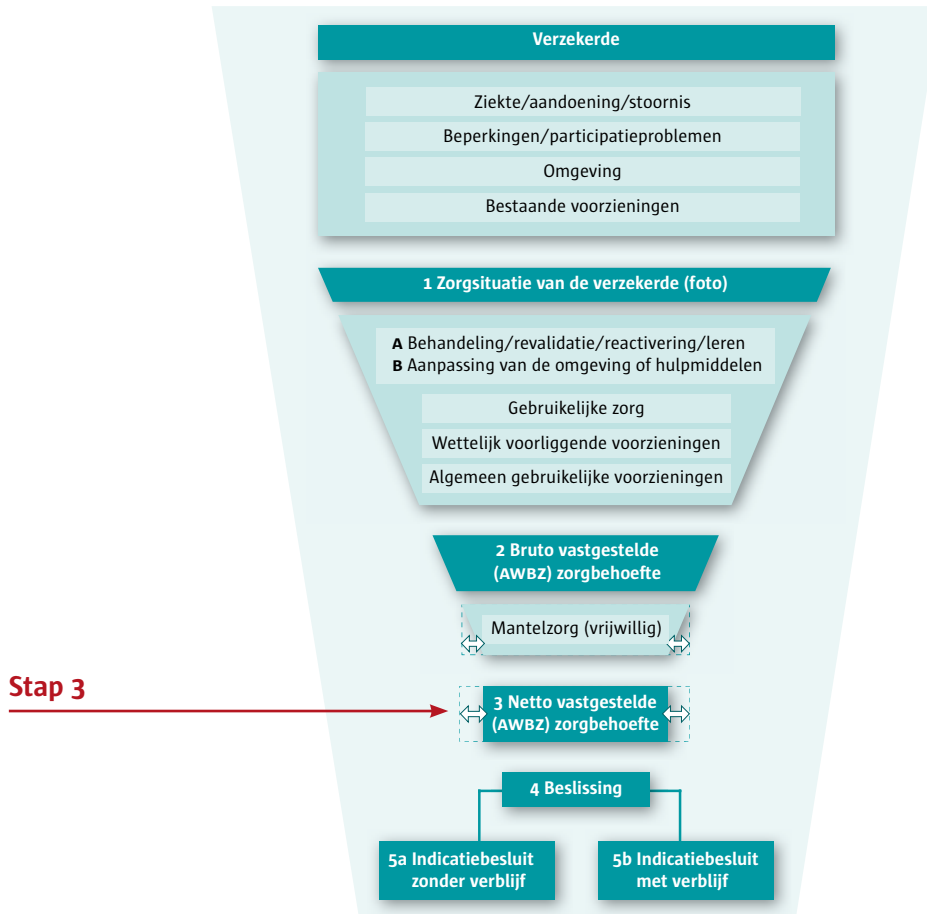
Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte (bovengebruikelijke zorg) levering van zorg. Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat er aanspraak op AWBZ-zorg. Ouders die bovengebruikelijke zorg bieden aan hun kind (zonder dat zij overbelast zijn of dreigen te worden), kunnen aanspraak maken op AWBZ-zorg als zij die bovengebruikelijke zorg niet meer willen leveren.

Bij de beoordeling van bovengebruikelijke zorg, wordt gebruik gemaakt van de richtlijn die opgenomen is in de van de Beleidsregels van VWS Gebruikelijke Zorg.

Wanneer voor de zorgvrager mantelzorg vrijwillig beschikbaar is, kan dat deel van de zorgaanspraak buiten de geïndiceerde zorg blijven. Daar hoeft immers geen professionele zorg vanuit de AWBZ voor ingezet te worden.

Bij mantelzorg is cliëntsovereiniteit van toepassing, dat wil zeggen dat het de verzekerde vrij staat mantelzorg te accepteren. Als een verzekerde niet geholpen wil worden door een mantelzorger die dit aanbiedt, kan de verzekerde dat weigeren. Er is dan aanspraak op AWBZ-zorg.

4.3 De functie Persoonlijke Verzorging



A. Omvang

De omvang van de functie Persoonlijke Verzorging wordt bepaald door de directe zorg (gemiddelde tijd per handeling x aantal malen per dag/week).

Bij het bepalen van de omvang van de functie Persoonlijke Verzorging (PV) bij kinderen wordt rekening gehouden met:

- benodigde PV tijdens het onderwijs;
- mogelijke PV die geboden wordt in het speciaal onderwijs (cluster III scholen);
- benodigde PV tijdens de afwezigheid van ouders door werk (zover dit niet samenvalt met zorg tijdens het onderwijs);
- benodigde PV thuis: met aftrek van de gebruikelijke zorg voor kinderen (passend bij de leeftijd) tot de grens van de bovengebruikelijke zorg. PV kan geïndiceerd worden wanneer de zorg substantieel meer is, dan de zorg die een gezond persoon van dezelfde leeftijd nodig heeft. Substantieel is gemiddeld 1 uur per etmaal, per week (maximaal 7 uur per week);
- benodigde intieme PV voor een kind van 12 jaar of ouder dat deze zorg niet wil ontvangen van ouders.

De omvang van de functie PV wordt vastgesteld in klassen per week, met daarin een bandbreedte in uren. De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 1: 0 – 1,9 uur per week;
- klasse 2: 2 – 3,9 uur per week;
- klasse 3: 4 – 6,9 uur per week;
- klasse 4: 7 – 9,9 uur per week;
- klasse 5: 10 – 12,9 uur per week;
- klasse 6: 13 – 15,9 uur per week;
- klasse 7: 16 – 19,9 uur per week;
- klasse 8: 20 – 24,9 uur per week.

De omvang waarin de persoonlijke zorg wordt geïndiceerd is basaal en niet meer dan nodig om verantwoorde zorg (in hygiënisch, medisch, gedragswetenschappelijke et cetera opzicht) te bieden.

Omvang van de zorg in relatie tot het onderwijs

Voor de omvang van PV wordt ook rekening gehouden met de omvang van de niet uitstelbare persoonlijke verzorging op school, die al onderdeel is van de clusterindicatie (zie tabel).

Zie voor het berekenen van de gemiddelde tijden van AWBZ PV paragraaf 3 C.

Zie onderstaand rekenmodel:

De omvang van de zorg wordt bepaald op basis van de noodzakelijke 24-uurs zorg. De noodzakelijke zorg op school wordt aan de hand van de volgende stappen berekend.

1. Ga op jaarbasis uit van de normale verhouding tussen de weken dat een kind naar school gaat en vrij is: 40 weken naar school en 12 weken thuis.
2. Bepaal het aantal minuten AWBZ-zorg voor school per week (zie gemiddelde tijden in 4.3c). Vermenigvuldig dit aantal met 40.
3. Trek daar vervolgens de voorliggendheid van het onderwijs vanaf (zie onderstaande tabel).
4. Bepaal ook in de weken dat het kind naar school gaat de zorgbehoefte thuis. Trek hiervan de omvang van de Gebruikelijke zorg af.
5. Tel voor de 40 weken dat het kind naar school gaat de benodigde zorg in de thuissituatie op bij het aantal minuten zorg op school na aftrek.
6. De totale zorgbehoefte in minuten per week tijdens de schoolweken is nu bepaald. Verdeel deze omvang over 52 weken. Dat betekent: de totale omvang per week keer 40 en gedeeld door 52.
7. Stel voor de 12 weken dat het kind niet naar school gaat de zorgbehoefte in de thuissituatie vast. Houd rekening met de gebruikelijke zorg.
8. Vermenigvuldig deze omvang keer 12 en deel door 52. De totale omvang van de zorg in de 12 weken dat het kind niet naar school gaat is nu vastgesteld.
9. Tel op:
 - de omvang van de totale zorg in de 40 weken dat het kind naar school gaat;
 - de omvang van de totale zorg thuis in de 12 weken dat het kind niet naar school gaat.Nu is het aantal minuten zorg per week vastgesteld.

Tel bij de uitkomst van stap 3 de noodzakelijke en gewenste overige PV (AWBZ-)zorg: thuis op.

Tabel: voorliggende zorg binnen het onderwijs

Onderwijssoort		PV
LG: Cluster III (= Lichamelijk gehandicapte kinderen)	Speciaal onderwijs	241
	Voortgezet speciaal onderwijs	176
LZ: Cluster III (= Langdurig zieke kinderen)	Speciaal onderwijs	98
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
ZMLK: Cluster III (=Zeer moeilijk lerende kinderen)	Speciaal onderwijs	50
	Voortgezet speciaal onderwijs	30
LG/ZMLK*: Cluster III	Speciaal onderwijs	185
	Voortgezet speciaal onderwijs	189

B. Geldigheidsduur

Een indicatie heeft een bepaalde geldigheidsduur. De maximale geldigheidsduur is vijf jaar. Voor de bepaling van de duur gelden de volgende wegingen:

1. veranderlijkheid (prognose) van de beperkingen van de verzekerde op basis van de diagnose, die is vastgesteld door een daartoe bevoegd persoon;
2. veranderlijkheid van de woonomstandigheden en de samenstelling van het huishouden van verzekerde;
3. het bereiken van een leeftijd die van invloed is op de aanspraak.

De geldigheidsduur van de indicatie die is gericht op het 'aanleren en begeleiden' is zes weken. Als ten gevolge van cognitieve beperkingen, onzekerheid of onhandigheid sprake is van vertraagde leerbaarheid, kan een indicatie voor maximaal drie maanden gesteld worden.

C. Gemiddelde tijden per PV-handeling (zie bijlage bij dit hoofdstuk)

De gemiddelde tijden zijn basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort. De gemiddelde tijd bevat zowel de tijd die gemoeid is met de directe zorg/handeling als de indirecte tijd, gemoeid met het binnenkomen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en het vertrekken. Bij een enkelvoudige activiteit wordt de totale gemiddelde tijd als basis genomen voor de bepaling van de omvang.

Als meerdere handelingen/activiteiten tijdens hetzelfde zorgmoment worden uitgevoerd, dan is er sprake van 'samenvallende activiteiten'. Daarvoor wordt in totaal minder tijd geïndiceerd, omdat de zorg efficiënter wordt geboden en de indirecte tijd per zorgmoment wordt berekend.

De omvang van de indirecte tijd, 3,5 minuut, is ontleend aan het onderzoeksrapport van bureau HHM⁶.

De omvang waarin de persoonlijke zorg wordt geïndiceerd, is basaal en niet meer dan nodig om verantwoorde zorg (in hygiënisch, medisch, gedragswetenschappelijk et cetera opzicht) te bieden.

De gemiddelde tijden kunnen bij kinderen verschillen in vergelijking met volwassenen.

Bijvoorbeeld: wassen en kleden duurt bij een kind korter dan bij een volwassene, terwijl eten en drinken weer langer kan duren.

6 'Onderzoek naar tijdnormen voor activiteiten en handelingen van de functies PV en VP', oktober 2007, bureau HHM.

De tijd die bij meerdere en samenvallende activiteiten in mindering wordt gebracht, wordt als volgt berekend: Bij een enkelvoudige activiteit wordt de totale gemiddelde tijd als basis genomen.

Bij samenvallende activiteiten:

- van elke activiteit wordt 3,5 minuut indirecte tijd in mindering gebracht;
- per zorgmoment wordt 3,5 minuut opgeteld.

Niet-limitatief overzicht van factoren 'meer tijd':

- complicatierisico/instabiele zorgsituatie;
- ernstige mobiliteitsbeperkingen/spasmen;
- ernstige beperkingen in verband met de lichamelijke conditie;
- cognitieve problematiek;
- coördinatioestoornissen;
- gedragsproblemen;
- communicatieproblemen (bijvoorbeeld zintuiglijk gehandicapten die met gebarentaal communiceren);
- het nemen van maatregelen om besmetting van de verpleegkundige/verzorgende te voorkomen.

De indicatiesteller beoordeelt per situatie of de totale omvang van de functie PV binnen de bandbreedte van een klasse past. Door rekening te houden met samenvallende activiteiten en/of 'factoren meer tijd' kan de indicatiesteller besluiten om de omvang van de functie een klasse te verminderen of te vermeerderen met één klasse.

D. Leveringsvorm

De verzekerde kan kiezen uit de leveringsvormen:

- Zorg in Natura (ZIN);
- Persoonsgebonden budget (Pgb).

De leveringsvorm is een verplicht⁷ te registreren item, waarbij de voorkeur van de verzekerde genoemd wordt in de beschikking. Het maakt geen juridisch onderdeel uit van het indicatiebesluit. De verzekerde kan het bij het zorgkantoor aangeven als hij de leveringsvorm gewijzigd wil hebben.

E. Leveringsvoorwaarden

Dit is een advies van het CIZ aan het zorgkantoor en de zorgaanbieder over de wijze van zorgverlening, waarbij het gaat om de (on)planbaarheid van de zorg of de nabijheid van de zorgverlener ten opzichte van de verzekerde.

⁷ Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

4.4 Specifieke punten

Zorg met de handen op de rug

Wanneer er naast lichte beperkingen bij persoonlijke zorg ook beperkingen zijn op het gebied van de sociale redzaamheid, kan er voor de zogenoemde zorg met de handen op de rug voor het bieden van toezicht op, het aansturen en stimuleren van de verzekerde bij het zelf uitvoeren van deze persoonlijke zorg, een aanspraak zijn op PV. De hulp is tijdens het uitvoeren van de PV-activiteit fysiek bij de verzekerde aanwezig. De tijd die hiervoor wordt geïndiceerd betreft de gemiddelde tijd, die nodig zou zijn bij het overnemen van de handelingen.

Anti-revaliderend

Het bieden van Persoonlijke Verzorging vanuit de AWBZ moet niet anti-revaliderend zijn. Voorkomen moet worden, dat de verzekerde langdurig afhankelijk wordt en blijft van zorg, als dat niet nodig is. Bij de afweging of een indicatie voor PV aangewezen is, wordt het mogelijk invaliderende effect van de zorg onderzocht. Dit kan consequenties hebben voor zowel de omvang als de duur van de te indiceren zorg. Het stimuleren tot zelfredzaamheid kan onderdeel uitmaken van de indicatie en wordt vermeld in de motivering bij het besluit. Dit kan aan de orde zijn bij beperkingen die samenhangen met medisch moeilijk objectiverende aandoeningen (MMOA). Bij een verzekerde met een MMOA, of een vermoeden van een MMOA en/of een discussie over het revaliderend/anti-revaliderend effect, wordt altijd de CIZ-arts geraadpleegd.

Aanleren en begeleiden

Aanleren

Voor het aanleren van PV-activiteiten in combinatie met medisch verpleegkundig handelen, geldt dat deze PV-activiteiten door het ziekenhuis (voor het ontslag) aan verzekerde of ouders van verzekerde worden geleerd. Zo hoort het aanleren van bijvoorbeeld de zorg voor een stoma, of het toedienen van sondevoeding enzovoort niet tot de aanspraken van de AWBZ, maar dienen deze activiteiten vanuit de Zvw aangeleerd te worden.

Als een verzekerde niet in staat is de anders dan hierboven bedoelde PV-handelingen zelf uit te voeren, wordt tijdens een indicatieonderzoek onderzocht of de verzekerde, ouder, mantelzorger deze PV-handelingen aan kan leren.

Als professionele zorg nodig is zodat de verzekerde zelf (of de gebruikelijkzorger of de mantelzorger), de activiteit kan aanleren, wordt een kortdurende indicatie voor maximaal zes weken gesteld.

Als bij een verzekerde of gebruikelijkezorger sprake is van cognitieve beperkingen, onzekerheid of onhandigheid, kan een indicatie voor drie maanden worden gesteld als duidelijk is dat sprake is van (vertraagde) leerbaarheid. Na deze drie maanden wordt bezien of de leerbaarheid juist is ingeschat.

Het hangt af van de leerbaarheid van een verzekerde of gebruikelijkezorger of deze een handeling kan aanleren. Wanneer twijfel bestaat over de mogelijkheid tot aanleren van de verzekerde of de gebruikelijkezorger, is onderzoek door de CIZ-arts noodzakelijk.

Het aanleren, ten behoeve van de ADL-handelingen binnen de functie PV betreft activiteit 2.5 Aanleren en begeleiden van PV-activiteiten (zie de tabel in de bijlage bij dit hoofdstuk).

De gemiddelde tijd die voor het aanleren wordt gehanteerd is de tijd van de handeling en de extra tijd ten behoeve van het aanleren van de onder de functie PV geïndiceerde handeling.

De maximale extra tijd bedraagt 30 minuten per week voor het aanleren van alle handelingen binnen de functie PV. (Geen 30 minuten per handeling.) Voorbeeld: als je wassen en aan- en uitkleden moet aanleren, dan in totaal 30 minuten erbij. En niet twee keer 30 minuten, omdat dit twee handelingen betreft.

Na deze aanleerperiode wordt geen indicatie gesteld voor de handelingen:

- die verzekerde vervolgens zelf uit kan voeren;
- die de gebruikelijkezorger kan uitvoeren;
- waarvan de mantelzorger in staat en bereid is deze vrijwillig uit te voeren.

Indien de verzekerde/ouder de handeling(en) niet of niet volledig heeft aangeleerd, kan PV worden geïndiceerd.

NB: Bij de afweging of een indicatie kan worden afgegeven voor het overnemen of aanleren van de activiteiten, wordt beoordeeld of sprake is van doelmatigheid. Daarmee wordt nu bedoeld, dat als bij een verzekerde

gedurende een korte periode een handeling moet worden verricht, het aanleren niet meer tijd moet kosten dan het gedurende een paar weken overnemen van deze handeling.

Begeleiden

Indien de verzekerde of de gebruikelijk zorgverlener of mantelzorgverlener de PV-handeling (zelf) uitvoert kan het noodzakelijk zijn om toch PV te indiceren. Het gaat dan om het compenseren van de kwaliteit van zelfzorg. Om de kwaliteit van de handelingen die onder PV horen op het juiste niveau te houden, komt er een zorgverlener langs die daarin begeleidt (zie de tabel in de bijlage bij dit hoofdstuk).

Bijvoorbeeld bij het wassen en kleden van een verzekerde met een dreigende dwarslaesie kan begeleiding tijdens de PV-activiteit nodig zijn, om de kwaliteit van de zorg in stand te houden.

Hulp bij het plannen en evalueren van persoonlijke zorg (aanwezigheid van de zorgverlener tijdens de PV-activiteit is niet nodig) kan behoren tot een aanspraak op de functie Begeleiding.

Respijtzorg

Als is vastgesteld dat de ouder(s) of partner of andere huisgenoten in de thuissituatie overbelast is/zijn, of dit ten gevolge van het bieden van PV dreigt/dreigen te raken en daarom niet meer in staat is/zijn de gebruikelijke zorg te leveren, dan zijn eerst eigen mogelijkheden en/of voorliggende voorzieningen om de overbelasting op te heffen, aangewezen. Als dit onvoldoende oplossing biedt, dan kan er tijdelijk een AWBZ-indicatie gesteld worden voor het overnemen van de PV-taken. Indien er al een AWBZ-indicatie PV is, en door deze de partner, ouder, volwassen kind en/of andere huisgenoot zelf wordt geleverd, dan is het voorliggend om de zorg door (andere) zorgverleners uit te laten voeren, of in te kopen.

Als alleen het overnemen van PV-taken bijvoorbeeld bij verzekerden met gedragsproblematiek onvoldoende oplossing biedt, dan kan 'toezicht' in de vorm van (tijdelijk) Verblijf, BG groep of BG individueel worden geïndiceerd. Zie de Beleidsregels van VWS.

Het indicatiebesluit voor respijtzorg wordt in eerste instantie afgegeven voor een half jaar. Gedurende dit half jaar wordt onderzocht hoe de overbelasting zich ontwikkelt en wat er is geprobeerd om het op te lossen. Duidelijk moet worden of de overbelasting structureel of incidenteel is en of het geven van respijtzorg in de vorm van overname van de gebruikelijke PV dus wel het meest adequaat blijft/is.

Zorg door twee zorgverleners

Bij verzekerden kan het noodzakelijk zijn, dat de zorg door twee zorgverleners wordt geleverd.

Voor het vaststellen van de omvang van de indicatie waarbij twee zorgverleners nodig zijn gelden de algemene criteria, zoals beschreven in de beleidsregel Algemeen.

Voor de aanwezigheid van een tweede zorgverlener ter ondersteuning van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, is verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg; de verantwoordelijkheid voor de adequate zorgverlening ligt bij therapeut zelf.

Peritoneaaldialyse en hemodialyse

De zorg rond dialyse kan soms wel en soms niet leiden tot een indicatie voor de functie Persoonlijke Verzorging. Belangrijk om te bepalen of de zorg wel of niet tot de AWBZ behoort, is om welke vorm van dialyse het gaat; hemodialyse of peritoneaaldialyse.

Er zijn twee vormen van peritoneaaldialyse. Bij CAPD (continue ambulante peritoneaaldialyse) vindt de dialyse 24 uur per dag plaats. Bij APD (automatische peritoneaaldialyse) vindt de dialyse 's nachts plaats door middel van een machine.

Bij peritoneaaldialyse (ongeacht of het gaat om CAPD of APD), gaat het om zorg waarvoor geen specifieke deskundigheid noodzakelijk is. De te verrichten handelingen zijn eenvoudig uit te leggen en uit te voeren. Onder normale omstandigheden is een verzekerde goed in staat om dit zelf te doen. Als de verzekerde hier vervolgens niet toe in staat is en de gebruikelijkezorger of mantelzorger⁸ dit niet kan overnemen, kan dit leiden tot een indicatie voor AWBZ-zorg.

Ter informatie: Wanneer het gaat om hemodialyse kunnen we spreken van specialistische zorg die in zijn geheel tot de Zvw hoort. Hiertoe behoort ook de verpleegkundige zorg. Als de verpleegkundige zorg niet door een dialysecentrum wordt geleverd, maar thuis door mantelzorgers wordt gedaan, leidt dit niet tot een indicatie voor AWBZ-zorg (VP).

Hulp bij eten en drinken

Het (voor)bereiden van maaltijden en de activiteiten hierbij (tafeldekken, afruimen, afwassen en opruimen et cetera), zijn activiteiten die vanuit de Wmo moeten worden gecompenseerd.

De hulp of het toezicht die de verzekerde nodig heeft bij het nuttigen van de maaltijd is AWBZ-zorg. Het nuttigen van de maaltijd wil zeggen, dat de verzekerde niet zelfstandig het eten en drinken in zijn mond kan stoppen. Iemand anders moet het eten of drinken geven en tijdens het eten en drinken de gehele tijd aanwezig zijn.

⁸ Mantelzorg is zorg, die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, door personen uit diens directe omgeving. Waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie.

Bijlage bij hoofdstuk 4

Gemiddelde tijden

De gemiddelde tijden zijn basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort.

Als het zorgmoment twee of meer handelingen bevat, dan is er sprake van samenvallende activiteiten. Daarvoor wordt in totaal minder tijd geïndiceerd, omdat de zorg efficiënter wordt geboden. De gemiddelde tijden gelden als richtlijn.

De gemiddelde tijd bevat de tijdsbesteding die direct gemoeid is met de directe zorg/handeling. Maar ook de indirecte zorg (het binnenkomen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en vertrekken) wordt bij het bepalen van de gemiddelde tijd meegeteld.

De gemiddelde tijden kunnen bij kinderen verschillen in vergelijking met volwassenen. Bijvoorbeeld: wassen en kleden duurt bij een kind korter dan bij een volwassene, terwijl eten en drinken weer langer kan duren.

Frequentie

In de navolgende tabel staat de frequentie per dag per PV-handeling genoemd. Deze is basaal en niet meer dan nodig is om verantwoorde zorg (in hygiënisch, medisch, gedragswetenschappelijk et cetera opzicht) te bieden. De frequentie per handeling bepaalt mede de omvang van de aanspraak.

Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie PV-activiteiten

De nummers in deze tabel sluiten aan bij de Beleidsregels van VWS en die van de AZR (AWBZ-brede ZorgRegistratie).

Overzicht van te adviseren activiteiten ⁴ als onderdeel van de functie Persoonlijke Verzorging	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit	Gemiddelde tijd per keer ²	Frequentie per dag
1.1 Zich wassen	Delen van het lichaam	10	1x
	Gehele lichaam	20	1x
1.2 Zich kleden	Volledig aankleden/uitkleden ³	15	2x
	Gedeeltelijk uitkleden	10	1x
	Gedeeltelijk aankleden	10	1x
	Steunkousen aantrekken	10	1x
	Steunkousen uittrekken	7	1x
1.3 In en uit bed gaan	Hulp bij uit bed komen ⁴	10	1x
	Hulp bij in bed gaan	10	1x
	Hulp bij middagrust (bijv. op de bank)	10	1x
	Hulp bij middagrust (bijv. van de bank)	10	1x
1.4 Zich verplaatsen in zit- of lighouding (hulp bij beweging, houding)		20	Naar noodzaak
1.5 Naar toilet gaan en zich reinigen c.q. incontinentiemateriaal verwisselen		15	Naar noodzaak
1.6 Eten en drinken	Hulp bij het eten van de broodmaaltijd (excl. drinken)	10	2x
	Hulp bij het eten van de warme maaltijd (excl. drinken)	15	1x
	Hulp bij het drinken	10	6x
1.7 Ondersteuning bij uitscheiding	Stomaverzorging bij een lokaal intacte huid	20	Naar noodzaak
	Stomazakje wisselen	10	Naar noodzaak
	Katheterzak legen/wisselen	10	Naar noodzaak
	Blaasspoelen via bestaande katheter	15	Naar noodzaak
	Uritip aanbrengen	15	Naar noodzaak
	CAPD/CCPD	30	Naar noodzaak
1.8 Sondevoeding	Sondevoeding toedienen (inclusief aan-/ en afkoppelen)	20	Naar noodzaak
	Sondevoeding toedienen bij kinderen	40	Naar noodzaak
	Sondevoeding via PEG (bij volwassenen en kinderen)	40	Naar noodzaak
1.9 Medicatie	Medicijnen aanreiken ⁵	5	Naar noodzaak
	Medicijnen toedienen (oraal)	5	Naar noodzaak
	Aanbrengen medicinale pleister	5	Naar noodzaak
	Toedienen oog-, oor- of neusdruppels of ooggel, medicatie toedienen (vaginaal of rectaal.)	10	Naar noodzaak
	Vernevelen	20	Naar noodzaak

Overzicht van te adviseren activiteiten ¹ als onderdeel van de functie Persoonlijke Verzorging	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit	Gemiddelde tijd per keer ²	Frequentie per dag
2.1 Persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid	Zorg voor tanden	5	2x
	Zorg voor haren	5	1x
	Zorg voor nagels	5	1x (per week)
	Inspectie van de intacte huid op (dreigende) vervormingen, ontstekingen en/of infecties	10	Naar noodzaak
	Zalven van de intacte huid		
	Verzorging van smetplekken (roodheid en irritaties van de huid)	10	Naar noodzaak
	Verzorging van de intacte huid rondom natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (zoals PEG-katheter, suprapubiskatheter, tracheostoma ⁶ , sonde)	10	Naar noodzaak
2.2 Aanbrengen/verwijderen van ledemaatprothese	Aanbrengen ledemaatprothese	15	1x
	Verwijderen ledemaatprothese	15	1x
2.5 Aanleren en begeleiden van PV-activiteiten	Aanleren van verzekerde, gebruikelijke zorgverlener en mantelzorgers gekoppeld aan activiteiten 1.1 tot en met 2.2	Gelijk aan een of meer van de aan te leren activiteiten 1.1. tot en met 2.2 plus maximaal in totaal 30 minuten per week	Gelijk aan een of meer van de aan te leren activiteiten 1.1. tot en met 2.2.
	Begeleiden van verzekerde, gebruikelijke zorgverlener en mantelzorgers bij de uitvoering van de activiteiten 1.1 tot en met 2.2 Het gaat om het onderhouden en borgen van de kwaliteit van de door verzekerde, gebruikelijke zorgverlener of mantelzorgers uitgevoerde AWBZ zorg. Om de kwaliteit van de handelingen die onder persoonlijke verzorging horen op het juiste niveau te houden, komt er een zorgverlener langs die daarin begeleidt.	30 minuten per week	gemiddelde tijd naar eigen inzicht verdelen over de week
<p>1 De nummering van de activiteiten sluit niet altijd aan. Dit vanwege het aansluiten van deze nummering op de nummering zoals deze binnen de AWBZ brede-ZorgRegistratie (AZR) is opgenomen.</p> <p>2 Deze gemiddelde tijden zijn inclusief indirecte zorg (3,5 minuut).</p> <p>3 Hier wordt bedoeld aan- en uitkleden bij het opstaan en het 's avonds naar het bed gaan.</p> <p>4 Hier wordt de hulp bedoeld bij het uit bed komen naar uiteindelijk bijvoorbeeld een stoel en visa versa.</p> <p>5 Inclusief uit de koelkast, weekdoos/baxter pakken, inschenken enzovoort.</p> <p>6 Bij het verwisselen van de tracheacanule (onderdeel VP) maakt de verzorging van de huid rondom de tracheostoma onderdeel uit van deze handeling. De verzorging wordt dan ook niet geïndiceerd bij het verwisselen van de tracheacanule.</p>			



Hoofdstuk 5

Verpleging

Inhoudsopgave

5.1	Inleiding	50
5.2	Afbakeningskader Verpleging (VP) op basis van het trechtermodel	51
	A. Grondslagen	51
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	51
	Algemeen (paragraaf 2.1 van de bijlage Verpleging)	51
	Indicatiecriteria (paragraaf 3 van de bijlage Verpleging)	52
	C. Behandeling/revalidatie	53
	D. Aanpassing van de omgeving	53
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	54
	Indiceren van AWBZ-zorg in geval van samenloop	54
	Afbakening Zorgverzekeringswet (Zvw)/AWBZ	54
	Preventie	57
	F. Algemeen gebruikelijke voorzieningen	57
	G. Gebruikelijke zorg	58
	H. Mantelzorg	58
5.3	De functie Verpleging	59
	A. Omvang	59
	Afbakening onderwijs	60
	B. Geldigheidsduur	60
	C. Gemiddelde tijden (zie bijlage 2: Gemiddelde tijden)	61
	D. Leveringsvorm	61
	E. Leveringsvoorwaarden	61
5.4	Specifieke punten	62
	Aanleren	63
	Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg	63
	Zorg zoals een Verpleegkundige die pleegt te bieden	63
	Respijtzorg	63
	Advies, Instructie, Voorlichting (AIV) – niet indicatieplichtig	63
	Zorg door twee zorgverleners	64
	Bijlagen bij hoofdstuk 5	65
	Bijlage 1 Stroomschema afbakening Zvw-AWBZ-Verpleging	65
	Bijlage 2 Gemiddelde tijden	68

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Verpleging (VP) beschreven. Dit hoofdstuk is met name gebaseerd op de Beleidsregels van VWS, Verpleging. Maar ook de inhoud van de andere delen van de Beleidsregels van VWS zijn van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie VP. Bij Palliatieve terminale zorg (PTZ) en Thuisbeademing is er in geval van medisch specialistische verpleging wel een aanspraak op de functie Verpleging vanuit de AWBZ mogelijk. Dit volgens artikel 2.11 Besluit Zorgverzekering. In andere situaties betreft dit een aanspraak op de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om de reden dat de medisch specialistische verpleegkundige handelingen bij PTZ en Thuisbeademing wel aanspraak zijn op de AWBZ-functie VP, zijn de (complexe) medisch specialistische verpleegkundige handelingen wel in deze toelichting opgenomen.

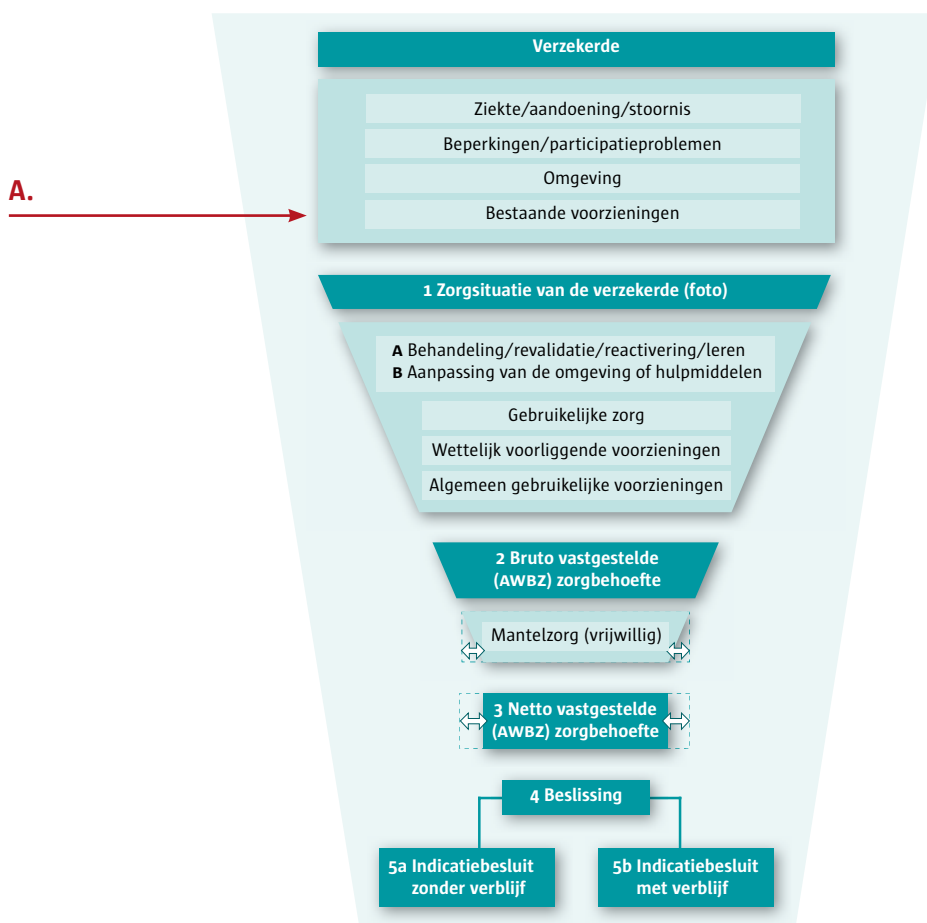
5.2 Afbakeningskader Verpleging (VP) op basis van het trechtermodel

A. Grondslagen

De grondslagen somatische aandoening/beperking, psychogeriatrische aandoening/beperking en lichamelijke handicap kunnen toegang geven tot de functie VP.

De grondslagen verstandelijke handicap en zintuiglijke handicap geven op zich geen toegang tot de functie VP. Indien een verzekerde met één van deze dominante grondslagen VP nodig heeft, zal dat zijn op basis van een andere, bijkomende grondslag.

De grondslag psychiatrische aandoening/beperking geeft toegang tot de functie Verpleging in geval van voortgezet Verblijf. Zie artikel 13 lid 2 Bza.



B. Doelstelling/indicatiecriteria

Het doel van VP is het herstel of het voorkomen van verergering van een aandoening, beperking of handicap (afgeleid van artikel 5 Bza).

Algemeen

De functie Verpleging is gericht op verpleegkundige taken in de vorm van:

1. het uitvoeren van directe handelingen die tot de functie Verpleging horen, die in opdracht van een arts uitgevoerd worden;
2. het aanleren van die activiteiten waar een aanspraak is op de functie Verpleging en het begeleiden bij de juiste uitvoering van deze activiteiten wanneer de verzekerde (gebruikelijke zorgverlener of mantelzorgverlener) de zorg zelf uitvoert.

Indicatiecriteria

Om in aanmerking te komen voor de functie VP moet zijn vastgesteld dat aan onderstaande criteria wordt voldaan:

1. er is een door een arts vastgestelde medische noodzaak voor de verpleegkundige activiteit;
2. de verzekerde is beperkt in zijn mogelijkheden om voor de eigen gezondheid te zorgen;
3. de verzekerde heeft beperkingen en/of mist de vaardigheden/kennis om de verpleegkundige handeling zelfstandig uit te voeren.

Ad 1. Er is een door een arts vastgestelde medische noodzaak voor de verpleegkundige activiteit

Gelet op artikel 2, tweede lid Bza bestaat slechts aanspraak op AWBZ-zorg voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Verpleging ten laste van de AWBZ kan alleen worden geïndiceerd wanneer sprake is van geneeskundige zorg niet zijnde Zvw. Als de geneeskundige zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, kan geen sprake zijn van doelmatige zorgverlening.

Op aanvragen waarvan duidelijk is dat die niet aan dit criterium voldoen, wordt een negatief besluit afgegeven. Een belangrijk aandachtspunt hierbij zijn de stoffen zoals voorgeschreven bij de alternatieve geneeswijzen en de VP-handelingen die hiervoor binnen de functie Verpleging worden aangevraagd. Alleen als een voorgeschreven middel behoort tot de verzekerde farmaceutische zorg in het kader van de Zvw en is voorgeschreven door een arts kan een VP-handeling voor het toedienen van het middel een aanspraak op AWBZ VP zijn.

Voorbeelden voor het toedienen van geneesmiddelen (ook vanuit alternatieve geneeswijzen):

- toedienen medicatie in een lokaal niet-intacte huid, via injecteren of infuus;
- subcutane medicatietoediening via de pomp;
- epidurale/spinale pijnbestrijding;
- intraveneuze medicatietoediening;
- intraveneuze vocht- en voedingtoediening;
- blaasspoelen (via nog aan te brengen katheter).

Wanneer twijfel bestaat over de doelmatigheid van de gevraagde zorg (de VP handeling in relatie met het toe te dienen middel), moet de CIZ-arts worden geraadpleegd. Die moet vaststellen of het gaat om geneeskundige zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk en of het gaat om een voorgeschreven middel dat behoort tot de verzekerde zorg in het kader van de Zvw.

Ad 2. De verzekerde (gebruikelijkezorger) is beperkt in zijn mogelijkheden om voor eigen gezondheid te zorgen.

Om in aanmerking te komen voor VP moet zijn vastgesteld, dat de verzekerde beperkt is in zijn mogelijkheden om voor de eigen gezondheid te zorgen. De verzekerde, of gebruikelijkezorger mist de vaardigheden of kennis om activiteiten op het gebied van de verpleging zelfstandig uit te voeren en kan deze vaardigheden ook niet aanleren⁹.

Voor handelingen waarbij sprake is van zelfzorg wordt in beginsel geen AWBZ-zorg geïndiceerd. Gelet op de doelmatigheid moeten deze handelingen, zeker als die gedurende langere tijd (vanaf 3 maanden) noodzakelijk zijn, zoveel mogelijk worden aangeleerd, zodat zij door verzekerde of gebruikelijkezorger (zelf) kunnen worden uitgevoerd. Voor het gedegen aanleren¹⁰ van en het begeleiden¹¹ bij de uitvoering van VP-handelingen (niet zijnde Zvw of VP), kan wel een AWBZ-indicatie worden afgegeven.

Bij het bepalen of sprake is van het afgeven van een indicatie voor het overnemen of het aanleren van de handeling(en), wordt rekening gehouden met het begrip doelmatigheid door duur en frequentie af te wegen tegen de periode die nodig is voor het gedegen aanleren. Als bij een verzekerde gedurende korte periode een handeling moet worden verricht, dient het aanleren niet meer tijd te kosten dan het gedurende een paar weken overnemen van die handeling.

⁹ In 5.3f van dit document wordt 'het aanleren' van activiteiten beschreven.

¹² Zie onder specifiek punt 'aanleren', 5.3.

¹³ Zie onder specifiek punt 'verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg', 5.3.

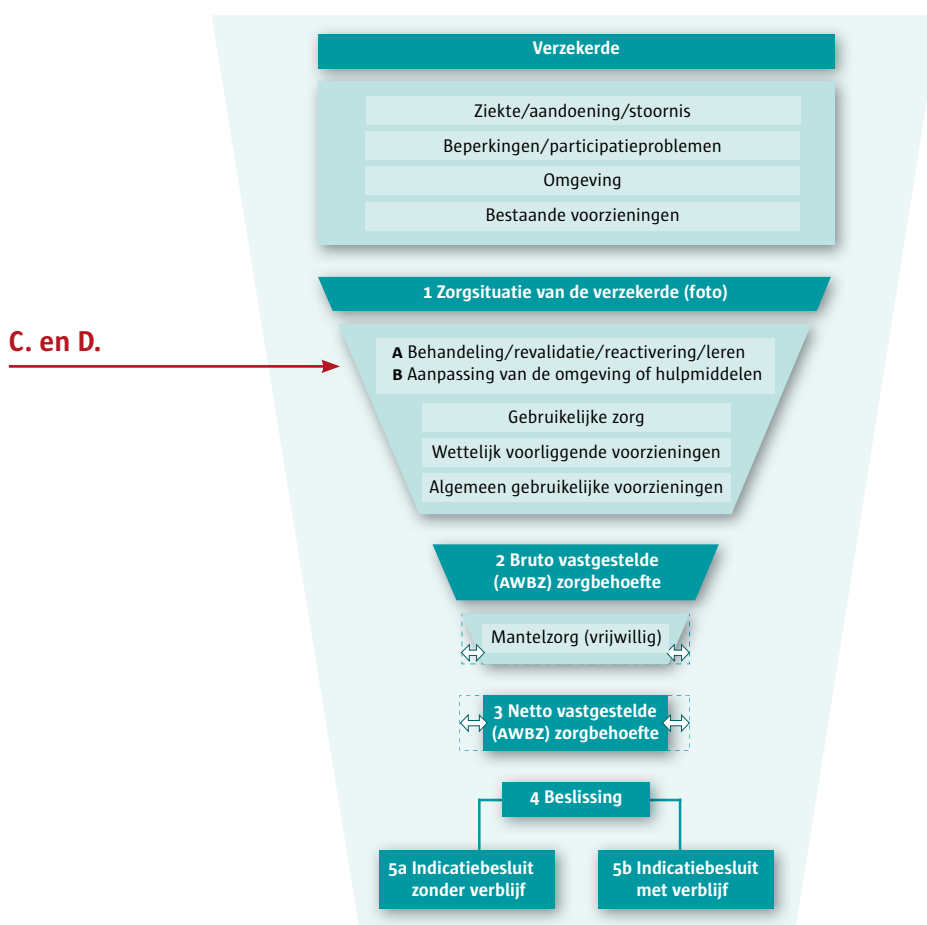
Ad 3. De verzekerde heeft beperkingen en/of mist de vaardigheden/kennis om de verpleegkundige handeling zelfstandig uit te voeren

Indien de verzekerde of de gebruikelijke zorgverlener niet in staat is de VP¹²-handeling zelfstandig uit te voeren, kan AWBZ-zorg aangewezen zijn.

Dit geldt ook voor die handelingen, waarbij het voor de verzekerde vanwege fysieke (bijvoorbeeld zelf injecteren op een moeilijk bereikbare plaats, of beperkte handfunctie) of mentale problemen onmogelijk is om deze handelingen uit te voeren.

C. Behandeling/revalidatie

Als behandeling of revalidatie mogelijk is ter voorkoming van AWBZ-zorg, is dat voorliggend.

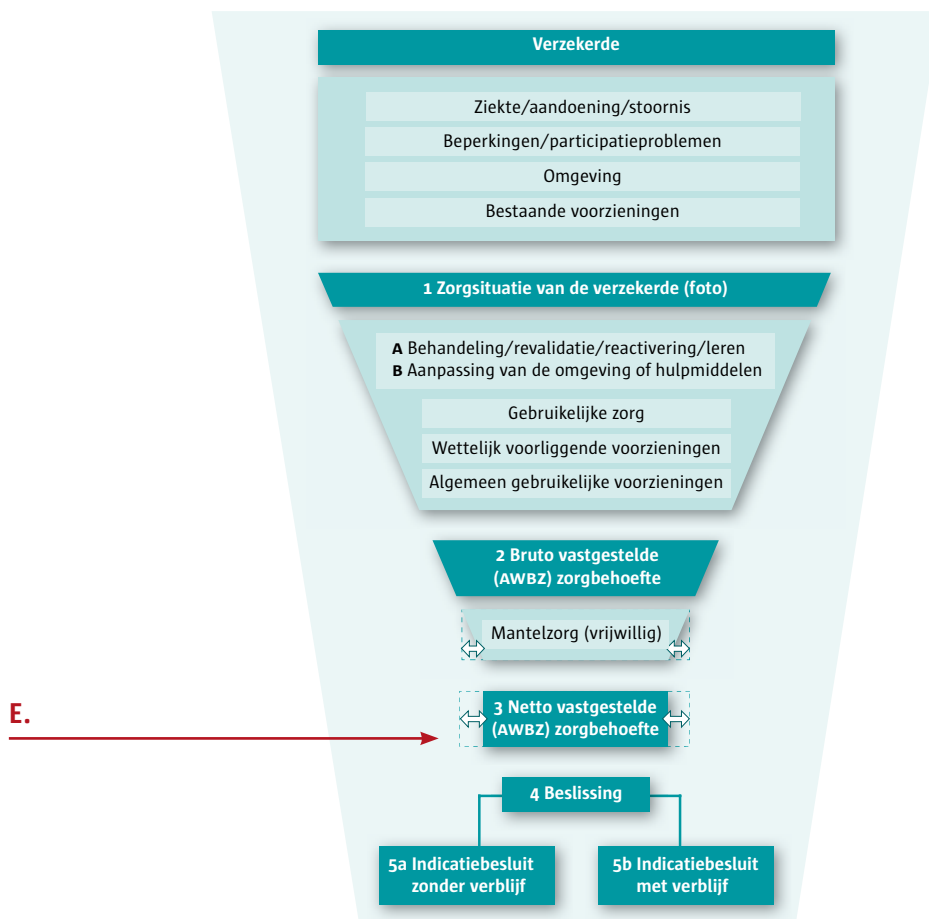


D. Aanpassing van de omgeving

Op de functie Verpleging is aanpassing van de omgeving niet van toepassing.

14 Dit geldt alleen voor de VP-handelingen die onder AWBZ VP hoort. VP die tot de Zwv behoort, kan nooit tot de aanspraken van de AWBZ horen, m.u.v. thuisbeademing en PTZ. Zie ook afbakening Zwv en AWBZ.

E. Wettelijk voorliggende voorzieningen



Dit zijn wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg, waarop verzekerde is aangewezen, kan worden bekostigd. Er is dan geen aanspraak mogelijk op de AWBZ. Het gaat er om dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort, bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet (Zvw), het onderwijs of welzijn. En dat die zorg op die titel verstrekt kan worden. Als het verantwoordelijke orgaan in gebreke blijft, moet de verzekerde zich tot het orgaan wenden dat die voorziening moet leveren. Voor de functie Verpleging betreft dit vooral de Zvw (zie: Afbakening Zorgverzekeringswet (Zvw)/AWBZ). Hieronder wordt een niet limitatief overzicht gegeven van wettelijk voorliggende voorzieningen in relatie tot de functie Verpleging.

Indiceren van AWBZ-zorg in geval van samenloop

Artikel 2 lid 1 van het Bza regelt dat als bepaalde zorg kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling, er geen aanspraak bestaat op de AWBZ. De toepassing van dit artikel is alleen aan de orde, als het om een afbakening gaat bij een onbedoelde samenloop van regelingen. Zorg waarvan de wetgever uitdrukkelijk heeft bedoeld dat deze ten laste komt van de AWBZ, komt bij samenloop ten laste van de AWBZ. De overige zorg valt bij samenloop onder de Zvw. Hiermee wordt met name de zorg bedoeld, die onder artikel 15 van het Bza valt. Zaken die hieronder vallen, zoals algemene medische zorg, farmaceutische zorg en hulpmiddelen, zijn ook verzekerd in de Zvw. Volgens de regel dat andere wetten voorgaan op de AWBZ, zou de Zvw voorgaan. Maar hier geldt, dat de wetgever dit expliciet in het Bza heeft geregeld.

Afbakening Zorgverzekeringswet (Zvw)/AWBZ

In artikel 2.11 Besluit Zv staat beschreven dat verpleging, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, behoort tot het domein van de Zvw. Ook als het verpleging betreft vanwege medisch-specialistische zorg waarbij geen sprake is van verblijf in een ziekenhuis.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft de afbakening als volgt beschreven: bij de beoordeling of Verpleging tot de AWBZ of tot de Zvw behoort, speelt een aantal factoren een rol: de ernst van de aandoening/ingreep (levensbedreigend/risicovol), de complexiteit van de situatie (stabiel/onstabiel, voorspelbaar/onvoorspelbaar) en de mate van bemoeienis van de medisch specialist (aanwijzingen, toezicht, tussenkomst, controle).

Er zijn vier categorieën te onderscheiden:

1. de complexe verpleging, d.w.z. die verpleging die in opdracht van de medisch specialist plaatsvindt, waarop hij toezicht houdt, waarbij hij direct beschikbaar is voor tussenkomst en waarover hij terugkoppeling vraagt, behoort tot de Zvw. Het is hierbij niet van belang of de verzekerde die zorg thuis of in het ziekenhuis ontvangt. Bijvoorbeeld infuustherapie thuis;
2. de minder complexe verpleging die direct verband houdt met de medisch specialistische zorg, maar waarvoor toezicht en tussenkomst niet direct nodig zijn en die de verzekerde redelijkerwijs kan verkrijgen in het ziekenhuis (klinisch/poliklinisch), behoort eveneens tot de Zvw. Het gaat bijvoorbeeld om een periodieke injectie, die onder verantwoordelijkheid van de specialist wordt gegeven;
3. de minder complexe verpleging die direct verband houdt met de medisch specialistische zorg, maar waarvoor toezicht en tussenkomst niet direct nodig zijn, behoort tot de AWBZ als van de verzekerde redelijkerwijs niet kan worden verwacht dat hij die zorg in het ziekenhuis ontvangt. Hiervoor is dus een indicatiebesluit nodig. Het gaat bijvoorbeeld om frequent uit te voeren handelingen of om een verzekerde die immobiel is. Het is dan niet redelijk om de verzekerde die zorg in het ziekenhuis te laten halen;
4. de verpleging die in opdracht van de huisarts plaatsvindt, maakt in beginsel onderdeel uit van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en behoort tot de Zvw (bijvoorbeeld periodieke bloedcontrole). Als van de verzekerde redelijkerwijs niet kan worden verwacht dat hij de zorg in de huisartsenpraktijk ontvangt, behoort die zorg tot de AWBZ. Het gaat bijvoorbeeld om dagelijkse wondverzorging of uitgebreidere verpleging thuis.

Toelichting bij categorieën 1, 2 en 3

De meeste verpleegkundige zorg die een hulpverlener in opdracht van een medisch specialist uitvoert, hoort tot de Zvw. Het gaat in ieder geval om verpleegkundige handelingen, die in opdracht van de medisch specialist worden uitgevoerd.

Een aantal voorgeschreven VP-handelingen kunnen vooral door een medisch specialist worden voorgeschreven.

Een niet-limitatieve lijst van voorbeelden:

- toedienen van medicatie of andere stoffen (bijv. bloedproducten, parenterale voeding enzovoort) via een infuus of centrale lijn;
- VP-handelingen in verband met het toedienen van chemotherapie;
- VP in relatie tot hemodialyse;
- VP-handelingen bij een verzekerde met een tracheaanule;
- het toedienen van injecties met een middel dat valt onder de zorg zoals een medisch specialist die pleegt te bieden. (hormoontherapie, EPO enzovoort).

De VP-activiteiten en -handelingen waarover de medisch specialist de directe regie voert en de verantwoordelijkheid heeft (opdracht geeft, instrueert en terugkoppeling krijgt), behoren tot de Zvw. Dit betreft ook de noodzakelijke instructie en voorlichting die direct samenhangt met de behandeling (instructie voor het leren injecteren of het schoonhouden en verzorgen van een stoma bij een lokaal niet-intacte huid, het inbrengen en verwijderen van een katheter, controle van bloedsuikers enzovoort). De term 'noodzakelijk' moet strak worden geïnterpreteerd.

Alle overige VP-zorg die de verzekerde ontvangt, maar die niet direct noodzakelijk is voor de medisch specialistische zorg op zich (decubitusbehandeling enzovoort), kunnen in de thuissituatie onder de AWBZ horen.

VP-handelingen, zoals het geven van een injectie, kunnen onder omstandigheden ook onder categorie 3 vallen.

Als de medisch specialist verpleegkundige zorg voorschrijft zonder dat hij voor die zorg verantwoordelijk is, valt dit niet onder de Zvw. Het feit dat een handeling op voorschrift van de specialist wordt uitgevoerd en niet expliciet is overgedragen aan de huisarts, wil niet zeggen dat de specialist ook verantwoordelijk is voor de uitvoering van die handeling.

Nu kan een specialist VP-handelingen voorschrijven die mogelijk ook door een huisarts¹³ voor te schrijven zijn. Dan is de mate van bemoeienis van de medisch specialist doorslaggevend bij het bepalen of hier sprake is van Zvw of AWBZ. Denk hierbij aan VP-handelingen zoals:

- wondverzorging;
- zwachtelen;
- katheteriseren;
- het toedienen/gebruik van middelen waarvoor de huisarts herhalingsrecepten kan schrijven, zoals zalven, verbandmateriaal enzovoort;
- injectie met een middel waarvan de huisarts een (herhalings)recept pleegt te schrijven (insuline, fraxiparine, ...);
- enzovoort.

Als de medisch specialist bijvoorbeeld eenvoudige medicatie voorschrijft, zoals insuline spuiten, en verzekerde heeft geleerd dit zelf te doen, kan de specialist in de thuissituatie niet verantwoordelijk worden gehouden voor de juiste toediening daarvan. Verzekerde is zelf verantwoordelijk voor de toediening. Indien verzekerde niet in staat is deze verantwoordelijkheid te dragen en/of niet in staat is tot uitvoering, kan AWBZ-zorg aangewezen zijn.

Toelichting bij categorie 4

Alle handelingen die vallen onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, behoren tot de Zvw. Onder andere het uitvoeren van onderzoek, het afnemen van een anamnese, het stellen van een diagnose, het instellen (bijstellen) van de therapie en het voorschrijven van medicijnen zijn taken van de (huis)arts. Ook als een verpleegkundige (enkele van) deze handelingen uitvoert, blijft er sprake van huisartsenzorg en behoort dat dus niet tot de AWBZ. Het feit dat een verpleegkundige verantwoordelijk is voor het eigen handelen, doet niets af aan de verantwoordelijkheid van de huisarts voor deze zorg. De praktijkondersteuning van huisartsen valt niet onder AWBZ-zorg. Ook bij taakherschikking, bijvoorbeeld als nurse practitioners en gespecialiseerde verpleegkundigen die taken van de huisarts uitvoeren, geldt dat moet worden uitgegaan van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De activiteiten, uitgevoerd door anderen, moeten worden beschouwd als activiteiten van de desbetreffende arts en de kosten behoren dan ook tot de Zvw.

In bepaalde situaties kan wel sprake zijn van verpleegkundige zorg vanuit de AWBZ.

Dit is aan de orde wanneer er een noodzaak is tot het zeer frequent verrichten van verpleegkundige handelingen, of wanneer de verzekerde, vanwege een hoge frequentie in relatie tot zijn beperkingen, niet in staat is om de huisartsenpraktijk te bezoeken. Eveneens kan vanwege de hoge frequentie niet van de huisarts/praktijkondersteuner worden verwacht dat zij deze verpleegkundige handelingen bij de verzekerde thuis verrichten.

Nadat is vastgesteld dat de VP-zorg niet direct tot de Zvw behoort, is de frequentie van de zorg in relatie met de beperkingen van de verzekerde, doorslaggevend om te bepalen of er sprake is van AWBZ zorg:

- de verpleegkundige handeling die 1 keer per dag (of vaker) plaats moet vinden (ook bij een mobiele verzekerde) behoort tot de aanspraak van de AWBZ;
- zorg die minder frequent (minder dan 1 keer per week) plaatsvindt behoort tot de aanspraken van de Zvw;
- als de verzekerde ten gevolge van zijn beperkingen¹⁴ niet in staat is de huisarts te bezoeken, dan kan AWBZ-zorg aangewezen zijn indien de zorg 1 keer per week of vaker moet plaatsvinden.

Zie ook bijlage 1 bij dit hoofdstuk, Stroomschema afbakening AWBZ en Zvw.

Voor VP-zorg die tot de Zvw behoort, is nooit een AWBZ indicatie mogelijk. De aanspraak hierop ligt altijd bij de Zvw (zorgverzekeraar).

In geval van overbelasting van ouders of gebruikelijke zorgers, ten gevolge van het bieden van VP (Zvw) en/of het opheffen van de leveringsvoorwaarden die bij deze VP-zorg behoort, is het voorliggend dat de overbelasting vanuit dezelfde wet wordt opgeheven.

¹³ Op de website van het NHG staan de NHG-standaarden beschreven. Hierbij wordt aangegeven wanneer een verzekerde doorverwezen wordt naar een specialist. De huisartsenzorg staat niet per handeling beschreven.

¹⁴ Beperkingen zijn in de verzekerde zelf gelegen.

Veel verzekerden zullen naast de VP (Zvw) bijvoorbeeld ook hulp bij de persoonlijke zorg nodig hebben. Als de overbelasting ook door factoren buiten de medisch specialistisch verpleging wordt veroorzaakt, kan zo nodig een AWBZ-indicatie worden gesteld, met daarin alleen indiceerbare AWBZ zorg (zoals VB-tijd en/of PV).

Voor thuisbeademing en palliatief terminale zorg geldt dat alle verpleging ten laste van de AWBZ komt, ook als die noodzakelijk is vanwege medisch-specialistische zorg (art 2.11 Besluit Zorgverzekering).

Ook enkele activiteiten zoals vooral medisch specialisten die plegen voor te schrijven, zijn opgenomen in de activiteiten van AWBZ VP (bijlage 2) bij dit hoofdstuk. Deze zijn gemarkeerd met een *.

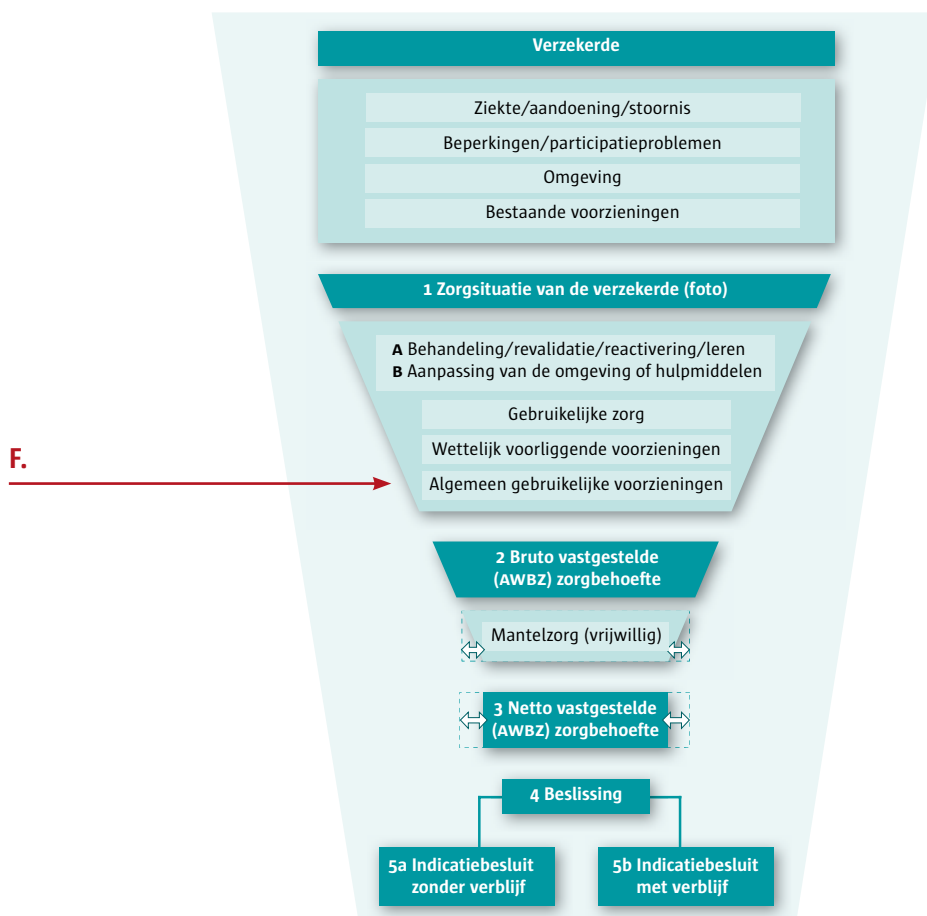
Preventie

Op grond van meerdere wettelijke regelingen kan aanspraak worden gemaakt op vaccinaties. Dit kunnen vaccinaties zijn op grond van artikel 18 van het Bza AWBZ (vaccinatieprogramma), een aparte subsidieregeling (griepvaccinatie) en Zvw (medisch specialistische zorg). Het toedienen van het vaccin maakt integraal onderdeel uit van de aanspraak op het vaccin. Aangezien art. 18 BZA buiten de te indiceren aanspraken op de AWBZ valt, wordt hiervoor geen indicatie gesteld.

Afbakening met onderwijs

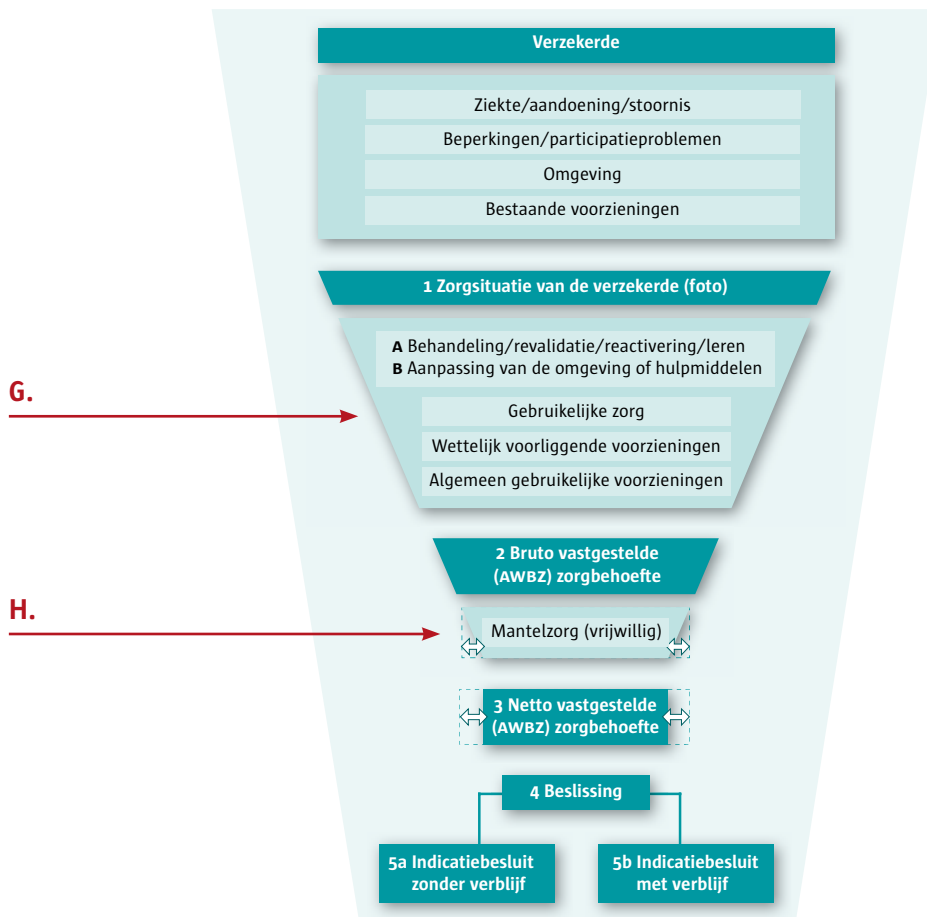
De niet uitstelbare VP handelingen die een kind tijdens schooltijd nodig heeft kunnen worden geïndiceerd voor zover er geen sprake is van een clusterindicatie. Zie verder paragraaf 5.3A: Omvang.

F. Algemeen gebruikelijke voorzieningen



Op de functie Verpleging zijn geen algemeen gebruikelijke voorzieningen van toepassing.

G. Gebruikelijke zorg



Voor zover het gebruikelijk is dat ouders aan hun inwonend kind VP-zorg bieden, is verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg. Zie hiervoor de bijlage Gebruikelijke Zorg en de toelichting bij deze bijlage.

H. Mantelzorg

Mantelzorg is zorg aan een hulpbehoevende, die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden, door personen uit diens directe omgeving waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie. Voor het CIZ gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg, waarop de verzekerde is aangewezen.

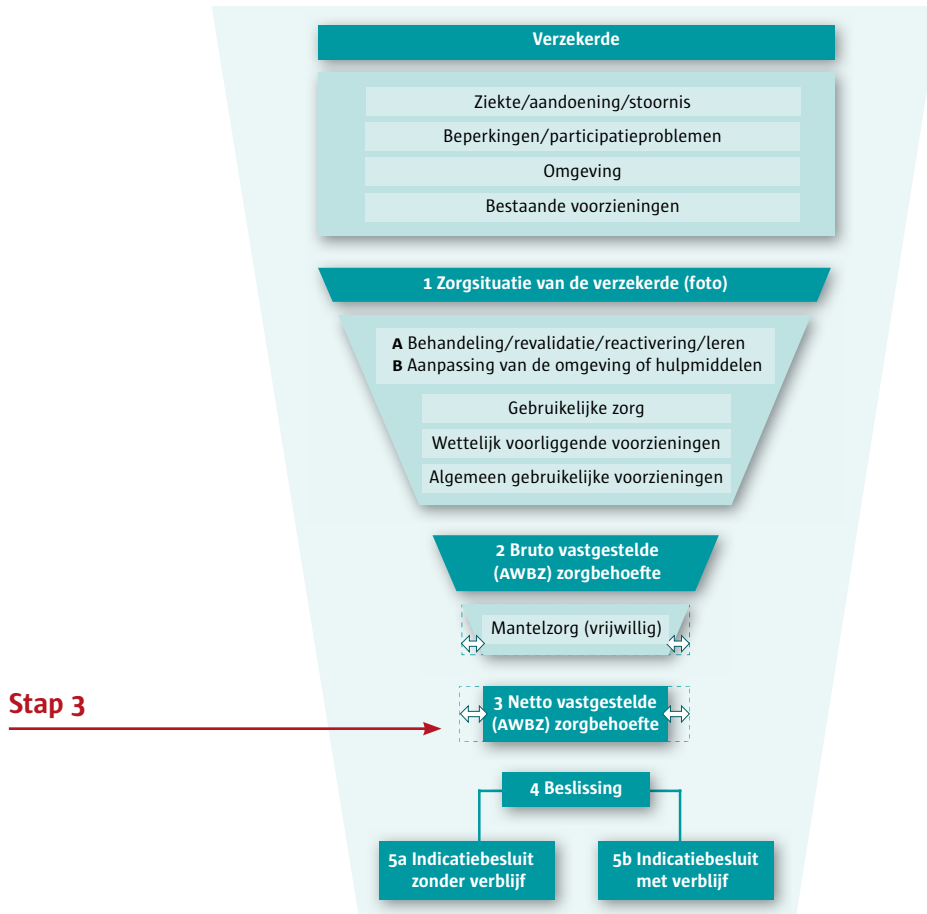
Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte levering van indiceerbare AWBZ-zorg.

In het geval dat er voor de zorgvrager mantelzorg vrijwillig beschikbaar is, kan dat deel van de zorgaanspraak buiten de geïndiceerde zorg blijven. Dat kan dan omdat daar geen professionele zorg vanuit de AWBZ voor ingezet hoeft te worden.

Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat er aanspraak op AWBZ-zorg.

Bij mantelzorg is cliëntsovereiniteit van toepassing. Het staat de verzekerde dus vrij mantelzorg te accepteren, of als een verzekerde niet wil worden geholpen door een mantelzorger die dat aanbiedt, kan de verzekerde dat weigeren. Er is dan aanspraak op AWBZ-zorg.

5.3 De functie Verpleging



A. Omvang

De omvang van de functie Verpleging wordt bepaald aan de hand van directe zorg (gemiddelde tijd per handeling x aantal malen per dag/week).

Bij het bepalen van de omvang van de functie Verpleging bij kinderen wordt rekening gehouden met:

- benodigde Verpleging tijdens het onderwijs;
- mogelijke Verpleging die geboden wordt in het speciaal onderwijs;
- benodigde Verpleging tijdens de afwezigheid van ouders door werk (zover dit niet samenvalt met zorg tijdens het onderwijs);
- benodigde Verpleging thuis: Verpleging kan geïndiceerd worden wanneer de zorg substantieel meer is, dan de zorg die een gezond persoon van dezelfde leeftijd nodig heeft. Substantieel is gemiddeld 1 uur per etmaal, per week (maximaal 7 uur per week);
- benodigde intieme Verpleging voor een kind van 12 jaar of ouder dat deze zorg niet wil ontvangen van ouders.

De omvang van de functie Verpleging wordt vastgesteld in klassen, met daarin een bandbreedte in uren.

De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 0: 0 – 0,9 uur per week
- klasse 1: 1 – 1,9 uur per week
- klasse 2: 2 – 3,9 uur per week
- klasse 3: 4 – 6,9 uur per week
- klasse 4: 7 – 9,9 uur per week
- klasse 5: 10 – 12,9 uur per week
- klasse 6: 13 – 15,9 uur per week
- klasse 7: 16 – 19,9 uur per week

Omvang van de zorg in relatie tot onderwijs

Voor de omvang van VP wordt ook rekening gehouden met de omvang van de niet uitstelbare Verpleging op school, die al onderdeel is van de clusterindicatie (zie tabel).

Zie voor het berekenen van de gemiddelde tijden van AWBZ PV paragraaf 5.3 C.

De omvang van de zorg wordt bepaald op basis van de noodzakelijke 24-uurszorg. De bepaling van de noodzakelijke zorg op school wordt aan de hand van de volgende stappen berekend.

1. Ga op jaarbasis uit van de normale verhouding tussen de weken dat een kind naar school gaat en vrij is: 40 weken naar school en 12 weken thuis;
2. Bepaal het aantal minuten AWBZ-zorg voor school per week. Vermenigvuldig dit aantal met 40.
3. Trek daar vervolgens de voorliggendheid van het onderwijs af (zie onderstaande tabel).
4. Bepaal ook in de weken dat het kind naar school gaat de zorgbehoefte thuis. Trek hiervan de omvang van de Gebruikelijke zorg af.
5. Tel voor de 40 weken dat het kind naar school gaat de benodigde zorg in de thuissituatie op bij het aantal minuten zorg op school na aftrek.
6. De totale zorgbehoefte in minuten per week tijdens de schoolweken is nu bepaald. Verdeel deze omvang over 52 weken. Dat betekent: de totale omvang per week keer 40 en gedeeld door 52.
7. Stel voor de 12 weken dat het kind niet naar school gaat de zorgbehoefte in de thuissituatie vast. Houd rekening met de gebruikelijke zorg.
8. Vermenigvuldig deze omvang keer 12 en deel door 52. De totale omvang van de zorg in de 12 weken dat het kind niet naar school gaat is nu vastgesteld.
9. Tel op:
 - de omvang van de totale zorg in de 40 weken dat het kind naar school gaat
 - de omvang van de totale zorg thuis in de 12 weken dat het kind niet naar school gaat.Je hebt nu het aantal minuten zorg per week vastgesteld.

Tel bij de uitkomst van stap 3 de noodzakelijke en gewenste overige VP (AWBZ-)zorg: thuis op.

Tabel: Voorliggende zorg binnen het onderwijs.		
Onderwijssoort		VP
LG: Cluster III (= Lichamelijk gehandicapte kinderen)	Speciaal onderwijs	30
	Voortgezet speciaal onderwijs	30
LZ: Cluster III (= Langdurig zieke kinderen)	Speciaal onderwijs	80
	Voortgezet speciaal onderwijs	30
ZMLK: Cluster III (=Zeer moeilijk lerende kinderen)	Speciaal onderwijs	0
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
LG/ZMLK*: Cluster III	Speciaal onderwijs	30
	Voortgezet speciaal onderwijs	30

B. Geldigheidsduur

Een indicatie heeft een bepaalde geldigheidsduur. De maximale geldigheidsduur is vijf jaar. Voor de bepaling van de duur gelden de volgende wegingen:

1. veranderlijkheid (prognose) van de beperkingen van de verzekerde (op basis van de diagnose), die is vastgesteld door een daartoe bevoegd persoon;
2. veranderlijkheid van de woonomstandigheden en de samenstelling van het huishouden van verzekerde;
3. het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak.

De geldigheidsduur van de indicatie die is gericht op het 'aanleren en begeleiden' is zes weken. Als ten gevolge van cognitieve beperkingen, onzekerheid of onhandigheid sprake is van vertraagde leerbaarheid, kan een indicatie voor maximaal drie maanden gesteld worden.

C. Gemiddelde tijden (zie bijlage 2 bij dit hoofdstuk)

De gemiddelde tijden zijn basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort.

De gemiddelde tijd bevat de tijdsbesteding die direct gemoeid is met de directe zorg/handeling, maar ook met het binnen komen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en het vertrekken (indirecte zorg).

Als meerdere handelingen/activiteiten tijdens hetzelfde zorgmoment worden uitgevoerd, dan is er sprake van 'samenvallende activiteiten'. Daarvoor wordt in totaal minder tijd geïndiceerd, omdat de zorg efficiënter wordt geboden.

De omvang van de indirecte zorg is, op basis van het onderzoeksrapport van HHM: 'Onderzoek naar tijdnormen voor activiteiten en handelingen van de functies PV en VP', oktober 2007¹⁵, gesteld op 3,5 minuut per VP handeling.

Deze tijd wordt als volgt berekend:

bij een enkelvoudige activiteit wordt de totale gemiddelde tijd als basis genomen;

bij samenvallende activiteiten:

- van elke activiteit wordt 3,5 minuut indirecte tijd in mindering gebracht;
- per zorgmoment wordt 3,5 minuut opgeteld.

Niet-limitatief overzicht van factoren 'meer tijd':

- complicatierisico/instabiele zorgsituatie;
- ernstige mobiliteitsbeperkingen/spasmen;
- ernstige beperkingen in verband met de lichamelijke conditie;
- cognitieve problematiek;
- coördinatiestoornissen;
- gedragsproblemen;
- communicatieproblemen (bijvoorbeeld zintuiglijk gehandicapten die met gebarentaal communiceren);
- het nemen van maatregelen om besmetting van de verpleegkundige/verzorgende te voorkomen.

De indicatiesteller beoordeelt per situatie of de totale omvang van de functie VP binnen de bandbreedte van een klasse past. Door rekening te houden met samenvallende activiteiten en/of 'factoren meer tijd' kan de indicatiesteller besluiten om de omvang van de functie een klasse te verminderen of te vermeerderen met één klasse.

D. Leveringsvorm

De verzekerde kan kiezen uit de leveringsvormen:

- Zorg in Natura (ZIN);
- Persoonsgebonden budget (Pgb).

De leveringsvorm is een verplicht¹⁶ te registreren item, waarbij de voorkeur van de verzekerde genoemd wordt in de beschikking. Het maakt juridisch gezien geen verplicht onderdeel uit van het indicatiebesluit. De verzekerde kan bij het zorgkantoor aangeven dat hij de leveringsvorm gewijzigd wil hebben.

E. Leveringsvoorwaarden

Dit is een advies van het CIZ aan het zorgkantoor en de zorgaanbieder over de zorgverlening. Waar het gaat om de (on)planbaarheid van de zorg of de nabijheid van de zorgverlener ten opzichte van de verzekerde.

15 HHM heeft in samenwerking met CIZ en 8 thuiszorginstellingen de gemiddelde tijden van de activiteiten en handelingen bij PV en VP onderzocht.

16 Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

5.4 Specifieke punten

Aanleren

Voor het aanleren van die handelingen waarvoor de verzekerde aanspraak behoort te maken op de Zvw, behoort het aanleren van deze handelingen ook tot die aanspraak. Zo hoort het aanleren van VP-zorg die voortvloeit uit voorgeschreven behandeling van een medisch specialist (bijvoorbeeld injecteren of het schoonhouden en verzorgen van een stoma bij een lokaal niet-intacte huid, het inbrengen en verwijderen van een katheter, controle van bloedsuiker) en ook het leren omgaan met apparatuur, voorgeschreven door de medisch specialist en verstrekt via de Zvw (bijvoorbeeld infuuspomp thuis, zuurstof thuis) tot de aanspraken van de Zvw.

Als een verzekerde niet in staat is de AWBZ VP-handeling zelf uit te voeren, wordt tijdens het indicatieonderzoek onderzocht of de verzekerde, ouders of mantelzorger (een of meer van) de verpleegkundige handelingen aan kan leren.

- Wanneer professionele zorg nodig is zodat de verzekerde zelf, de gebruikelijk zorgverlener of de mantelzorger de activiteit kunnen aanleren, wordt een kortdurende indicatie voor maximaal zes weken gesteld.
- Wanneer bij een verzekerde of gebruikelijke zorgverlener sprake is van cognitieve beperkingen, onzekerheid of onhandigheid, kan een indicatie voor drie maanden worden gesteld wanneer er duidelijk sprake is van (vertraagde) leerbaarheid. Na deze drie maanden wordt bezien of de leerbaarheid juist is ingeschat.

Het hangt af van de leerbaarheid van een verzekerde of gebruikelijke zorgverlener, of hij een handeling kan aanleren. Wanneer twijfel bestaat over de mogelijkheid tot aanleren van de verzekerde of de gebruikelijke zorgverlener, is onderzoek door de CIZ-arts noodzakelijk.

Het aanleren moet gericht zijn op handelingen binnen de AWBZ-functie VP. Het betreft activiteit 1.9 Aanleren van VP-activiteiten.

De gemiddelde tijd die voor het aanleren wordt gehanteerd, is de tijd van de handeling zelf. Het aantal minuten te indiceren tijd ten behoeve van het aanleren van de onder de functie Verpleging geïndiceerde handelingen, bedraagt maximaal 45 minuten per week.

Na deze aanleerperiode wordt geen indicatie gesteld voor de VP-handelingen die:

- de verzekerde vervolgens zelf uit kan voeren;
- de ouders of mantelzorger uitvoeren.

Alleen indien de verzekerde/ouder de handeling(en) niet of niet volledig heeft aangeleerd, kan VP worden geïndiceerd.

NB : Bij de afweging of in een kortdurende situatie een indicatie kan worden afgegeven voor het overnemen of aanleren van activiteiten, wordt beoordeeld of sprake is van doelmatigheid. Daarmee wordt nu bedoeld, dat als bij een verzekerde gedurende een korte periode een handeling moet worden verricht, het aanleren niet meer tijd moet kosten dan het gedurende een paar weken overnemen van deze handeling.

Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg

Aanleren (AWBZ of Zvw) van een VP-handeling hoeft niet altijd te leiden tot volledige zelfredzaamheid of een totale overname door de verzekerde, gebruikelijke zorgverlener of mantelzorgers.

Mocht een verzekerde, gebruikelijke zorgverlener, of mantelzorger nog begeleiding nodig hebben bij de uitvoering om de kwaliteit van de VP-activiteit (AWBZ) op peil te houden, dan kan begeleiding vanuit de AWBZ aangewezen zijn. Het betreft activiteit 1.7 Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg (zie tabel bijlage 2).

Begeleiding betreft het observeren, signaleren en controleren van die activiteiten onder de functie VP, waarop de verzekerde aanspraak zou kunnen maken. Het gaat om het behouden en borgen van de kwaliteit van (zelf) zorg. Voorbeeld: in een gezin wordt vader ziek en partner en kinderen helpen hem bij de verzorgings- en verplegingsmomenten. Om de kwaliteit van de handelingen die onder verpleging horen op het juiste niveau te houden, komt bijvoorbeeld een keer per week een zorgverlener die hen daarin begeleidt. Hetzelfde is van toepassing, wanneer de verzekerde aangeeft deze handelingen zelfstandig te willen uitvoeren, maar hierbij controle/begeleiding vraagt van een verpleegkundige.

Zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden

Dit houdt in dat de verpleegkundige op eigen gezag en verantwoordelijkheid een signalerende (observeren, herkennen, analyseren, controleren) en voorlichtende taak heeft.

De voorlichtende taak, gericht op (het voorkomen van) de gevolgen van (lichamelijke of geestelijke) ziekteprocessen behoort ook tot de functie Verpleging. Hieronder vallen ook activiteiten als het geven van leefstijladviezen bij chronische aandoeningen. Voor deze voorlichtende activiteiten stelt het CIZ echter geen indicatie.

De signalerende taak is inherent aan het uitvoeren van de VP-taak en hier wordt niet apart voor geïndiceerd, behalve wanneer er sprake is van hetgeen onder verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg wordt bedoeld.

Als een verzekerde heeft gekozen om deze verpleegkundige handelingen op basis van een PGB door een 'niet professional' te laten uitvoeren, dan is de kwaliteit van de zorg de verantwoordelijkheid van de (ouders van) verzekerde. Het is dan niet mogelijk om, voor het toezicht op een juiste uitvoering van deze handelingen, de AWBZ functie VP te indiceren.

Het bekend maken door een behandelaar uit de eerste lijn van een diagnose van een ernstige ziekte aan de verzekerde, omvat ook begeleiding bij het verwerken of accepteren van deze diagnose en het omgaan met de ziekte. Wanneer sprake is van acceptatieproblemen die niet door de behandelaar zijn te ondervangen, kan de inzet van maatschappelijk werk of psycholoog aangewezen zijn. Dat wordt niet gedefinieerd als Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg, en valt daarmee buiten de AWBZ-aanspraken.

Respijtzorg

Als is vastgesteld dat de ouder(s) of partner of andere huisgenoten in de thuissituatie overbelast is/zijn of dit ten gevolge van het bieden van VP dreigt/dreigen te raken en daarom niet meer in staat is/zijn de gebruikelijke zorg te leveren, dan zijn eerst eigen mogelijkheden en/of voorliggende voorzieningen aangewezen om de overbelasting op te heffen.

Als dit onvoldoende oplossing biedt, dan kan er tijdelijk een AWBZ-indicatie gesteld worden voor het overnemen van de VP-taken. Indien er al een AWBZ-indicatie VP is en door deze de partner, ouder, volwassen kind en/of andere huisgenoot zelf wordt geleverd, dan is het voorliggend om de zorg door (andere) zorgverleners uit te laten voeren/in te kopen.

Als alleen het overnemen van VP-taken bijvoorbeeld bij verzekerden met gedragsproblematiek onvoldoende oplossing biedt, dan kan toezicht in de vorm van (tijdelijk) Verblijf, BG groep of BG individueel worden geïndiceerd. Zie voor de mogelijkheden hiertoe de Beleidsregels VWS, bijlagen Verblijf en Begeleiding.

Het indicatiebesluit voor respijtzorg wordt in eerste instantie afgegeven voor een half jaar. Gedurende dit half jaar wordt onderzocht hoe de overbelasting zich ontwikkelt en wat er is geprobeerd om het op te lossen. Duidelijk moet worden of de overbelasting structureel of incidenteel is en of het geven van respijtzorg in de vorm van overname van de gebruikelijke VP dus wel het meest adequaat blijft/is.

Advies, instructie, voorlichting (AIV) – niet indicatieplichtig

Advies, instructie en voorlichting (AIV) is een onderdeel van de AWBZ-functie Verpleging. Voor deze vorm van verpleging is geen indicatie vereist, omdat het vaak gaat om goed geprotocolleerde zorg die in omvang zeer klein is. Voor het product AIV is een arts niet direct verantwoordelijk. AIV wordt ingezet ten behoeve van mensen met chronische ziekten waarin de verpleegkundige samen met de verzekerde nagaat hoe deze met de ziekte kan omgaan. Dit kan een eenmalige activiteit zijn, maar het kan ook zijn dat er een periodiek contact is (enkele keren per jaar) waarin, veelal op basis van een protocol, wordt nagegaan of aanpassing van attitude of gedrag kan leiden tot het beter hanteren van de ziektegevolgen. Ook motiveren van de verzekerde dit gedrag daadwerkelijk te tonen valt onder AIV. AIV is dus in het bijzonder gericht op secundaire en tertiaire preventie bij chronisch zieke mensen. Vaak is in een keten afstemming bereikt over de manier waarop de verschillende actoren in de keten hun taak uitoefenen en is dit in een protocol vastgelegd. Continuïteit van zorg binnen de keten, zoals van ziekenhuis naar thuis, is een belangrijk aandachtspunt. Dit laat onverlet dat de arts voor deze activiteiten geen verantwoordelijkheid draagt maar dat er sprake is van een zelfstandige verantwoordelijkheid van de

verpleegkundige. Veelal hebben de betrokken verpleegkundigen een specifieke aanvullende expertise ten aanzien van een bepaald ziektebeeld ontwikkeld.

Zorg door twee zorgverleners

Bij verzekerden kan het noodzakelijk zijn, dat de zorg door twee zorgverleners wordt geleverd.

Voor het vaststellen van de omvang van de indicatie waarbij twee zorgverleners nodig zijn gelden de algemene criteria zoals beschreven in hoofdstuk 2 van deze Indicatiewijzer.

Bijlagen bij hoofdstuk 5

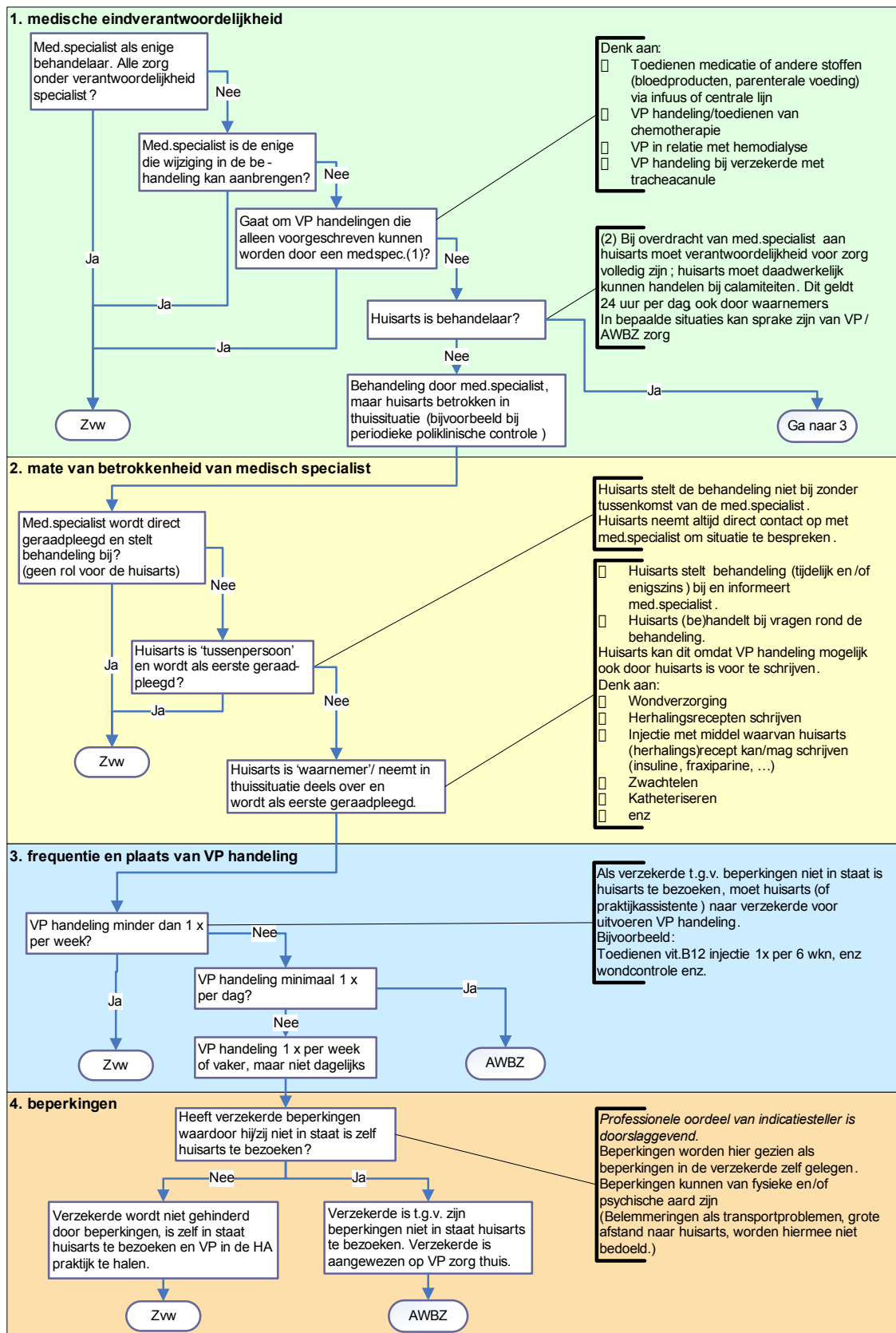
Bijlage 1 Stroomschema afbakening Zvw-AWBZ-Verpleging

Stroomschema afbakening Zvw-AWBZ-Verpleging ¹		
1. Wie is medisch eindverantwoordelijk?		
Vindt de voorgeschreven zorg plaats in opdracht van en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist en is alleen deze in staat eventuele wijzigingen in de behandeling aan te brengen?		
Zvw		
Ja:	Nee:	Ga naar
<ul style="list-style-type: none"> - De medisch specialist is de enige behandelaar. Alle zorg vindt plaats onder zijn/haar verantwoordelijkheid. En/of - De medisch specialist is de enige die wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen. En/of - Er zijn VP-handelingen die alleen voorgeschreven kunnen worden door een medisch specialist. Denk hierbij aan de VP-handelingen i.v.m.: <ul style="list-style-type: none"> • Toedienen van medicatie of andere stoffen (bijv. bloedproducten, parenterale voeding enzovoort) via een Infuus of centrale lijn • VP-handelingen/ toedienen van chemotherapie • VP in relatie met hemodialyse • VP-handelingen bij een verzekerde met een tracheacanule <p>Het toedienen van injecties met een middel dat alleen door de medisch specialist kan worden voorgeschreven (speciale hormoonbehandeling, EPO, enz)</p>	<p>De verzekerde wordt weliswaar behandeld door de medisch specialist, maar de huisarts is in de thuissituatie betrokken bij de behandeling. Dit is bijvoorbeeld het geval indien een verzekerde alleen nog voor periodieke poliklinische controle naar de specialist gaat.</p>	2 in deze tabel
	Nee	Ga naar
	De huisarts ² is de behandelaar.	3 in deze tabel
	Bij overdracht van de medisch specialist aan de huisarts behoort de verantwoordelijkheid over de zorg volledig te zijn, maar de huisarts moet daadwerkelijk kunnen handelen bij calamiteiten'. Dit geldt 24 uur per dag, dus ook door de waarnemers.	
	In bepaalde situaties kan er sprake zijn van VP/AWBZ zorg.	
2. Wat is de mate van betrokkenheid van de medisch specialist?		
Wie wordt in geval van (acute) complicaties geraadpleegd? En wie stelt de behandeling bij?		
Zvw		
<p>Medisch specialist wordt direct geraadpleegd en is degene die de behandeling bijstelt.</p> <p>De huisarts heeft geen enkele rol in de behandeling.</p>	<p>Huisarts 'neemt' rol van de specialist 'waar'/in de thuissituatie deels over.</p> <p>De huisarts wordt als eerste geraadpleegd.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huisarts stelt de behandeling (tijdelijk en/of enigszins) bij en informeert de medisch specialist over de bijstelling van de behandeling. - De huisarts (be)handelt bij vragen rond de behandeling. <p>De huisarts is hiertoe in staat omdat de VP-handeling mogelijk ook door een huisarts voor te schrijven is. Denk hierbij aan bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wondverzorging; - het schrijven van herhalingsrecepten van medicatie van de specialist. 	Ga naar 3 in deze tabel
	<ul style="list-style-type: none"> - Injectie met een middel waarvan de huisarts een (herhalings)recept kan/mag schrijven (insuline, fraxiparine, ...) - Zwachtelen - Katheteriseren - Enzovoort 	

Zvw		
Huisarts als 'tussenpersoon' De huisarts wordt als eerste geraadpleegd. De huisarts stelt de behandeling niet bij, zonder tussenkomst van de medisch specialist. De huisarts wordt als eerste geraadpleegd en deze neemt altijd direct contact op met de medisch specialist om de situatie te bespreken.		
3. Wat is de frequentie waarin de VP-handeling moet plaatsvinden		
De door de huisarts voorgeschreven VP-handeling vindt minder dan 1 keer per week plaats	De VP handeling vindt minimaal 1 keer per dag plaats	
Zvw	AWBZ	
De voorgeschreven verpleegkundige zorg dient minder frequent plaats te vinden dan 1 keer per week. Indien de verzekerde door beperkingen niet in staat is de huisarts te bezoeken, zal de huisarts zelf (of zijn praktijkassistent) de verzekerde moeten bezoeken om de VP-handeling uit te voeren. Bijvoorbeeld: het toedienen van vitamine B12-injectie 1x per 6 weken enzovoort. Vrijwel altijd: minder dan 1 keer per week noodzakelijk, wondcontrole, enzovoort	De voorgeschreven verpleegkundige zorg moet minimaal 1 keer per dag plaatsvinden.	
De VP-handeling vindt 1 keer per week of vaker, maar niet dagelijks plaats.		
De verpleegkundige zorg moet vaker dan 1 keer per week, maar niet dagelijks plaatsvinden.		Ga naar 4 in deze tabel
4. Is de verzekerde in staat om de huisarts zelf te bezoeken?³		
Ondervindt de verzekerde beperkingen waardoor hij/zij niet in staat is zelf de huisarts te bezoeken? Beperkingen worden in dit kader gezien als beperkingen in de verzekerde zelf gelegen. Beperkingen kunnen van fysieke en/of psychische aard zijn. (Belemmeringen als transportproblemen, of grote afstand tot de arts worden hiermee niet bedoeld).		
Zvw	AWBZ	
De verzekerde wordt niet gehinderd door beperkingen en is daarom zelf in staat de huisarts te bezoeken en de benodigde/ voorgeschreven VP in de HA praktijk te halen	De verzekerde is ten gevolge van zijn beperkingen (ondanks passende hulpmiddelen) niet in staat de huisarts te bezoeken. De verzekerde is in dat geval aangewezen op VP-zorg thuis.	
<ol style="list-style-type: none"> 1 Bij palliatieve terminale zorg en thuisbeademing is ook ingeval van complexe VP aanspraak op AWBZ-verpleging. 2 Het uitvoeren van onderzoek, het afnemen van een anamnese, het stellen van een diagnose en het bijstellen van een therapie, het voorschrijven van medicatie zijn taken zoals de huisarts die pleegt te bieden (zie toelichting bijlage VP) en behoort tot het domein van de Zvw. Indien alle zorg rond een verzekerde plaatsvindt onder zijn/haar verantwoordelijkheid, wordt de zorg in de avonden en weekenden waargenomen door collega huisartsen. Het is zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden. 3 Het professionele oordeel van de indicatiesteller is hierbij doorslaggevend. 		

Het bovenstaande is op de volgende pagina schematisch weergegeven.

Tabel: schematische weergave van het stroomschema Afbakening ZVW-AWBZ-Verpleging



(1) Dit is zorg zoals een medisch specialist die pleegt te bieden. (2) Dit is zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden

Bijlage 2 Gemiddelde tijden

De gemiddelde tijden zijn basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort. De gemiddelde tijden gelden als richtlijn.

De gemiddelde tijd bevat de tijdsbesteding, die direct gemoeid is met de directe zorg/handeling, maar ook met het binnen komen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en het vertrekken (indirecte zorg).

Voor thuisbeademing en palliatief terminale zorg geldt dat alle verpleging ten laste van de AWBZ komt, ook als die noodzakelijk is vanwege medisch-specialistische zorg (art 2.11 Besluit Zorgverzekering).

Ook enkele activiteiten zoals vooral medisch specialisten die plegen voor te schrijven, zijn opgenomen in de activiteiten van AWBZ VP. Deze zijn gemarkeerd met een *.

De gemiddelde tijden kunnen bij kinderen verschillen in vergelijking met volwassenen.

Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie van VP-activiteiten		
Overzicht van te adviseren activiteiten ⁴ als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit. * VP-handelingen, die voortvloeien uit de zorg zoals een medisch specialist en/of huisarts, die pleegt te bieden	Gemiddelde tijd ² per keer
1.2 Controle lichaamsfuncties	- Temperatuur meten/pols tellen/controle ademhaling/controle gewicht	10
	- Aanleggen van vochtbalans/controle en/of ingrijpen op vochtbalans	15
	- Controle huid/vochtthuishouding/ uitscheiding urine/faeces	10
	- Bloeddruk meten	10
	- Bloedsuiker prikken (bijvoorbeeld t.b.v. dagcurve)	10
1.3 Wond- en/of stomaverzorging	- Verzorging wonden en de niet-intacte huid rondom onnatuurlijke lichaamsopeningen	15
	- Wondverzorging	25
	- Zalven van niet-intacte huid	10
	- Aanleggen druk/steunverband na wondverzorging	15
	- Decubitus: risico bepalen, preventieplan op- en bijstellen	20
	- Advies m.b.t. preventieve maatregelen geven	10
	- Stomaverzorging bij een lokaal niet-intacte huid	20
1.4 Ondersteuning bij uitscheiding	- Manueel faeces verwijderen	15
	- Inbrengen rectum canule	15
	- Klysma geven (hoog)	30
	- Klysma microlax	15
	- Katheteriseren (eenmalig)	15
	- Katheter inbrengen (verblijfs)	30
	- Blaasspoelen via nog aan te brengen katheter	20
- Spoelen nefrostomiecatheter*	20	
1.5 Medicatie	- Toedienen medicatie in een lokaal niet-intacte huid, via injecteren (of via infuus*)	20
	- Subcutane medicatietoediening via de pomp	45

Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie van VP-activiteiten		
Overzicht van te adviseren activiteiten ¹ als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit. * VP-handelingen, die voortvloeien uit de zorg zoals een medisch specialist en/of huisarts, die pleegt te bieden	Gemiddelde tijd ² per keer
1.7 Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg ³	Dit betreft het observeren, signaleren, controleren van de activiteiten 1.2 tot met 1.5 en 1.10 tot en met 2.1 (binnen deze tabel). Het gaat om het compenseren van de kwaliteit van de door verzekerde, gebruikelijke zorgverlener of mantelzorgverlener uitgevoerde AWBZ-zorg. Om de kwaliteit van de handelingen die onder verpleging horen op het juiste niveau te houden, komt een zorgverlener langs, die daarin begeleidt. Bij het 'vertellen' van een diagnose van een ernstige ziekte van een behandelaar uit de eerste lijn aan de verzekerde hoort een stuk begeleiding bij het verwerken/accepteren van deze diagnose en het omgaan met de ziekte. Wanneer er sprake is van acceptatieproblemen die niet door de behandelaar zijn te ondervangen, kan de inzet van maatschappelijk werk of een psycholoog aangewezen zijn. Hiervoor is geen indicatie VP mogelijk.	Tot 60 minuten per week
1.9 Aanleren van VP-activiteiten	Aanleren van VP-activiteiten aan verzekerde, gebruikelijke zorgverlener en mantelzorgverlener gekoppeld aan activiteiten 1.2 tot en met 1.5 en 1.10 tot en met 2.1	Gelijk aan een of meer van de aan te leren activiteiten plus 'aanleertijd' afhankelijk van de aan te leren activiteit tot een maximum van 45 minuten per week
1.10 Niet nader gespecificeerd verpleegkundig handelen	<ul style="list-style-type: none"> - Compressief zwachtelen een been - Compressief zwachtelen twee benen - Zuurstof toedienen* - Inbrengen sonde 	<p>15</p> <p>25</p> <p>10</p> <p>30</p>
2.1 Gespecialiseerd verpleegkundig handelen	<ul style="list-style-type: none"> - Inbrengen infuus* - Epidurale/spinale pijnbestrijding* - Intraveneuze medicatietoediening* - Intraveneuze vocht- en voedingtoediening* - Drainage maag/thorax* - Fototherapie* - Uitzuigen trachea, mond/keelholte* - Verwisselen van de buitencanule* - Bronchiaal toilet (sprayen NaCl)* 	<p>20</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>15</p>

Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie van VP-activiteiten		
Overzicht van te adviseren activiteiten ¹ als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit. * VP-handelingen, die voortvloeien uit de zorg zoals een medisch specialist en/of huisarts, die pleegt te bieden	Gemiddelde tijd ² per keer
4.1 Toezicht vanwege thuisbeademing bij kinderen tot 18 jaar	Toezicht in geval van thuisbeademing bij kinderen tot 18 jaar *	Zie bijlage 5 van de Beleidsregels VWS en hoofdstuk 9 van de CIZ Indicatiewijzer.
<p>1 De nummering van de activiteiten sluit niet altijd aan. Dit vanwege het aansluiten van deze nummering met de nummering zoals deze binnen de AWBZ brede Zorg Registratie (AZR) is opgenomen.</p> <p>2 Deze tijd is inclusief de indirecte zorg (3.5 minuut).</p> <p>3 Dit is andere zorg dan AIV. De omschrijving van AIV is opgenomen onder 5.3 specifieke punten</p>		

Hoofdstuk 6

Begeleiding

Inhoudsopgave

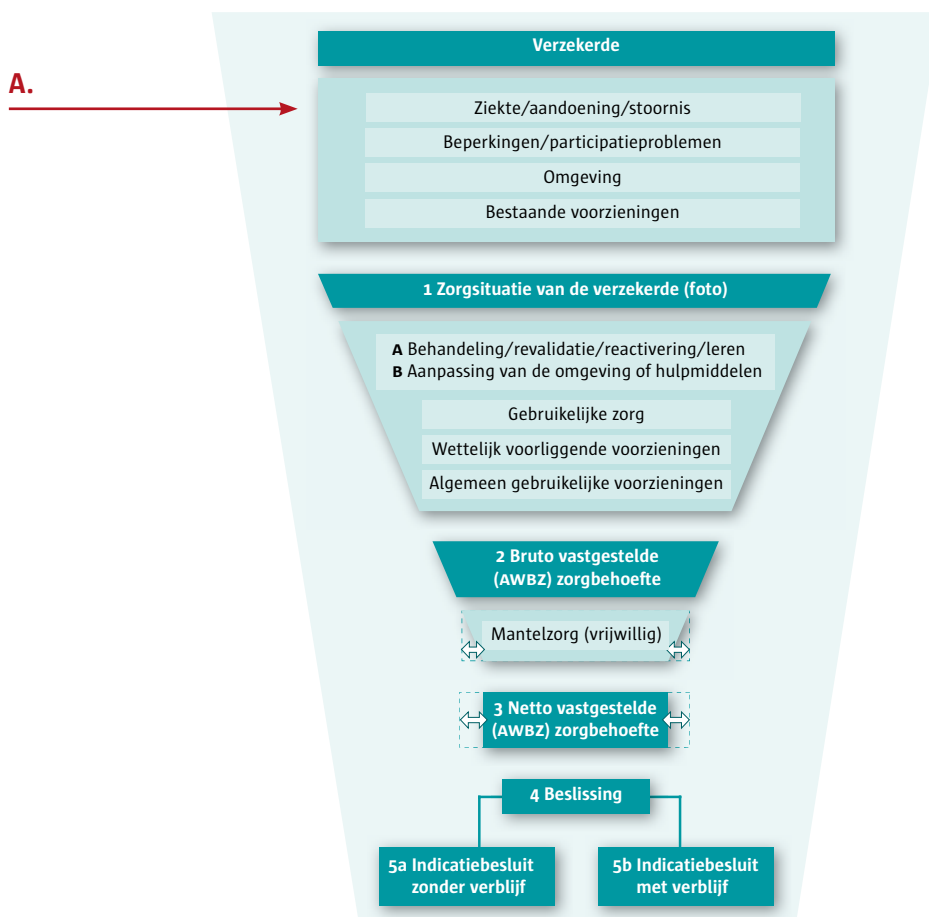
6.1	Inleiding	72
6.2	Afbakeningskader Begeleiding (BG) op basis van het trechtermodel	73
	A. Grondslagen	73
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	73
	C. Behandeling/revalidatie	79
	D. Aanpassingen van de omgeving	81
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	81
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	85
	G. Gebruikelijke zorg	86
	H. Mantelzorg	87
6.3	De functie Begeleiding	88
	A. Omvang	90
	B. Geldigheidsduur	90
	C. Gemiddelde tijden per BG handeling (zie bijlage: Gemiddelde tijden)	90
	D. Leveringsvorm	90
	E. Leveringsvoorwaarden	91
6.4	Specifieke punten	91
	Bijlage bij hoofdstuk 6	92

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Begeleiding (BG) beschreven. Dit hoofdstuk is met name gebaseerd op de Beleidsregels van VWS, Begeleiding maar ook de inhoud van de andere delen van de Beleidsregels van VWS zijn van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie BG.

6.2 Afbakeningskader Begeleiding (BG) op basis van het trechtermodel

A. Grondslagen



De verzekerde kan toegang verkrijgen tot de functie Begeleiding als sprake is van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

B. Doelstelling/indicatiecriteria

De functie Begeleiding is gericht op het bevorderen, het behoud of het compenseren van zelfredzaamheid van de verzekerde. De Begeleiding is bedoeld voor verzekerden die zonder deze Begeleiding zouden moeten verblijven in een instelling of zouden verwaarlozen.

De verzekerde kan zijn aangewezen op Begeleiding in de vorm van individuele begeleiding (BG-individueel) of begeleiding in groepsverband (BG groep).

Om in aanmerking te komen voor de functie Begeleiding dient te zijn vastgesteld dat de onderzochte beperkingen van verzekerde betekenen dat verzekerde matige tot zware beperkingen heeft op één of meer van de volgende vijf terreinen:

1. sociale redzaamheid;
2. bewegen en verplaatsen;
3. probleemgedrag;
4. psychisch functioneren of
5. geheugen- en oriëntatiestoornissen.

Het onderscheid tussen enerzijds lichte beperkingen en anderzijds matige tot zware beperkingen wordt op elk van deze vijf terreinen onderzocht aan de hand van een aantal aspecten.

Bij *sociale redzaamheid* gaat het om de volgende aspecten:

1. begrijpen wat anderen zeggen;
2. een gesprek voeren;
3. zich begrijpelijk maken;
4. initiëren en uitvoeren eenvoudige taken;
5. kunnen lezen, schrijven en rekenen;
6. communicatiehulpmiddel gebruiken;
7. dagelijkse bezigheden;
8. problemen oplossen en besluiten nemen;
9. dagelijkse routine regelen;
10. zelf geld beheren;
11. initiëren en uitvoeren complexere taken;
12. zelf administratie zaken bijhouden.

Lichte beperkingen houden in:

verzekerde heeft lichte problemen met de dagelijkse routine en met het uitvoeren van met name complexere activiteiten. Met enige stimulans en/of toezicht is hij/zij in staat zijn sociale leven zelfstandig vorm te geven, aankopen te doen en zijn geld te beheren. Wat betreft het aangaan en onderhouden van sociale relaties, op school, op het werk, met het sociale netwerk, is er met praten bij te sturen: vanuit gezin, het sociale netwerk en/of school. Verzekerde kan zelf om hulp vragen en er is geen noodzaak tot het daadwerkelijk overnemen van taken.

Matige beperkingen houden in:

het oplossen van problemen, het zelfstandig nemen van besluiten, het regelen van dagelijkse bezigheden en de dagelijkse routine (gebrek aan dag- en nachtritme) zijn voor verzekerde niet vanzelfsprekend en leveren af en toe zodanige problemen op dat de verzekerde afhankelijk is van hulp. De communicatie gaat niet altijd vanzelf doordat verzekerde soms niet goed begrijpt wat anderen zeggen en/of zichzelf soms niet voldoende begrijpelijk kan maken. Het niet inzetten van begeleiding kan leiden tot verwaarlozing /opname.

Zware beperkingen houden in:

complexe taken moeten voor verzekerde worden overgenomen. Ook het uitvoeren van eenvoudige taken en communiceren gaan moeizaam. Verzekerde kan niet zelfstandig problemen oplossen en/of besluiten nemen, hij kan steeds minder activiteiten zelfstandig uitvoeren. De zelfredzaamheid wordt problematisch. Voor de dagstructuur en het voeren van de regie is verzekerde afhankelijk van de hulp van anderen.

Bij *zich bewegen en verplaatsen* gaat het om de volgende aspecten:

1. lichaamspositie handhaven;
2. grove hand- en armbewegingen maken;
3. fijne handbewegingen maken;
4. lichtere voorwerpen tillen;
5. gecoördineerd bewegingen maken met benen en voeten;
6. lichaamspositie veranderen;
7. trap op en af gaan zonder hulp(middelen);
8. zich verplaatsen met hulp(middelen);
9. voortbewegen binnenshuis, zonder hulp(middelen);
10. gebruik maken van openbaar vervoer;
11. eigen vervoermiddel gebruiken;
12. voortbewegen buitenshuis zonder hulp(middelen);
13. korte afstanden lopen;
14. zwaardere voorwerpen tillen.

Lichte beperkingen houden dan in:

verzekerde kan niet meer zelf fietsen of autorijden en kan zich buitenshuis niet meer zonder hulpmiddel (bijvoorbeeld een rollator) voortbewegen. Met het gebruik van hulpmiddelen kan er nog veel, maar niet alles. Daarnaast kan verzekerde geen zware voorwerpen tillen. Het optillen van lichte voorwerpen levert soms

problemen op, maar met wat hulp en eenvoudige aanpassingen lukt dit nog wel. Verzekerde kan de genoemde beperkingen in voldoende mate compenseren door hulp uit de omgeving en zo nodig door de inzet van hulp bij het huishouden en/of voorzieningen uit de Wmo.

Matige beperkingen houden dan in:

het zelfstandig opstaan uit een stoel en gaan zitten levert soms problemen op. Fijne handbewegingen worden minder vanzelfsprekend maar ook de grove hand- en armbewegingen beginnen problemen te geven. Verzekerde kan zich, ook met behulp van een rollator of rolstoel, moeilijker zelfstandig verplaatsen. Openbaar vervoer is eigenlijk ontoegankelijk voor verzekerde geworden, maar vanuit eigen middelen of de Wmo zijn hiervoor alternatieven mogelijk.

Zware beperkingen houden dan in:

bij het opstaan uit een stoel, het gaan zitten en het in- en uit bed komen moet verzekerde volledig worden geholpen. Binnenshuis is verzekerde voor zijn verplaatsingen zowel naar een andere verdieping of gelijkvloers volledig afhankelijk van hulpmiddelen. Voor het oppakken of vasthouden van lichte voorwerpen is hulp nodig. Ondanks het gebruik van hulpmiddelen kan verzekerde de beperkingen onvoldoende compenseren in het dagelijks leven.

Bij *gedragsproblemen* gaat het om de volgende aspecten:

1. destructief gedrag (gericht op zichzelf en/of de ander, zowel letterlijk als figuurlijk);
2. dwangmatig gedrag;
3. lichamelijk agressief gedrag;
4. manipulatief gedrag;
5. verbaal agressief gedrag;
6. zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag;
7. grensoverschrijdend seksueel gedrag.

Lichte beperkingen houden dan in:

verzekerde vertoont lichte gedragsproblemen die bijsturing vereisen maar geen directe of acute belemmering vormen voor de zelfredzaamheid. Het vertoonde gedrag kan relatief eenvoudig worden bijgestuurd door de omgeving van verzekerde, het gezin en/of de school. Bijsturing is voldoende zonder dat de overname noodzakelijk is.

Matige beperkingen houden dan in:

verzekerde vertoont gedrag dat bijsturing en soms (gedeeltelijke) overname van taken vereist. Het cliëntsysteem kan slechts gedeeltelijk in de bijsturing van verzekerde voorzien. Het vertoonde gedrag vereist bijsturing door een deskundige professional. Als er geen deskundige bijsturing wordt geboden, verslechtert de situatie van verzekerde.

Zware beperkingen houden dan in:

verzekerde vertoont ernstig probleemgedrag en hierdoor ontstaan zelfredzaamheidsproblemen. Er is deskundige professionele sturing nodig om het gedrag in goede banen te leiden. Omdat er risico's zijn voor veiligheid van verzekerde of zijn omgeving is er continu hulp of begeleiding nodig.

Bij *psychisch functioneren* gaat het om de volgende aspecten:

1. concentratie;
2. geheugen en denken;
3. perceptie van omgeving.

Lichte beperkingen houden dan in:

verzekerde heeft lichte problemen met concentreren, geheugen en denken. De oorzaak kan in verschillende problemen liggen, zoals lichte sociaal-emotionele instabiliteit, stemmingsproblemen, dan wel prikkelgevoeligheid. De concentratie en/of capaciteit tot informatieverwerking laat af en toe te wensen over. Met hulpmiddelen en enige aansturing is de zelfredzaamheid van verzekerde voldoende te ondersteunen. Er is geen noodzaak tot het overnemen van taken.

Matige beperkingen houden dan in:

verzekerde heeft vaak zodanige problemen met de concentratie en informatieverwerking dat hiervoor hulp noodzakelijk is. Als er niet met regelmaat deskundige hulp wordt geboden, ervaart verzekerde in het dagelijks leven problemen bij de zelfredzaamheid.

Zware beperkingen houden dan in:

verzekerde heeft ernstige problemen met de concentratie, het geheugen en denken en ook de waarneming van de omgeving. Hierdoor is volledige overname van taken door een deskundige professional noodzakelijk.

Bij *oriëntatiestoornissen* gaat het om de volgende aspecten:

oriëntatie in persoon;

oriëntatie in ruimte;

oriëntatie in tijd;

Oriëntatie naar plaats.

Lichte beperkingen houden dan in:

verzekerde heeft lichte problemen met het besef van tijd en/of plaats. Het herkennen van personen en de omgeving levert geen problemen op. De problemen doen zich af en toe voor en verzekerde kan zich met hulp vanuit zijn netwerk, zelfstandig redden. De beperkingen vormen geen bedreiging voor zijn zelfredzaamheid, want verzekerde kan veel taken op basis van 'gewoonte' zelfstandig uitvoeren.

Matige beperkingen houden dan in:

verzekerde heeft problemen met het herkennen van personen en zijn omgeving. De zelfredzaamheid van verzekerde staat onder druk. Verzekerde heeft vaak hulp nodig van anderen bij het uitvoeren van taken en het vasthouden van een normaal dagritme. Als er geen deskundige begeleiding wordt geboden, verslechtert de situatie van verzekerde.

Zware beperkingen houden dan in:

verzekerde vertoont ernstige problemen in het herkennen van personen en van zijn omgeving. Hij is gedesoriënteerd en zijn zelfredzaamheid is aangetast. Ondersteuning bij dagstructurering en bij het uitvoeren van taken is noodzakelijk, ook is het overnemen van taken aan de orde. Als er geen deskundige begeleiding geboden wordt, is opname het enige alternatief.

In geval van het oefenen (zie § 2.5 het schema, bij punt 4) dient bovendien te zijn vastgesteld:

1. dat verzekerde gemotiveerd en leerbaar is om te oefenen en trainbaar is;
2. dat het oefenen programmatisch en doelmatig plaatsvindt;
3. en/of dat mantelzorg in de directe omgeving en/of gebruikelijke zorgverlener van de verzekerde gemotiveerd en leerbaar is om te oefenen en trainbaar is.

Het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid

Bij zelfredzaamheid in relatie tot de functie begeleiding gaat het om de lichamelijke, cognitieve en psychische mogelijkheden die verzekerde in staat stellen om binnen de persoonlijke levenssfeer te functioneren.

In de eerste plaats kan het gaan om het compenseren en actief herstellen van het beperkte of afwezige regelvermogen van verzekerde, waardoor hij onvoldoende of geen regie over het eigen leven kan voeren. Het gaat dan om zaken als het helpen plannen van activiteiten, regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten en het structureren van de dag. Omdat de grens tussen de persoonsgebonden sociale omgeving en participatie niet altijd scherp te trekken is, zal voor verzekerden met matige en zware beperkingen binnen de functie Begeleiding ook ondersteuning mogelijk zijn in de vorm van het stimuleren tot en het voorbereiden van gesprekken met instanties op het terrein van wonen, school, werk, et cetera.

Ten tweede kan Begeleiding de vorm aannemen van praktische hulp en ondersteuning bij het uitvoeren dan wel het eventueel ondersteunen bij/oefenen van handelingen/vaardigheden die zelfredzaamheid tot doel hebben.

In de derde plaats kan het gaan om het overnemen van toezicht.

Wanneer Begeleiding onderdeel is van de zorg met verblijf, een zorgzwaartepakket, behoudt de verzekerde het recht op Begeleiding naar inhoud (Ondersteunende Begeleiding en Activerende Begeleiding) en omvang waarvan ook vóór 1 januari 2009 sprake was.

Onder Begeleiding vallen de volgende activiteiten.

Tabel: Activiteiten Begeleiding	
Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Begeleiding	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit
<p>1.¹ Het ondersteunen bij het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie.</p> <hr/> <p>Deze activiteit richt zich met name op de beperkingen en stoornissen in de sociale redzaamheid, oriëntatiestoornissen, probleemgedrag en psycho-sociale functies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hulp bij initiëren of compenseren van eenvoudige of complexe taken, besluiten nemen en gevolgen daarvan wegen; - regelen van randvoorwaarden op het gebied van wonen, onderwijs, werk, inkomen, iets kopen/betalen, het stimuleren tot en voorbereiden van een gesprek met dit type instanties² (dit betreft niet het meegaan naar/aanwezig zijn bij het gesprek); - hulp bij plannen, stimuleren en voorbespreken van activiteiten; - hulp bij initiëren of compenseren van op/bijstellen van dag/weekplanning; dagelijkse routine³; - inzicht geven in (mogelijke) gevolgen van besluiten; - hulp bij zich aan regels/afspraken houden, corrigeren van besluiten of gedrag;
<p>2.⁴ Het ondersteunen bij praktische vaardigheden/handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid.</p> <hr/> <p>Deze activiteit richt zich met name op de beperkingen in de sociale redzaamheid en het zich bewegen en verplaatsen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hulp bij uitvoeren of overnemen van eenvoudige of complexe taken/activiteiten, of bij oplossen van praktische problemen die buiten de dagelijkse routine vallen; - hulp bij uitvoeren van vaardigheden die geleerd zijn tijdens AWBZ- of GGZ-behandeling, zoals sociale vaardigheden⁵; - hulp bij het beheren van (huishoud)geld; - hulp bij de administratie (alleen in de zin van oefenen); - hulp bij gebruik openbaar vervoer (alleen in de zin van oefenen); - hulp bij of overnemen van post openmaken, voorlezen en regelen, afhandeling praktische zaken; - hulp bij of overnemen van oppakken, aanreiken, verplaatsen van dagelijks noodzakelijke dingen zoals het oppakken van dingen die op de grond zijn gevallen als een leesbril, het aanreiken van dingen die buiten bereik zijn geraakt zoals een kussen, het verplaatsen van een boek, telefoon en dergelijke; - hulp bij plannen en stimuleren van contact in persoonsgebonden sociale omgeving; - hulp bij communicatie in de persoonsgebonden omgeving bij bijvoorbeeld afasie;
<p>3.⁶ Het bieden van toezicht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - toezicht op- en het aansturen van gedrag ten gevolge van een stoornis, thuis of elders (bijvoorbeeld tijdens onderwijs); - toezicht gericht op het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig in kan worden gegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar, of complicaties bij een ziekte.
<p>4.⁷ Oefenen met het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of het uitvoeren van handelingen die zelfredzaamheid tot doel hebben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - oefenen door de verzekerde zelf: oefenen met vaardigheden (al dan niet aangeleerd tijdens AWBZ- of GGZ-behandeling) zoals gebruik geleidestok en gebruik hulpmiddelen voor communicatie⁸, stimuleren van wenselijk gedrag, inslijpen van gedrag; - oefenen van de mantelzorger/gebruikelijkezorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de verzekerde.

Tabel: Activiteiten Begeleiding	
Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Begeleiding	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit
1	Deze activiteit staat gelijk aan activiteit b art. 6, Besluit zorgafspraken (Bza): het ondersteunen bij of oefenen met het aanbrenge van structuur of het voeren van regie.
2	Van instanties als gemeenten, woningbouwverenigingen, UWV, onderwijsinstellingen maar ook bijvoorbeeld banken mag deskundigheid in communicatie met diverse doelgroepen worden verwacht. Hulp bij het meegaan naar winkels en dergelijke behoort tot de eigen verantwoordelijkheid of kan worden ingevuld door vrijwilligers.
3	Hierbij moet worden gedacht aan opstaan, wassen, aankleden, eten en op tijd klaar staan.
4	Deze activiteit staat gelijk aan activiteit a art. 6, Besluit zorgafspraken (Bza): het ondersteunen bij of oefenen met vaardigheden of handelingen.
5	Hierbij moet worden gedacht aan het maken van afspraak voor bezoek en sturen van een (verjaardags)kaart.
6	Deze activiteit staat gelijk aan activiteit c art. 6, Besluit zorgafspraken (Bza): het overnemen van toezicht op de verzekerde.
7	Deze activiteit staat gelijk aan activiteiten a en b art. 6, Besluit zorgafspraken (Bza).
8	Het gaat hier om het oefenen in het gebruik van de apparatuur (telefoon/computer) zelf.

Oefenen is aan de orde in de zin van ‘inslijten’ van vaardigheden/handelingen en voor wat betreft het aanbrenge van structuur of het voeren van regie. Deze vaardigheden zijn in een (para)medisch voortraject als onderdeel van behandeling in het kader van de Zvw of de AWBZ al aangeleerd. In deze zin betreft het dus het leren toepassen van reeds aangeleerde vaardigheden of gedrag. Oefenen in de zin van Begeleiding kan ook aan de orde zijn wanneer de beperkingen als een gegeven worden beschouwd en er op basis van deze beperkingen op zichzelf staande praktische vaardigheden en gedrag wordt aangeleerd die de zelfredzaamheid ten doel hebben en er geen multidisciplinaire aanpak wordt vereist. Het gaat dan bijvoorbeeld om verzekerden met een vertraagde leerbaarheid waarvoor zorg vanuit de eerste lijn vanwege deze vertraagde leerbaarheid geen oplossing biedt. Dit leren van praktische vaardigheden/activiteiten en gedrag kan zowel ten goede komen aan de verzekerde als aan zijn directe omgeving.

Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid (in relatie tot de functie Begeleiding): de lichamelijke, cognitieve en psychische mogelijkheden die de verzekerde in staat stellen om binnen de persoonlijke levenssfeer te functioneren. De verzekerde:

- heeft het vermogen om zelfzorghandelingen uit te voeren c.q. de regie te voeren over de zelfzorghandelingen;
- heeft het vermogen tot sociaal functioneren in de dagelijkse leefsituaties, zoals thuis en in relatie met vrienden en familie;
- heeft het vermogen om zelf in zijn dagstructurering te voorzien;
- kan zelf besluiten nemen en regie voeren.

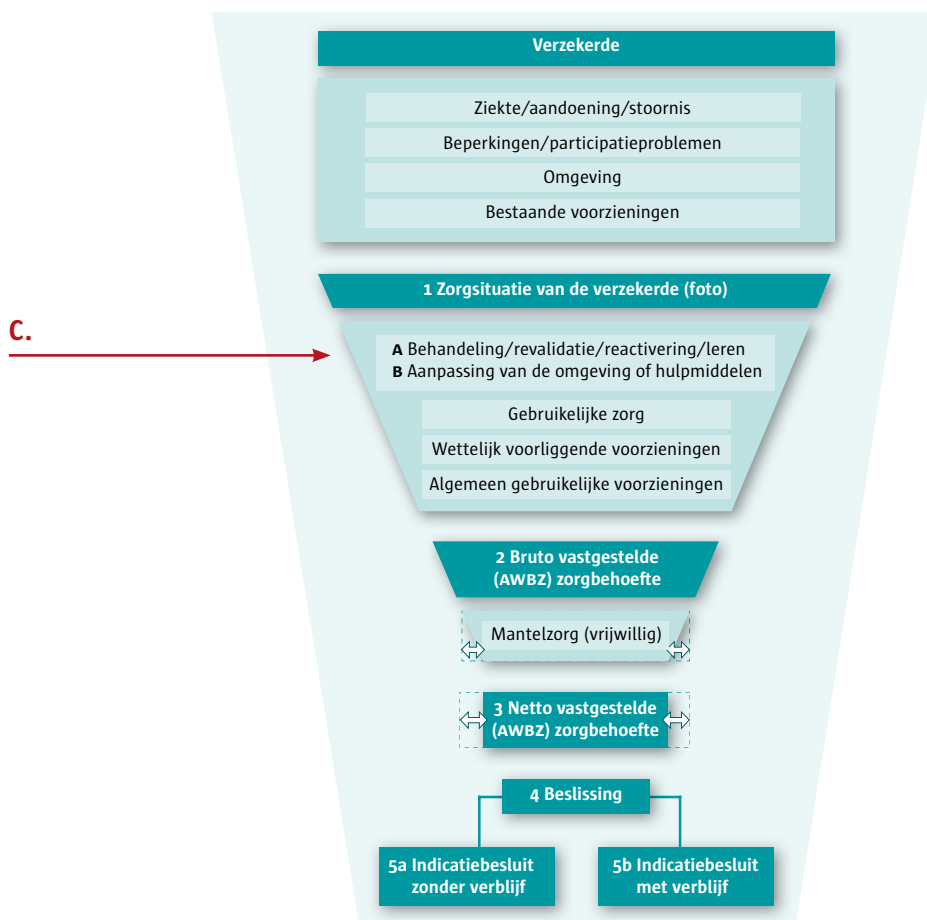
Hieronder wordt een logisch verband gelegd tussen de terminologie van de internationale classificatie van het menselijk functioneren en zelfredzaamheid.

De International Classification of Functioning (ICF) maakt onderscheid in de volgende gebieden:

1. leren en toepassen van kennis (d1);
2. algemene taken en eisen (d2);
3. communicatie (d3);
4. mobiliteit (d4);
5. zelfverzorging (d5);
6. huishouden (d6);
7. tussenmenselijke interacties en relaties (d7);
8. belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven, waaronder ook vrijwilligerswerk) (d8);
9. maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven (d9).

Beperkingen op de ICF-gebieden 1 t/m 7 komen overeen met beperkingen ten aanzien van zelfredzaamheid. Bij Begeleiding gaat het echter om de zelfredzaamheid op de gebieden 1, 2, 3, 4 en 7. Beperkingen op gebied 5 worden voornamelijk gecompenseerd door de functies Verpleging, Persoonlijke Verzorging en op gebied 6 door de Wmo (huishoudelijke hulp). De beperkingen op de gebieden 8 en 9 zijn beperkingen op het gebied van participatie (integratie in de samenleving) en vallen dus niet (meer) onder Begeleiding. Het gaat om situaties waarin het niet mogelijk is de beperkingen te genezen of te verbeteren, en het ook niet mogelijk is de verzekerde zo met de gevolgen van die beperkingen om te leren gaan dat hij zelfstandig kan functioneren. In die gevallen gaat het om het overnemen van verloren functionaliteit.

C. *Behandeling/revalidatie*



In deze stap van het trechtermodel wordt de ‘weging’ gemaakt of er bestaande adequate of nieuwe oplossingen zijn met behulp van behandeling (al dan niet via de AWBZ), revalidatie, reactivering of leren.

Behandeling/revalidatie is mogelijk, indien in het handelen/functioneren verbetering mogelijk is. Om dit te beoordelen, kan de medisch adviseur geraadpleegd worden. Conclusie is mogelijk dat de beperkingen geheel of gedeeltelijk op te heffen zijn. Op basis van deze conclusie kan geheel of gedeeltelijk ter compensatie zorg ingezet worden.

Onderscheid Begeleiding en Behandeling

Onder **Behandeling** vallen activiteiten die gericht zijn op het verbeteren (tegengaan van verslechtering) van de met de grondslag samenhangende aandoening, stoornis of beperking. Daarbij hoort het verbeteren van algemene competenties en vaardigheden (zoals beheersen van gedrag, verbeteren van fysieke vaardigheden als conditie, bewegingsvermogen, en/of mentale vaardigheden als oriëntatievermogen, concentratievermogen

et cetera). Het gaat om gerichte professionele interventies, waarvoor expertise op het niveau van een specifiek medicus (bijvoorbeeld verpleeghuisarts, AVG), specifiek paramedicus (bijvoorbeeld ergotherapeut), vaktherapeut (bijv. drama-/speltherapeut) of gedragswetenschapper (bijv. orthopedagoog, gz-psycholoog) noodzakelijk is. De Behandeling vindt plaats vanuit een instelling, onder coördinatie van een AWBZ-hoofdbehandelaar, met **specifieke** (op AWBZ-zorg gerichte) deskundigheid en is multidisciplinair. Dit geldt voor de behandelvormen 'aanvullende functionele diagnostiek', 'kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' en 'continue systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg'.

Het begeleiden bij het praktisch uitvoeren van concrete handelingen en gedrag is **Begeleiding**.

Dat begeleiden houdt qua activiteiten in:

- het verder verbeteren van het praktisch handelen/regievoeren en het gedrag door oefening/inslijten en bijsturing/correctie in het dagelijks leven;
- het onderhouden ervan door herhaling, bijsturing/correctie;
- het overnemen van handelingen en regie en ingrijpen bij gedragsproblemen.

Aanleren en oefenen

Tot Behandeling in het kader van de AWBZ wordt ook de behandeling gerekend die gericht is op het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag (dit werd tot voor kort tot de functie Activerende Begeleiding gerekend), als dit tenminste een programmatische en multidisciplinaire aanpak vereist waarvoor een AWBZ-behandelaar nodig is. Het betreft een complex probleem dat om bepaalde niet op zichzelf staande vaardigheden te kunnen aanleren een specifieke benadering vraagt. Bijvoorbeeld een verzekerde met een CVA moet opnieuw leren lopen en/of het zich leren voortbewegen in een rolstoel; de handfunctie moet worden verbeterd en/of de uitvoering van de activiteiten moet met de andere hand worden aangeleerd. Vanwege de afasie is het nodig om de spraak te verbeteren en/of een andere wijze van communiceren aan te leren. Bij de verbeteringen van de stoornissen/beperkingen behoort dan gelijktijdig het aanleren van op zichzelf staande vaardigheden die de zelfredzaamheid ten doel hebben zoals het (opnieuw) leren eten koken of het doen van boodschappen. Bij het aanleren van deze vaardigheden/activiteiten zijn meerdere disciplines betrokken, zoals een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een logopedist. Dit alles onder coördinatie van de hoofdbehandelaar. Dit kan de verpleeghuisarts zijn. Tot het aanleren behoort, tijdens de behandelperiode, naast de training ook de herhaling.

Het door **oefenen** recent aangeleerde vaardigheden inslijten of bestaande vaardigheden in een andere situatie kunnen gebruiken, wordt niet gerekend tot de functie Behandeling, maar tot de functie Begeleiding. In geval van Begeleiding heeft de AWBZ-behandelaar zich kunnen terugtrekken en kan de zorg na enige instructie worden overgenomen door een persoon, niet zijnde een AWBZ-behandelaar.

Oefenen in de zin van Begeleiding kan ook aan de orde zijn wanneer de beperkingen als een gegeven worden beschouwd en er op basis van deze beperkingen op zichzelf staande praktische vaardigheden en gedrag wordt aangeleerd die de zelfredzaamheid ten doel hebben en er geen multidisciplinaire aanpak wordt vereist. Het gaat dan bijvoorbeeld om verzekerden met een vertraagde leerbaarheid waarvoor zorg vanuit de eerste lijn vanwege deze vertraagde leerbaarheid geen oplossing biedt. Dit leren van praktische vaardigheden/activiteiten en gedrag kan zowel ten goede komen aan de verzekerde als aan zijn directe omgeving. Denk hierbij aan het leren lopen met een blindegeleidestok aan een visueel gehandicapte en/of het zich binnen en rondom de woning kunnen oriënteren. De directe omgeving krijgt adviezen over de inrichting van de woonomgeving en de achtergrond hiervan. Ook kan worden gedacht aan het leren koken, wassen van kleding en dergelijke aan een verstandelijk gehandicapte, bijvoorbeeld bij het zelfstandig gaan wonen.

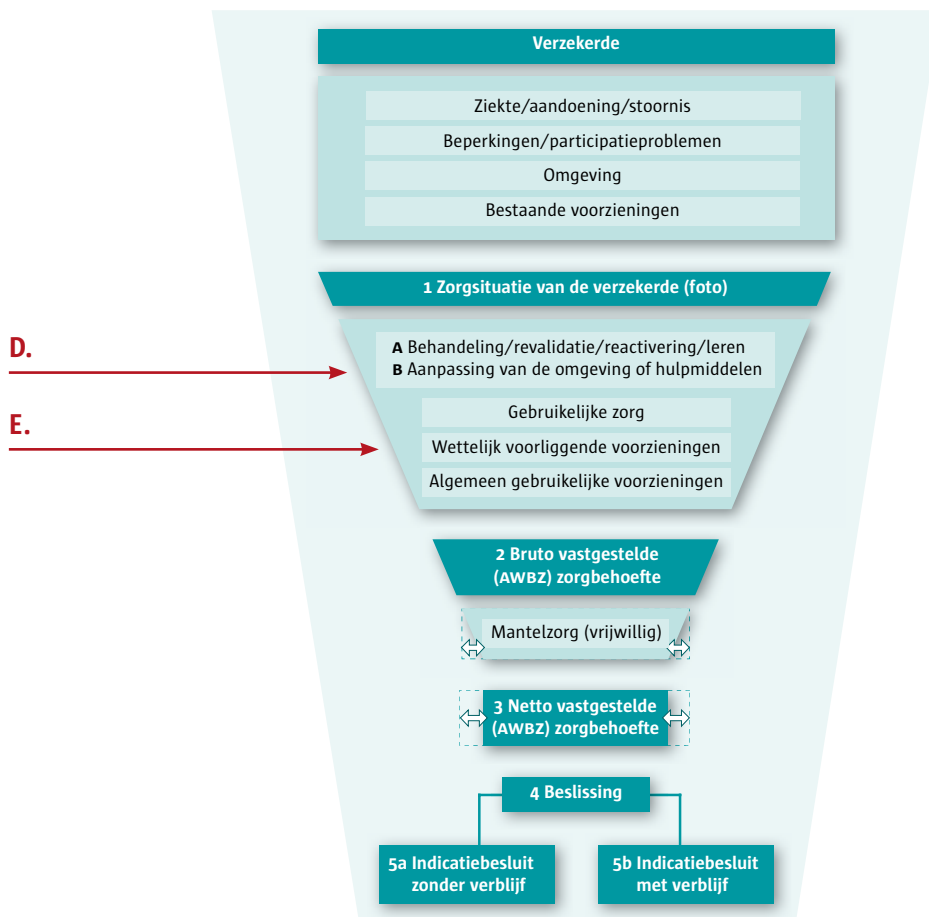
NB: tot de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zvw hoort ook een basale uitleg en training om met het hulpmiddel om te kunnen gaan. Als intensieve en langdurige training nodig is, kan AWBZ-zorg in de vorm van Begeleiding aan de orde zijn.

Naast elkaar indiceren

Begeleiding en Behandeling - gericht op dezelfde vaardigheid – kunnen naast elkaar worden geïndiceerd als een vaardigheid eerst nog moet worden overgenomen (BG) totdat deze is aangeleerd (BH).

Begeleiding en Behandeling – in de zin van het aanleren/oefenen - kunnen niet naast elkaar worden geïndiceerd als het aanleren (BH) en het oefenen (BG) gericht zijn op dezelfde vaardigheid. Eerst moet een vaardigheid worden aangeleerd (BH) en vervolgens kan deze vaardigheid worden geoefend (BG). Herhaling van aan te leren vaardigheden of gedrag behoort tijdens de behandelperiode tot Behandeling.

D. Aanpassing van de omgeving



Bijvoorbeeld een pictogrammenbord voor de dagstructurering en domotica.

E. Wettelijk voorliggende voorzieningen

Dit zijn wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg waarop de verzekerde is aangewezen kan worden bekostigd of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven. Er is dan geen aanspraak mogelijk op de AWBZ. Het gaat er om dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort, bijvoorbeeld onderwijs, Zvw of de Wmo. En dat die zorg op die titel bekostigd kan worden of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven. Als het verantwoordelijke orgaan in gebreke blijft, moet de verzekerde zich tot het orgaan wenden dat de voorziening moet leveren.

Dit geldt onder meer voor de volgende wetten: Wmo, Zvw (prestatie hulpmiddelenzorg), de Wet op de Jeugdzorg, de WIA. Verder de onderwijswetgeving, de Regeling subsidiëring ADL-clusters en ADL-assistentie et cetera.

Wmo

Maatschappelijke participatie is geen aanspraak in de AWBZ meer. De Wmo kent dit doel wel.

In de Wmo zijn negen prestatievelden (beleidsterreinen) gedefinieerd waarop de gemeente voorzieningen dient te treffen. Per prestatieveld staan hieronder enkele voorbeelden die duidelijk maken om wie of wat het gaat.

Tabel: Prestatievelden Wmo	
Prestatieveld Wmo	Voorbeelden
1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.	Club- en buurthuizen, inloopcentra, wijkactiviteiten, sport, hangplekken, jeugdhonken, bankjes, hondenuitlaatplekken, speelplekken, sociaal cultureel werk, culturele activiteiten, netwerken voor contacten met mensen in kwetsbare positie, bevorderen van contacten, verenigingsleven, werk met migrantengroepen, welzijnswerk ouderen, veiligheid, stadswachten.
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en ouders met problemen met opvoeden.	Peuter- en kinderopvang, buitenschoolse opvang, spijbelen, gezinscoaches, netwerken voor jongeren, trapveldjes, jongeren- en straathoekwerk, algemene jeugdvoorzieningen, jeugdcriminaliteit, buurtvaders, HALTprojecten.
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning.	Eén loket, voorlichtingsmateriaal, buurtwinkels, ouderenadviseurs, slachtofferhulp, rechtshulp. Het ene loket vormt de toegang tot alle voorzieningen (Wmo, AWBZ, wonen, welzijn). Hier wordt ook de indicatiestelling geregeld en de hoogte van de eigen bijdrage vastgesteld met een maximum, afhankelijk van inkomen. In relatie tot dit prestatieveld worden ook cliëntenparticipatie en/of burgerparticipatie geregeld en de afhandeling van klachten.
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers.	Vrijwillige hulpdiensten, klussendienst, steunpunt mantelzorg, organiseren van respijtzorg, vrijwilligerscentrale, mantelzorgmakelaar, vacaturebank, gavenggericht werken, ouderparticipatie op scholen, cursussen voor vrijwilligers, zelfhulpgroepen, buddy- en maatjesprojecten.
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem.	Maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, minimabeleid, voorzieningen voor ouderen, toegankelijkheid openbare ruimte en gebouwen en openbaar vervoer, aangepast en levensloopbestendig bouwen, werkprojecten voor ex-psychiatrische patiënten en ex-gedetineerden, zorgboerderijen. Het gaat hier vooral om algemene voorzieningen. Soms zal een relatie gelegd worden met de Wet Werk en Bijstand en is sociale activering een stap in de richting van arbeid/participatiebanen.
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer.	Hulp bij huishoudelijke zorg, rolstoelen, scootmobielen, vervoersvoorzieningen, woonvoorzieningen, begeleiding zelfstandig wonen, dagbesteding, ouderen, maaltijdvoorziening, sociale alarmering, hulpverlening van maatschappelijk werk. Het gaat hier om individuele voorzieningen. Zorg kan verleend worden in natura of als persoonsgebonden budget of als combinatie van beide. Het compensatiebeginsel verplicht gemeenten om mensen met beperkingen, door het treffen van voorzieningen, een gelijkwaardige uitgangspositie te verschaffen zodat zij zelfredzaam zijn en in staat tot maatschappelijke participatie.
7. Maatschappelijke opvang.	Advies- en steunpunten en opvang i.v.m. huiselijk geweld, dag- en nachtopvang voor dak en thuislozen, zwerfjongeren, crisisopvang, vrouwenopvang Deze taak is doorgaans geconcentreerd in een centrumgemeente; idem prestatievelden 8 en 9.
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg.	Meldpunt voor signaleren van crisis, een combinatie van psychiatrische problemen, schulden, verslaving en isolement; sociaal kwetsbaren, verkommerden en verloederden, zorgmijders, draaieurcliënten.
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.	Verslavingszorg- en preventie, GGD, alcohol, drugs, medicijnen, gokverslaving, activiteiten om overlast te bestrijden, gebruikersruimten.

Uit deze opsomming blijkt dat het met name de prestatievelen 2, 4, 5, 6 en 7 zijn waarop de afbakening met de AWBZ moet plaatsvinden. Vooral de (algemene of collectieve) voorzieningen die op prestatievelen 5 bestaan, zijn van belang.

Afbakening Wmo Hulp bij het Huishouden en de functie Begeleiding

Bij Hulp bij het Huishouden gaat het om het **overnemen van huishoudelijke taken** al dan niet in combinatie met het **overnemen van de organisatie van deze taken**.

Wanneer de verzekerde deze huishoudelijke taken wel zelf kan uitvoeren maar iemand anders moet toezien/ stimuleren (score 1 van de beperkingen op huishoudelijk leven) en de hulpverlener moet tijdens het uitvoeren van deze huishoudelijke taken aanwezig zijn, dan behoort deze ondersteuning tot de compensatieplicht van de Wmo. Dit ook wanneer de verzekerde deze huishoudelijke taken soms wel of soms niet zelf kan uitvoeren.

In het geval de hulp bij de regie/structuur van het huishouden zich richt op het plannen, stimuleren en voorbespreken van deze huishoudelijke taken, waarna de verzekerde die taken dan zelf uitvoert, dan is deze hulp een aanspraak op Begeleiding. De verzekerde heeft op basis van een grondslag/aandoening beperkingen bij de sociale redzaamheid en/of psychisch functioneren.

Zvw

Zorg die medisch specialisten plegen te bieden behoort tot de geneeskundige zorg die in het kader van de Zvw is verzekerd [Artikel 2.4 Besluit Zvw]. De behandeling is niet beperkt tot de medische interventies, maar omvat (afhankelijk van de aard van de ingreep) in de Zvw ook de nodige begeleiding [RZA 2006, 187; RZA 2008, 58]. Als de noodzaak van psychische begeleiding pas na verloop van langere tijd optreedt, behoort dit niet meer tot de eigenlijke medische behandeling en kan de verzekerde wél aanspraak op AWBZ-zorg hebben [RZA 2007, 23].

De aanvullende verzekering is geen Zvw en is hiermee ook geen wettelijk voorliggende voorziening. Het staat mensen vrij zich aanvullend te verzekeren of niet. Als mensen deze verzekering hebben dan heeft dit een algemeen gebruikelijk karakter en moet hier indien aanwezig en dit ook een redelijke oplossing biedt gebruik van worden gemaakt. Een voorbeeld van een aanvullende verzekering is mantelzorgvervangend (bijvoorbeeld Handeninhuus).

Wet op de kinderopvang

De Wet kinderopvang gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ouders, overheid en werkgevers. Het ministerie van OCW¹⁷ is verantwoordelijk voor het kinderopvangbeleid. De overheid regelt sinds 2007 de werkgeversbijdrage voor kinderopvang. Ouders kunnen een kinderopvangtoeslag ontvangen. Het gaat om werkende ouders en ouders die een studie of traject volgen om aan het werk te gaan en die gebruik maken van formele kinderopvang. Het gebruik van deze regeling is voorliggend op kinderopvang en de zorg voor gezonde kinderen en kinderen met beperkingen vanuit de AWBZ, bij uitval van (een van) de ouders. De BG die buiten dit werk/onderwijs om als gebruikelijke zorg wordt beschouwd, kan gedurende de tijd dat de ouders werken/onderwijs volgen niet worden geïndiceerd.

Wet op de jeugdzorg

- Opvoedingsondersteuning
- Medisch kinderdagverblijf

Het medisch kinderdagverblijf of kleuterdagverblijf (MKD) is voor kinderen van nul tot zeven jaar. Op het MKD kunnen kinderen terecht die ziek zijn, een lichamelijke of verstandelijke beperking hebben, gedragsproblemen hebben of ontwikkelingsstoornissen door extreme vroeggeboorte hebben en waarbij opvoedingsproblematiek aan de orde is. Het gezin wordt tijdelijk ontlast door het gedeeltelijk vervangen van de opvoedingssituatie en medische zorg door het MKD. Het kind wordt onderzocht en er wordt een behandelplan opgesteld. Welke zorg het kind krijgt hangt van de problemen af. In het MKD zijn behandelteams, die het kind kunnen helpen. Er werken bijvoorbeeld een logopedist, een fysiotherapeut, een orthopedagoog, een psycholoog en groepsleid(st)ers.

17 OCW: onderwijs, cultuur en wetenschap

Onderwijs

Als een kind een grondslag heeft voor AWBZ-zorg, kan het binnen het onderwijs in aanmerking komen voor de functie begeleiding indien er sprake is van matige of zware beperkingen op het terrein van:

- a. de sociale redzaamheid;
- b. het bewegen en verplaatsen;
- c. het psychisch functioneren;
- d. het geheugen of de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertoont.

In algemene zin geldt daarbij het volgende.

Als een kind, vanwege een aandoening, stoornis en beperkingen, gedrag heeft dat het leren bemoeilijkt, valt de daarbij behorende begeleiding onder het onderwijs. Een concentratieprobleem of wegloupedrag van een kind leidt op zich dus niet tot een indicatie voor de functie BG-individueel tijdens onderwijs.

Als het gedrag de omgang met andere leerlingen bemoeilijkt kan BG ind in de vorm van toezicht zijn aangewezen. Te denken valt hierbij aan begeleiding bij “vrije” of praktijklessen als schoolzwemmen of schoolgym, bij de omgang met andere kinderen en/of bij spel.

Een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs voorziet in begeleiding van leerlingen tijdens het onderwijs. In relatie tot de functie Begeleiding betreft het de activiteiten (1) ondersteunen en aanbrengen van structuur c.q. het voeren van regie en (2) ondersteuning bij praktische vaardigheden en handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid en (4) oefenen met het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of het uitvoeren van handelingen die de zelfredzaamheid tot doel hebben.

Er kan, ten laste van de AWBZ-functie BG, wel (3) toezicht worden geïndiceerd voor de tijd dat het kind deelneemt aan onderwijs.

Overblijven

Er is op scholen voor basisonderwijs tijdens het overblijven geen aanspraak op de functie BG omdat de opvang van kinderen tussen de middag als een vorm van kinderopvang wordt beschouwd. De afwezigheid van ouders door werk of studie kan niet leiden tot een aanspraak op de functie BG in de middagpauzes (zie bijlage 3 Gebruikelijke Zorg).

Indien een ouder van een kind met een indicatie voor (voortgezet) speciaal onderwijs kiest voor regulier onderwijs, is de ouder verantwoordelijk voor passende opvang tijdens de middagpauze. Voor deze kinderen, die met een Rugzak naar het regulier onderwijs gaan, geldt dat zij door het CIZ als leerlingen van het speciaal onderwijs worden beoordeeld. Het (voortgezet) speciaal onderwijs biedt verplicht een continu rooster en daardoor is voor deze kinderen geen AWBZ-aanspraak op BG mogelijk tijdens de middagpauze.

Buitenschoolse opvang

Met ingang van 1 augustus 2007 zijn basisscholen verantwoordelijk voor het organiseren van buitenschoolse opvang.

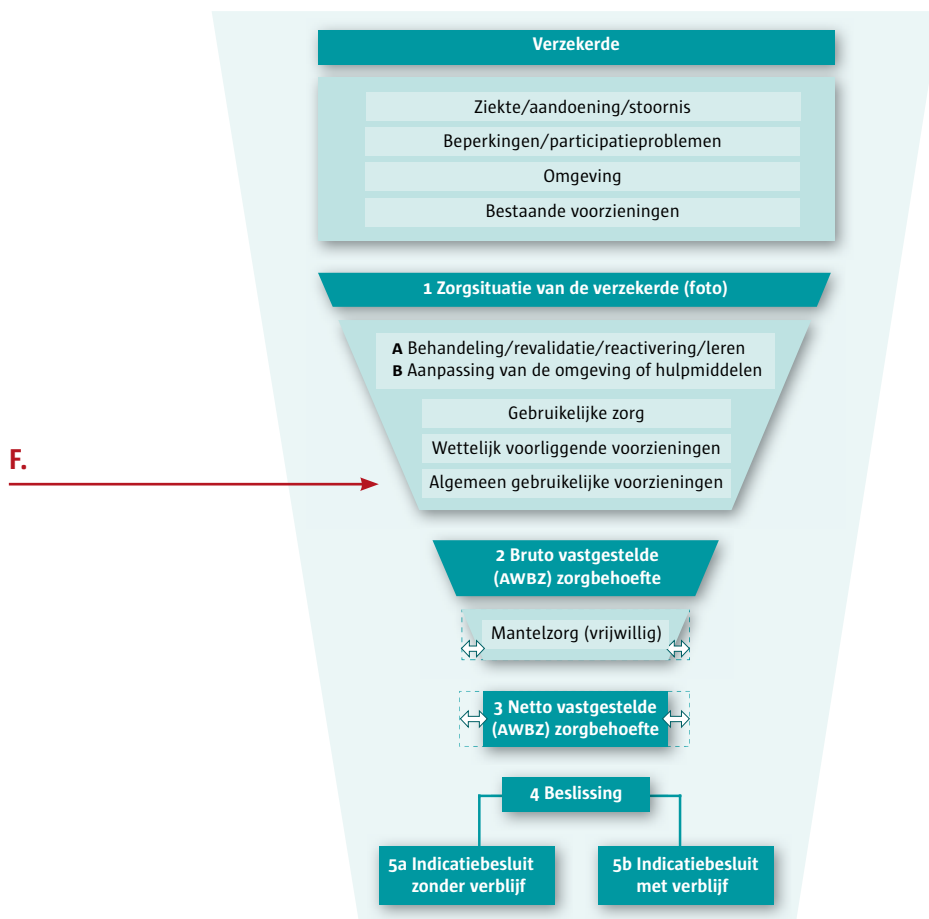
Scholen voor speciaal onderwijs hebben niet de verplichting om buitenschoolse opvang te organiseren. Voor de buitenschoolse opvang van leerlingen van scholen voor speciaal onderwijs is een AWBZ-indicatie voor de functie BG groep mogelijk, voor zover BG groep een ander doel dient dan kinderopvang.

Wsw

De Wet sociale werkvoorziening voorziet in de mogelijkheid aangepast werk te verrichten voor mensen die niet aan het reguliere arbeidsproces kunnen deelnemen. De begeleiding die is gericht op het uitvoeren van het werk komt ten laste van de Wsw. Voor zover iemand in staat is deel te nemen aan de Wsw-voorziening, is geen aanspraak op dagbesteding ten laste van de AWBZ.

Soms is iemand slechts in staat om enkele dagdelen deel te nemen aan de Wsw-voorziening. Het is dan mogelijk dat de verzekerde daarnaast voor enkele dagen is aangewezen op dagactiviteiten.

F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid

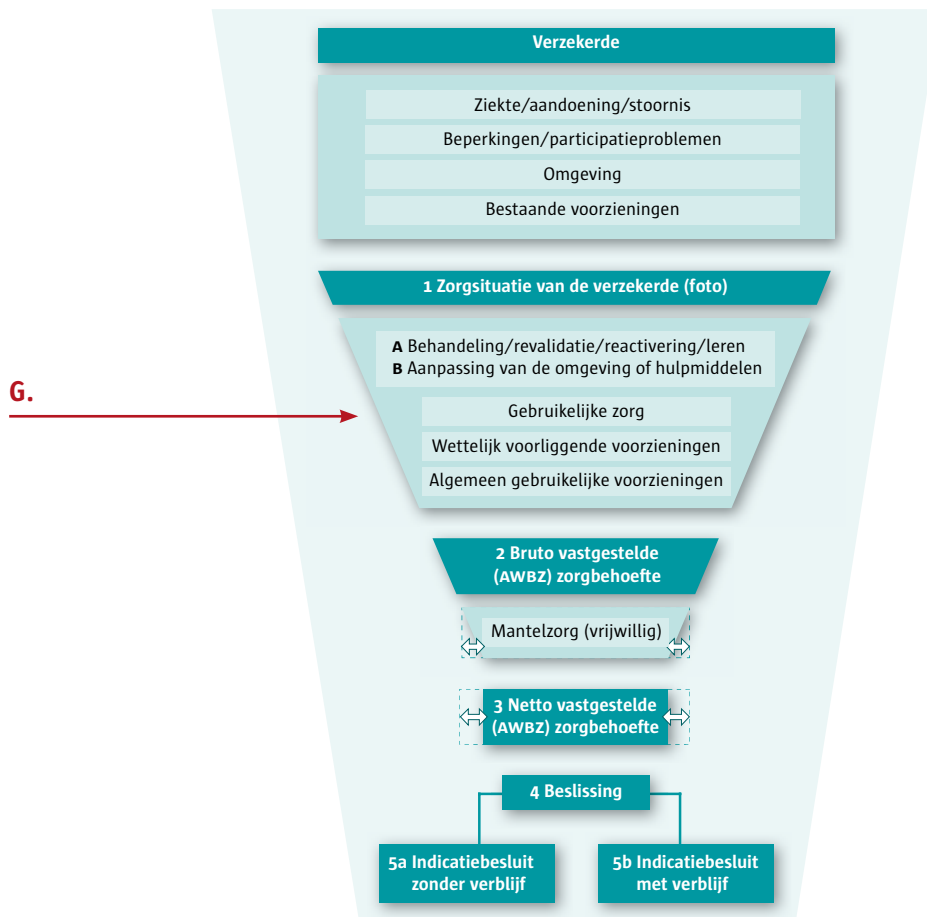


Niet bij wet gecreëerde voorzieningen buiten de AWBZ om in de zorgbehoefte te voorzien, zoals:

- alarmering;
- kinderopvang (anders dan bedoeld in de Wet Kinderopvang);
- vrijwilligers;
- Rode Kruis;
- cliëntondersteuning door MEE, bijvoorbeeld het geven van tips en adviezen over het zo zelfstandig mogelijk inrichten van het dagelijks leven;
- aanvullende verzekering op de Zvw. Zie 6.2 E. 'Wettelijk voorliggende voorzieningen'.

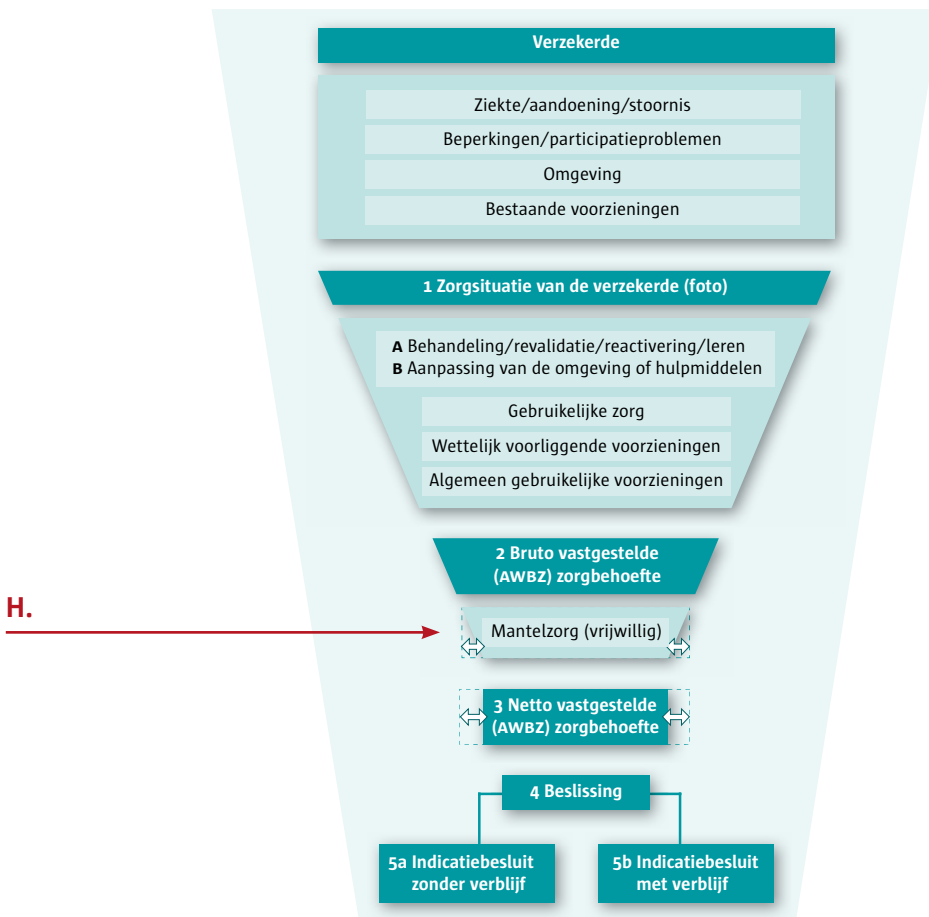
Deze voorzieningen gaan voor op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van verzekerde. Het gaat bijvoorbeeld om activiteiten die mensen normaal gesproken zelf betalen, zoals taallessen en computercursussen. Van verzekerden die daartoe in staat zijn, wordt ook actie en initiatief verwacht om hun netwerk in te schakelen en zo te voorzien in hun vraag naar zorg en dienstverlening.

G. Gebruikelijke zorg



Voor zover het gebruikelijk is dat partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten elkaar bepaalde zorg bieden, is verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg. Zie hiervoor de bijlage Gebruikelijke zorg en de toelichting bij de bijlage Gebruikelijke zorg.

H. Mantelzorg



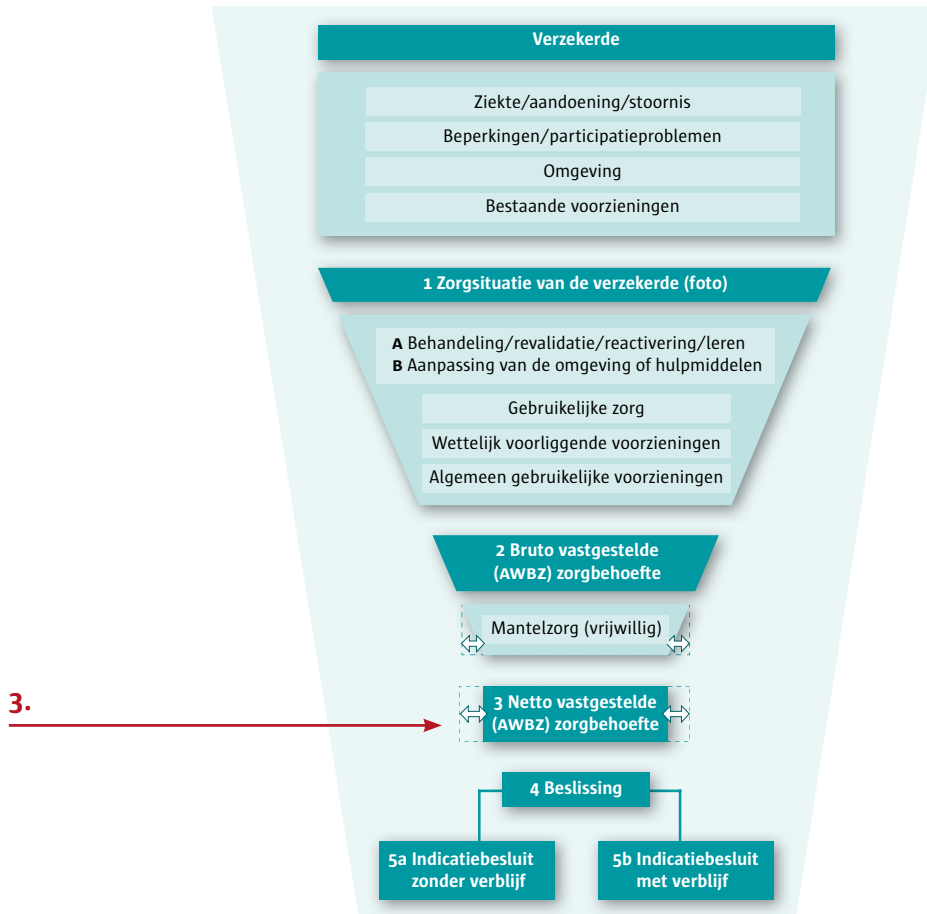
Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, maar door personen uit diens directe omgeving. Waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie. Voor het CIZ gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg, waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.

Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte zorg. Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat aanspraak op AWBZ-zorg. Dit geldt ook voor ouders die bovengebruikelijke zorg bieden aan hun kind. AWBZ-zorg is dan ook mogelijk, zonder dat ouders overbelast zijn of dreigen te worden. Ze zijn immers niet verplicht de bovengebruikelijke zorg te leveren. Bij de beoordeling van bovengebruikelijke zorg, wordt gebruikt gemaakt van de richtlijn die opgenomen is in de bijlage 3 van de Beleidsregels van VWS Gebruikelijke Zorg.

Wanneer voor de zorgvrager mantelzorg vrijwillig beschikbaar is, kan dat deel van de zorgaanspraak buiten het indicatiebesluit blijven. Daar hoeft geen professionele zorg vanuit de AWBZ voor ingezet te worden.

Bij mantelzorg is cliëntsovereiniteit van toepassing. Het staat de verzekerde vrij mantelzorg wel of niet te accepteren. Als een verzekerde niet geholpen wil worden door een mantelzorger die dit aanbiedt, kan de verzekerde dat weigeren. Er is dan aanspraak op AWBZ-zorg.

6.3 De functie Begeleiding



A. Omvang

Of de verzekerde is aangewezen op Begeleiding individueel of Begeleiding in groepsverband, wordt bepaald door de afweging wat zorginhoudelijk het meest doelmatig is. Begeleiding in groepsverband is voorliggend op Begeleiding individueel als hetzelfde doel wordt beoogd. In bijna alle gevallen gaat BG groep voor op BG individueel. Een voorbeeld van wanneer dit niet het geval is: wanneer het zorgdoel thuismonitoren is, dan is het niet doelmatig om BG groep te indiceren en wordt BG individueel geïndiceerd.

Ook als er medische contra-indicaties zijn voor Begeleiding in groepsverband, kunnen de activiteiten in de vorm van de aanspraak Begeleiding individueel worden geïndiceerd. Eén dagdeel Begeleiding in groepsverband staat hier niet gelijk aan vier uur Begeleiding individueel, maar is afhankelijk van het zorgdoel. Het gaat dan om personen waarvoor op medische gronden een contra-indicatie geldt voor deelname aan een groep geboden door een instelling, zoals infectiegevaar of ernstige energetische beperkingen.

Op basis van het zorgdoel voor de verzekerde kunnen Begeleiding individueel en Begeleiding in groepsverband gecombineerd zijn aangewezen. Bij de indicatiestelling wordt rekening gehouden met het feit, dat deze vormen van zorg niet op hetzelfde moment van de dag kunnen plaatsvinden. Voor het berekenen van de frequentie en omvang Begeleiding in groepsverband wordt in dit geval de dag/weekfrequentie en omvang Begeleiding individueel afgetrokken.

De omvang waarmee de Begeleiding wordt geïndiceerd is niet meer dan nodig om verantwoorde zorg te bieden.

Begeleiding individueel

Er is een maximale omvang vastgesteld voor de functie Begeleiding individueel (zie bijlage 1).

De omvang van de functie Begeleiding wordt vastgesteld in klassen, met daarin een bandbreedte in uren. De klassen zijn als volgt bepaald:

klasse 1:	0 – 1,9 uur	per week
klasse 2:	2 – 3,9 uur	per week
klasse 3:	4 – 6,9 uur	per week
klasse 4:	7 – 9,9 uur	per week
klasse 5:	10 – 12,9 uur	per week
klasse 6:	13 – 15,9 uur	per week
klasse 7:	16 – 19,9 uur	per week

N.B.: bij Palliatief Terminale Zorg wordt klasse 8 (20 – 24,9 uur per week) gebruikt. De eventuele benodigde additionele zorg wordt vanaf deze klasse berekend.

Begeleiding in groepsverband

Voor Begeleiding in groepsverband zijn de klassen vastgesteld in termen van dagdelen. Een dagdeel staat gelijk aan maximaal vier aaneengesloten uren.

De klassen zijn als volgt bepaald:

klasse 1:	1 dagdeel	per week
klasse 2:	2 dagdelen	per week
klasse 3:	3 dagdelen	per week
klasse 4:	4 dagdelen	per week
klasse 5:	5 dagdelen	per week
klasse 6:	6 dagdelen	per week
klasse 7:	7 dagdelen	per week
klasse 8:	8 dagdelen	per week
klasse 9:	9 dagdelen	per week

De omvang van de indicatie voor Begeleiding in groepsverband wordt bepaald door het doel van de zorg. Daarbij kan het gaan om:

1. het bieden van een dagprogramma met als doel al dan niet aangepaste vormen van arbeid (ook vrijwilligerswerk) of school te vervangen gedurende maximaal 9 dagdelen per week of;
2. het bieden van activiteiten met als doel een andersoortige vorm van dagstructurering dan arbeid of school (denk aan 65-plussers en naschoolse opvang) en tevens zelfredzaamheid en cognitieve capaciteiten en vaardigheden zoveel mogelijk te handhaven en/of gedragsproblematiek te reguleren gedurende maximaal 9 dagdelen per week;
3. toezicht in een instelling:
 - a. 's nachts in een instelling gedurende maximaal 7 nachten per week. Met 'nachtopvang' wordt het sec doorbrengen van de nacht in een instelling bedoeld. Let op: er zijn maar weinig situaties waarin nachtopvang adequaat is voor de verzekerde en dit kan worden geïndiceerd (bijvoorbeeld MS-patiënt). In die situaties waarbij een verzekerde een langere periode dan alleen de nacht in de instelling wordt opgevangen (verzekerde komt in de middag aan en vertrekt in de loop van de ochtend) en de zorg op meer momenten plaatsvindt dan alleen het naar bed brengen en het uit bed halen, wordt Verblijf geïndiceerd. NB: ook bij nachtopvang in een instelling op basis van BG groep kan bij medische noodzaak het vervoer van en naar de instelling worden geïndiceerd.
 - b. overdag gedurende maximaal 9 dagdelen per week.

Wanneer Verblijf, BG groep en/of BG ind wordt geïndiceerd, kan dit voor maximaal 18 dagdelen (=3 etmalen =klasse 3 Verblijf) per week. In deze 18 dagdelen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar 9 dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan 7 dagdelen per week per 52 weken.

De dagactiviteiten zoals hiervoor vermeld onder 1 en 2 moeten programmatisch/methodisch zijn, gericht op het structureren van de dag, op praktische ondersteuning en op het oefenen van vaardigheden die de zelfredzaamheid bevorderen. Tijdens deze dagactiviteiten kan wel of niet kortdurende Behandeling gericht op

herstel en/of het aanleren van vaardigheden/gedrag nodig zijn. Wanneer deze behandeling nodig is, wordt naast Begeleiding in groepsverband Behandeling geïndiceerd.

Indien de verzekerde is aangewezen op Begeleiding in groepsverband gedurende een dagdeel in een instelling, omvat de zorg tevens Vervoer naar en van de instelling indien medisch noodzakelijk. Uitgangspunt bij het beoordelen van 'medisch noodzakelijk' is het gebrek aan zelfredzaamheid van de verzekerde. Uitzondering: voor kinderen tot twaalf jaar die zijn aangewezen op Begeleiding in groepsverband, wordt aangenomen dat er een medische noodzaak is voor vervoer naar BG groep en daarom wordt altijd een indicatie gesteld voor vervoer.

Begeleiding in groepsverband bevat ook alle PV en BG individueel, die tijdens de Begeleiding in groepsverband moet worden gegeven. Voor VP geldt dat dit onderdeel is van de zorg, als het gaat om een grondslag voor Begeleiding die tevens toegang geeft tot VP. Indien de verzekerde op basis van zijn grondslag voor Begeleiding wettelijk gezien geen toegang heeft tot de functie Verpleging kan, op basis van een bijkomende grondslag die wel toegang geeft tot Verpleging, deze indien noodzakelijk aanvullend op dit pakket worden geïndiceerd.

Indien verzekerde is aangewezen op Begeleiding in groepsverband en tevens is aangewezen op een vorm van Behandeling zoals bedoeld in artikel 8 van het Bza en beschreven in bijlage 7 van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ, dan wordt in het indicatiebesluit naast Begeleiding in groepsverband ook 'Behandeling' geïndiceerd. Ter toelichting hierop het volgende: Als een verzekerde zowel een aanspraak heeft op Begeleiding in groepsverband als op Behandeling, dan kunnen deze beide aanspraken leiden tot de levering van een dagactiviteit waar ook 'Behandeling' plaatsvindt. Een eventueel verschil tussen de vorm en omvang van Behandeling binnen de te leveren dagactiviteit en de voor de individuele verzekerde noodzakelijke vorm en omvang van Behandeling, wordt in onderling overleg tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder bepaald. Dit omdat de vorm en de omvang van Behandeling geen onderdeel uitmaken van het indicatiebesluit.

B. Geldigheidsduur

Een indicatie heeft een bepaalde geldigheidsduur. De maximale geldigheidsduur is vijf jaar. Voor de bepaling van de duur gelden de volgende criteria:

1. veranderlijkheid (prognose) van de beperkingen van de verzekerde op basis van de diagnose, die is vastgesteld door een daartoe bevoegd persoon;
2. veranderlijkheid van de woonomstandigheden en de samenstelling van het huishouden van verzekerde;
3. het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak.

Daarnaast geldt een maximum van 1 jaar in geval van 'oefenen' per (gedrags)vaardigheid.

C. Gemiddelde tijden per BG-handeling (zie bijlage bij dit hoofdstuk)

De gemiddelde tijd bevat de tijdsbesteding die direct gemoeid is met de directe zorg/handeling. Maar ook het binnen komen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en het vertrekken (indirecte zorg).

D. Leveringsvorm

De verzekerde kan kiezen uit de leveringsvormen:

- Zorg in Natura (ZIN);
- Persoonsgebonden budget (Pgb).

De leveringsvorm kan voor Begeleiding individueel en Begeleiding in groepsverband verschillend zijn.

De leveringsvorm is een verplicht item, waarbij de voorkeur van de verzekerde genoemd wordt in de beschikking.

Het maakt geen juridisch onderdeel uit van het indicatiebesluit. De verzekerde kan het bij het zorgkantoor aangeven als hij de leveringsvorm gewijzigd wil hebben.

E. Leveringsvoorwaarden

Dit is een advies van het CIZ aan het zorgkantoor en de zorgaanbieder over de zorgverlening. Hierbij gaat het om de (on)planbaarheid van de zorg of de nabijheid van de zorgverlener ten opzichte van de verzekerde.

6.4 Specifieke punten

Toezicht bij vervoer

Er kan vanuit de AWBZ geen toezicht tijdens het vervoer worden geïndiceerd. Ook niet naar Begeleiding in groepsverband. Er mag namelijk worden aangenomen dat het niveau van het vervoer (inclusief de toezicht) naar deze zorg is aangepast aan de verzekerden die worden vervoerd.

Wanneer reguliere alarmering tekort schiet bij leerlingenvervoer, zal altijd sprake zijn van medisch specialistische verpleging. Het noodzakelijk toezicht/leveringsvoorwaarde is dan ook onderdeel van de Zwv. Een uitzondering hierop is thuisbeademing. Deze uitzonderingsmogelijkheid is beschreven in de werkinstructie thuisbeademing.

Respijtzorg

Respijtzorg doet zich voor in situaties waarin de huisgenoot, partner of ouder gebruikelijke zorg op zich dient te nemen, maar daartoe niet in staat is wegens (dreigende) overbelasting, die hij anderszins niet kan opheffen. Alleen dan kan in de AWBZ-aanspraak van de verzekerde op titel van respijtzorg, de zorg die als gebruikelijke zorg moet worden beschouwd, worden meegenomen. Het gaat dan om indiceerbare zorg als woont de verzekerde zonder gebruikelijke zorg.

De belastbaarheid vanwege de gezondheid van de ouder, partner of huisgenoot dient te worden beoordeeld door of onder verantwoordelijkheid van een arts (zie ook de toelichting op de bijlage Gebruikelijke zorg).

BG

Als is vastgesteld dat de ouder(s) of partner of andere huisgenoten in de thuissituatie overbelast is/zijn of dit ten gevolge van het bieden van Begeleiding dreigt te raken en daarom niet meer in staat is/zijn de gebruikelijke zorg te leveren, dan dient deze gebruikelijke zorg eigen mogelijkheden en/of voorliggende voorzieningen te zoeken om de overbelasting op te heffen.

Als dit onvoldoende oplossing biedt, kan een AWBZ-indicatie gesteld worden, waarin de Begeleiding-taken tijdelijk worden overgenomen. Indien er al een AWBZ-indicatie Begeleiding is en de partner, ouder, volwassen kind en/of andere huisgenoot deze zelf levert, dan is het voorliggend om de zorg door (andere) zorgverleners uit te laten voeren/in te kopen.

PV/VP

Als alleen het overnemen op titel van respijtzorg van PV/VP-taken -bijvoorbeeld bij verzekerden met gedragsproblematiek- onvoldoende oplossing biedt, dan kan toezicht worden geïndiceerd. Het toezicht wordt in de meeste gevallen geïndiceerd in de vorm van (tijdelijk) Verblijf of BG groep: toezicht in een instelling zal in deze gevallen doelmatiger zijn dan in de thuissituatie in de vorm van BG individueel.

Omvang en geldigheidsduur

Wanneer Verblijf, BG groep en/of BG ind als respijtzorg wordt geïndiceerd kan dit voor maximaal 18 dagdelen (= 3 etmalen = klasse 3 Verblijf) per week. In deze 18 dagdelen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school en (medische) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar 9 dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan 7 dagdelen per week per 52 weken.

Het indicatiebesluit waarbij sprake is van respijtzorg, wordt in eerste instantie afgegeven voor een half jaar. Gedurende dit half jaar wordt onderzocht hoe de overbelasting zich ontwikkelt en wat er is geprobeerd om het op te lossen.

Bijlage bij hoofdstuk 6

De gemiddelde tijd bevat de tijdsbesteding die direct gemeoid is met de directe zorg/handeling. Maar ook het binnen komen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en vertrekken (indirecte zorg).

De frequentie waarmee de Begeleiding wordt geïndiceerd is niet meer dan nodig om verantwoorde zorg te bieden.

Tabel: gemiddelde tijd en frequentie van activiteiten			
Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Begeleiding	Frequentie	Gemiddelde duur per keer	(Maximale) omvang per week
(4.) Oefenen			1 – 3 uur ⁹
1. Het ondersteunen bij het aanbrengen van structuur , c.q. het voeren van regie en/of 2. Het ondersteunen bij praktische vaardigheden/handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid	1 à 2 x per week	60 – 90 minuten	1 - 3 uur Klasse 1 – 2
	3 à 4 x per week	30 – 90 minuten	1,5 - 6 uur Klasse 1 – 3
	5 à 6 x per week	15 – 90 minuten	1,25 - 9 uur Klasse 1 - 4
	1x per dag	15 – 90 minuten	1,75 - 9,9 uur Klasse 1 - 4
	2x per dag	15 – 45 minuten	3,5 - 9,9 uur Klasse 2 - 4
	3x per dag	15 – 30 minuten	5,25 - 9,9 uur Klasse 3 - 4
	4x per dag	15 – 20 minuten	7 - 9,9 uur Klasse 4
	1. en/of 2. + oefenen		
3. Het bieden van toezicht (zie tekst hieronder over onderwijs)			3,9 uur Klasse 2
1. en/of 2. + 3 ¹⁰			10 - 12,9 uur Klasse 5
1. en/of 2. + 3. + oefenen ¹¹			13 - 15,9 uur Klasse 6
1. en/of 2. +3. + zeer ernstige gedragsproblematiek (zie hieronder): gemotiveerd toekennen (wel of niet incl. oefenen)			19,9 uur Klasse 7
Voor Palliatief Terminale Zorg (PTZ) wordt de standaardnorm aangehouden.			56 uur (7 x 8 uur, inclusief klasse 8)
9 Oefenen gaat samen met activiteiten 1 en 2. De van toepassing zijnde tijd, wordt bij deze activiteiten opgeteld. De combinatie van deze tijden leidt tot de te indiceren klasse. 10 Door samenvallende activiteiten wordt voor de maximale omvang naar beneden afgerond 11 Zie vorige voetnoot.			

De mate van voorliggendheid van het (voortgezet) speciaal onderwijs op een AWBZ-aanspraak BG individueel voor de activiteiten (1) ondersteunen en aanbrengen van structuur c.q. het voeren van regie en (2) ondersteuning bij praktische vaardigheden en handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid en (4) oefenen met het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of het uitvoeren van handeling die de zelfredzaamheid tot doel hebben, is in omvang concreet benoemd in onderstaande tabel.

Tabel: gemiddelde tijd en frequentie van begeleiding activiteit		
Cluster		Begeleiding in minuten per week
Cluster I/Visueel gehandicapten	Speciaal onderwijs	218
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
Cluster II/Doof	Speciaal onderwijs	332
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
Cluster II/Slechthorend	Speciaal onderwijs	218
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
Cluster II/ ESM (Ernstige Spraak-/taalmoeilijkheden)	Speciaal onderwijs	218
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
Cluster II/ Doof/Slechthorend/ZMLK: (Zeer moeilijk lerende kinderen) **	Speciaal onderwijs	0
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
Cluster III/LG (Lichamelijk gehandicapte kinderen)	Speciaal onderwijs	0
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
Cluster III/LZ (Langdurig zieke kinderen)	Speciaal onderwijs	0
	Voortgezet speciaal onderwijs	0
Cluster III/ZMLK	Speciaal onderwijs	55
	Voortgezet speciaal onderwijs	30
Cluster III/LG/ZMLK*:	Speciaal onderwijs	185
	Voortgezet speciaal onderwijs	189
Cluster IV	Speciaal onderwijs	160
	Voortgezet speciaal onderwijs	0

Voor activiteit (3), het overnemen van toezicht, geldt dat dit als aanspraak BG-individueel kan worden geïndiceerd tot een maximum van klasse 2 onafhankelijk van de plaats waar dit nodig is. De ouders kunnen de keuze maken of de indicatie voor het toezicht thuis en/of elders (bijvoorbeeld tijdens onderwijs) wordt ingezet.

Zeer ernstige gedragsproblematiek

Het is alleen mogelijk om klasse 7 te indiceren wanneer sprake is van zeer ernstige gedragsproblematiek. Hiervan is sprake als op tenminste drie van de volgende vijf terreinen gemiddeld een 3¹⁸ wordt gescoord: oriëntatiestoornissen, stoornissen in psychisch functioneren, stoornissen op gebied van probleemgedrag/veiligheid, stoornissen in het psychisch (on-) welbevinden en beperkingen in de sociale redzaamheid.

18 Zie bijlage Algemeen, hoofdstuk 2 van de beleidsregels van deze indicatiewijzer



Hoofdstuk 7

Behandeling

Inhoudsopgave

7.1	Inleiding	96
7.2	Afbakeningskader Behandeling (BH) op basis van het trechtermodel	97
	A. Grondslagen	97
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	97
	C. Behandeling/revalidatie in het kader van de Zvw	103
	D. Aanpassingen van de omgeving	105
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	106
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen.	107
	G. Gebruikelijke zorg	108
	H. Mantelzorg	108
7.3	De functie Behandeling	109
	A. Omvang/vormen van Behandeling	109
	B. Geldigheidsduur	109
	C. Leveringsvorm	110
	D. Leveringsvoorwaarden	110
7.4	Specifieke punten	110

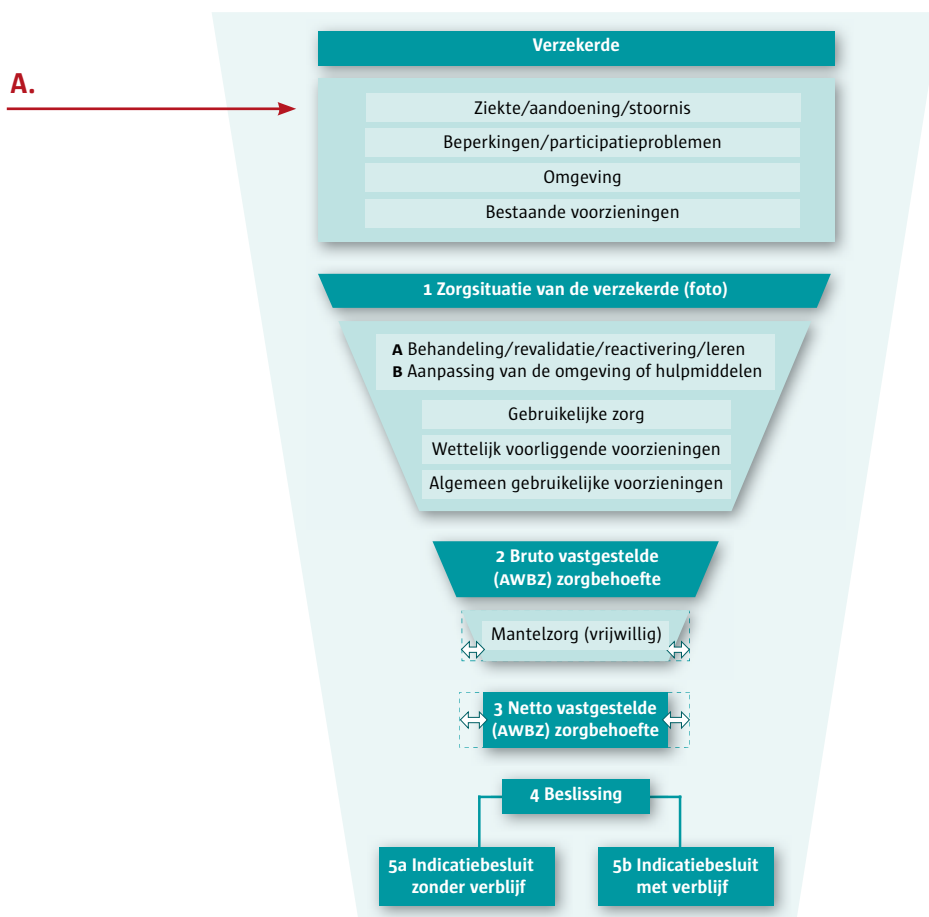
7.1 Inleiding

Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Behandeling (BG) beschreven. Dit hoofdstuk is met name gebaseerd op de Beleidsregels van VWS, Behandeling maar ook de inhoud van de andere delen van de beleidsregels van VWS zijn van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie BH.

7.2 Afbakeningskader Behandeling (BH) op basis van het trechtermodel

A. Grondslagen



De verzekerde kan toegang verkrijgen tot de functie Behandeling als er sprake is van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Wanneer sprake is van een psychiatrische aandoening, dan wordt alleen een indicatie voor Behandeling gesteld wanneer de verzekerde na 365 dagen Verblijf in verband met Behandeling nog steeds Verblijf nodig heeft.

B. Doelstelling/indicatiecriteria

Kenmerkend voor de AWBZ-functie behandeling (in relatie tot de Zvw-behandeling) is dat het gaat om specifieke behandeling. Met "specifiek" wordt bedoeld op de gerichtheid op specifieke doelgroepen in relatie tot de grondslagen waar het bij de AWBZ om gaat. Het gaat bij AWBZ-behandeling vooral om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM). Er bestaat complexe (multi-)problematiek waarbij specifieke deskundigheid noodzakelijk is, zoals van een verpleeghuisarts, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis (bijv. ergotherapeut, linguïst, logopedist, spraak/taal patholoog, orthoptist). Behandeling is gericht op herstel of het voorkomen van verergering van gevolgen/complicaties van de aandoening, of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis, al dan niet door het aanleren van vaardigheden/gedrag. De problematiek is dermate complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair AWBZ-team noodzakelijk zijn. Er is voortdurend afstemming nodig over hetgeen de verschillende disciplines doen, zodat monodisciplinaire behandeling in principe geen AWBZ-zorg is, behalve Behandeling in de zin van consultatie en medebehandeling.

Behandeling, hetzij vanuit het tweede compartiment (Zvw), hetzij vanuit het eerste compartiment (AWBZ), verdient de voorkeur boven het inzetten van andere zorg. Het verbeteren van een aandoening, stoornis of beperking bevordert het optimaal functioneren van de verzekerde. Dit geniet de voorkeur vanuit de kwaliteit van de zorg, en kan er ook toe leiden dat de vraag naar andere zorg afneemt.

Het gaat bij AWBZ-behandeling om:

- aanvullende functionele diagnostiek;
- kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag;
- consultatie;
- medebehandeling;
- continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg).

Als er sprake is van Behandeling gepaard gaande aan Verblijf in dezelfde instelling, dan heeft verzekerde ook aanspraak op de aanvullende voorzieningen, zoals geformuleerd in artikel 15 Bza.

Als er sprake is van het consulteren, door een huisarts of medisch specialist, van een aan de instelling verbonden verpleeghuisarts of een arts verstandelijk gehandicapten ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde, dan valt dit buiten de indicatiestelling door het CIZ.

Aanvullende functionele diagnostiek

Dit element van de functie Behandeling komt voor in de vorm van:

- aanvullende functionele diagnostiek ter verheldering van chronische problematiek;
- onderzoek naar de precieze aard en ernst van de beperkingen;
- en/of het formuleren van een zorg- of behandelplan.

Basisdiagnostiek is gericht op het stellen van de medische diagnose, inclusief het stadium van de ziekte, de stoornissen, en om een indruk te krijgen van de beperkingen, de prognose en de sociale context. De uitkomst ervan is de diagnose en een (globale) indruk van het functioneren van de patiënt. Deze vorm van diagnostiek behoort in z'n geheel tot het tweede compartiment (Zvw). De behandeling vanuit het tweede compartiment grijpt primair aan op de stoornissen.

Na de basisdiagnostiek kan aanvullende functionele diagnostiek nodig zijn, in het bijzonder bij complexe problematiek. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingenniveau van de verzekerde, het onderzoeken welke behandeldoelen haalbaar zijn en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren van de verzekerde voor zover mogelijk, voorkomen van verergering van beperkingen en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid). Op basis hiervan kan vervolgens een behandelplan worden op- of bijgesteld. De aanvullende functionele diagnostiek is specifiek gericht op de AWBZ grondslag en kan bij alle grondslagen aan de orde zijn. Daarbij is er vaak sprake van co-morbiditeit, die van invloed is op de behandeling.

Meer nog dan in de 'cure' is in de 'care' de relatie tussen oorzaken en gevolgen vaak niet duidelijk, waardoor nogal eens behoefte bestaat aan aanvullende functionele diagnostiek, ook tijdens het verloop van de aandoening. Omdat de noodzaak voor deze vorm van Behandeling altijd tijdelijk is, is de indicatieduur voor deze vorm van Behandeling minimaal drie maanden en maximaal een jaar. Hierbij wordt opgemerkt, dat de aanvullende functionele diagnostiek als zodanig niet langer dan drie maanden hoeft te duren, maar dat het wel nodig kan blijken aansluitend daarop, conform het opgestelde behandelplan, over te gaan op de andere vorm van Behandeling die in deze toelichting beschreven wordt.

Kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag

Tot deze vorm van behandeling in het kader van de AWBZ wordt de behandeling gerekend die gericht is op het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag (dit werd tot voor kort tot de functie Activerende Begeleiding gerekend) als dit een programmatische aanpak vereist, waarvoor specifieke deskundigheid nodig is, namelijk die van een AWBZ-behandelaar. Door het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag kan verzekerde in staat zijn om (toekomstige) verergering te voorkomen. De nieuw aan te leren vaardigheden richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen.

Het door oefenen beter leren omgaan met recent aangeleerde vaardigheden of reeds langer bestaande vaardigheden wordt niet gerekend tot de functie Behandeling maar tot de functie Begeleiding.

Tot de criteria voor kortdurende behandeling in het kader van de AWBZ worden gerekend:

- a. het moet gericht zijn op herstel of het aanleren van vaardigheden of gedrag;
- b. en er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht;
- c. en er moet een behandelplan zijn;
- d. en de verzekerde dient leerbaar/trainbaar te zijn;
- e. en er dient van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake te zijn, gecoördineerd door een hoofdbehandelaar;
- f. en de te geven behandeling dient een door de beroepsgroep geaccepteerde methode te zijn;
- g. en de te geven behandeling dient programmatische en doelmatig te zijn;
- h. en voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk die van een AWBZ-behandelaar;
- i. en naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de ZVW-aanspraken (tweede compartiment) vallen.

Ad b. Er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn

Kortdurende behandeling gericht op herstel of het aanleren van vaardigheden of gedrag, moet steeds gepaard gaan met een concreet en haalbaar behandeldoel. Er hoeft op dat moment niet noodzakelijkerwijze al een behandelplan te bestaan, al kunnen daar (wanneer iemand bijvoorbeeld vlak daarvoor opgenomen is geweest) vanuit de kliniek wel al aanzetten voor worden gegeven. Het stellen van de indicatie voor deze vorm van Behandeling in het kader van de AWBZ is dan ook bedoeld om het behandelplan verder vorm te geven (RZA 2007/140).

NB: Het opstellen van het behandelplan valt dan feitelijk onder de behandelvorm 'aanvullende functionele diagnostiek'. Beide vormen van Behandeling kunnen onderdeel uitmaken van één indicatiebesluit. Hiermee is het niet nodig om eerst een indicatiebesluit af te geven voor de behandelvorm 'aanvullende functionele diagnostiek' en daarna voor de behandelvorm 'kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag'.

Ad d. De verzekerde dient leerbaar/trainbaar te zijn

Een belangrijke voorwaarde voor deze vorm van behandeling is dat verzekerde leerbaar of trainbaar is. Is niet van leer- of trainbaarheid sprake, dan kunnen ook geen vaardigheden meer worden aangeleerd en komt verzekerde niet voor deze vorm van behandeling in aanmerking. Zo nodig wordt bij de behandelaar informatie opgevraagd over de leerbaarheid en het ontwikkelvermogen van verzekerde. Wanneer niet van leer- of trainbaarheid sprake is, komt wellicht continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg in aanmerking.

Ad e. Er dient van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake te zijn, gecoördineerd door een hoofdbehandelaar

Deze vorm van behandeling is gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag in een multidisciplinaire setting (kan zowel in de thuisituatie als in een zorginstelling), dus met een programmatische aanpak. Deze vorm van behandeling vindt veelal plaats nadat behandeling in het tweede compartiment (Zvw) heeft plaatsgevonden of na aanvullende functionele diagnostiek. Daarnaast kan iemand in het kader van de Zvw een revalidatietraject hebben doorlopen, maar nog extra behandeling behoeven voor het aanleren van specifieke vaardigheden in een multidisciplinaire zorgsetting. Een vervolgttraject in monodisciplinaire zin, bijvoorbeeld nog enkele keren naar de fysiotherapeut of nog enkele keren naar de logopedie, behoren tot het tweede compartiment. De vraag of een bepaalde behandeling mono- of multidisciplinair van karakter moet zijn is ter beantwoording door de hoofdbehandelaar (AWBZ-behandelaar).

Het begrip (hoofd)behandelaar behoeft enige toelichting. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de (klinisch) behandelaar, die verzekerde voor voortgezette behandeling in het kader van de AWBZ doorverwijst (en daarmee impliciet te kennen geeft dat monodisciplinaire behandeling geen optie is) en de hoofdbehandelaar, die vervolgens de behandeling in multidisciplinaire setting vorm gaat geven. Wie als hoofdbehandelaar optreedt en het multidisciplinaire team dat de zorg gaat geven coördineert, is voor de indicatiestelling minder van belang.

Van belang is dat de behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting wordt gegeven en dat een van de leden van het multidisciplinaire team als hoofdbehandelaar optreedt en aldus coördinerend is.

Ad g. De te geven behandeling dient programmatisch en doelmatig te zijn

Behandeling moet doelmatig zijn. Bij het indiceren van behandeling wordt in de afweging meegenomen of, gelet op de duur en frequentie van de behandeling die nodig is voor het te behalen effect, sprake is van doelmatigheid.

Daarnaast heeft het CVZ in RZA 2007/133 gesteld dat een verzekerde uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs niet kan zijn aangewezen op zorg die niet voldoet aan de eis van stand der wetenschap en praktijk. Interventies waarvoor geen enkele “evidence” bestaat, kunnen daarom niet als doelmatige zorgverlening gelden (bijvoorbeeld neurofeedback, alternatieve geneeswijzen).

Ad i. Naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen

Sommige behandelingen maken weliswaar onderdeel uit van een multidisciplinair behandeltraject vanuit de behandelkliniek, maar worden bekostigd vanuit het tweede compartiment (Zvw). Er blijft in die gevallen een directe relatie met de kliniek bestaan, dat wil zeggen dat het behandeltraject nog niet is afgesloten. In deze gevallen, zoals bijvoorbeeld psychische ondersteuning bij genderidentiteitsproblematiek, die een integraal onderdeel uitmaakt van het multidisciplinair behandeltraject van de medisch-specialistische behandeling, is deze behandeling voorliggend op AWBZ-zorg. Naar aard en inhoud kan de beoogde behandeling niet gaan om zorg uit het tweede compartiment. Hulp die kan worden geboden door bijvoorbeeld logopedisten gaat voor op AWBZ-zorg, tenzij deze zorg beantwoordt aan het AWBZ-uitgangspunt van complexe problematiek die specifieke deskundigheid en een programmatische aanpak vereist en noodzakelijkerwijze in multidisciplinaire setting gegeven moet worden.

Bij deze component van de functie Behandeling is het onderscheid tussen eerste en tweede compartiment soms niet duidelijk. Het is dan ook zaak steeds voor ogen te houden dat alle zorg die is verzekerd in het tweede compartiment alleen Zvw-zorg kan zijn. Daarnaast is het zaak steeds voor ogen te houden wat artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken hierover zegt, namelijk dat het gaat om een door een ‘instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke, of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap’.

Voor zover de zorg valt onder zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden is het Zvw. Daarna kan revalidatie nodig zijn. Er is zowel verpleeghuisrevalidatie als revalidatie in een revalidatiecentrum mogelijk. Om te bepalen of de verzekerde in aanmerking komt voor revalidatie in het revalidatiecentrum of voor verpleeghuisrevalidatie zijn de volgende criteria van belang:

- belastbaarheid voor het volgen van een intensieve therapie;
- leerbaarheid;
- perspectief op naar huis gaan;
- de noodzaak tot multidisciplinaire zorg.

Bij opname in een verpleeghuis is vaak sprake van co-morbiditeit. Bij opname in een revalidatiecentrum is vaak sprake van complexe revalidatieproblematiek.

Chronische aandoeningen

Onder kortdurende behandeling vallen (los van een voorgaand revalidatietraject) ook situaties van in principe (multipelen) chronische aandoeningen en een toenemende zorgbehoefte door toenemende beperkingen, waarbij door multidisciplinaire behandeling (vanuit een instelling) gedeeltelijk herstel, of verbetering van zelfredzaamheid bereikt kan worden. Het kan gaan om de gevolgen van een bijkomende aandoening, dan wel beperkingen die met de reeds bekende chronische problematiek samenhangen.

In dergelijke situaties zal er altijd, ondanks het chronische karakter van de aandoeningen en de algemene beperkingen, een kortdurende indicatie gesteld worden. Deze vorm van behandeling kan zowel (vanuit de instelling) in de thuissituatie als in de instelling worden gegeven. Als al een indicatie is afgegeven voor behandeling voor CSLM-zorg in verband met de chronische aandoening, is het niet nodig de indicatie aan te

passen als ook kortdurende behandeling nodig is. Het CIZ indiceert immers niet voor de omvang van Behandeling.

Consultatie

Doel van het consulteren door huisarts of medisch specialist van een AWBZ-behandelaar ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde, kan bijvoorbeeld dienen om advies te krijgen over de behandeling, de aanpak, of om een behandelplan op te stellen. De huisarts of specialist blijft medisch verantwoordelijk. De AWBZ-behandelaar is incidenteel betrokken.

In dit geval gaat het wel om monodisciplinaire zorg.

Als er sprake is van het consulteren door een huisarts of medisch specialist van een aan de instelling verbonden verpleeghuisarts of een arts verstandelijk gehandicapten ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde, valt dit buiten de indicatiestelling door het CIZ.

Als de AWBZ-behandelaar eenmalig wordt geconsulteerd, wordt gesproken van consultatie. Als het geven van advies bij een verzekerde structureel wordt, wordt gesproken van (tijdelijke) medebehandeling.

Medebehandeling

Als een verzekerde met complexe, specifieke problematiek thuis verblijft, omdat bijvoorbeeld mantelzorgers opname wensen te voorkomen, kan er sprake zijn van medebehandeling. De huisarts blijft medisch eindverantwoordelijk, maar de aan de instelling verbonden verpleeghuisarts of een arts verstandelijk gehandicapten in het kader van de AWBZ, behandelt het specifieke AWBZ-probleem.

Continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg)

Ook wanneer continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg nodig is, is voorwaarde voor het indiceren van de functie Behandeling dat sprake is van complexiteit van de hulpvraag of van de problematiek en dat voor beantwoording van die hulpvraag meerdere disciplines in onderlinge samenwerking moeten optreden en waarvoor substantiële en duurzame coördinatie door een hoofdbehandelaar noodzakelijk is.

Hierbij is veelal (vanuit een instelling) sprake van hoofdbehandelaarschap van de AWBZ-behandelaar en kan sprake zijn van verschillende behandelintensiteiten. De coördinatie van het behandelplan voor de specifieke AWBZ-problematiek ligt in handen van de hoofdbehandelaar. Een belangrijk verschil met medebehandeling is de continuïteit van de behandeling en het feit dat de regie over het behandelplan bij de hoofdbehandelaar ligt.

De intensiteit van de behandeling varieert, maar ook de betrokkenheid van de diverse disciplines. Het gaat bij de functie Behandeling in de AWBZ om behandeling in een multidisciplinaire setting waarbij sprake is van een hoofdbehandelaar die de coördinatie op zich neemt. Het maakt daarbij niet uit welke discipline dat doet: dat kan een arts, een gedragswetenschapper, een paramedicus of een psycholoog zijn. Verder wordt onder multidisciplinair overleg niet verstaan het nu en dan bijeen komen van een aantal disciplines, maar wel het onder de coördinatie van een hoofdbehandelaar regelmatig overleggen over de behandeling van een verzekerde. Of sprake is van een behandeling in multidisciplinaire setting onder regie van een hoofdbehandelaar moet blijken uit de wijze van samenwerken van de verschillende disciplines. Zijn er geen tekenen waaruit blijkt dat onder regie van een hoofdbehandelaar wordt samengewerkt, dan is dus ook geen sprake van inzet van zorg zoals voor de functie Behandeling in het kader van de AWBZ wordt bedoeld. Een goed voorbeeld van multidisciplinaire samenwerking is de intensieve behandeling, nodig bij een meervoudige handicap, waarbij zowel gedragskundige als medische en paramedische disciplines zijn betrokken.

Met deze vorm van de functie Behandeling wordt vooral invulling gegeven aan het tweede deel van hetgeen artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken zegt, namelijk dat behandeling dient ter 'voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap'. Deze vorm van behandeling zal vaak in instellingen gegeven worden.

Doelstelling van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg is veelal niet meer het werken

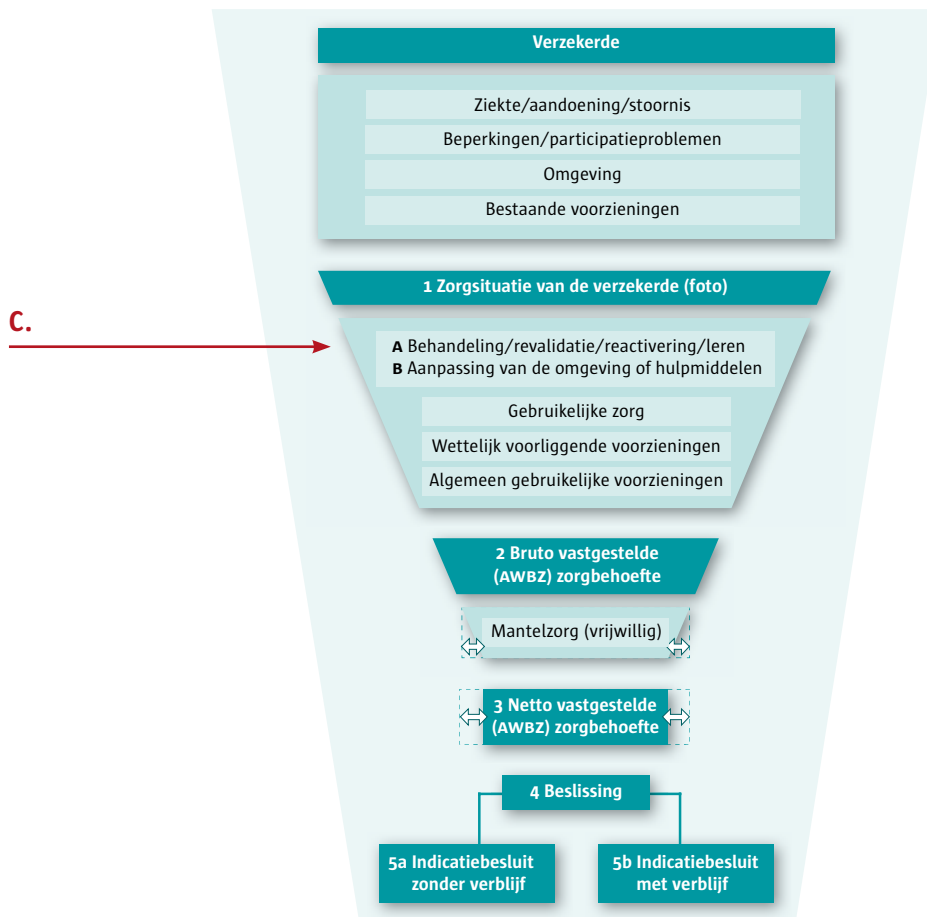
naar herstel, maar het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis (voorkomen of vertragen verergering).

Tot de criteria voor CSLM-behandeling in het kader van de AWBZ worden gerekend:

- a. het moet gericht zijn op het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis of het handhaven van aanwezige mogelijkheden;
- b. en er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn, waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht;
- c. en er moet een behandelplan zijn¹⁹;
- d. en er dient van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake te zijn gecoördineerd door een hoofdbehandelaar;
- e. en de te geven behandeling dient een door de beroepsgroep geaccepteerde methode te zijn;
- f. en de te geven behandeling dient programmatisch en doelmatig te zijn;
- g. en voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk een AWBZ-behandelaar;
- h. en naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen.

19 Het opstellen van het behandelplan valt feitelijk onder de behandelvorm 'aanvullende functionele diagnostiek'. Beide vormen van Behandeling kunnen onderdeel uitmaken van één indicatiebesluit. Hiermee is het niet nodig om eerst een indicatiebesluit af te geven voor de behandelvorm 'aanvullende functionele diagnostiek' en daarna voor de behandelvorm 'CSLM-zorg'.

C. *Behandeling/revalidatie in het kader van de Zvw*



Als Behandeling/revalidatie in het kader van de Zvw beperkingen kan opheffen of verminderen is dat voorliggend op andere zorg. Om dit te beoordelen, kan de medisch adviseur geraadpleegd worden. Conclusie is mogelijk dat de beperkingen geheel of gedeeltelijk op te heffen zijn. Op basis van deze conclusie kan geheel of gedeeltelijk ter compensatie zorg ingezet worden. Behandeling vanuit de Zvw is voorliggend op de AWBZ-behandeling: zie onder E. Wettelijke voorliggende voorzieningen. Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie).

Onderscheid Behandeling en Begeleiding

Onder **Behandeling** vallen activiteiten die gericht zijn op het verbeteren (tegengaan van verslechtering) van de met de grondslag samenhangende aandoening, stoornis of beperking. Daarbij hoort het verbeteren van algemene competenties en vaardigheden (zoals beheersen van gedrag, verbeteren van fysieke vaardigheden als conditie, bewegingsvermogen, en/of mentale vaardigheden als oriëntatievermogen, concentratievermogen et cetera). Het gaat om gerichte professionele interventies, waarvoor expertise op het niveau van een specifiek medicus (bijv. verpleeghuisarts, AVG), specifiek paramedicus (bijv. ergotherapeut), vaktherapeut (bijv. drama-/speltherapeut) of gedragswetenschapper (bijv. orthopedagoog, gz-psycholoog) noodzakelijk is. De Behandeling vindt plaats vanuit een instelling, onder coördinatie van een AWBZ-hoofdbehandelaar, met **specifieke** (op AWBZ-zorg gerichte) deskundigheid en is multidisciplinair. Dit geldt voor de behandelvormen ‘aanvullende functionele diagnostiek’, ‘kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’ en ‘Continue systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg’.

Het begeleiden bij het praktisch uitvoeren van concrete handelingen en gedrag is **Begeleiding**. Dat begeleiden houdt qua activiteiten in:

- het verder verbeteren van het praktisch handelen/regievoeren en het gedrag door oefening/inslijten en bijsturing/correctie in het dagelijks leven;
- het onderhouden ervan door herhaling, bijsturing/correctie;
- het overnemen van handelingen en regie en ingrijpen bij gedragsproblemen.

Aanleren en oefenen

Tot Behandeling in het kader van de AWBZ wordt ook de behandeling gerekend die gericht is op het **aanleren** van nieuwe vaardigheden of gedrag (dit werd tot voor kort tot de functie Activerende Begeleiding gerekend), als dit tenminste een programmatische en multidisciplinaire aanpak vereist waarvoor een AWBZ-behandelaar nodig is. Het betreft een complex probleem dat om bepaalde niet op zichzelf staande vaardigheden te kunnen aanleren een specifieke benadering vraagt. Bijvoorbeeld een verzekerde met een CVA moet opnieuw leren lopen en/of het zich leren voortbewegen in een rolstoel; de handfunctie moet worden verbeterd en/of de uitvoering van de activiteiten moet met de andere hand worden aangeleerd. Vanwege de afasie is het nodig om de spraak te verbeteren en/of een andere wijze van communiceren aan te leren. Bij de verbeteringen van de stoornissen/beperkingen behoort dan gelijktijdig het aanleren van op zichzelf staande vaardigheden die de zelfredzaamheid ten doel hebben zoals het (opnieuw) leren eten koken of het doen van boodschappen. Bij het aanleren van deze vaardigheden/ activiteiten zijn meerdere disciplines betrokken, zoals een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een logopedist. Dit alles onder coördinatie van de hoofdbehandelaar. Dit kan de verpleeghuisarts zijn. Tot het aanleren behoort, tijdens de behandelperiode, naast de training ook de herhaling.

Het door **oefenen** recent aangeleerde vaardigheden inslijten of bestaande vaardigheden in een andere situatie kunnen gebruiken, wordt niet gerekend tot de functie Behandeling, maar tot de functie Begeleiding. In geval van Begeleiding heeft de AWBZ-behandelaar zich kunnen terugtrekken en kan de zorg na enige instructie worden overgenomen door een persoon, niet zijnde een AWBZ-behandelaar.

Oefenen in de zin van Begeleiding kan ook aan de orde zijn wanneer de beperkingen als een gegeven worden beschouwd en er op basis van deze beperkingen op zichzelf staande praktische vaardigheden en gedrag wordt aangeleerd die de zelfredzaamheid ten doel hebben en er geen multidisciplinaire aanpak wordt vereist. Het gaat dan bijvoorbeeld om verzekerden met een vertraagde leerbaarheid waarvoor zorg vanuit de eerste lijn vanwege deze vertraagde leerbaarheid geen oplossing biedt. Dit leren van praktische vaardigheden/activiteiten en gedrag kan zowel ten goede komen aan de verzekerde als aan zijn directe omgeving. Denk hierbij aan het leren lopen met een blinde geleidestok aan een visueel gehandicapte en/of het zich binnen en rondom de woning kunnen oriënteren. De directe omgeving krijgt adviezen over de inrichting van de woonomgeving en de achtergrond hiervan. Ook kan worden gedacht aan het leren koken, wassen van kleding e.d. aan een verstandelijk gehandicapte, bijvoorbeeld bij het zelfstandig gaan wonen.

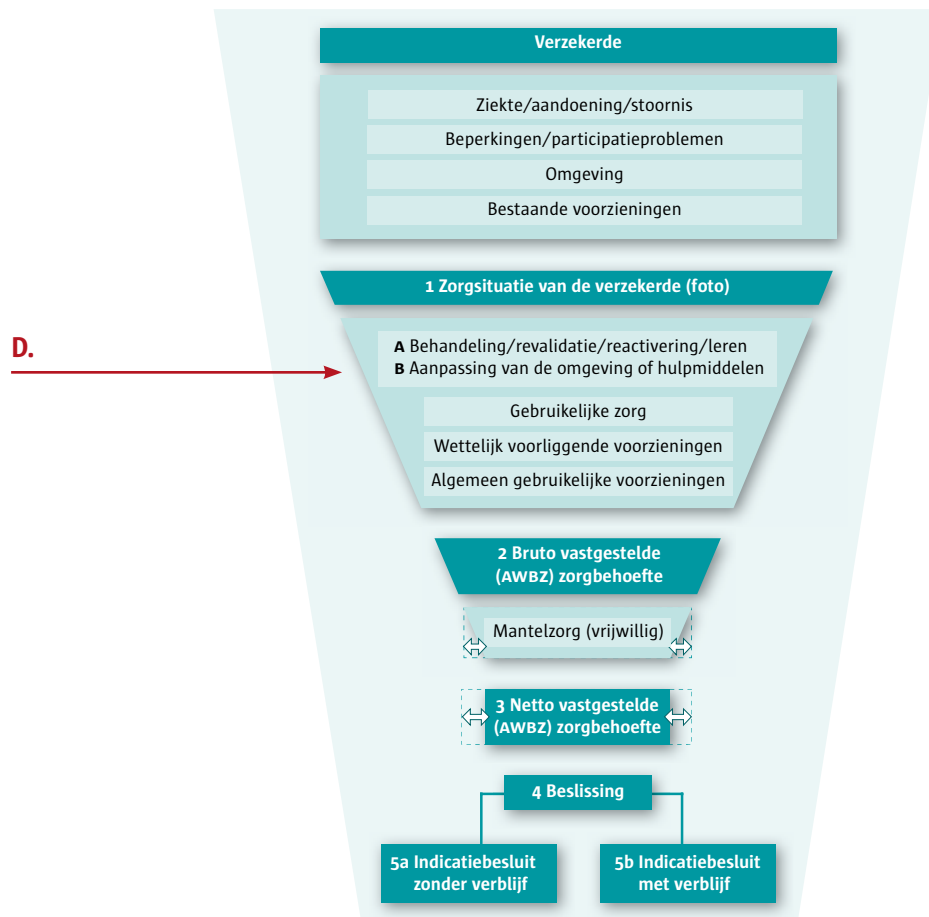
NB: tot de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zvw hoort ook een basale uitleg en training om met het hulpmiddel om te kunnen gaan. Als intensieve en langdurige training nodig is, kan AWBZ-zorg in de vorm van Begeleiding aan de orde zijn.

Naast elkaar indiceren

Begeleiding en Behandeling - gericht op dezelfde vaardigheid – kunnen naast elkaar worden geïndiceerd als een vaardigheid eerst nog moet worden overgenomen (BG) totdat deze is aangeleerd (BH).

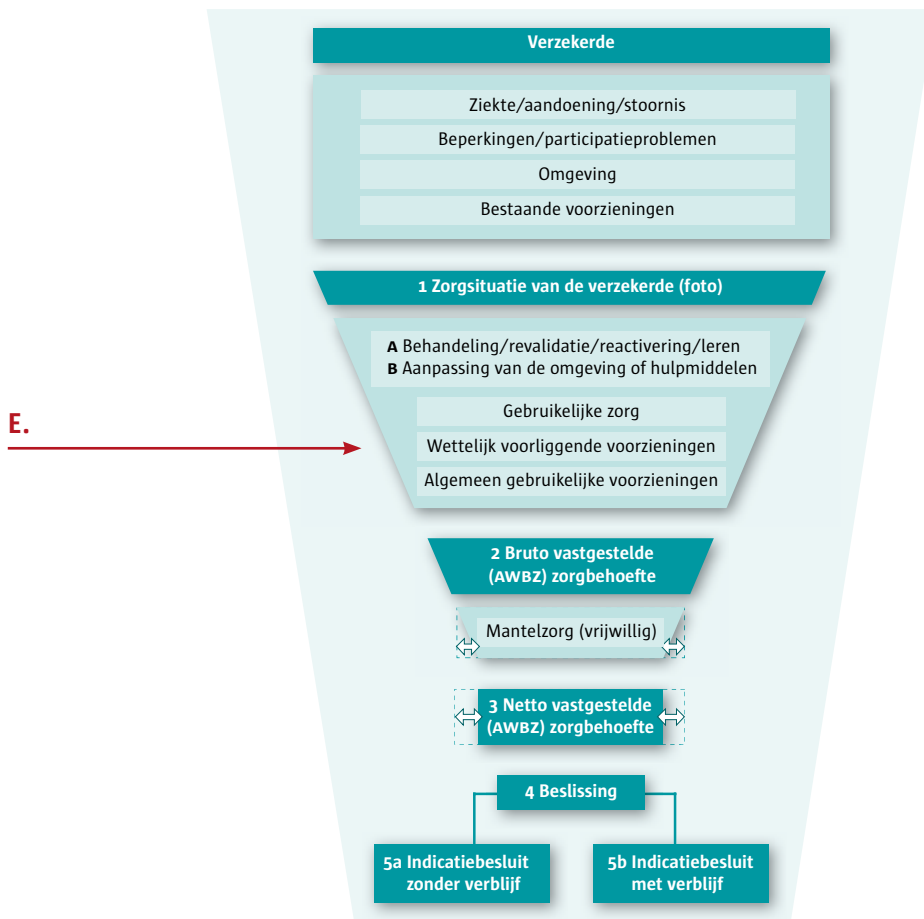
Begeleiding en Behandeling – in de zin van het aanleren/oefenen - kunnen niet naast elkaar worden geïndiceerd als het aanleren (BH) en het oefenen (BG) gericht zijn op dezelfde vaardigheid. Eerst moet een vaardigheid worden aangeleerd (BH) en vervolgens kan deze vaardigheid worden geoefend (BG). Herhaling van aan te leren vaardigheden of gedrag behoort tijdens de behandelperiode tot Behandeling.

D. Aanpassingen van de omgeving



Bijvoorbeeld het saneren van de omgeving. Denk aan het aanpassen van de leefwijze en de leefstijl, het regelen van een eigen slaapkamer/ruimte en dergelijke.

E. Wettelijk voorliggende voorzieningen



Dit zijn wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg waarop verzekerde is aangewezen kan worden bekostigd of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven. Er is dan geen aanspraak mogelijk op de AWBZ. Het gaat er om, dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort. Bijvoorbeeld onderwijs, Zvw of de Wmo. En dat die zorg op die titel bekostigd kan worden of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven. Als het verantwoordelijke orgaan in gebreke blijft, moet de verzekerde zich tot het orgaan wenden dat de voorziening moet leveren.

Dit geldt onder meer voor de volgende wetten: Wmo, Zvw (Regeling zorgverzekering Hulpmiddelenzorg), de Wet op de Jeugdzorg, de WIA. Verder de Wet op de leerling-gebonden financiering, de Wet op de Expertisecentra, de Regeling subsidiëring ADL-clusters en ADL-assistentie et cetera.

Zvw

Bij de functie Behandeling is het van belang te bepalen welke zorg ten laste van de AWBZ komt.

Zorg die medisch specialisten plegen te bieden behoort tot de geneeskundige zorg die in het kader van de Zvw is verzekerd [Artikel 2.4 Besluit Zvw]. De behandeling is niet beperkt tot de medische interventies, maar omvat (afhankelijk van de aard van de ingreep) in de Zvw ook de nodige begeleiding [RZA 2006, 187; RZA 2008, 58]. Als de noodzaak van psychische behandeling pas na verloop van langere tijd optreedt, behoort dit niet meer tot de eigenlijke medische behandeling, en kan de verzekerde wél aanspraak op AWBZ-zorg hebben [RZA 2007, 23].

De zorg en begeleiding die als integraal onderdeel van een revalidatietraject vanuit een revalidatiecentrum nodig is valt ook onder de prestatie geneeskundige (medisch-specialistische) zorg van de Zvw. Het maakt onderdeel uit van de integrale behandeling door de revalidatiearts [RZA 2005, 11].

Bij de AWBZ-functie Behandeling gaat het in eerste instantie om behandeling van specifieke aard. Daarnaast is AWBZ-zorg te kenmerken als CSLM-zorg: continue, systematische, langdurige multidisciplinaire zorg.

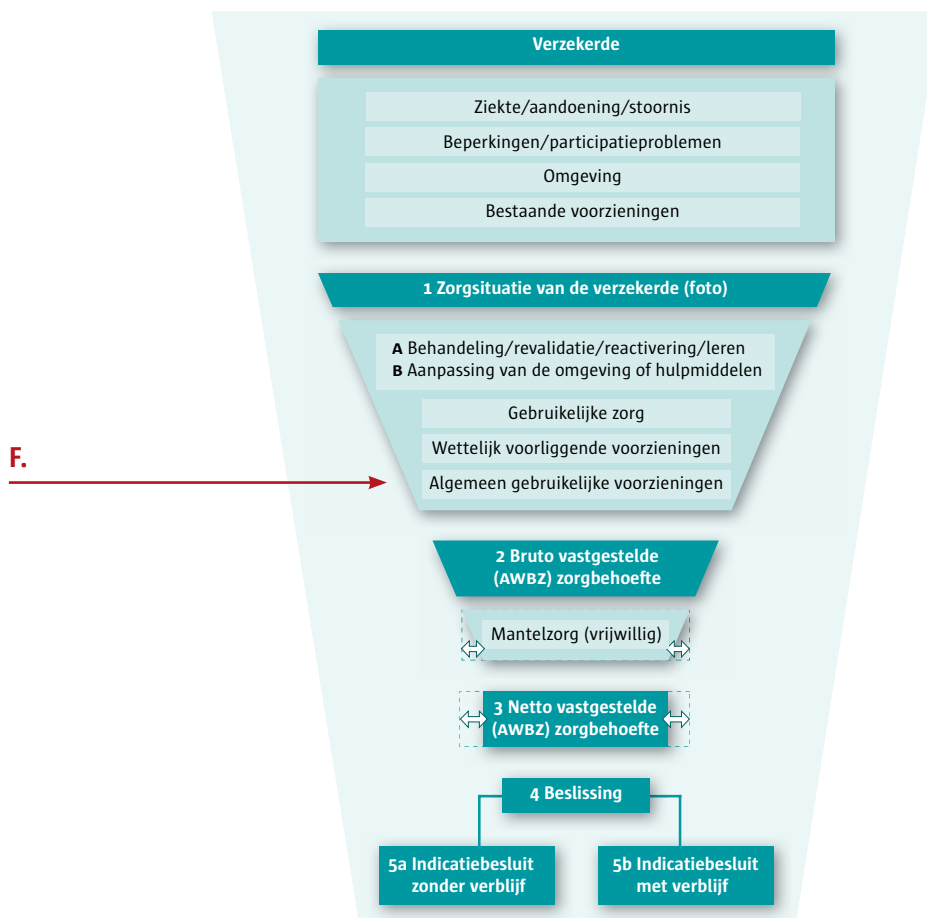
Onderwijs

Zie richtlijn afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs.

Wet op de jeugdzorg: medisch kinderdagverblijf

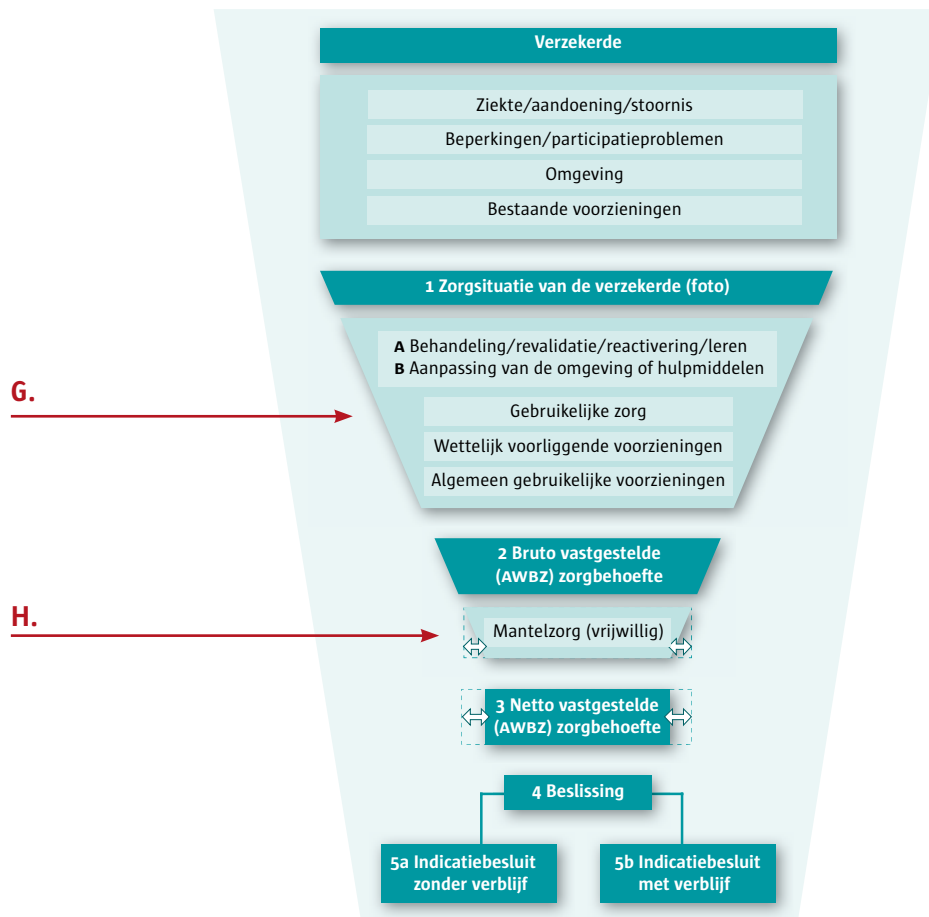
Het medisch kinderdagverblijf of kleuterdagverblijf (MKD) is voor kinderen van nul tot zeven jaar. Op het MKD kunnen kinderen terecht die ziek zijn, een lichamelijke of verstandelijke beperking hebben, gedragsproblemen hebben of ontwikkelingsstoornissen door extreme vroeggeboorte hebben en waarbij opvoedingsproblematiek aan de orde is. Het gezin wordt tijdelijk ontlast door het gedeeltelijk vervangen van de opvoedingssituatie en medische zorg door het MKD. Het kind wordt onderzocht en er wordt een behandelplan opgesteld. Welke zorg het kind krijgt, hangt van de problemen af. In het MKD zijn behandelteams, die het kind kunnen helpen. Er werken bijvoorbeeld een logopedist, een fysiotherapeut, een orthopedagoog, een psycholoog en groepsleid(st)ers.

F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen.



Bijvoorbeeld een peuterspeelzaal en het volgen van cursussen om vaardigheden bij te houden (spel, computer e.d.).

G. Gebruikelijke zorg

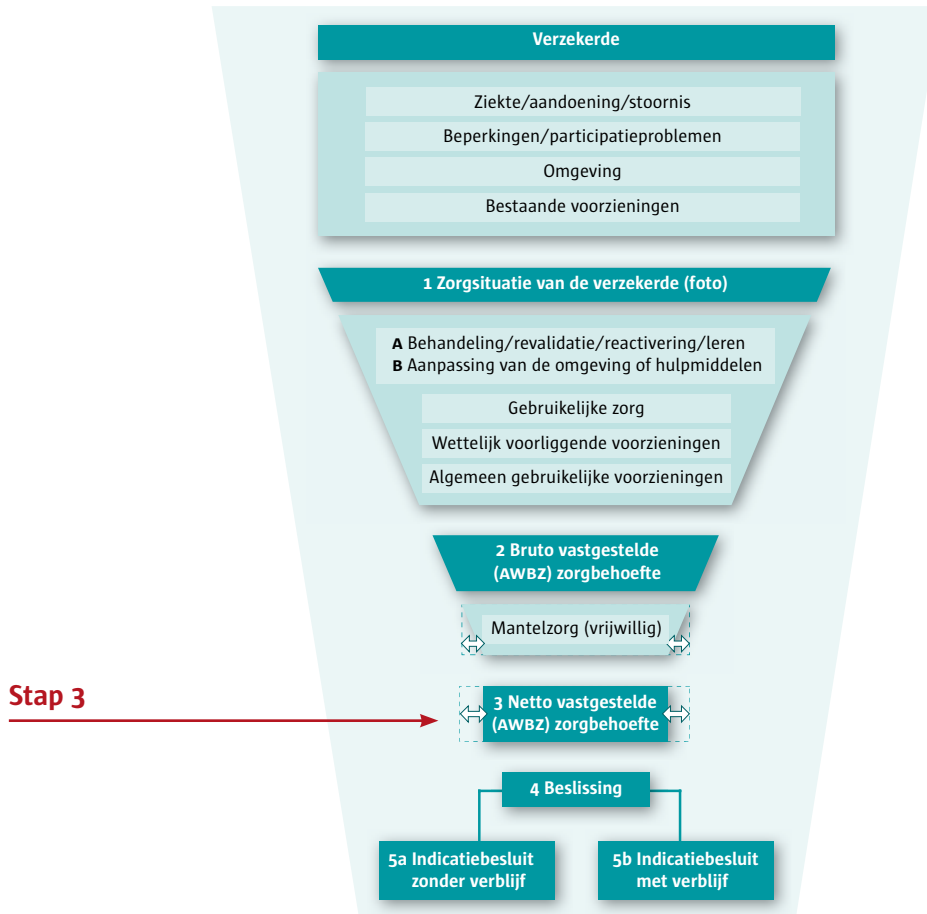


Gebruikelijke zorg is niet van toepassing op Behandeling.

H. Mantelzorg

Mantelzorg is niet van toepassing op Behandeling.

7.3 De functie Behandeling



A. Omvang/vormen van Behandeling

Het CIZ stelt niet de omvang van de functie Behandeling vast en ook niet welke vorm van Behandeling het betreft. Als al een indicatie is afgegeven voor een bepaalde vorm van Behandeling, is het niet nodig de indicatie aan te passen als ook een andere vorm van Behandeling nodig is.

B. Geldigheidsduur

Een indicatie heeft een bepaalde geldigheidsduur. De maximale geldigheidsduur is vijf jaar. Voor de bepaling van de duur gelden de volgende criteria:

1. veranderlijkheid (prognose) van de beperkingen van de verzekerde op basis van de diagnose, die is vastgesteld door een daartoe bevoegd persoon;
2. veranderlijkheid van de woonomstandigheden en de samenstelling van het huishouden van verzekerde;
3. het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak.

Daarnaast geldt het volgende.

De geldigheidsduur voor een indicatie die gericht is op:

1. aanvullende functionele diagnostiek is maximaal drie maanden;
2. consultatie is maximaal 3 maanden;
3. medebehandeling is maximaal 1 jaar;
4. kortdurende behandeling is maximaal 1 jaar;
5. CSLM-zorg is maximaal 5 jaar.

De geldigheidsduur betreft de effectieve duur die voor de Behandeling nodig is. Als sprake is van het behandeling gericht op een andere stoornis of beperking kan een nieuwe indicatie met een nieuwe geldigheidsduur worden afgegeven.

C. *Leveringsvorm*

Behandeling kan alleen in de vorm van Zorg in Natura worden geleverd.

D. *Leveringsvoorwaarden*

Leveringsvoorwaarden zijn niet van toepassing op Behandeling.

7.4 Specifieke punten

Grondslagcriterium

Aanspraak op de functie Behandeling bestaat bij (artikel 8 Bza) 'herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap'. Wanneer van psychiatrie sprake is heeft het CIZ geen taak. Er bestaat dan uiteraard wel aanspraak op behandeling, maar dan verwijst de huisarts of de specialist (naar de ggz).

AWBZ-behandelaar

De term behandelaars in de AWBZ beperkt zich niet alleen tot artsen, omdat het conform artikel 8 Bza gaat om behandeling van 'specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard'. Het gaat primair om het formuleren van een concreet behandeldoel. Het is vervolgens aan de instelling om de daarvoor noodzakelijke disciplines in te zetten en een hoofdbehandelaar aan te wijzen.

Naast artsen (verpleeghuisartsen, sociaal geriaters, AVG-artsen) betreft het veelal ook GZ-psychologen, orthopedagogen en gespecialiseerde paramedici, werkzaam in (of ten behoeve van) voor de functie Behandeling toegelaten instellingen. Hiermee is ook het onderscheid gemarkeerd met behandelaars die in het kader van de AWBZ niet als (hoofd)behandelaar worden gezien. Een huisarts of een klinisch (hoofd)behandelaar, werkzaam in een gewoon ziekenhuis, is niet dezelfde als een hoofdbehandelaar in het kader van de AWBZ.

Paramedische zorg omvat niet alleen de zorg zoals die wordt uitgevoerd door de in de Wet BIG opgenomen beroepen, maar ook die van andere beroepen die 'tegen de medische beroepsgroep aanliggen' (tegenaan = para): o.a. fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, vak- en speltherapie, ergotherapie, mobiliteitstraining en dieetadvisering.

Monodisciplinaire paramedische zorg betreft zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (2e compartiment).

Bij deze vorm van zorg is geen voortdurende en langdurige afstemming met andere disciplines nodig.

Indien de paramedische zorg echter onderdeel uitmaakt van een multidisciplinair behandelplan en onder verantwoordelijkheid van een (AWBZ-) arts of gedragswetenschapper wordt uitgevoerd, dan valt de paramedische zorg onder AWBZ-zorg. Kenmerkend voor de functie Behandeling in de AWBZ is dat deze zorg specifiek en complex van aard is en een multidisciplinaire aanpak vereist [RZA 2005/193; RZA 2006/86].

De specifieke paramedische zorg staat, behalve als onderdeel van aanvullende functionele diagnostiek, niet op zichzelf, maar maakt onderdeel uit van de multidisciplinaire zorg onder verantwoordelijkheid van een (AWBZ-) arts of gedragswetenschapper. Als onderdeel van aanvullende functionele diagnostiek kan sprake zijn van eenmalige, enkelvoudige paramedische zorg ten behoeve van de verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten. Als onderdeel van de specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg) bestaat de paramedische behandeling uit gerichte interventies, die deel uitmaken van het behandelplan dat onder regie en verantwoordelijkheid van een arts of gedragswetenschapper is opgesteld en wordt uitgevoerd. Algemene richtlijn is dat disciplines in samenhang bij de zorg zijn betrokken en dat er periodieke inhoudelijke afstemming in een multidisciplinair overleg plaatsvindt. Paramedische zorg die geen onderdeel uitmaakt van CSLM-zorg is geen AWBZ-zorg. De verzekerde moet in dat geval een beroep doen op de Zvw of de aanvullende polis.

Paramedische zorg die niet is gericht op de specifieke AWBZ-problematiek (de grondslag), maar op andere problematiek, bijvoorbeeld een tenniselleboog bij een zintuiglijke handicap, behoort niet tot de AWBZ, maar valt

onder de prestatie paramedische zorg in het kader van de Zvw. Paramedische zorg is overigens beperkt verzekerd in de basisverzekering. Het feit dat bepaalde zorg, zoals fysiotherapie en dieetadvisering, in de basisverzekering is beperkt, betekent niet dat er een aanspraak bestaat op de AWBZ. De kosten komen voor eigen rekening of ten laste van een aanvullende verzekering.

Behandeldoel en behandelplan

Doorgaans zal er naast een behandeldoel ook een behandelplan zijn, maar dit is niet altijd noodzakelijk. Het kan zijn dat met de behandeling wordt beoogd juist een behandelplan op te stellen om het geformuleerde behandeldoel te kunnen bereiken. Een duidelijk omschreven behandeldoel is naast de vereiste van behandeling in een multidisciplinaire setting, een absolute voorwaarde om op de functie Behandeling aanspraak te kunnen maken. Het behandelplan moet inzicht geven in hoe het behandeldoel bereikt moet worden en via welke door de beroepsgroep geaccepteerde methode.

NB: de vormen van Behandeling ‘aanvullende functionele diagnostiek’ en kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’ of ‘CSLM-zorg’ kunnen onderdeel uitmaken van één indicatiebesluit. Hiermee is het niet nodig om eerst een indicatiebesluit af te geven voor de behandelvorm ‘aanvullende functionele diagnostiek’ en daarna voor de behandelvormen ‘kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’ of ‘CSLM-zorg’.

Specifiek

Van belang is duidelijk onderscheid te maken tussen AWBZ-behandeling en specialistische behandeling vanuit het tweede compartiment. Grofweg zou men kunnen stellen dat de binnen de AWBZ werkzame specialisten zogenaamde ‘care’-specialisten zijn in tegenstelling tot de in het tweede compartiment werkzame ‘cure’-specialisten. Het gaat om behandelaren met kennis van de specifieke doelgroepen in relatie tot de grondslagen waar het bij de AWBZ om gaat, zoals een verpleeghuisarts, arts verstandelijk gehandicapten, psychiater, of gedragswetenschapper.

NB: het gaat niet om de eis dat de zorg door een als specifiek (para)medicus of gedragswetenschapper geregistreerd persoon wordt geleverd, maar om de eis dat de interventie specifieke kennis op dat niveau vereist. In het algemeen mag dat worden aangenomen voor elk gericht professioneel therapeutisch handelen. Een interventie die bijvoorbeeld verbetering van het concentratievermogen bij verstandelijk gehandicapten of het verbeteren van het oriëntatievermogen van dementen claimt, zal aan die eis voldoen.

Behandeling in combinatie met Verblijf

Voor de AWBZ geldt dat de zorg (in het kader van BH) alleen door of vanuit een instelling mag worden geleverd. Een uitzondering daarop bestaat voor de psychiater (zie BZA, artikel 8). Dit betekent overigens niet dat de functie BH altijd samengaat met de functie Verblijf. Ook mensen die thuis verblijven, kunnen de functie BH vanuit de instelling verkrijgen.

Kinderen

Kortdurende behandeling kan voor gehandicapte kinderen worden ingezet bij (RZA 2007,139):

- een ontwikkelingsachterstand ten opzichte van leeftijdsgenoten met eenzelfde aandoening;
- bijkomende psychiatrische of gedragsproblemen;
- of een disharmonisch profiel; hiervan is sprake als op de verschillende onderdelen van de subtests van de IQ bepaling (zoals PIQ en VIQ) grote verschillen zijn.

Aangezien de leerplicht een verplichte voorliggende voorziening is, zal het aanleren van vaardigheden of gedrag in het kader van de AWBZ-functie Behandeling alleen dan aan de orde kunnen zijn wanneer voor betreffende kinderen een (gedeeltelijke) leerplichtonthefing is verkregen. Behandeling kan wel aan de orde zijn buiten de schooluren, als deze behandeling een ander doel heeft dan in het onderwijs. Als sprake is van meerdere kortdurende trajecten achter elkaar, omdat kinderen nu eenmaal steeds nieuwe vaardigheden of gedrag wordt geleerd, wordt gesproken van behandeling in de vorm van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg.

Artikel 15 BZA

Ingeval sprake is van Behandeling met Verblijf in dezelfde instelling (die dus voor beide functies een toelating heeft) omvat de aanspraak conform artikel 15 van het BZA ook:

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
- farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
- het individueel gebruik van een rolstoel.

Behandeling in combinatie met Begeleiding in groepsverband

Begeleiding in groepsverband bevat ook alle PV en BG individueel, die tijdens de Begeleiding in groepsverband moet worden gegeven.

Voor VP geldt dat dit onderdeel is van de zorg, als het gaat om een grondslag voor Begeleiding die tevens toegang geeft tot VP. Indien de verzekerde op basis van zijn grondslag voor Begeleiding wettelijk gezien geen toegang heeft tot de functie Verpleging kan, op basis van een bijkomende grondslag die wel toegang geeft tot Verpleging, deze indien noodzakelijk aanvullend op dit pakket worden geïndiceerd.

Indien verzekerde is aangewezen op Begeleiding in groepsverband en tevens is aangewezen op een vorm van Behandeling zoals bedoeld in artikel 8 van het Bza en beschreven in bijlage 7 van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ, dan wordt in het indicatiebesluit naast Begeleiding in groepsverband ook 'Behandeling' geïndiceerd. Ter toelichting hierop het volgende:

als een verzekerde zowel een aanspraak heeft op Begeleiding in groepsverband als op Behandeling, dan kunnen deze beide aanspraken leiden tot de levering van een dagactiviteit waar ook 'Behandeling' plaatsvindt. Een eventueel verschil tussen de vorm en omvang van Behandeling binnen de te leveren dagactiviteit en de voor de individuele verzekerde noodzakelijke vorm en omvang van Behandeling, wordt in onderling overleg tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder bepaald. Dit omdat de vorm en de omvang van Behandeling geen onderdeel uitmaken van het indicatiebesluit.

Hoofdstuk 8

Palliatief Terminale Zorg

Inhoudsopgave

8.1	Inleiding	114
8.2	Eenmalige standaardindicatie	114
8.3	Medische verklaring	114
8.4	Wens van de verzekerde en/of zijn naasten	114
8.5	Omvang en duur van de indicatie	115
8.6	Mantelzorg	115
8.7	Indicatieonderzoek	115
8.8	Indicatie PTZ zonder Verblijf	116
8.9	Indicatie PTZ met Verblijf	116
8.10	Indicatie PTZ met Verblijf, indien Verblifsindicatie in vorm Verblijf ldu of ZZP al aanwezig is	117

8.1 Inleiding

In de terminale fase van hun leven kunnen mensen met een levensbedreigende ziekte een beroep doen op Palliatief Terminale Zorg (PTZ) vanuit de AWBZ²⁰. Deze verzekerden verblijven niet (meer) in een ziekenhuissetting en krijgen geen (medische) behandeling meer die gericht is op herstel of levensverlenging. Ze hebben wel baat bij intensieve palliatieve zorg in de vorm van zorg, pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven.

8.2 Eenmalige standaardindicatie

Om de verzekerde in zijn laatste levensfase en zijn naasten zo min mogelijk te belasten is een standaard ontwikkeld waarmee een uniforme en eenmalige indicatie kan worden gesteld.²¹ Bij een zorgbehoefte die niet binnen deze standaard past, wordt deze regulier beoordeeld en geïndiceerd.

Het kan soms nodig zijn om na een PTZ-indicatie later een andere PTZ-indicatie te stellen. Dat is bijvoorbeeld het geval als de PTZ thuis langer duurt dan voorzien en de verzekerde of zijn mantelzorger alsnog een PTZ-indicatie met Verblijf (VB) wil.

8.3 Medische verklaring

Een PTZ-indicatie is alleen mogelijk op basis van een (medische) verklaring van de medisch (hoofd)behandelaar. Dat is vaak de huisarts of de medisch specialist. Een schriftelijke verklaring heeft de voorkeur, maar een mondelinge verklaring wordt in het geval van een afhandeling PTZ-aanvraag geaccepteerd.

8.4 Wens van de verzekerde en/of zijn naasten

PTZ kan met en zonder Verblijf geïndiceerd worden. In normale situaties wordt de zorgsetting bepaald door het zorginhoudelijke oordeel van het CIZ. Bij PTZ-indicaties is dat anders. Daarbij is de wens van de verzekerde en/of zijn naasten (veel meer) het uitgangspunt voor wat betreft de setting.

De indicatie PTZ zonder Verblijf is bedoeld om PTZ, wanneer de verzekerde dit wil en wanneer dit ook mogelijk is, in een (bijna) thuissituatie²² mogelijk te maken. Verzekerden die niet thuis kunnen of willen verblijven, krijgen een indicatie voor PTZ met Verblijf.

Als de verzekerde en/of zijn naasten de palliatieve zorg thuis willen, dan is de aanwezigheid en het toezicht van een mantelzorger en/of vrijwilligers noodzakelijk op de momenten dat de verzekerde niet alleen kan zijn en de professionele hulpverlener afwezig is. Daarnaast moet de behandelend arts de medische verantwoordelijkheid voor de verzekerde in de thuissituatie op zich nemen.

20 Dit geldt ook voor de verpleging die noodzakelijk is vanwege medisch-specialistische zorg (artikel 2.11 Besluit zorgverzekeringen). Het individueel toezicht maakt onderdeel uit van de aanspraken functie Begeleiding.

21 Deze indicatie kan ook aangevraagd en direct ingezet worden bij het gebruiken van Standaard Indicatie Protocol (SIP) 24

22 Onder een (bijna) thuissituatie vallen ook de zelfstandige hospices, bijna thuishuizen enzovoort Palliatief terminale afdelingen in een verpleeg- of verzorgingshuis vallen niet onder een (bijna) thuissituatie. Als in het vervolg van dit stuk wordt gesproken over thuis, dan wordt daarmee ook de bijna thuissituatie bedoeld.

8.5 Omvang en duur van de indicatie

De omvang van de geïndiceerde zorg is gebaseerd op een gemiddelde zorgbehoefte voor de hele periode. Dat is het geval, omdat de zorgbehoefte in korte tijd snel kan toenemen of sterk kan wisselen en omdat het niet wenselijk is om steeds weer een nieuwe indicatie te stellen.

De duur van de zorgperiode overschrijdt over het algemeen de drie maanden niet. Dat neemt niet weg dat de PTZ-indicatie één jaar geldig is.

Nota bene

Deze standaard eenmalige indicatie is niet bedoeld voor de verzekerde die (nog) behoefte heeft aan dagbesteding en/of aan het leren omgaan met beperkingen. Als de verzekerde deze zorg wel nodig heeft, dan moet er een reguliere indicatie worden gesteld.

8.6 Mantelzorg

Volgens definitie in bijlage 1 'Algemeen' van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ: zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, door personen uit diens omgeving waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie. In het kader van deze (bijlagen bij de) beleidsregels gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.

Het CIZ stelt een AWBZ-indicatie, waarbij de mantelzorg geregistreerd wordt.

In het licht van de aard en het doel van de palliatieve terminale zorg, wordt geleverde mantelzorg niet in mindering gebracht op het indicatiebesluit.

8.7 Indicatieonderzoek

Kernvragen tijdens onderzoek	
Beschikt het CIZ over een verklaring van een behandelaar, waaruit blijkt dat de verzekerde lijdt aan een ziekte/aandoening in het terminale stadium en op het moment van indicatiestelling een levensverwachting heeft van maximaal 3 maanden?	Ja, ga door naar 2 Nee, PTZ-indicatie is niet mogelijk
Willen de verzekerde en/of zijn naasten de terminale fase in een (bijna) thuissituatie doorbrengen?	Ja, ga door naar 3 Nee, PTZ indicatie met VB
Is het verantwoord dat de verzekerde zonder toezicht alleen thuis is op de momenten dat de (professionele) zorgverlener er niet is?	Ja, ga door naar 5 Nee, door naar 4
Kan de mantelzorg en/of de vrijwilligerszorg adequaat toezicht bieden als de (professionele) zorgverlener er niet is?	Ja, ga door naar 5 Nee, PTZ-indicatie met VB.
Neemt de huisarts de verantwoordelijkheid voor de medische zorg (bijna) thuis op zich?	Ja, PTZ-indicatie zonder VB. Nee, PTZ-indicatie met VB.

8.8 Indicatie PTZ zonder Verblijf

Deze indicatie is aan de orde, als de verzekerde graag 'thuis' wil blijven en voldaan is aan de criteria voor PTZ zonder Verblijf. In die gevallen is gebleken dat de huisarts verantwoordelijk is voor de medische zorg en dat er voldoende mantelzorg/vrijwilligerszorg²³ aanwezig en bereid is om het noodzakelijke toezicht te bieden als er geen professionele hulpverlener bij de verzekerde is. Er wordt als volgt geïndiceerd.

1. De benodigde functies:
 - a) voor de directe zorgmomenten worden Persoonlijke Verzorging(PV) en Verpleging(VP) geïndiceerd;
 - b) toezicht, geïndiceerd in de vorm van Begeleiding individueel (BG ind).
2. Voor de bepaling van de klassen geldt: de omvang van de geïndiceerde zorg is een **gemiddelde** voor de **gehele** periode. Voor de normering: zie onderstaand kader.

Normering PTZ zonder Verblijf

Situatie 1: Indicatie voor alle zorgmomenten gedurende 24 uur, toezicht overdag:

1. Indiceer naar het zwaartepunt van de aard van de zorg.
 - * zwaartepunt bij PV: PV klasse 8 en VP klasse 3.
 - * zwaartepunt bij VP: PV klasse 6 en VP klasse 5. (dit is inclusief de zorgmomenten tijdens de nacht van ongeveer 1 uur per nacht)
2. BG individueel (toezicht gedurende 24 uur): klasse 4, eventueel ter ontlasting van de aanwezige mantelzorg en vrijwillige zorg.

Situatie 2: Indicatie voor alleen toezicht 's nachts (er is geen directe zorg nodig 's nachts, maar uitsluitend aanwezigheid in de nacht):

Voor de aanwezigheid in de nacht wordt 7 x 8 uur zorg BG individueel = klasse 8 met 31 uur additioneel geïndiceerd.

Situatie 3: Indicatie voor alle zorgmomenten gedurende 24 uur met toezicht 's nachts.

1. Indiceer naar zwaartepunt van aard van de zorg:
 - * zwaartepunt bij PV: PV klasse 8 en VP klasse 3.
 - * zwaartepunt bij VP: PV klasse 6 en VP klasse 5. (dit is inclusief de zorgmomenten tijdens de nacht van ongeveer 1 uur per nacht)
2. BG individueel (toezicht gedurende de nacht): in principe 7 dagen x 7 uur (= 8 uur min 1 uur in verband met de zorgmomenten PV en VP) = klasse 8 met 24 uur additioneel.

8.9 Indicatie PTZ met Verblijf

Deze indicatie is aan de orde, als voldaan is aan de criteria voor PTZ met Verblijf en de verzekerde in zijn terminale levensfase NIET thuis kan/wil blijven. Dit kan het geval zijn als aanwezigheid en toezicht nodig is, de huisarts de medische zorg niet op zich kan nemen en mantelzorg/vrijwilligerszorg afwezig is of geen (of onvoldoende) toezicht kan bieden.

Zorgzwaartepakket VV 10 wordt geïndiceerd.

23 Onder vrijwilligerszorg wordt naast de zorg aan huis ook de vrijwilligerszorg in een hospice, bijna thuishuis enzovoort verstaan.

8.10 Indicatie PTZ met Verblijf, indien Verbljfsindicatie in vorm Verblijf ldu of ZZP al aanwezig is

Verzekerden die al in een AWBZ-instelling wonen zullen in de eindfase van hun leven de noodzakelijke zorg krijgen op basis van het eerder toegekende zorgwaartepakket of verblijfsindicatie. De zorg aan het eind van het leven is een onderdeel van de taken van een AWBZ-instelling.

Maar in bijzondere situaties is het mogelijk dat de verzekerde, woonachtig in een instelling, dit zorgwaartepakket VV 10 ook krijgt toegekend. Dat is het geval wanneer de verzekerde lijdt aan een ziekte/aandoening in het terminale stadium, dat wil zeggen een levensverwachting heeft van naar verwachting niet langer dan 3 maanden, en de zorgvraag aan **alle** onderstaande criteria voldoet:

- noodzaak tot bestrijding van zware pijn **en**
- zeer intensieve 24-uurszorg die in andere pakketten niet mogelijk is **en**
- speciale medische apparatuur **en**
- noodzaak van inzet van speciaal opgeleid personeel.

Als aan deze voorwaarden is voldaan wordt ZZP VV 10 geïndiceerd.



Hoofdstuk 9

Thuisbeademing

Inhoudsopgave

9.1	Inleiding en ontwikkelingen	120
9.2	Wat is beademing/soorten beademing en bij welke aandoeningen komt dit voor?	121
9.3	(Tijdelijke) instructie indicatiestelling thuisbeademing op grond van de AWBZ	123
9.4	Uitzonderingen indicatiestelling bij kinderen tot 18 jaar bij leveringsvoorwaarden B2, C en D in relatie tot Verblijf	127
9.5	Procedure	130
	Bijlage bij hoofdstuk 9	131

9.1 Inleiding en ontwikkelingen

Inleiding

De verpleging die noodzakelijk is vanwege medisch specialistische zorg die niet gepaard gaat met (Zvw) verblijf, is bij thuisbeademing, net als bij palliatieve zorg, als verzekerde prestatie uitgesloten in het Besluit Zorgverzekeringen. Deze vorm van verpleging komt daarom nu ten laste van de AWBZ.

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor zowel volwassenen als kinderen (< 18 jaar) toegelicht. Dit voor de directe handelingen alsmede ook voor de beslissing met en zonder Verblijf. Voor kinderen zijn er binnen de aanspraken meer mogelijkheden gecreëerd om geen ZZP te hoeven indiceren. Dit vanwege de maatschappelijke acceptatie dat kinderen bij hun ouders moeten kunnen opgroeien. Daarnaast vanwege het niet beschikbaar zijn van alternatieve woon-/verblijfsituaties waar adequate/passende zorg geleverd kan worden. In deze toelichting zijn de mogelijkheden uitgebreid omschreven. Voor volwassenen wordt de afweging met of zonder Verblijf gemaakt op basis van bijlage Algemeen bij de beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Het maken van deze afweging wordt hiermee in deze toelichting niet uitputtend behandeld.

Medisch specialistische zorg

Het criterium 'medisch specialistische zorg' is met de uitsluiting van de aanspraak op de Zvw niet meer van toepassing op de indicatiestelling voor verpleegkundige zorg rondom thuisbeademing.

Toezicht op individuele basis bij kinderen functie Verpleging, activiteit 4.1

In bijlage 5 bij de beleidsregels indicatiestelling AWBZ (Verpleging), is het individueel toezicht bij kinderen onder activiteit 4.1 opgenomen.

Ontwikkelingen

Het CIZ beziet in overleg met de Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA)²⁴ en het CVZ de mogelijkheid om verzekerden met thuisbeademing te categoriseren in een beperkt aantal standaardprofielen en voor deze groep een realistisch zorgpakket te formuleren. Tot die tijd is hetgeen in de bijlagen bij de beleidsregels en in deze toelichting is opgenomen van kracht.

De verantwoordelijkheid voor de zorg rondom de (thuis)beademing ligt bij de medisch specialist van het behandelend Centrum voor Thuisbeademing.

De centra voor thuisbeademing en de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) zijn in overleg over het opstellen van een kwaliteitskader 'verantwoorde zorg bij thuisbeademing'. Hierbij komen aspecten als veiligheid, verantwoordelijkheid, doeltreffendheid en kwaliteit van leven aan bod. Dit kader zal vervolgens worden verwerkt in de aanspraken en hiermee ook in deze toelichting. Een bijstelling van deze toelichting vindt ook plaats op basis van ervaringen uit de (indicatie)praktijk.

24 Zie voor een uitleg over de VSCA het onderwerp 'betrokken organisaties'.

Betrokken organisaties

De Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA)

In de VSCA werken patiëntenorganisaties en hulpverleners samen. De vier Centra voor Thuisbeademing van de academische ziekenhuizen, revalidatiecentra, woonvormen, verpleeghuizen, patiëntenverenigingen en een aantal individuele beroepsbeoefenaren maken deel uit van het ledenbestand van de VSCA. Velen uit het veld worden op grond van hun deskundigheid bij de VSCA betrokken. Het gaat hierbij zowel om deelname aan het VSCA-bestuur voor de ontwikkeling van het beleid als om de uitwerking van veelal projectmatige activiteiten in werkgroepen en commissies.

Centra voor thuisbeademing (CTB's)

Beademing is een op zichzelf staande zorgvorm. Verzekerden die (langdurig) worden beademd worden hierbij begeleid door één van de centra voor thuisbeademing. Het behandelend centrum voor thuisbeademing heeft de eindverantwoordelijkheid bij het nemen van de beslissing of de beademing in de thuissituatie kan plaatsvinden. Ook in de thuissituatie blijven zij verantwoordelijk voor de zorg rondom deze verzekerden. Er zijn in Nederland vier CTB's: UMC Groningen, UMC Utrecht, Erasmus MC Rotterdam en AZM Maastricht. De CTB's in Utrecht en Rotterdam hebben beiden een onderafdeling, respectievelijk het revalidatiecentrum Groot Klimmendaal in Arnhem en het Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis. De eindverantwoordelijkheid voor de beademing in de thuissituatie ligt voor deze onderafdelingen respectievelijk bij het CTB in Utrecht en het CTB in Rotterdam.

9.2 Wat is beademing/soorten beademing en bij welke aandoeningen komt dit voor?

Er is sprake van beademing wanneer de ademhaling mechanisch door apparatuur wordt overgenomen, al dan niet volledig of ter ondersteuning. Dit kan continu het geval zijn. Maar ook intermitterend, bijvoorbeeld alleen gedurende de nacht of mede 'on demand'²⁵ (automatische inschakeling van de apparatuur bij het wegvallen van de ademhaling bij de verzekerde). (Mechanische) beademing met behulp van apparatuur kan plaatsvinden via een tracheostoma (invasief) of via een mond-/neuskap (non-invasief). Bij beide vormen is voor de uiteindelijke indicatiestelling van de AWBZ-zorg de responstijd, maar ook de aan-/afwezigheid van de handfunctie van belang. Het aan-/afwezig zijn van de handfunctie is enerzijds van belang voor wat betreft het zelf kunnen uitvoeren van handelingen rondom de beademing (zelfzorg). Anderzijds kan dit een risico zijn bij het ongewenst verwijderen van de tracheacanule of mond-/neuskap, iets wat regelmatig bij met name jonge kinderen wordt gezien. Dit vanwege de onwetendheid van verzekerde voor de consequenties van het 'losmaken' van de canule of mond-/neuskap. Aandoeningen waarbij vaak beademing wordt toegepast zijn: spierziekten, ernstige kyfo-scoliose, een 'hoge' dwarslaesie en neurologische ziektebeelden (bijvoorbeeld ALS). Uitgebreide informatie over (thuis)beademing staat op de website van de VSCA (www.vsca.nl). Hier is ook een brochure met algemene informatie en informatie over de basisverzorging te downloaden.

Wat valt niet onder 'beademing' en hiermee niet tot de aanspraak Verpleging AWBZ/medisch specialistische verpleging:

- het incidenteel beademen via de tracheostoma met behulp van een ballon, al dan niet bij calamiteiten; er is geen sprake van continue of intermitterende beademing naast dit incidentele gebruik van de beademingsballon;
- het toedienen van zuurstof via een 'brilletje', flowsnor, tracheostoma of anderszins; het bewaken van het zuurstofgehalte in het bloed met behulp van een saturatiemeter;
- het hebben van een tracheostoma;
- apparatuur bij slaapapneu.

Aanvragen voor dergelijke AWBZ-zorg, worden als reguliere AWBZ aanvragen afgehandeld.

²⁵ Doordat de apparatuur voorziet in een ingestelde ademfrequentie zal bij een terugval of het wegvallen van de ademhaling van de verzekerde de ademhaling volgens de noodzakelijke frequentie doorgang vinden.

Andere AWBZ-functies dan Verpleging

Naast de (medisch specialistische) handelingen worden de overige AWBZ-functies volgens algemeen geldende criteria geïndiceerd. Dit betekent ook dat de afbakening met andere domeinen, bijvoorbeeld 'behandeling' vanuit de Zorgverzekeringswet, wordt gerespecteerd.

Thuisbeademing op andere locaties dan de eigen woning

Begeleiding in groepsverband en Verblijf Tijdelijk

Het is mogelijk dat kinderen met beademing die thuis wonen in staat zijn om zorg of dagbesteding te ontvangen buiten de thuissituatie. Deze zorg zou dan als BG groep of Verblijf tijdelijk kunnen worden geïndiceerd. De indicatiestelling geschiedt dan hier ook volgens de algemeen geldende criteria en uitgangspunten. Bij beademing is er, net als bij alle andere indicaties, bij BG groep sprake van integrale pakketten. Dit dus ook voor de (medisch specialistische) verpleegkundige handelingen. Bij Verblijf Tijdelijk worden de (medisch specialistische) verpleegkundige handelingen naar noodzaak en volgens de in deze toelichting opgenomen normeringen op basis van de functie Verpleging geïndiceerd. Een indicatie voor verpleegkundig toezicht²⁶ (activiteit 4.1) kan niet worden gesteld gedurende het tijdelijk Verblijf.

Vervoer naar de BG groep: Tijdens het vervoer naar en van de BG groep worden alleen de directe handelingen geïndiceerd die gedurende de rit noodzakelijk zijn. Er wordt geen verpleegkundig toezicht geïndiceerd: de kwaliteit van het vervoer naar de BG groep moet immers aansluiten bij de doelgroep waarvoor de betreffende setting of het programma bestemd is en op grond daarvan is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het toezicht tijdens het vervoer.

Thuisbeademing in een Fokuswoning (ADL-cluster)

Het komt voor dat verzekerden beademd worden in een Fokuswoning. De noodzakelijk uit te voeren handelingen en het reageren op alarm betreffen weliswaar verpleging, maar deze zorg wordt gebruikelijk wel door Fokus geleverd. (Zoals men deze op grond van de subsidieregeling binnen de woning moet bieden).

Thuisbeademing op school

Kinderen die worden beademd kunnen zowel een reguliere- als speciale school bezoeken. De indicatiestelling rondom de zorg bij thuisbeademing wijkt niet af van andere te indiceren AWBZ-zorg gedurende de tijd dat het kind de school bezoekt (zie de bijlagen bij de beleidsregels indicatiestelling AWBZ Gebruikelijke zorg, Verpleging en Persoonlijke Verzorging en de toelichting indicatiestelling voor AWBZ-zorg in het onderwijs). Verpleegkundig toezicht gedurende de tijd dat het kind de school bezoekt kan alleen in zeer bijzondere (levensbedreigende) situaties worden geïndiceerd.

Thuisbeademing tijdens leerlingenvervoer (medische begeleiding)

Het is mogelijk om verpleegkundig toezicht vanuit de AWBZ te indiceren gedurende de rit naar en van school. Dit kan alleen wanneer er in de thuissituatie sprake is van een leveringsvoorwaarde die indicatiestelling voor verpleegkundig toezicht rechtvaardigt²⁷.

Thuisbeademing gedurende behandeling/therapie op basis van de Zvw en het vervoer

Voor vervoer naar zorg in het kader van de Zvw (medisch specialist, revalidatie, fysiotherapie et cetera is geen vervoer ten laste van de AWBZ mogelijk. De Zvw biedt slechts beperkte mogelijkheden tot vervoer, waaronder wel het vervoer van rolstoelafhankelijke mensen valt. De wetgever heeft die beperkingen bewust vastgesteld, zodat het ontbreken van mogelijkheden in de Zvw niet betekent dan een beroep op de AWBZ mogelijk is. Tijdens de Zvw-zorg is geen AWBZ-verpleging mogelijk. Wel is (bij kinderen) VP in de vormen van verpleegkundig toezicht en verpleegkundige interventie mogelijk tijdens het vervoer. Dit komt ten laste van de AWBZ voor zover dit geen Gebruikelijke zorg betreft en sprake is van een leveringsvoorwaarde die indicatiestelling voor verpleegkundig toezicht rechtvaardigt.

²⁶ Met verpleegkundig toezicht wordt in dit hele hoofdstuk 'toezicht bij thuisbeademing bij kinderen tot 18 jaar' bedoeld.

²⁷ Dit naar aanleiding van een gerechtelijke uitspraak van de rechtbank Zwolle rondom passend vervoer naar en van school en het aandeel van gemeenten hierin.

9.3 Instructie indicatiestelling thuisbeademing op grond van de AWBZ

Activiteiten en handelingen

De direct (verpleegkundige) handelingen die tot de zorg rondom de thuisbeademing horen kunnen zijn (niet limitatief):

- bronchiaal toilet, ook wel ‘sprayen NaCl’ of ‘druppelen’ genoemd;
- uitzuigen van slijm;
- verzorgen van de tracheostoma;
- periodiek verwisselen van de beademingscanule;
- aan- en afkoppelen van de beademingsmachine.

Handeling	Functie/ Activiteit	Handeling omvat	Gemiddelde tijd ¹	Standaard frequentie ²	Bijzonderheden
Bronchiaal toilet Ook wel druppelen/ sprayen/ spoelen met NaCl genoemd	VP 2.1	Afkoppelen beademings-machine, uitzuigen, balloneren (indien aan de orde), druppelen/spoelen van de NaCl en het aankoppelen van de beademings-machine	15 minuten per keer	3 à 4 x per dag	Het gebruik van een hoestmachine (coughlator) is een mechanisch alternatief voor deze handeling. Deze handeling wordt dan ook in plaats van het bronchiaal toilet uitgevoerd. Dit betekent dat de frequenties van beide handelingen op elkaar moeten worden afgestemd.
Uitzuigen trachea of mond-/keelholte	VP 2.1	Afkoppelen beademings-machine, het uitzuigen van de trachea of mond-/keelholte en het aankoppelen van de beademings-machine	5 tot 10 minuten per keer	Afhankelijk van individuele noodzaak	Deze handeling maakt vaak onderdeel uit van andere activiteiten zoals bronchiaal toilet. Wanneer het uitzuigen samenvalt met een andere handeling, wordt hiervoor niet apart geïndiceerd. De te indiceren tijd kan per verzekerde verschillen. Factoren die hierop van invloed zijn betreffen de taaiheid van het slijm en of de verzekerde al dan niet hiernaast sondevoeding krijgt toegediend. N.B.: redenen voor afwijken normtijd beleidsregel VP (20 minuten per keer) zijn: de uitzuigapparatuur (uitzuigcatheter) ligt altijd klaar voor gebruik en er is sprake van gewenning bij het uitvoeren van de handeling, de meestal hoge frequentie is van invloed op de hoeveelheid uit te zuigen slijm.
<p>1 Ook hier betreft het basisminuten voor verzekerden die zich ‘normaal’ kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort.</p> <p>2 Met ‘standaard frequentie’ wordt de frequentie bedoeld die meestal aan de orde is.</p>					

Handeling	Functie/ Activiteit	Handeling omvat	Gemiddelde tijd ¹	Standaard frequentie ²	Bijzonderheden
Balloneren		Het beademen met behulp van een beademingsballon.			Balloneren wordt als samen-vallende activiteit toegepast bij bronchiaal toilet. Wanneer dit in geval van nood moet worden toegepast, wordt hier niet apart voor geïndiceerd. Deze handeling valt bij deze 'noodsituaties' onder de totale verzorging rondom de beademing.
Verwisselen van de beademingscanule	VP 2.1	Het verwisselen van de (buiten)canule die in het stoma blijft. Handeling is inclusief het verzorgen van de huid rondom de tracheostoma.	30 minuten per persoon per keer	Wekelijks of meer wekelijks. Dit op voorschrift Centrum Thuisbeademing. Frequentie is afhankelijk van het type canule dat wordt gebruikt. Zilver, kunststof, met- of zonder cuff.	Bij beademing is sprake van een binnen- en buitencanule. Kinderen hebben geen binnencanule. De te indiceren tijd wordt gemiddeld over het aantal weken dat de handeling moet worden uitgevoerd.
Verzorging van de niet-intacte huid rondom de tracheostoma	VP 1.3	Het los- en vastmaken van het canulebandje (canule blijft in stoma); het reinigen van de huid rondom het stoma; het inzalven/aanstippen van de huidrand	15 minuten per keer	1x per dag	Als er sprake is van een niet intacte huid, is dit VP. Ook wordt deze handeling onder VP geïndiceerd wanneer er sprake is van continue tracheostomale beademing.
<p>1 Ook hier betreft het basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort.</p> <p>2 Met 'standaard frequentie' wordt de frequentie bedoeld die meestal aan de orde is.</p>					

Handeling	Functie/ Activiteit	Handeling omvat	Gemiddelde tijd ¹	Standaard frequentie ²	Bijzonderheden
Het aanbrengen en verwijderen van de mond-/neuskap Ook wel aan- en afkoppelen van de beademings-apparatuur genoemd.	VP 2.1	Het aanbrengen en verwijderen van de mond-/neuskap, inclusief de uit te voeren controles en eventueel uitzuigen.	Aan- koppelen: 15 minuten Af- koppelen: 5 minuten	Afhankelijk van het aantal periodes dat wordt beademd. (niet aaneensluitend).	Er wordt tijd geïndiceerd wanneer sprake is van niet aaneensluitende periodes van beademing. Bijvoorbeeld beademing gedurende de nacht en de middagrust. Bij het tussendoor naar het toilet gaan, is het niet noodzakelijk dat de mond-/neuskap wordt verwijderd. Het loskoppelen van de slang van de apparatuur kan eenvoudig en snel plaatsvinden. Hier wordt dan geen tijd voor geïndiceerd. N.B. als er tijdens de periode dat er wordt beademd gedronken moet worden, dan moet het masker volledig worden verwijderd en herplaatst.
Het aan- en afkoppelen van de beademings-apparatuur bij beademing via de trachea	VP 2.1	Het aan- en afkoppelen van de beademings-apparatuur bij beademing via de trachea, inclusief de uit te voeren controles en eventueel uitzuigen.	Zie bijzonderheden	Zie bijzonderheden	Bij tracheostomale beademing maken deze handelingen deel uit van de handelingen die het aan-/afkoppelen noodzakelijk maken. Bijvoorbeeld bij het verwisselen van de canule, het verzorgen hiervan, het bronchiaal toilet en dergelijke. Daarnaast vergt de handeling nauwelijks tijd. Om deze reden wordt er ten behoeve van deze handeling geen aparte tijd geïndiceerd.
Controle lichaamsfuncties	VP 1.2	Het controleren, interpreteren van lichaamsfuncties en alarmen die tot de handelingen rondom lichaamsfuncties behoren zoals omschreven bij activiteit 1.2, inclusief het controleren van het zuurstofgehalte, het toedienen van zuurstof en het vastmaken van de saturatiemeter.	Zie bijzonderheden	Zie bijzonderheden	Het controleren en interpreteren van lichaamsfuncties maakt integraal onderdeel uit van de veelvuldig per dag uit te voeren zorg en verpleegkundige handelingen rondom de beademing. Er wordt dan ook geen aparte tijd geïndiceerd.
<p>1 Ook hier betreft het basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort.</p> <p>2 Met 'standaard frequentie' wordt de frequentie bedoeld die meestal aan de orde is.</p>					

Verpleegkundig toezicht

Naast directe verpleegkundige handelingen kan sprake zijn van noodzakelijk verpleegkundig toezicht. Wanneer de mantelzorg niet in staat en bereid is om dit toezicht te leveren en dit netto leidt tot leveringsvoorwaarden B2, C of D en er geen sprake is van een terminale situatie zoals beschreven in het hoofdstuk Palliatieve Terminale Zorg, zal in deze situaties bij verzekerden van 18 jaar en ouder 'Verblijf' zijn aangewezen. En ook als zodanig in de vorm van een ZZP worden geïndiceerd. Voor kinderen tot 18 jaar kan op deze regel een uitzondering worden gemaakt. De criteria en mogelijkheden hiertoe worden verderop in dit hoofdstuk beschreven.

Zorg door twee zorgverleners

Bij verzekerden met een complexe zorgvraag kan het noodzakelijk zijn dat de zorg door twee zorgverleners geleverd wordt. Bij de indicatiestelling wordt eerst beoordeeld of daarvoor voorliggend mogelijkheden zijn in de vorm van bijvoorbeeld mantelzorg en gebruik van hulpmiddelen, zoals een tillift, glijlaken, rollaken et cetera. Vervolgens wordt de omvang van de resterende zorg, te verlenen door twee zorgverleners, berekend en meegeteld bij de totale omvang van de indicatie. De volledige tijd van de handeling wordt dubbel geïndiceerd en niet alleen het gedeelte dat door twee personen moet worden uitgevoerd. Wanneer bijvoorbeeld de verzekerde voor het wassen en aankleden door twee personen moet worden gedraaid, maar de daadwerkelijke verzorging door een persoon kan plaatsvinden, wordt toch de volledige (gemiddelde)tijd dubbel geïndiceerd vanwege de noodzakelijke aanwezigheid van die tweede persoon. Als er sprake is van 'Gebruikelijke zorg', dan wordt dit toegepast op de te leveren zorg door de eerste persoon. Voor de door de tweede persoon te leveren zorg wordt de (gemiddelde)tijd volledig geïndiceerd.

Gebruikelijke zorg/Persoonlijke Verzorging

De bijlagen 3 en 4 bij de beleidsregels indicatiestelling AWBZ (Gz en PV) zijn bij thuisbeademing onverkort van toepassing.

Airstacking

Bij airstacken wordt lucht in de longen geblazen met behulp van een beademingsballon tot de maximale inblaasbare hoeveelheid is bereikt.

Doel is het verbeteren van de hoestkracht, het voorkomen of verminderen van het verstijven van de borstkas, het voorkomen van slijmophoping in de luchtwegen en samenvallen van de longblaasjes. Deze activiteit behoort in beginsel tot het domein van de fysiotherapeut, maar wordt in de praktijk door de verpleegkundige van het CTB uitgevoerd. In de thuissituatie wordt dit veelal door de mantelzorg gedaan.

Omdat het gaat om zorg die valt onder zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden en er geen sprake is van multidisciplinair AWBZ behandeling (de verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt onverkort bij de medisch specialist), gaat het niet om AWBZ-zorg.

9.4 Uitzonderingen indicatiestelling bij kinderen tot 18 jaar bij leveringsvoorwaarden B2, C en D in relatie tot Verblijf

Het beleidskader/verantwoordelijkheden

In de bijlage 'Algemeen' van de Beleidsregels staat, dat enige ondoelmatigheid bij kinderen tot 18 jaar wordt geaccepteerd. Ook wordt aangegeven dat onder andere bij kinderen leveringsvoorwaarde C of D niet noodzakelijkerwijs tot Verblijf leidt. Bij thuisbeademing kan hierop ook een uitzondering worden gemaakt voor leveringsvoorwaarde B2. De ondoelmatigheid richt zich met name op het kunnen indiceren van individueel verpleegkundig toezicht. Om bij kinderen met thuisbeademing over te kunnen gaan tot het indiceren van AWBZ-zorg in functies en klassen in plaats van een ZZP gelden de volgende cumulatieve voorwaarden:

- a het is de wens van de ouders om het kind thuis te laten wonen en
- b het centrum voor thuisbeademing draagt hiervoor de verantwoordelijkheid en
- c de mantelzorgers neemt een deel van de zorg over. Met het deel wordt die zorg bedoeld die overblijft na de indicatiestelling van de direct benodigde zorg en de in die situatie (maximaal) mogelijke omvang van het te indiceren toezicht. De voorwaarden en mogelijkheden van de directe zorg zijn in voorgaande paragrafen beschreven, en
- d dit leidt tot doelmatige zorgverlening.²⁸

N.B.: de ouders/mantelzorgers worden door het CTB geschoold op het uitvoeren van de voorbehouden handelingen, zoals het uitzuigen en het verwisselen van de tracheacanule. Pas wanneer de ouders/mantelzorgers voldoende bekwaam zijn in het uitvoeren van deze handelingen, kan de verzekerde naar huis worden ontslagen. Het is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de opdrachtnemer (verzekerde zelf of ouder van de verzekerde) om de bekwaamheid op peil te houden. Dit in overleg/afstemming met het CTB. Het initiatief hiertoe ligt bij de verzekerde/ouders van de verzekerde. Hiervoor kan niet activiteit 1.7 'verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg' worden geïndiceerd. Zie voor de omschrijving van deze activiteit de toelichting op de bijlage Verpleging.

Hieronder worden de voorwaarden en mogelijkheden beschreven hoe om te gaan met aanvragen voor thuisbeademing van kinderen tot 18 jaar. Het gaat hier om gevallen waarin het wenselijk is om het kind thuis te laten verblijven. Oftewel, om een indicatie te stellen voor AWBZ-zorg zonder Verblijf. Het CIZ gaat bij het nemen van deze beslissing uit van het belang van het kind.

Algemene voorwaarden voor het afgeven van een besluit voor extramurale zorg in plaats van 'Verblijf' voor kinderen tot 18 jaar bij thuisbeademing

Zoals al eerder is aangegeven, is het beademingscentrum eindverantwoordelijke voor de beademing in de thuissituatie. Bij beademing in de thuissituatie verklaart het beademingscentrum dat hiermee een veilige en doeltreffende oplossing wordt geboden. En heeft het beademingscentrum het vertrouwen dat de ouders in staat en bereid zijn om de zorg aan hun kind thuis te bieden. Een aandachtspunt hierbij is dat de ouder (hulpverlener) binnen de responstijd²⁹ zorg moet kunnen leveren. Aangezien anders direct levensgevaar ontstaat.

N.B.: de mate van ondersteuning door middel van het indiceren van AWBZ-zorg voor de directe handelingen, het verpleegkundig toezicht en/of andere vormen van respijtzorg/ mantelzorgondersteuning is van belang om deze verantwoording ook te kunnen dragen en om aan door de inspectie gestelde veiligheidseisen te kunnen voldoen. Als de draagkracht/draaglast uit balans raakt moet binnen de grenzen van de mogelijkheden van de AWBZ worden bezien of aanvullende ondersteuning vanuit de AWBZ kan worden geboden. Gaat dit de mogelijkheden te boven en/of wordt er een onveilige situatie geconstateerd, dan wordt er contact opgenomen met het CTB. Wanneer de zorg thuis niet meer haalbaar is, is het uiteindelijk aan het CTB om te regelen dat de zorg in een andere setting wordt geboden. Hierbij moet worden aangetekend dat er nauwelijks alternatieven zijn.

²⁸ Zorg is doelmatig als het in ieder geval het gewenste effect sorteert (doeltreffend is), en daarbij ook efficiënt is: het te behalen doel moet met de minst mogelijke kosten worden bereikt.

²⁹ Hiermee wordt de tijd bedoeld dat de verzekerde in levensgevaar komt wanneer hij niet met behulp van de apparatuur wordt beademd. Deze tijd kan variëren tussen 15 seconden en een aantal uren.

Omschrijving leveringsvoorwaarden C en D bij thuisbeademing

(voor een beschrijving van de overige leveringsvoorwaarden, zie bijlage Algemeen bij de beleidsregels indicatiestelling AWBZ.)

C	voortdurend in de nabijheid (volgens bijlage Algemeen)	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die in de buurt van de verzekerde is. De hulpverlener is in de nabijheid van de verzekerde en biedt zorg, als dat nodig is.
	Bij thuisbeademing ter bepaling mogelijkheden tot indiceren van verpleegkundig toezicht	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die in de buurt van de verzekerde is. De hulpverlener handelt op basis van de vraag om hulp door de verzekerde zelf of op basis van een door apparatuur afgegeven alarm. De hulpverlener moet tussen de 5 en 15 minuten* na de roep om hulp (alarm) hulp kunnen bieden, omdat er anders direct levensgevaar ontstaat. <i>*15 minuten betreft de wettelijke aanrijtijd van een ambulance.</i>
D	24 uur per dag direct aanwezig (volgens bijlage Algemeen)	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die 24 uur per dag dichtbij de verzekerde is. De hulpverlener moet direct zorg kunnen leveren, als dat nodig is, aangezien anders gevaar ontstaat.
	Bij thuisbeademing ter bepaling mogelijkheden tot indiceren van verpleegkundig toezicht	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die 24 uur per dag dichtbij de verzekerde is. De verzekerde kan zelf alarmeren of de vitale lichaamsfuncties worden bewaakt door apparatuur en de hulpverlener moet binnen 5 minuten zorg kunnen leveren, als dat nodig is, aangezien anders gevaar ontstaat. De verzekerde kan niet zelf alarmeren en de vitale lichaamsfuncties zijn niet te bewaken door apparatuur en de hulpverlener moet binnen 15 minuten zorg kunnen leveren, als dat nodig is, aangezien anders gevaar ontstaat.

Criteria en mogelijkheden voor het indiceren van individueel verpleegkundig toezicht

Individueel verpleegkundig toezicht kan in de vorm van respijtzorg of als mantelzorgondersteuning worden geïndiceerd. Wanneer Verblijf tijdelijk, Begeleiding groep, Begeleiding individueel en/of verpleegkundig toezicht (activiteit 4.1) wordt geïndiceerd kan dit voor maximaal 3 etmalen (= 18 dagdelen per week). In deze 3 etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar 9 dagdelen naar school gaat, staat dit gelijk aan 7 dagdelen per week per 52 weken.

N.B.: bij de beoordeling of er een noodzaak is tot het indiceren van toezicht op individuele basis in de vorm activiteit 4.1 'verpleegkundig toezicht' als nachtzorg, wordt eerst vastgesteld dat toezicht in andere vormen (BG groep als nachtopvang en Verblijf tijdelijk), geen adequate oplossing biedt.

Zie voor een voorbeeld voor de berekening van het maximaal te indiceren uren VP 4.1, de bijlage bij dit hoofdstuk.

1. Gedurende de nacht bij leveringsvoorwaarde B2 en C

Criteria

- Er is sprake van een langdurige en zeer frequente zorgbehoefte (meer dan twee keer per nacht). Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met andere kinderen binnen het gezin waarbij ook sprake is van interventies³⁰ gedurende de nacht³¹, die niet gelijk lopen met de interventie van de verzekerde.

Mogelijkheden

- De maximale hoeveelheid te compenseren nachten in de vorm van indiceren van verpleegkundig toezicht (V.P. 4.1) gedurende de nacht, betreft voor een twee-ouder gezin drie nachten (6 dagdelen) per week. Voor een één-oudergezin³² is dit maximaal vijf nachten (10 dagdelen) per week. Het aantal te indiceren uren VP 4.1 bedraagt per dagdeel (lees nachtdeel) maximaal vier uur. Op deze vier uur wordt de geïndiceerde tijd voor alle directe zorg in mindering gebracht;
- Verpleegkundig toezicht in de vorm van VP 4.1 kan niet buiten de nachten om worden geïndiceerd. Naar noodzaak worden de andere mogelijke vormen van toezicht zoals BG groep en Verblijf tijdelijk geïndiceerd.

2. Gedurende de nacht en dag bij leveringsvoorwaarde D

Criteria

Zie omschrijving leveringsvoorwaarde D.

Mogelijkheden

- De maximaal te compenseren nachten in de vorm van het indiceren van verpleegkundig toezicht (4.1) gedurende de nacht, betreft zeven nachten (14 dagdelen) per week. Dit voor zowel een één-ouder als een twee-ouder gezin. Het aantal te indiceren uren VP 4.1 bedraagt per dagdeel maximaal vier uur. Op deze vier uur wordt de geïndiceerde tijd voor alle directe zorg in mindering gebracht;
- Naast de compensatie in de zorg voor de nachten kan een één-ouder gezin nog vier dagdelen per week gecompenseerd worden door het indiceren van individueel verpleegkundig toezicht wanneer andere vormen van toezicht geen adequate oplossing zijn. De berekening hiervan gebeurt volgens de voorwaarden als omschreven bij de te compenseren nachten. Aan de ouder wordt gevraagd welke dagdelen per week hij/zij naast de nachten vrij van zorg wenst te zijn. De berekening van het aantal uren individueel verpleegkundig toezicht wordt hierop aangepast;
- Naast de compensatie in de zorg voor de nachten kan een twee-ouder gezin³³ nog twee dagdelen per week gecompenseerd worden door het indiceren van individueel verpleegkundig toezicht wanneer andere vormen van toezicht geen adequate oplossing zijn. Het aantal te indiceren uren VP 4.1 bedraagt per dagdeel maximaal vier uur. Op deze vier uur wordt de geïndiceerde tijd voor alle directe zorg in mindering gebracht. Aan de ouders wordt gevraagd welke dagdelen per week zij naast de nachten vrij van zorg wensen te zijn. De berekening van het aantal uren individueel verpleegkundig toezicht wordt hierop aangepast.

30 Met interventies worden momenten van zorg door ouders voor hun kinderen bedoeld.

31 Met de nacht wordt de periode van 23.00 uur tot 7.00 uur bedoeld.

32 Er is sprake van één persoon van 18 jaar of ouder.

33 Wanneer er sprake is van co-ouderschap, is er vanwege de aanvaarde gedeelde verantwoordelijkheid, sprake van een twee-oudergezin.

9.5 Procedure

Betreffende de indicatie

- Overgangsregeling: voor kinderen met een aandoening die ze hebben gekregen na het 17e levensjaar, waarbij AWBZ-zorg activiteit 4.1 VP op basis van bovengenoemde criteria aan de orde is, kan verpleegkundig toezicht worden geïndiceerd. Dat kan maximaal voor een periode van 1 jaar na het ontstaan van de aandoening;
- Bij een eerste aanvraag waarbij sprake is van individueel verpleegkundig toezicht, is de maximaal te indiceren periode een half jaar. Gedurende deze periode kunnen de draaglast/draagkracht en vaardigheden van de ouders voor het leveren van een bijdrage aan de zorg voor het kind worden onderzocht. Gestreefd wordt naar een maximale zelfredzaamheid van het gezin;
- Voortzetting van indicaties met activiteit VP 4.1 is alleen mogelijk bij handhaving van leveringsvoorwaarden. Voor de bepaling van de geldigheidstermijn na deze periode wordt het gestelde in paragraaf 2.5 'Geldigheidsduur' van de bijlage 'Algemeen' toegepast.

Bijlage bij dit hoofdstuk

Rekenvoorbeeld individueel verpleegkundig toezicht bij kind met leveringsvoorwaarde D (tracheostomale beademing) in een twee-oudergezin.

Voorbeeld 24-uursoverzicht (etmaal). De geel gemarkeerde tekst maakt de keuze voor de uren verpleegkundig toezicht inzichtelijk

N.B.: In dit voorbeeld is sprake van een twee-oudergezin. Het maximum aantal te indiceren dagdelen individueel verpleegkundig toezicht betreft daarom dan ook **16** dagdelen (lees dag/nachtdelen) per week. Het maximum te indiceren dagdelen individueel verpleegkundig toezicht over de dagen per week is door het invullen van deze **2** dagdelen en **2** nachtdelen op de maandag en de nacht van maandag op dinsdag nu dan ook bereikt. Alleen voor de overige 6 nachten (**12** dag/nachtdelen) kan nog verpleegkundig toezicht worden geïndiceerd.

Maandag:

Dag/nachtdelen	7.00 – 11.00 uur 4 uur = 240 minuten		11.00 -15.00 uur 4 uur = 240 minuten		15.00 – 19.00 uur		19.00 – 23.00 uur		23.00 – 7.00 uur 8 uur = 480 minuten	
Functie/ Activiteiten/ Handelingen	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toe- zicht Ja (max. 240 minu- ten)	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toe- zicht Ja (max. 240 minu- ten)	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toe- zicht Nee	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toezicht Nee	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toe- zicht Ja (max. 480 minu- ten)
PV 1.1 en 1.2 Zich wassen en zich kleden	45 mi- nuten						30 mi- nuten			
PV 1.2 Verschonen	10 mi- nuten		10 mi- nuten		20 mi- nuten					
PV 1.3 In- en uit bed	10 mi- nuten		10 mi- nuten		10 mi- nuten		10 mi- nuten			
PV 1.8 Toedienen Sonde-voeding (incl. medicij- nen)	40 mi- nuten		40 mi- nuten		40 mi- nuten		40 mi- nuten			
PV 1.9 Toedienen medicijnen (via sonde)									2x 10 minu- ten = 20 minu- ten	
PV 2.1 Verzorgen huid, e.d.					10 mi- nuten		10 mi- nuten			
Totaal PV	105 mi- nuten		60 minu- ten		80 minu- ten		90 minu- ten		20 minu- ten	

Dag/nachtdelen	7.00 – 11.00 uur 4 uur = 240 minuten		11.00 -15.00 uur 4 uur = 240 minuten		15.00 – 19.00 uur		19.00 – 23.00 uur		23.00 – 7.00 uur 8 uur = 480 minuten	
Functie/ Activiteiten/ Handelingen	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toe- zicht Ja (max. 240 minu- ten)	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toe- zicht Ja (max. 240 minu- ten)	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toe- zicht Nee	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toezicht Nee	Directe hande- lingen	Ver- pleeg- kundig toe- zicht Ja (max. 480 minu- ten)
VP 2.1 Uitzuigen trachea 2 x per uur min de keren dat bronchiaal toilet wordt toegepast	7 x 5 minu- ten = 35 mi- nuten		7 x 5 minu- ten = 35 mi- nuten		7 x 5 minu- ten = 35 mi- nuten		7 x 5 minu- ten = 35 mi- nuten		16 x 5 minu- ten = 80 mi- nuten	
VP 2.1 Bronchiaal toilet	20 mi- nuten		20 mi- nuten		20 mi- nuten		20 mi- nuten			
VP 1.3 Verzorgen trachea-canule					15 mi- nuten					
Totaal VP direct	55 minu- ten		55 minu- ten		70 minu- ten		55 minu- ten		80 mi- nuten	

Totaal berekening maandag

Totaal PV transport	105 minuten	60 minuten	80 minuten	90 minuten	20 minuten
Totaal VP direct transport	55 minuten	55 minuten	70 minuten	55 minuten	80 minuten
Totaal PV en VP direct	160 minuten	115 minuten	150 minuten	145 minuten	100 minuten
Verpleegkundig toezicht	80 minuten	125 minuten			300 minuten
Totaal VP direct en verpleegkun- dig toezicht	135 minuten	180 minuten	70 minuten	55 minuten	380 minuten
Totaaltijd per dagde(len) PV, VP direct en VP verpleegkun- dig toezicht (max 240 minuten)	240 minuten = 1 dagdeel	240 minuten = 1 dagdeel	150 minuten	145 minuten	480 minuten = 2 dagdelen

Totaaltijd maandag functies PV en VP

PV: 355 minuten

VP: 820 minuten

Vervolg berekenmethode

Per dag wordt de tabel ingevuld. Afhankelijk van de gekozen dagdelen 'vrij' wordt het verpleegkundig toezicht berekend. Het aantal dagdelen 'vrij' is gemaximeerd. Raadpleeg hiertoe deze toelichting. Bij het totaal aantal uren per week wordt uiteindelijk nog het gemiddelde van de activiteiten opgeteld die niet wekelijks plaatsvinden, zoals het verwisselen van de beademingscanule en het inbrengen van de sonde. Het uiteindelijke totaal aantal minuten per week PV en VP wordt omgezet in klassen en additionele uren.

N.B.: in dit voorbeeld is sprake van een twee-oudergezin. Het maximum aantal te indiceren dagdelen individueel verpleegkundig toezicht betreft daarom dan ook **16** dagdelen (lees dag/nachtdelen) per week. Het maximum te indiceren dagdelen individueel verpleegkundig toezicht over de dagen per week is door het invullen van deze **2** dagdelen en **2** nachtdelen op de maandag en de nacht van maandag op dinsdag nu dan ook bereikt. Alleen voor de overige 6 nachten (**12** dag/nachtdelen) kan nog verpleegkundig toezicht worden geïndiceerd.



Hoofdstuk 10

AWBZ-zorg in het onderwijs

Inhoudsopgave

10.1	Inleiding	136
10.2	Specifieke aandachtspunten bij het onderzoek	137
10.3	Aandachtspunten bij de bepaling van voorliggende voorzieningen	138
10.4	De aanspraak op AWBZ-zorg	142
10.5	Functies, omvang en geldigheidsduur	143
Bijlagen bij hoofdstuk 10		144
Bijlage 1	Aftrektabel aantal minuten zorg per week per schoolsoort en per functie	144
Bijlage 2	Achtergrondinformatie	145
Bijlage 3	'Stages' in centra voor dagbesteding	146

10.1 Inleiding

Met deze toelichting op de indicatiestelling van AWBZ-zorg bij kinderen/leerlingen³⁴ die AWBZ-zorg nodig hebben tijdens hun deelname aan het onderwijs, wordt standaardisatie/uniformering van de indicatiestelling beoogd. Hetgeen hier specifiek voor indicatiestelling bij kinderen die onderwijs volgen wordt beschreven is gebaseerd op de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009. De Richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs', waarop deze toelichting mede is gebaseerd, is nog niet aangepast aan de beleidsregels indicatiestelling AWBZ geldend op 1 januari 2009. Daar waar de Richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs' afwijkt van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ geldend op 1 januari 2009, zijn deze beleidsregels van toepassing.

Deze toelichting 'AWBZ-zorg in het onderwijs'³⁵ bevat de volgende onderwerpen:

1. de doelgroep waarvoor geïndiceerd kan worden;
2. specifieke aandachtspunten bij het onderzoek;
3. aandachtspunten bij de bepaling van voorliggende voorzieningen;
4. de aanspraak op AWBZ-zorg;
5. functies, omvang en geldigheidsduur.

Bijlagen:

1. aftrek aantal minuten zorg per week per schoolsoort en per functie; de aftrektabel;
2. achtergrondinformatie;
3. stages in centra voor dagbesteding.

³⁴ Daar waar in deze werkinstructie over kinderen wordt gesproken kan ook jongeren of leerlingen worden gelezen.

³⁵ De term onderwijs heeft betrekking op het regulier onderwijs (basis- en voortgezet onderwijs), het speciaal en voortgezet speciaal onderwijs en het beroepsonderwijs MBO, HBO en WO.

10.2 Specifieke aandachtspunten bij het onderzoek

De aanvragen voor AWBZ-zorg in het onderwijs worden net als andere aanvragen aan de hand van het afwegingskader; het trechtermodel beoordeeld, waarbij de volgende specifieke aandachtspunten van belang zijn:

Rapportage

Omdat het beoordelen van AWBZ-zorg in het onderwijs tamelijk complex is, is voor het indicatieonderzoek de volgende informatie van belang: aanvraagformulier, informatie over de (medische) diagnose, individueel zorgplan van de school inclusief een beschrijving van de activiteiten en welke begeleiding/zorg daarbij gewenst is. Indien aanwezig een kopie van REC beschikking³⁶, en een individueel zorgplan voor de thuissituatie bij reeds ingezette zorg.

Grondslag/functies

Als een kind een grondslag heeft voor AWBZ-zorg, kan hij binnen het onderwijs in aanmerking komen voor functies Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP) of Begeleiding individueel (BG ind). Voor toegang tot de functie Begeleiding moet er in zijn algemeenheid sprake zijn van matig of zware beperkingen op het terrein van: de sociale redzaamheid, het bewegen en verplaatsen, het psychische functioneren, het geheugen of de oriëntatie of er moet sprake zijn van matig of zwaar probleemgedrag tengevolge van de aandoening of stoornis die de grondslag vormt.

Beperkingen

Het onderzoek naar de beperkingen in de thuissituatie (buiten schooltijd) vindt plaats volgens het afwegingskader in bijlage Algemeen.

Er wordt onderzocht welke problemen het kind ervaart in de deelname aan het (speciaal) onderwijs en bij welke zaken begeleiding nodig is.

Bestaande voorzieningen

Er wordt onderzocht/vastgesteld welk type onderwijs het kind volgt.

Er wordt onderzocht/vastgesteld voor welk type onderwijs het kind is geïndiceerd.

Aanpassing van de omgeving of hulpmiddelen

Er wordt beoordeeld in hoeverre omgevingsfactoren bijdragen aan de AWBZ-zorgvraag voor op school.

Er wordt beoordeeld of er belemmeringen zijn in de school die de intensiteit of omvang van de begeleidingsbehoefte van het kind op school doen vergroten. Met andere woorden, of de beperkingen van het kind duidelijker naar voren komen vanwege de onmogelijkheden van de schoolomgeving.

Gebruikelijke zorg

- Gebruikelijke zorg voor ouders aan hun kinderen
Gedurende de tijd dat een kind de school bezoekt is er voor de niet-uitstelbare zorg geen verplichting voor de ouders om deze gebruikelijke zorg te leveren.
- Gebruikelijke zorg van leerkrachten aan leerlingen
Gebruikelijke zorg heeft primair betrekking op de normale, dagelijkse zorg die ouders geacht worden aan hun kinderen te bieden. Binnen de school wordt met gebruikelijke zorg bedoeld op de gangbare en normale dagelijkse zorg, zoals die ook geldt voor gezonde kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel.

Wettelijk voorliggende voorzieningen

In de aftrektabel (bijlage 1) wordt benoemd wat de mate van voorliggendheid van het onderwijs is voor de functies PV en VP. Deze wordt uitgedrukt in een minutentabel. Voor de functie BG individueel is de minutentabel niet van toepassing³⁷.

36 Een REC beschikking is de toelatingsbeschikking tot een school voor speciaal onderwijs van het Regionale Expertisecentrum.

37 Dit volgens bijlagen 4 (PV), bijlage 5 (VP) en bijlage 6 (BG) van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ

10.3 Aandachtspunten bij de bepaling van voorliggende voorzieningen

Algemeen

De mate van voorliggendheid van het onderwijs

Deze is door het ministerie van VWS beschreven in de Richtlijn “Afbakening en reikwijdte AWBZ-zorg en onderwijs”. Welke zorg voorliggend is, is per soort speciaal onderwijs (dit geldt ook voor het regulier onderwijs, het speciaal basisonderwijs en het voortgezet onderwijs met Rugzak) vertaald in de aftrektabel aantal minuten reguliere zorg per week per schoolsoort en per functie (bijlage 1).

De Richtlijn veronderstelt een gelijkwaardigheid van het speciaal onderwijs en het regulier onderwijs mét Rugzak³⁸. De aftrek in minuten PV en VP zorg is in beide gevallen hetzelfde.

Als een kind, vanwege een aandoening, stoornis en beperkingen, gedrag heeft dat het leren bemoeilijkt, valt de daarbij behorende begeleiding al dan niet in combinatie met een clusterindicatie onder het onderwijs. Het gaat daarbij om activiteiten die te maken hebben met de lessen, het leren, de vakinhoud, de pedagogische en didactische omgang en alle activiteiten gedurende schooltijd, die onder de behandelvorm kortdurende behandeling, gericht op het herstel en/of aanleren van vaardigheden of gedrag³⁹, vallen. Als er sprake is de noodzaak tot het leveren van toezicht dat bovengebruikelijk is, kan dit wel tot een AWBZ-aanspraak leiden.

NB. De functie Behandeling verhoudt zich in zijn algemeenheid niet tot onderwijsdoelen en wordt los van onderwijs gewogen.⁴⁰

Het CIZ betreft in het onderzoek naar de voorliggende voorzieningen niet alleen de omvang van de zorg die binnen het onderwijs geboden dient te worden (zie tabel 1), maar ook de context en de leeromgeving van het speciaal onderwijs⁴¹.

De leerplicht en de voorliggendheid van het onderwijs

Kinderen gaan verplicht naar school vanaf 5 jaar tot en met het schooljaar waarin ze 16 worden (volledige leerplicht). Daarna start, voor jongeren die nog geen startkwalificatie hebben, de kwalificatieplicht⁴². Dat houdt in dat alle jongeren tot hun 18e verjaardag onderwijs moeten volgen, gericht op het halen van een startkwalificatie. Dit is een HAVO-, VWO- of MBO2-diploma. Heeft een leerling met succes HAVO of VWO afgerond of een diploma van een opleiding op niveau 2 van het MBO, dan is de kwalificatieplicht niet van toepassing.

38 Het budget in de Rugzak bestaat in het Primair en Voortgezet onderwijs uit drie delen: een bedrag voor formatie-uitbreiding, een vrij te besteden bedrag en een bedrag voor ambulante begeleiding. De ambulante begeleiding is bestemd voor zowel de leerling als de leerkracht. De inhoud van de Rugzak is in het kader van de Richtlijn vertaald in het aantal minuten zorg dat de school voor speciaal onderwijs aan de individuele leerling levert. Deze minuten zijn te beschouwen als de mate waarin het onderwijs voorliggend is op de AWBZ-zorg. Ook voor het MBO-onderwijs wordt dit uitgangspunt onverkort gehanteerd. Er is weliswaar geen speciaal onderwijs op MBO-niveau, maar wel een Rugzak waarbij een aftrek plaatsvindt op basis van de minutentabel voor het VSO. Zie ook paragraaf 3.

39 Dit volgens de richtlijn ‘Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs (VWS), waarin wordt aangegeven dat de functie Activerende Begeleiding in de richtlijn buiten beschouwing wordt gelaten. Activerende Begeleiding is opgegaan in deze behandelvorm.

40 Dit volgens de richtlijn ‘Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs (VWS).

41 In de Richtlijn van VWS staat dit niet als zodanig beschreven, maar op basis van het afwegingskader zoals beschreven in de beleidsregels neemt het CIZ de specifieke context en leeromgeving binnen het speciaal onderwijs mee in de beoordeling.

42 Sommige jongeren kunnen geen startkwalificatie halen omdat ze hier cognitief niet toe in staat zijn, bijvoorbeeld jongeren in het praktijkonderwijs, zeer moeilijk lerende kinderen en meervoudig gehandicapte kinderen. Zij zijn daarom vrijgesteld van de kwalificatieplicht. Voor hen geldt dat zij tot en met het schooljaar waarin ze 16 worden (volledig) naar school gaan. In individuele gevallen waarin sprake is van lichamelijke of psychische gronden die een jongere ongeschikt maken om tot een school te worden toegelaten kent de Leerplichtwet in artikel 5 een vrijstellingsregeling. De omvang van de vrijstelling bepaalt de mate waarin het onderwijs een voorliggende voorziening op de AWBZ is en daarmee de omvang van de te indiceren BG groep. Deze individuele bepaling is ook van toepassing op de kwalificatieplicht.

In geval van (gedeeltelijke) leerplichtonthefving op grond van de vrijstellingsregeling in de Leerplichtwet, vervalt de voorliggendheid voor dat deel waar ontheffing voor is. In dat geval ontstaat er een mogelijkheid voor BG groep.

Kinderen van 4 jaar zijn nog niet leerplichtig. Als voor kinderen van deze leeftijd AWBZ-zorg in het onderwijs wordt gevraagd en het kind heeft nog geen clusterindicatie, dan kan het onderwijs niet als voorliggende voorziening worden gezien (het kind is immers niet leerplichtig). Als kinderen van 4 jaar wel in het bezit zijn van een clusterindicatie is er sprake van onderwijs als niet-wettelijke maar als algemeen gebruikelijke voorziening. In deze situaties wordt de minutenaf trek tevens gehanteerd (zie tabel in bijlage 1).

Specifieke aandachtspunten

Remedial teaching en huiswerkbegeleiding

Remedial teaching en huiswerkbegeleiding richten zich op het helpen van kinderen met leerproblemen (dit zijn onderwijsgebonden problemen) en behoren tot het domein van onderwijs. Remedial teaching behoort daarom niet tot de aanspraken AWBZ. Dit geldt ook voor leerlingen met bijvoorbeeld een concentratiestoornis als gevolg van een stoornis of handicap of een blinde leerling die problemen ondervindt als gevolg van lesmateriaal dat niet in braille is uitgegeven.

(Begeleiding bij) vervoer naar onderwijs

Vervoer naar school en van school naar huis, inclusief de noodzakelijke begeleiding en het toezicht gedurende de rit, behoort tot de verantwoordelijkheid van de gemeente waarin het kind woont. De gemeente heeft de wettelijke taak om het leerlingenvervoer te regelen: dit is een wettelijke voorliggende voorziening op de AWBZ op grond van artikel 2, lid 2 BZA-AWBZ.

Er is één uitzondering op deze regel. Als in de thuissituatie een aanspraak bestaat op verpleegkundige handelingen op basis van de AWBZ, kunnen deze handelingen ook tijdens het 'leerling-vervoer' worden uitgevoerd, wanneer dit tijdens de rit noodzakelijk is (niet uitstelbare zorg). Voor de bepaling van de omvang is van belang dat alleen de tijd die staat voor het uitvoeren van de handeling wordt geïndiceerd.

Overblijven

Scholen voor basisonderwijs moeten zorgen voor een voorziening voor leerlingen om onder toezicht de middagpauze te kunnen doorbrengen. Als er tijdens de overblijftijd PV of VP noodzakelijk is, kan AWBZ zorg hiervoor worden ingezet⁴³.

Er is op scholen voor basisonderwijs tijdens het overblijven geen aanspraak op de functie BG omdat de opvang van kinderen tussen de middag als een vorm van kinderopvang wordt beschouwd. De afwezigheid van ouders door werk of studie kan niet leiden tot een aanspraak op de functie BG in de middagpauzes (zie bijlage 3 Gebruikelijke Zorg).

Scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs bieden een verplicht continuooster. Dit betekent dat leerkrachten in de pauze tussen de middag verantwoordelijk zijn voor toezicht bij het eten. Hiervoor kan de functie BG individueel niet worden aangesproken.

Indien een ouder van een kind met een indicatie voor (voortgezet) speciaal onderwijs kiest voor regulier onderwijs, is de ouder verantwoordelijk voor passende opvang tijdens de middagpauze. Voor deze kinderen, die met een Rugzak naar het regulier onderwijs gaan, geldt dat zij als leerlingen van het speciaal onderwijs worden beoordeeld. Het (voortgezet) speciaal onderwijs biedt verplicht een continue rooster en daardoor is voor deze kinderen geen AWBZ-aanspraak op BG mogelijk tijdens de middagpauze.

43 Het bevoegd gezag van de basisschool draagt zorg voor een voorziening voor leerlingen om de middagpauze onder toezicht door te brengen, indien ouders hierom verzoeken. Als dat het geval is moet er een plan van aanpak worden gemaakt. Het overblijven moet in een veilige en kindvriendelijke ruimte plaatsvinden en met ingang van 1 augustus 2011 moet ten minste de helft van degenen die met het toezicht op de leerlingen worden belast een scholing hebben gevolgd op het gebied van het overblijven (Staatsblad, 2006, 291) .

Als er sprake is van (niet uitstelbare) Persoonlijke Verzorging of Verpleging bijvoorbeeld hulp bij eten en drinken zoals kauw- en slikondersteuning of medicatietoediening vanwege diabetes en/of wondverzorging, dan is een indicatie voor de functies PV of VP mogelijk. Dat kan ook tijdens de middagpauze.

Onderwijs en AWBZ-dagbesteding

Het onderwijs is een wettelijk voorliggende voorziening voor AWBZ-dagbesteding. AWBZ-dagbesteding (BG groep) is alleen mogelijk als er een vrijstelling is voor het volgen van onderwijs ('leerplichtonthefing').

Voor stages in centra voor dagbesteding is de handelwijze beschreven in bijlage 3;

Buitenschoolse opvang

Met ingang van 1 augustus 2007 zijn basisscholen verantwoordelijk voor het organiseren van buitenschoolse opvang. Scholen voor speciaal onderwijs hebben niet de verplichting om buitenschoolse opvang te organiseren. Voor de buitenschoolse opvang van leerlingen van scholen voor speciaal onderwijs is een indicatie in de vorm van de functie BG groep alleen mogelijk, voor zover BG groep een ander doel dient dan kinderopvang⁴⁴.

Speciaal basisonderwijs (SBO)

Scholen voor speciaal basisonderwijs (de voormalige LOM-scholen) zijn geen clusterscholen, maar speciale scholen voor regulier onderwijs. In de tabel (bijlage 1) is aangegeven dat geen aftrek hoeft plaats te vinden. De functies PV, VP en BG ind kunnen tijdens het onderwijs worden ingezet.

Op deze scholen is er sprake van een aangepaste onderwijsomgeving (kleinere groepen, aangepast materiaal, aanwezige deskundigheid). Aangezien dergelijke aanpassingen voorliggend zijn op de inzet van AWBZ-zorg, zal het bovengebruikelijke toezicht behorend bij de functie BG in op deze scholen in omvang beperkt kunnen zijn.

Kinderen van het speciaal basisonderwijs komen meestal niet in aanmerking voor de Rugzak. Helemaal uitgesloten is dit overigens niet. Voor een kind met Rugzak in het speciaal basisonderwijs geldt dat er rekening gehouden moet worden met de minutenaftrek op basis van de indicatie speciaal onderwijs (de clusterschool). De Rugzak is dan de voorliggende voorziening waarvan de omvang in minuten is vastgelegd.

AWBZ-zorg in het MBO

Onder het MBO-onderwijs wordt verstaan het middelbaar beroepsonderwijs op een regionaal opleidingscentrum (ROC), een agrarisch opleidingscentrum (AOC) of een vakschool. Daarbinnen kan voor de beroepsopleidende leerweg (BOL) of de beroepsbegeleide leerweg (BBL) worden gekozen.

Er is geen speciaal onderwijs op MBO-niveau. Het speciaal onderwijs is geen voorliggende voorziening voor het MBO.

In het MBO-onderwijs is vanaf 2006 een wel een Rugzakregeling ingevoerd. De Rugzak is de voorliggende voorziening waarbij het uitgangspunt is dat leerlingen recht hebben op de benodigde AWBZ-zorg minus de tijd zoals aangegeven in de tabel in bijlage 1, voor zover het de zorg in het VSO betreft. Een rugzak in het MBO wordt toegekend door de Commissie van indicatiestelling van het REC. Een indicatie van het CvI is nodig om de extra hulp/zorg daadwerkelijk te kunnen ontvangen.⁴⁵

44 In het voortgezet onderwijs is er geen wettelijke regeling voor buitenschoolse opvang. In de bijlage bij de beleidsregels gebruikelijke zorg staat dat kinderen van 12 tot 18 jaar geen voortdurend toezicht nodig hebben van volwassenen. Voorzover kinderen met een grondslag en beperkingen van die leeftijd niet zonder dit toezicht kunnen, kan er een aanspraak zijn op BG groep wanneer ook de leveringsvoorwaarde hier aanleiding toe geeft.

45 Naast Ambulante begeleiding door het REC kan in de extra inzet ook door het MBO-onderwijs zelf worden voorzien op basis van middelen die bij de MBO-instelling komen uit de rugzak.

AWBZ-zorg in HBO en WO

Een student in het HBO- en WO-onderwijs kan aanspraak maken op de functies PV, VP en BG. Er is voor deze onderwijssoorten geen voorliggende voorziening. Om aanspraak te kunnen maken op de functie BG moet er sprake zijn van matig of zware beperkingen die niet onderwijsgerelateerd zijn⁴⁶.

46 Het CIZ sluit hierbij onder meer aan bij enkele uitspraken van de Commissie Gelijke behandeling over aanpassingen in het HBO en WO. Op grond hiervan mag geconcludeerd worden dat de inzet van de functies PV en VP tijdens het MBO onderwijs mogelijk is. De Commissie Gelijke Behandeling stelt dat AWBZ-zorg niet als doeltreffende aanpassing gezien moet worden zoals bedoeld in de Wet Gelijke Behandeling. “Uit de systematiek van de WGB volgt niet dat de in artikel 2 WGBH/CZ besloten verplichting zover strekt dat aanbieders van beroepsonderwijs ook noodzakelijke en geschikte aanpassingen moeten verrichten op het terrein van persoonlijke verzorging en alledaagse levensbehoeften” (oordeel 2006-59; oordeel 2006-60) .

10.4 De aanspraak op AWBZ-zorg

Welke begeleiding behoort tot het onderwijs en welke tot de AWBZ?

Ten aanzien van de functie BG geldt het volgende:

als een kind, vanwege een aandoening, stoornis en beperkingen, gedrag heeft dat het leren bemoeilijkt, valt de daarbij behorende begeleiding onder het onderwijs. Het gaat daarbij om begeleiding die te maken heeft met de lessen, het leren, de vakinhoud, de pedagogische en didactische omgang en alle activiteiten gedurende schooltijd, die onder de behandelvorm kortdurende behandeling gericht op herstel en/of aanleren van vaardigheden of gedrag⁴⁷. Een concentratieprobleem van een kind leidt op zich dus niet tot een indicatie voor de functie BG individueel tijdens onderwijs. Als er sprake is de noodzaak tot het leveren van toezicht dat bovengebruikelijk is, kan dit wel tot een AWBZ-aanspraak leiden.

De clusterindicatie in relatie tot de functie Begeleiding AWBZ

Een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs voorziet in begeleiding van leerlingen tijdens het onderwijs. In relatie tot de functie Begeleiding betreft het de activiteiten (1) ondersteunen en aanbrengen van structuur c.q. het voeren van regie en (2) ondersteuning bij praktische vaardigheden en handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid en (4) oefenen met het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of het uitvoeren van handeling die de zelfredzaamheid tot doel hebben Deze activiteiten zijn in het speciaal onderwijs onderdeel van de clusterindicatie en daarmee een voorliggende voorziening op AWBZ-zorg. Wanneer de ouders van kinderen met een zorgvraag kiezen voor regulier onderwijs krijgt deze clusterindicatie de vorm van een Rugzak.

Bovengebruikelijk toezicht

Als het gedrag de omgang met andere leerlingen bemoeilijkt kan BG individueel in de vorm van toezicht zijn aangewezen. Dit volgens de beleidsregels indicatiestelling AWBZ.⁴⁸ Te denken valt hierbij aan begeleiding bij ‘vrije’ of praktijklessen als schoolzwemmen of schoolgym. Bij dit type lessen/activiteiten is sprake van een minder strakke structuur en een ander type (leer)omgeving. Dit is vaak van invloed op het gedrag van het kind met een zorgvraag. Essentieel is dat het leren voor iedereen doorgang kan vinden. Ook bij de omgang met andere kinderen en/of bij spel kan het gedrag om toezicht en/of interventie vragen. Dit bovengebruikelijke toezicht en eventuele interventies komen in beide hiervoor genoemde situaties ten goede aan het kind zelf als ook aan zijn omgeving.

Ten aanzien voor de functies PV en VP geldt het volgende:

Gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen is tijdens de schooltijd niet van toepassing.

Een indicatie voor PV en VP is mogelijk, voor de activiteiten zoals genoemd in de bijlagen Persoonlijke verzorging en Verpleging.

47 Dit volgens de richtlijn ‘Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs (VWS), waarin wordt aangegeven dat de functie Activerende Begeleiding in de richtlijn buiten beschouwing wordt gelaten. Activerende Begeleiding is opgegaan in deze behandelvorm.

48 Zie voor de maximumomvang ‘omvang BG’ onder paragraaf 5.

10.5 Functies, omvang en geldigheidsduur

Functies

AWBZ-zorg op school beperkt zich tot de drie functies Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP) en Begeleiding individueel (BG individueel).

Als er een indicatie is afgegeven voor zorg met Verblijf en het kind gaat vanuit zijn verblijfssituatie naar school, kunnen er daarnaast geen losse functies worden geïndiceerd. Een ZZP bevat immers de volledige 24-uurs zorg.

Een AWBZ-indicatie voor het verblijf voor het volgen van passend onderwijs op grote afstand van de thuissituatie (de 'afstandsindicaties') is niet mogelijk.

Omvang PV en VP

Gebruik voor het bepalen van de omvang PV en VP het rekenmodel in bijlage 1.

Omvang BG

Voor activiteiten BG individueel 1, 2 en 4 wordt tijdens het onderwijs niet geïndiceerd.

Voor activiteit BG individueel 3, het overnemen van toezicht, geldt dat dit kan worden geïndiceerd conform de voorwaarden zoals die in deze toelichting zijn opgenomen. Er geldt een maximum van klasse 2 onafhankelijk van de plaats waar dit nodig is. De ouders kunnen de keuze maken of de indicatie voor het toezicht thuis en/of elders (bijvoorbeeld tijdens onderwijs) wordt ingezet.

Voor de functie Begeleiding wordt de minutentabel niet gebruikt.

Geldigheidsduur

De geldigheidsduur wordt beoordeeld volgens hetgeen hierover is opgenomen in bijlage 1 'Algemeen' van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ. De maximale geldigheidsduur is hiermee 5 jaar. Voor de bepaling van de geldigheidsduur bij kinderen met AWBZ-zorg tijdens het onderwijs is de prognose (veranderlijkheid) en het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak, van belang. Enerzijds gaat het om Gebruikelijke zorg in relatie tot gezonde kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel; anderzijds om de mate van voorliggendheid van de zorg.

Bijlage 1

Tabel 1 Aftrek aantal minuten reguliere zorg per week per schoolsoort en per functie

Onderwijssoort		PV	VP	BG1
Visueel gehandicapten: Cluster I	Speciaal onderwijs	0	0	218
	Voortgezet speciaal onderwijs	0	0	0
Doof: Cluster II	Speciaal onderwijs	0	0	332
	Voortgezet speciaal onderwijs	0	0	0
Slechthorend: Cluster II	Speciaal onderwijs	0	0	218
	Voortgezet speciaal onderwijs	0	0	0
ESM): Cluster II (= Ernstige Spraak-/taalmoeilijkheden)	Speciaal onderwijs	0	0	218
	Voortgezet speciaal onderwijs	0	0	0
Doof/Slechthorend/ZMLK: Cluster II (= Zeer moeilijk lerende kinderen) **	Speciaal onderwijs	0	0	0
	Voortgezet speciaal onderwijs	0	0	0
LG : Cluster III (= Lichamelijk gehandicapte kinderen)	Speciaal onderwijs	241	30	0
	Voortgezet speciaal onderwijs	176	30	0
LZ : Cluster III (= Langdurig zieke kinderen)	Speciaal onderwijs	98	80	0
	Voortgezet speciaal onderwijs	0	30	0
ZMLK: Cluster III (=Zeer moeilijk lerende kinderen)	Speciaal onderwijs	50	0	55
	Voortgezet speciaal onderwijs	30	0	30
LG/ZMLK*: Cluster III	Speciaal onderwijs	185	30	185
	Voortgezet speciaal onderwijs	189	30	189
Cluster IV	Speciaal onderwijs	0	0	160
	Voortgezet speciaal onderwijs	0	0	0
(S)BAO (=speciaal) basisonderwijs): zonder rugzak		0	0	0
VO (=Voortgezet onderwijs): zonder rugzak		0	0	0
(S)BAO (=speciaal) basisonderwijs): met rugzak		Afhankelijk van het geïndiceerde schooltype en naar rato van het aantal minuten in de tabel.		
VO (=Voortgezet onderwijs): met rugzak				
1 De minutentabel voor begeleiding wordt in de berekening niet gebruikt. Voor het toezicht is maximaal klasse 2 mogelijk. Dit onafhankelijk van waar dit toezicht wordt ingezet. Hierop is geen aftrek van toepassing.				

* Hiermee wordt bedoeld op meervoudig gehandicapte kinderen (LG/ZMLK MG). De REC beschikkingen voor MG-leerlingen betreffen leerlingen met zowel een lichamelijke als een verstandelijke handicap en leerlingen met een zeer ernstige verstandelijke handicap (IQ tot 34).

** Doof/slechthorend ZMLK: in de indicatiebeschikking van het REC heet dit doof/MG en slechthorend/MG

Bijlage 2: Achtergrondinformatie

Soorten onderwijs voor kinderen met een handicap of stoornis

Een kind met een handicap of stoornis kan op de volgende manieren onderwijs krijgen:

- in het regulier onderwijs, bijvoorbeeld de gewone basisschool of middelbare school.
- in het regulier onderwijs (basis en voortgezet onderwijs) mét Rugzak. Een Rugzak is de alledaagse benaming voor Leerling Gebonden Financiering. Een Rugzak bestaat uit mogelijkheden tot extra begeleiding van het kind en de leerkracht en geldt voor aangepaste leermiddelen. Nadat het kind een indicatie heeft gekregen van de Commissie voor Indicatiestelling (CvI) die verbonden is aan elk Regionaal Expertise Centrum (REC), kunnen ouders kiezen voor een Rugzak of het speciaal onderwijs. Bij de keuze voor een Rugzak wordt de begeleiding geboden door het REC. Bij gebruik van een Rugzak past het CIZ de verdeelsleutel toe; de minutenaf trek in bijlage 1 bij deze toelichting.
- in het speciaal onderwijs. Het gaat daarbij om onderwijs uit cluster 1 (visueel beperkten), cluster 2 (doof, spraaktaal), cluster 3 (zeer moeilijk lerenden, lichamelijke handicap, langdurig zieke kinderen) en cluster 4 (onder andere zeer moeilijk opvoedbare kinderen).
- in scholen voor speciaal basisonderwijs (SBO). Dit zijn de scholen die vroeger LOM, MLK of IOBK werden genoemd.

Indicatiestelling binnen het onderwijs

Voor het onderwijs indiceert de Commissie voor Indicatiestelling (CvI) van het REC. Het ministerie van OCW stelt de criteria voor toelating tot de scholen voor speciaal onderwijs vast. Zie hiervoor www.minocw.nl, (dossier speciaal onderwijs).

Als een kind nog geen indicatie heeft voor het speciaal onderwijs (een clusterindicatie), maar volgens het CIZ daar wel voor in aanmerking komt dan wordt eerst verwezen naar het CvI⁴⁹

Om te voorkomen dat de ouders onnodig worden doorverwezen, kan wel een indicatie worden afgegeven als voldoende duidelijk is dat het kind naast de Rugzak extra AWBZ-zorg nodig heeft. Let er hierbij op dat een behoefte aan PV en VP voor kinderen in het regulier onderwijs vaak niet tot een clusterindicatie leidt.

⁴⁹ Voor een kind dat gebruik maakt van het basisonderwijs en voor wie een indicatie voor speciaal onderwijs wordt aangevraagd, kan voor de periode totdat dit besluit genomen wordt een AWBZ-indicatie worden afgegeven.

Bijlage 3: 'Stages' in centra voor dagbesteding

Het komt voor dat leerlingen in de laatste jaren van het speciaal onderwijs 'stage lopen' bij een dagbestedingcentrum. De vraag daarbij is of het dan gaat om een onderwijsprogramma waarbij de begeleiding ten laste komt van het onderwijs of dat er tijdelijk AWBZ-zorg kan worden geïndiceerd voor deze leerlingen om de overstap van school naar zorginstelling te overbruggen.

Er zijn situaties waarbij er sprake is van begeleiding in dagdelen (BG groep), waardoor deze vorm van zorg ten laste van de AWBZ kan worden gebracht. Het College voor Zorgverzekeringen heeft in een advies de onderstaande voorwaarden aangegeven:

- “Het komt voor dat kinderen met een handicap dermate beperkt zijn dat er geen uitzicht is op een reguliere arbeidsplek. Zij zijn dan voor de rest van hun leven aangewezen op een dagactiviteitencentrum. Ter voorbereiding daarop nemen deze leerlingen tijdens hun schoolperiode al deel aan het dagactiviteitencentrum. De bedoeling daarvan is om het kind en/of ouders alvast kennis te laten maken met de situatie daar of om de acceptatie van de beperkingen van het kind wat makkelijker te maken. Hoewel dit door betrokkenen als 'stagelopen' wordt aangeduid, gaat het feitelijk om deelname aan een zorgprogramma. In tegenstelling tot reguliere stages is geen sprake van enige productiviteit voor de 'stage-instelling'. De betrokkene heeft dezelfde, (wellicht) zelfs meer, begeleiding nodig als andere deelnemers. Het gaat in principe om een gewenningsfase van korte duur. Het CVZ is dan ook van mening dat in dergelijke situaties sprake is van begeleiding in dagdelen, en dat deze zorg ten laste van de AWBZ kan worden gebracht, mits het indicatieorgaan hiervoor een indicatie geeft. Uiteraard zal het CIZ op basis van de geldende criteria moeten beoordelen of en in welke mate de verzekerde is aangewezen op deze begeleiding (RZA, 2005, 14).”
- Het CIZ stelt voor de indicatiestelling de volgende beleidslijn vast:
 - doelgroep: het gaat om leerlingen in de laatste schooljaren van een school voor speciaal onderwijs. Deze leerlingen zijn niet aangewezen op de Wsw, of (nog niet) op een reguliere arbeidsplaats;
 - doelstelling: er is geen sprake van productiviteit voor de instelling waar deze leerling tijdelijk verblijft. Dat neemt niet weg dat de doelstelling van de 'stages' kan verschillen. Het kan een oriëntatie betreffen op verschillende onderdelen van het aanbod binnen een dagcentrum voor volwassenen. Ook kan er gericht worden toegewerkt naar voorbereiding op arbeid;
 - informatie bij de aanvraag: een rapportage van de school. Het kan hierbij gaan om een evaluatie van eerdere stages, en/of een inschatting van de mogelijkheden en kansen van deze leerling op de arbeidsmarkt;
 - grondslag: VG, LG of ZG;
 - functie: BG groep;
 - omvang en duur indicatiebesluit: de geldigheidsduur is afhankelijk van de doelstelling. In algemene zin wordt de periode begrensd tot een schooljaar, tenzij gemotiveerd kan worden aangetoond dat een langere periode wenselijk is. Voor een oriëntatie op een dagcentrum, zal een jaar in het algemeen volstaan, waarbij de omvang variabel is binnen de begrenzing van een jaar. Bijvoorbeeld:
 - drie maanden en zes dagdelen per week;
 - zes maanden en twee dagdelen per week;
 - een jaar en een dagdeel per week.

Maximaal zes weken voor het aflopen van de 'stageperiode' wordt een nieuwe aanvraag ingediend zodat de overgang naar dagbesteding vanwege de AWBZ aansluitend kan plaatsvinden.

