



CIZ Indicatielijzer

Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012,
zoals vastgesteld door het ministerie van VWS

Versie: 5.0
januari 2012



CIZ Indicatiewijzer versie 5.0

Toelichting op de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2012
zoals vastgesteld door het ministerie van VWS.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Voorwoord en Ten geleide	3	
Hoofdstuk 2. Algemene uitgangspunten	7	
Hoofdstuk 3. Grondslagen	23	
Hoofdstuk 4. Gebruikelijke zorg	53	
Hoofdstuk 5. Persoonlijke Verzorging	67	
Hoofdstuk 6. Verpleging	83	
Hoofdstuk 7. Begeleiding	107	
Hoofdstuk 8. Behandeling	137	
Hoofdstuk 9. Verblijf	157	
Hoofdstuk 10. Kortdurend Verblijf	185	
Hoofdstuk 11. Palliatief terminale zorg	195	
Hoofdstuk 12. Thuisbeademing	201	
Hoofdstuk 13. AWBZ-zorg in het onderwijs	215	
Hoofdstuk 14. ADL-assistentie	227	

Hoofdstuk 1

Voorwoord

Dit is versie 5.0 van de CIZ Indicatielijzer, op basis waarvan indicatiestellers van het CIZ indicatiebesluiten nemen en zorgaanbieders besluiten kunnen voorbereiden. In deze Indicatielijzer zijn de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ van het ministerie van VWS per 1 januari 2012 verwerkt. Ook deze versie van de CIZ Indicatielijzer kwam tot stand in samenwerking met onder andere het College voor zorgverzekeringen, Zorgverzekeraars Nederland, het ministerie van VWS, cliëntorganisaties, ketenpartners en CIZ-medewerkers.

Grotere rol zorgaanbieders

De rol van het CIZ bij de AWBZ-indicatiestelling verandert: van uitvoerder naar toezichthouder. Zorgaanbieders kunnen steeds vaker zelf indicaties voorbereiden, het CIZ toetst of dit op juiste wijze is gebeurd. Hiermee wordt mede uitvoering gegeven aan de visie op de AWBZ van de staatssecretaris van VWS: 'vertrouwen in de zorg'. Om dit goed te faciliteren steekt het CIZ veel energie in de ontwikkeling van efficiënte processen. Zoals bij de Standaard indicatieprotocollen (SIP's) en Herindicaties via Taakmandaat.

Indicatiemelding

Naar verwachting worden de snelle en eenvoudige vormen van indicatiestelling verder uitgebreid. In dat licht is ook de indicatiemelding voor verblijf voor cliënten van 80 jaar en ouder tot stand gekomen: zorgaanbieders bepalen zelf of een cliënt uit genoemde doelgroep in aanmerking komt voor opname in een instelling. De zorgaanbieder doet aan het CIZ digitaal de indicatiemelding, die direct wordt omgezet in een besluit. De bij de melding ingevoerde gegevens worden gebruikt voor monitoring. Het CIZ rapporteert aan VWS over het gebruik van de indicatiemelding.

Grote interesse in rapportages

Er ontstaat steeds meer interesse bij belanghebbenden (gemeenten, branche-organisaties, cliëntorganisaties, e.a.) voor feitelijke informatie over de AWBZ en de indicatiestelling. In 2011 publiceerde het CIZ hier diverse rapportages over. Zoals 'Begeleiding in beeld'; deze rapportage is vooral bedoeld voor gemeenten die inzicht willen krijgen in de samenstelling van de groep cliënten met recht op de AWBZ-functie Begeleiding. De 'Basisrapportage AWBZ' biedt gemeenten informatie over het aantal inwoners met een AWBZ-indicatie van het CIZ en over de zorg waarvoor zij een indicatie hebben. De rapportages worden via www.ciz.nl aangeboden.

Perspectief

De AWBZ, en daarmee de indicatiestelling, is frequent onderwerp van gesprek op diverse niveaus. Verbetering en vereenvoudiging van de (AWBZ) indicatiestelling neemt in die gesprekken steeds weer een prominente plek in. Het CIZ voegt graag haar expertise toe aan de discussie. De wijzigingen zijn voor onze organisatie een uitdagend perspectief, waar wij met onze opdrachtgever VWS en ketenpartners invulling aan geven. De resultaten daarvan zijn dan weer terug te vinden in de CIZ Indicatielijzer, die periodiek wordt geactualiseerd.

Daan Hoefsmit
Voorzitter Raad van Bestuur

Ten geleide

Achtergrond

Met de CIZ Indicatielijzer kunnen de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012 van het ministerie van VWS beter toegepast worden bij de indicatiestelling. Daarnaast wordt in de CIZ Indicatielijzer de toepassing van AWBZ-aanspraken, zoals beschreven in het Besluit zorgaanspraken, de Regeling zorgaanspraken, het Zorgindicatiebesluit en de Zorgindicatieregeling verder uitgewerkt. Wanneer mensen aanspraak willen maken op zorg die bekostigd wordt vanuit de AWBZ, dan besluit het CIZ in bijna alle gevallen of zij hiervoor in aanmerking komen. Het CIZ neemt dergelijke besluiten op basis van genoemde Beleidsregels en de Regeling zorgaanspraken AWBZ. De Beleidsregels bestaan uit een ministeriële regeling met negen bijlagen. De Regeling zorgaanspraken AWBZ kent een bijlage waarin cliëntprofielen en zorgzwaartepakketten (ZZP's) uit de sectoren Verpleging & Verzorging, Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg worden omschreven.

De inherente afwijkingsbevoegdheid

Indicatiestellers van het CIZ wijken af van de Beleidsregels, als bijzondere omstandigheden in het leven van een verzekerde daarom vragen: de inherente afwijkingsbevoegdheid. Hierover staat in de Algemene wet bestuursrecht: 'Van een Beleidsregel dient te worden afgeweken als de Beleidsregel voor één of meerdere belanghebbenden gevolgen zou hebben, die vanwege bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot de met de Beleidsregels te dienen doelen. Het gaat om omstandigheden die niet in de Beleidsregels zijn verdisconteerd en waarvan strikte navolging zou leiden tot een niet-beoogde uitkomst.'

De CIZ Indicatielijzer legt per bijlage van de Beleidsregels uit:

- hoe het indicatieonderzoek verloopt;
- welke informatie van belang is en hoe deze gewogen wordt c.q. in de context geplaatst;
- hoe dit alles leidt tot een indicatiebesluit met type(n) zorg, zorgomvang en zorgduur.

In specifieke situaties kan de inhoud ook worden gebruikt als motivering van het CIZ-indicatiebesluit. Bijvoorbeeld als de beschrijving van de Beleidsregels onvoldoende inzicht geeft of te abstract is.

Enkele voorbeelden van aanpassingen

De CIZ Indicatielijzer is geactualiseerd ten opzichte van versie 4.1. Er zijn aanpassingen die samenhangen met wijzigingen in de Beleidsregels die VWS per 1 januari 2012 heeft aangebracht. Het gaat hierbij onder meer om het volgende.

De Pgb-subsidieregeling is per januari 2012 aangepast door het ministerie van VWS. De verzekerde die een indicatie voor Verblijf krijgt, kan kiezen uit de leveringsvormen ZIN en Pgb. Aan verzekerden die voor het eerst een AWBZ-indicatie ontvangen, kan voor de extramurale functies alleen de leveringsvorm ZIN worden toegekend door het Zorgkantoor. Voor verzekerden die voor 1 januari 2012 Pgb-budgethouder waren, is overgangsrecht geregeld in de Regeling subsidies AWBZ.

Het CVZ heeft in samenspraak met VWS, ZN en het CIZ de beschrijving van de afbakening verpleging tussen Zvw en AWBZ vereenvoudigd. De strekking is echter gelijk gebleven. De vereenvoudigde tekst is opgenomen in hoofdstuk 6, Verpleging. De Verpleging thuis in opdracht van de huisarts, ook met een lage frequentie, is per 1 januari 2012 AWBZ-zorg. Vanaf deze datum kan hiervoor een indicatie worden afgegeven.

In het hoofdstuk Gebruikelijke zorg is opgenomen dat het bieden van een beschermende woonomgeving van ouders aan kinderen als gebruikelijke zorg moet worden aangemerkt. Dit naar aanleiding van een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep.

Met ingang van 1 januari 2012 is de subsidiëring waarin ADL-assistentie aan ADL-clusterbewoners is geregeld komen te vervallen. Per deze datum is de aanspraak 'ADL-assistentie' voor twee jaar als overgangsbepaling

toegevoegd aan het Besluit zorgaanpak AWBZ. De inhoud van de aanspraak ADL-assistentie wordt beschreven in hoofdstuk 14 van deze Indicatiewijzer.

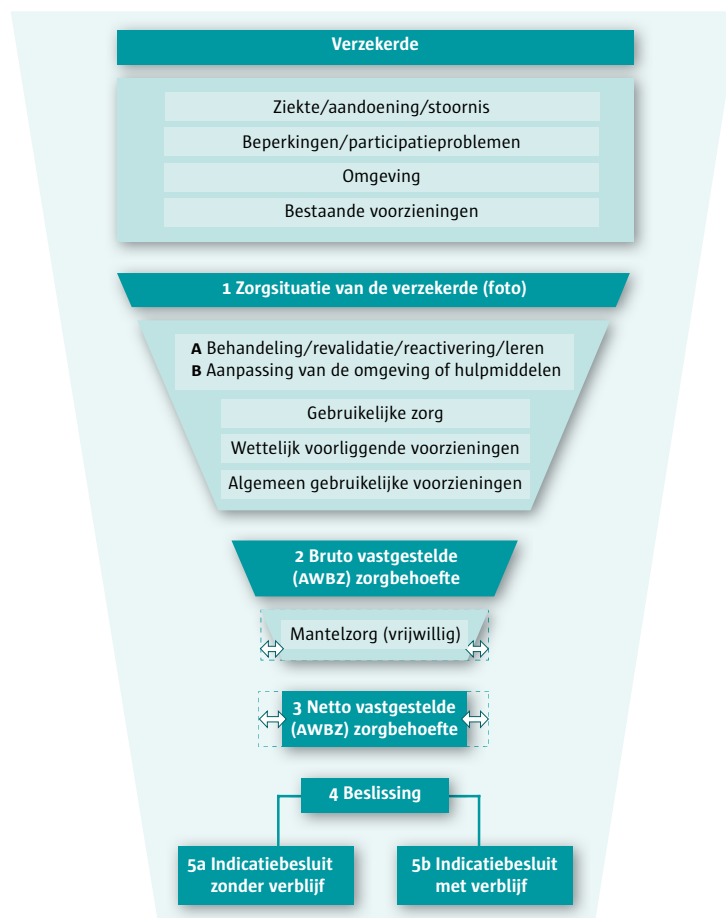
Aan de andere kant zijn door ervaringen in het afgelopen jaar wijzigingen doorgevoerd in Beleidsregels en Indicatiewijzer. Daarnaast zijn ten opzichte van versie 4.1 wijzigingen doorgevoerd die spel fouten corrigeren of de vorige tekst verhelderen.

Inhoud

Waar in deze CIZ Indicatiewijzer wordt gesproken over Beleidsregels of over bijlagen bij Beleidsregels van VWS, worden de in de Staatscourant gepubliceerde, nieuwe Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012 bedoeld. Deze traden in werking op 1 januari 2012. De toelichting op de AWBZ-functies en de andere onderwerpen zijn als aparte hoofdstukken opgenomen.

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

Het trechtermodel: het afwegingskader van het CIZ



In de hoofdstukken 11 (Palliatief terminale zorg), 12 (Thuisbeademing), 13 (AWBZ-zorg in het onderwijs) en 14 (ADL-assistentie) wordt de indicatiestelling rondom deze specifieke zorgvragen nader beschreven; dit in relatie tot bijlagen bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

Het onderzoek door het CIZ gebeurt op basis van artikel 6 van het Zorgindicatiebesluit. Het afwegingskader is het bijbehorende trechtermodel. Op de pagina's waar dit van toepassing is, is het trechtermodel weergegeven. Een pijl verwijst naar het onderzoeksgedeelte in de trechter, waar het op de desbetreffende pagina over gaat.



Hoofdlettergebruik

De namen van de functies, bijvoorbeeld Begeleiding, worden in dit document met een hoofdletter geschreven. Hetzelfde woord (begeleiding) wordt met een kleine letter geschreven als het een andere betekenis heeft, zoals in de zin: Kinderen van 3 tot 5 jaar hebben begeleiding nodig van een volwassene in het verkeer wanneer zij naar school gaan. Ook kan in wetteksten een andere schrijfwijze van de AWBZ-functies worden gehanteerd.

Gebruik functienamen en afkortingen

AWBZ-zorg is vastgelegd in een aantal functies. De volgende functies korten we desgewenst af met hoofdletters:

- Persoonlijke Verzorging (PV);
- Verpleging (VP);
- Verblijf (VB);
- Kortdurend Verblijf (KVB).

De functie Begeleiding bestaat uit twee 'vormen', die we al dan niet afkorten:

- Begeleiding individueel (BG individueel), ook wel (individuele) Begeleiding;
- Begeleiding groep (BG groep), ook wel Begeleiding in groepsverband.

De functie Behandeling bestaat ook uit twee 'vormen', die we al dan niet afkorten:

- Behandeling individueel (BH individueel), ook wel (individuele) Behandeling;
- Behandeling groep (BH groep), ook wel Behandeling in groepsverband.

De functie Voortgezet verblijf op psychiatrische grondslag wordt altijd voluit geschreven.

Wijzigingenoverzicht

De in deze versie aangebrachte, inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van de CIZ Indicatiwijzer versie 4.1 zijn op de desbetreffende pagina aangegeven. Ook wordt de reden voor de wijziging vermeld, met een verklarende tekst in de kantlijn.

Hoofdstuk 2

Algemene uitgangspunten

Inhoudsopgave

2.1	Inleiding	8
2.2	Algemeen	8
2.2.1	Definities	8
2.2.2	Grondslagen	11
2.2.3	Functies	11
2.2.4	Omvang	11
2.2.5	Geldigheidsduur	13
2.2.6	Advies bij besluit	14
2.3	Afwegingskader	15
2.3.1	Stap 1: Probleemanalyse: zorgsituatie van de verzekerde ('foto')	16
	Actie	16
	Resultaat	16
	Stoornissen	16
	Beperkingen en participatieproblemen	16
2.3.2	Stap 2: Oplossingsanalyse: bruto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte	17
	Actie	17
	Respijtzorg	17
	Resultaat	18
2.3.3	Stap 3: Oplossingsanalyse: netto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte	18
	Actie	18
	Resultaat	18
2.3.4	Stap 4: Beslissing: AWBZ-zorg met of zonder Verblijf	18
	Actie	18
	Resultaat	19
2.3.5	Stap 5: Indicatiebesluit	19
	Actie	19
	Resultaat	20
	Bijlage bij hoofdstuk 2	
	De vier leveringsvoorwaarden	21

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is een integrale weergave van 'bijlage 1 Algemeen' bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012 van VWS. We voegen dit stuk toe, omdat hetgeen in de CIZ Indicatiewijzer staat, gebaseerd is op deze bijlage. Anders dan in bijlage Algemeen bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ is bij dit hoofdstuk een bijlage toegevoegd met een beschrijving van de vier leveringsvoorwaarden.

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 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 3 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. 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 Cliëntprofiel**

Een profiel van zorgvragers met een vergelijkbare zorgbehoefte en beperkingen op dezelfde terreinen, bij wie de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandelingsdoelen naar aard en inhoud overeenkomen en die op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste en tweede lid, of artikel 13, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ zijn aangewezen.
- 3 Dagdeel**

Aaneengesloten periode van maximaal vier uren.
- 4 Doelmatigheid**

De zorg die het goedkoopst adequaat is.

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

- 5 Formulierenset**
De door het CIZ vastgestelde formulierenset wordt gehanteerd bij het indicatieonderzoek en de registratie van onderzoeksgegevens en de indicatie. De formulierenset is gebaseerd op:
- de DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 4),
 - en de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10) voor het bepalen van ziektes en aandoeningen,
 - en de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) voor het vaststellen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.
- 6 Gebruikelijke zorg**
De normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden.
- 7 Gebruikelijkezorger**
Partner, ouder, inwonend kind of andere huisgenoot die de normale, dagelijkse zorg biedt aan een partner, kind of andere huisgenoot.
- 8 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.
- 9 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:
- zij met elkaar gehuwd zijn geweest of eerder voor de toepassing van deze wet daarmee gelijk zijn gesteld;
 - uit hun relatie een kind is geboren of erkenning heeft plaatsgevonden van een kind van de een door de ander;
 - zij zich wederzijds verplicht hebben tot een bijdrage aan de huishouding krachtens een geldend samenlevingscontract; of
 - 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.
- 10 Huisgenoot**
De persoon met wie de verzekerde duurzaam een gezamenlijk huishouden voert.
- 11 Inherente afwijkingsbevoegdheid**
(vgl. art 4:84 Awb) 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.
- 12 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 AWBZ 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).
- 13 Jong volwassene**
Verzekerde in de leeftijd vanaf 18 tot 23 jaar.

- 14 Kind**
Verzekerde jonger dan 18 jaar.
- 15 Mantelzorg**
Langdurige 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 en de gebruikelijke zorg overstijgt. In het kader van deze (bijlagen bij de) beleidsregels gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.
- 16 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.
- 17 Palliatief terminale zorg**
Zorg in de terminale levensfase van een verzekerde met een levensbedreigende ziekte, waarvoor verzekerde geen (medische) behandeling meer krijgt die gericht is op herstel of levensverlenging. De zorg is vooral gericht op pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven.
- 18 Partner**
Huisgenoot met wie de verzekerde is gehuwd of een relatie onderhoudt die daarmee gelijk wordt gesteld.
- 19 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.
- 20 Terminale levensfase**
De levensfase waarin de levensverwachting van verzekerde korter is dan drie maanden. Het is de behandelend arts van verzekerde die dit vaststelt.
- 21 Verzekerde**
Artikel 5 AWBZ, lid 1: verzekerd 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 verzekerd.
- 22 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.
- 23 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).
- 24 Zorgzwaartepakket**
Naar aard, inhoud en omvang bij een cliëntprofiel passende samenhangende zorg als omschreven in de Regeling zorgaanspraken AWBZ.

2.2.2 Grondslagen

Het Besluit zorgaanpakken 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 2.2.3) 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 Zib, is vastgelegd in een aantal functies (artikel 4 t/m 6, 8, 9, 9a en artikel 13 lid 2 van het Bza):

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

Als de verzekerde is aangewezen op Begeleiding of Behandeling 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 bijlagen bij de beleidsregels 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, eerste en tweede lid van het Zib:

1. Indien een zorgvrager is aangewezen op een vorm van zorg of vormen van zorg als bedoeld in artikel 2, worden in het indicatiebesluit aangegeven:
 - a) de vorm van zorg of vormen van zorg waarop de zorgvrager is aangewezen,
 - b) de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de zorgvrager op de vorm van zorg of vormen van zorg is aangewezen, en
 - c) de hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm.
2. In afwijking van het eerste lid worden indien een zorgvrager is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit in het indicatiebesluit aangegeven:
 - a) het verblijf of voortgezet verblijf met de daarbij behorende samenhangende zorg waarop de zorgvrager is aangewezen,
 - b) de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de zorgvrager op het verblijf of voortgezet verblijf met de daarbij behorende samenhangende zorg is aangewezen,
 - c) het bij de zorgvrager best passende cliëntprofiel, en
 - d) het daarbij behorende zorgzwaartepakket.

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

1. 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;
2. zorg in groepsverband (gedurende een of meer dagdelen);
3. 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 binnenkomen, 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 etc. 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 individueel);
2. klassen op basis van dagdelen per week. Deze zijn van toepassing op Begeleiding en Behandeling in groepsverband (BG groep respectievelijk BH groep);
3. de omvang van Behandeling individueel 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 en Behandeling 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 paragrafen '4.1 omvang' in de bijlagen Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Begeleiding en Behandeling zijn alleen van toepassing op de omvang voor zorg zonder Verblijf.

2 Op een dag kunnen meerdere zorgmomenten plaatsvinden.

Zorg met (Kortdurend) Verblijf

De omvang van Verblijf en Kortdurend Verblijf worden uitgedrukt in etmalen per week. Als een verzekerde is aangewezen op één, twee en drie etmalen per week zorg met Kortdurend Verblijf, wordt de omvang van Kortdurend Verblijf en de daarmee gepaard gaande zorg vastgesteld in functies en klassen. Als een verzekerde is aangewezen op meer dan drie etmalen per week Verblijf in een instelling met daarbij horende samenhangende zorg, wordt de omvang van Verblijf met de daarbij behorende samenhangende zorg uitgedrukt in termen van een zorgzwaartepakket. Een zorgzwaartepakket is naar aard, inhoud en omvang bij een cliëntprofiel passende samenhangende zorg. Bijlage 8 gaat nader in op de indicatiestelling voor Verblijf.

2.2.5 Geldigheidsduur

De geldigheidsduur van een indicatiebesluit is maximaal vijftien jaar en wordt vastgesteld met inachtneming van:

- a) de beperkingen van de verzekerde en de veranderingen die zich daarin kunnen voordoen;
- b) de woonomstandigheden en de samenstelling van het huishouden van de verzekerde en veranderingen die zich daarin kunnen voordoen;
- c) het bereiken van een leeftijd van de verzekerde die van invloed kan zijn op de aanspraak.

Een indicatiebesluit voor zorg zonder Verblijf die noodzakelijk is in verband met een ziekte of aandoening die er toe leidt dat de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden blijft geldig tot de verzekerde is overleden.

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.

Op de eis van niet-verwijtbaarheid (2a) wordt een uitzondering gemaakt als:

- een verzekerde heeft verzocht om voortzetting van de eerder geïndiceerde zorg en
- vaststaat dat verzekerde op dezelfde zorg als voorheen is aangewezen en
- eveneens vaststaat dat verzekerde die zorg in de betreffende periode heeft ingekocht en daadwerkelijk heeft ontvangen.

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.

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:

- leveringsvoorwaarde(n);
- leveringsvorm(en);
- activiteit(en).

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 therapeutische 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 therapeutische 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.

De tekst over de leveringsvorm is aangepast vanwege een wijziging in de subsidieregeling Pgb.

Ad 2. Leveringsvorm

De verzekerde die een indicatie voor Verblijf (in de vorm van een zorgzwaartepakket) ontvangt, heeft de keus de zorg te ontvangen in één van de twee 'leveringsvormen', te weten 'zorg en natura' (ZIN) of een 'persoonsgebonden budget' (Pgb). Het is niet mogelijk te kiezen voor een Pgb als leveringsvorm voor indicaties voor ZZP LVG 4, ZZP LVG 5, ZZP SGLVG en de ZZP's GGZ-B. De indicatiestelling vindt plaats zonder onderscheid te maken tussen deze twee leveringsvormen. Wanneer de verzekerde ten tijde van het indicatieonderzoek zijn keuze voor ZIN of Pgb (per functie) bekend heeft gemaakt bij het CIZ, wordt dit bij het indicatiebesluit aangegeven. Aan verzekerden die in 2012 voor het eerst een AWBZ-indicatie ontvangen, kan voor de extramurale functies door het zorgkantoor uitsluitend ZIN als leveringsvorm worden toegekend. Voor verzekerden die voor 1 januari 2012 Pgb-budgethouder waren, is overgangsrecht geregeld in de Regeling subsidies AWBZ.

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:

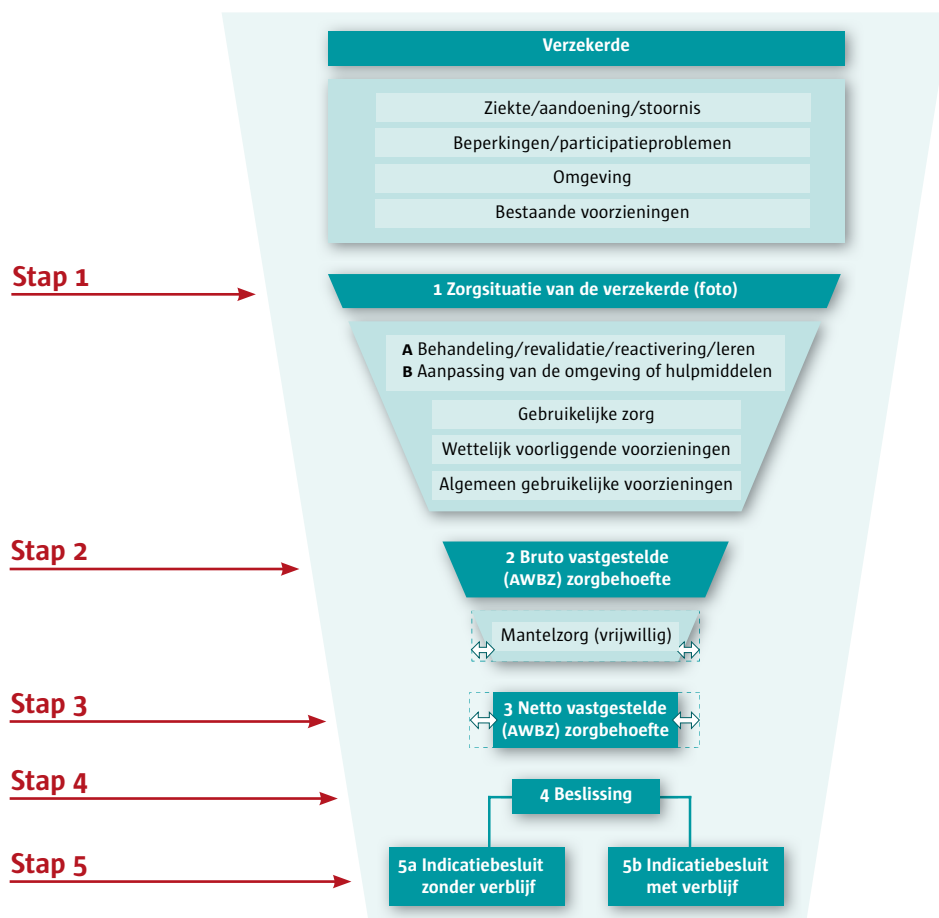
“Voor zover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar:

- de algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- de beperkingen die de zorgvrager in zijn functioneren ondervindt als gevolg van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
- de woning en de woonomgeving van de zorgvrager;
- het psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager;
- de sociale omstandigheden van de zorgvrager;
- 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;
- welk cliëntprofiel het beste bij de zorgvrager past.”

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

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. Dit volgens artikel 2, lid 3 van het Bza.

In schema:



Deze tekst is aangevuld en verplaatst om dit uitgangspunt bij de indicatiestelling een meer prominente plaats te geven.

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, etc. 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 verhuismwens.
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') inclusief ten minste 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 één tot zes keer per week.

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

De stoornis leidt vaak tot een zorgvraag. Vaak is één tot twee keer per dag.

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

De stoornis leidt voortdurend tot een zorgvraag. Voortdurend is drie 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. Voor zover het zorg betreft die vanuit een wettelijk voorliggende voorziening kan worden bekostigd of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven, dient deze zorg 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 etc.).
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.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

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 als woont de verzekerde zonder gebruikelijkezorger. 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 gebruikelijkezorger 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 ook toezicht worden geïndiceerd. Het toezicht wordt, afhankelijk van wat in geval van verzekerde het meest doelmatig is, geïndiceerd in de vorm van Begeleiding groep, Begeleiding individueel of Verpleging in de vorm van Verpleegkundig toezicht i.v.m. thuisbeademing bij kinderen (zie beleidsregel verpleging, paragraaf 5).

Het indicatiebesluit waarbij sprake is van respijtzorg wordt in eerste instantie afgegeven voor een half jaar; daarna kan verlenging volgen. Gedurende dit eerste 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 niet geïndiceerd, tenzij de verzekerde en de mantelzorger daar een indicatie voor wensen. De beschikbare vrijwillige mantelzorg wordt in dat geval in mindering gebracht op de bruto vastgestelde AWBZ-zorg. Om de mantelzorger te kunnen ondersteunen bij de vrijwillig op zich genomen taak, kan een reguliere indicatie worden gesteld voor het gedeelte van de zorg dat de mantelzorger (tijdelijk) niet kan bieden. Bijvoorbeeld in de vorm van het opheffen van het toezicht gedurende een aantal dagdelen (zie in paragraaf 3.4 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. Als op verzoek de mantelzorg in mindering is gebracht en de mantelzorg een zodanig deel van de zorg omvat dat dientengevolge verzekerde niet meer op Verblijf is aangewezen kan er sprake zijn van AWBZ-zorg zonder verblijf. De maximaal mogelijke ondersteuning is hieronder beschreven.

Wanneer Kortdurend Verblijf, Begeleiding groep, Behandeling groep en/of Verpleging in de vorm van Verpleegkundig toezicht i.v.m. thuisbeademing bij kinderen wordt geïndiceerd, dan kan dit voor maximaal drie etmalen (=achtien dagdelen) per week. In deze drie etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school, arbeid en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar negen dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan zeven dagdelen per week per 52 weken.

Enige ondoelmatigheid

Alle in die zorgsituatie waarvoor is vastgesteld dat enige ondoelmatigheid acceptabel is, zal leveringsvoorwaarde B2, C of D niet noodzakelijkerwijs leiden tot Verblijf. Bij terminale zorg en bij zorg bij kinderen en jong volwassenen is enige ondoelmatigheid acceptabel en zal leveringsvoorwaarde B2, C of D niet noodzakelijkerwijs leiden tot Verblijf.

Bij zorg bij kinderen is enige ondoelmatigheid acceptabel als:

- a) het de wens is van de ouders om het kind thuis te laten wonen; en
- b) het in het belang is van het kind; en
- c) dat leidt tot een doeltreffende en verantwoorde oplossing; en
- d) de mantelzorg het resterende deel van de zorg overneemt.

Bij jong volwassenen is enige ondoelmatigheid acceptabel als voldaan wordt aan bovenstaande cumulatieve voorwaarden en dit noodzakelijk is in bijzondere omstandigheden, bijvoorbeeld het ontwikkelen naar een min of meer zelfstandige woonsituatie of het afronden van een opleiding of stage. Als vastgesteld is dat enige ondoelmatigheid acceptabel is, kan worden afgeweken van de maximaal mogelijke ondersteuning zoals hierboven beschreven.

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. Zie bijlage 8 van de beleidsregels en hoofdstuk 9 van de CIZ Indicatiewijzer.

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 best passende cliëntprofiel en vervolgens vertaald in een aanspraak op AWBZ-zorg in termen van Verblijf met samenhangende zorg. Verblijf met samenhangende zorg wordt uitgedrukt in de vorm van een zorgzwaartepakket. De verzekerde die is aangewezen op Verblijf of op Voortgezet Verblijf heeft aanspraak op zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket, behorend bij het cliëntprofiel waarin hij het best past. Een zorgzwaartepakket is naar aard, inhoud en omvang bij een cliëntprofiel passende samenhangende zorg. Bijlage 8 van de Beleidsregels (hoofdstuk 9 van de CIZ Indicatiewijzer) gaat nader in op indicatiestelling voor Verblijf. De grondslag voor en de geldigheidsduur van de zorg met of zonder Verblijf wordt ook vastgesteld. De geadviseerde activiteiten en leveringsvoorwaarden worden geregistreerd evenals, indien mogelijk, de voorkeur van de verzekerde voor de leveringsvorm.

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.

Bijlage bij hoofdstuk 2

De vier leveringsvoorwaarden

Leveringsvoorwaarde A: volgens afspraak, op geplande tijden (geen toezicht)

1. *Zorgbehoefte*: De verzekerde heeft alleen zorg nodig op te plannen data en tijdstippen. Hij is in staat om die planning samen met de zorgverlener te maken, afspraken te maken en na te komen (thuis te zijn, te weten dat er iemand komt, enzovoort). De verzekerde kan daarnaast behoefte hebben aan alarmopvolging vanwege ongeplande zorg in noodsituaties. Dagelijkse alarmopvolging is alleen kortdurend mogelijk, bijvoorbeeld in verband met een ziekbed vanwege de griep.
2. *Alarm*: De verzekerde is (fysiek, psychisch, verstandelijk) in staat een alarmsysteem te bedienen. Hij gebruikt het alleen in noodgevallen. Met het alarm wordt (afhankelijk van de organisatiewijze) bijvoorbeeld een professionele zorgverlener of een mantelzorger opgeroepen.
3. *Initiatief*: Het initiatief voor de zorginzet gaat uit van de verzekerde. De zorgverlener biedt alleen zorg volgens afspraak op geplande tijden. Daarnaast kan de cliënt met de zorgverlener overeengekomen zijn, dat de zorgverlener 'alarmopvolging' biedt. De zorgverlener neemt dan alleen het initiatief tot het verlenen van ongeplande zorg na een alarmoproep. Die situatie doet zich weinig voor.
4. *Afstand tussen verzekerde en zorgverlener*: De geografische afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener kan (relatief) groot zijn.
5. *Verhouding tot de drie leefklimaten van Verblijf*: De verzekerde die behoefte heeft aan leveringsvoorwaarde A heeft geen behoefte aan een van de drie leefklimaten. Hij is niet aangewezen op AWBZ-zorg met Verblijf.

Leveringsvoorwaarde B: volgens afspraak en direct oproepbaar

1. *Zorgbehoefte*: De verzekerde heeft zorg nodig op te plannen data en tijdstippen. Hij is in staat om die planning samen met de zorgverlener te maken, afspraken te maken en na te komen (thuis te zijn, te weten dat er iemand komt, enzovoort). De verzekerde heeft (onder andere) behoefte aan assistentie bij de dagelijkse ADL⁴ en begeleiding bij het maken van een weekplanning. In verband met meer of minder risicovolle situaties, zoals assistentie bij valrisico en angstaanvallen, kan er een noodzaak zijn voor verpleegkundige interventies door zorgverleners. Daardoor doen zich ook dagelijks ongeplande zorgmomenten voor.
2. *Alarm*: De verzekerde is (fysiek, psychisch, verstandelijk) in staat een alarm te bedienen en de komst van de zorgverlener af te wachten. Hij gebruikt het alarm (meermalen) dagelijks. Hij is bekend met de responstijd en er ontstaat tijdens de wachttijd voor hem geen onaanvaardbare problematiek, zoals direct gevaar.
3. *Initiatief*: Leveringsvoorwaarde B1: Het initiatief voor de zorginzet gaat uit van de verzekerde: de zorgverlener verleent zorg volgens afspraak op geplande tijden. Daarnaast reageert de zorgverlener op de (dagelijks) voorkomende alarmoproepen.
Leveringsvoorwaarde B2: Het initiatief voor de zorginzet gaat in eerste instantie uit van de verzekerde: de zorgverlener verleent zorg volgens afspraak op geplande tijden. Daarnaast reageert de zorgverlener op de (dagelijks) voorkomende alarmoproepen. De zorgverlening ondersteunt op relevante (onverwachte) momenten bij de oordeelsvorming over essentiële zaken in het dagelijkse bestaan (regieproblemen) van de verzekerde.
4. *Afstand tussen verzekerde en zorgverlener*: Een niet te grote afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener kan de doelmatigheid van de zorgverlening bevorderen.
5. *Verhouding tot de drie leefklimaten van Verblijf*: Als de verzekerde die behoefte heeft aan leveringsvoorwaarde B geen behoefte heeft aan een beschermende woonomgeving of een therapeutisch leefklimaat, dan is er sprake van leveringsvoorwaarde B1 en is hij aangewezen op AWBZ-zorg zonder de functie Verblijf. Als hij wel behoefte heeft aan een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat, dan is er sprake van leveringsvoorwaarde B2 en is hij aangewezen op AWBZ-zorg met Verblijf.

4 Hiertoe behoren activiteiten als transfers en toiletgang, maar ook relatief eenvoudige handelingen als een jas aan- en uitdoen, een voorwerp van de grond oprapen en dergelijke.

Leveringsvoorwaarde C: voortdurend in de nabijheid (toezicht in de nabijheid)

1. *Zorgbehoefte*: De verzekerde heeft zorg nodig op te plannen data en tijdstippen. Afhankelijk van zijn beperkingen is hij meer of minder in staat daarvoor afspraken te maken met de zorgverlener. Daarnaast doen zich over het algemeen dagelijks meerdere malen ongeplande zorgmomenten voor. De verzekerde erkent en onderkent (lang) niet (altijd) de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg. De verzekerde heeft daardoor behoefte aan de min of meer voortdurende nabijheid van een zorgverlener. Hij heeft voldoende frequente begeleiding en toezicht nodig vanwege (vooral) cognitieve beperkingen, zoals gevorderde dementie, complexe NAH of een ernstige verstandelijke handicap. De stoornissen kunnen op cognitief vlak (regievoering, regelvermogen) liggen. Het kan ook zijn dat de verzekerde te maken heeft met fysieke problemen waarbij onverwacht gevaar optreedt.
2. *Alarm*: De verzekerde is fysiek, verstandelijk of psychisch niet (altijd) in staat een zorgverlener op te roepen.
3. *Initiatief*: De verzekerde heeft met de zorgverlener afspraken gemaakt over de te plannen zorg voor zover de verzekerde daartoe in staat is. Daarnaast neemt de zorgverlener over het algemeen het initiatief voor zorgverlening op ongeplande momenten. De verzekerde is ermee geholpen als de zorgverlener uit eigen beweging nagaat of zorgverlening nodig is met een frequentie die bij hem past. De verzekerde kan bij ongeplande zorgmomenten de komst van de zorgverlener afwachten zonder ernstig in de problemen te komen.
4. *Afstand tussen verzekerde en zorgverlener*: Een beperkte afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener kan de doelmatigheid van de zorgverlening bevorderen. Te denken valt aan een geclusterde woon-/zorg-/verblijfssetting.
5. *Verhouding tot de drie leefklimaten van Verblijf*: De verzekerde die behoefte heeft aan leveringsvoorwaarde C heeft behoefte aan een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht. Hij is daarom aangewezen op AWBZ-zorg met Verblijf.

Leveringsvoorwaarde D: 24 uur per dag direct aanwezig

1. *Zorgbehoefte*: De verzekerde heeft zorg nodig op te plannen data en tijdstippen. Afhankelijk van zijn beperkingen is hij meer of minder in staat daarvoor afspraken te maken met de zorgverlener. Daarnaast doen zich dagelijks regelmatig ongeplande zorgmomenten voor, zowel overdag als 's nachts. Er kan elk moment iets (ernstig) mis gaan. De verzekerde heeft (vooral) cognitieve beperkingen op het gebied van onder andere regievoering en regelvermogen. Het kan ook zijn dat de verzekerde te maken heeft met psychische en/of fysieke problemen waarbij onverwacht (levens)gevaar voor hem en/of zijn omgeving optreedt. Voorbeelden zijn (ernstige) gedragsproblematiek of niet bewuste loopdrang bij een groot valrisico, maar ook intensieve chronische ademhalingsondersteuning. De verzekerde erkent en onderkent niet of niet altijd of niet op essentiële momenten de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg. Hij is niet (meer) of niet op essentiële momenten in staat te beoordelen of hij zorg nodig heeft, is niet in staat hulp in te roepen en hulp af te wachten. Hij heeft daardoor behoefte aan permanent toezicht, begeleiding en/of beveiliging.
2. *Alarm*: De verzekerde is fysiek, verstandelijk of psychisch niet of niet op essentiële momenten in staat een zorgverlener op te roepen.
3. *Initiatief*: De verzekerde heeft met de zorgverlener afspraken gemaakt over de planbare zorg voor zover de verzekerde daartoe in staat is. Daarnaast neemt de zorgverlener het initiatief voor zorgverlening op de ongeplande momenten. Zorgverlening kan ieder moment nodig zijn. De zorgverlener houdt de verzekerde daarom permanent in de gaten, al dan niet met hulpmiddelen (denk aan domotica).
4. *Afstand tussen verzekerde en zorgverlener*: Een beperkte afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener kan de doelmatigheid van de zorgverlening bevorderen. Te denken valt aan een geclusterde woon-/zorg-/verblijfssetting en/of toezicht met behulp van technische hulpmiddelen, zoals camera's.
5. *Verhouding tot de drie leefklimaten van Verblijf*: De verzekerde die behoefte heeft aan leveringsvoorwaarde D heeft behoefte aan permanent toezicht. Daarnaast kan de verzekerde ook behoefte hebben aan een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat. Hij is daarom aangewezen op AWBZ-zorg met Verblijf.

Hoofdstuk 3

Grondslagen

Inhoudsopgave

3.1	Inleiding	24
3.2	Relevante wet- en regelgeving	24
3.3	Aandachtspunten	25
3.3.1	Grondslagen en functies	25
3.3.2	Vaststellen grondslag	25
	Ter zake deskundige	25
	Het vaststellen van de grondslag op basis van de ICD/ICF	26
	ICD-10, DSM-IV-TR, ICF en grondslagbepaling	26
	Het objectiveren van de zorgvraag	27
	De grondslag bij Medisch moeilijk objectiveerbare aandoeningen	27
	Een ‘voorlopige’ grondslag op grond van een ‘ernstig vermoeden’	27
	Geen grondslag	28
3.3.3	Eén of meerdere grondslag(en)	28
	Het bepalen van de dominante grondslag bij meerdere grondslagen	28
3.4	De zes grondslagen	30
3.4.1	De grondslag Somatische aandoening of beperking en de grondslag Lichamelijke handicap	30
	De grondslag Somatische aandoening of beperking	30
	De grondslag Lichamelijke handicap	32
	Enkele voorbeelden van het onderscheid tussen de grondslagen	
	Lichamelijke handicap en Somatische aandoening of beperking	32
3.4.2	Psychogeriatrische aandoening of beperkingen	33
3.4.3	Psychiatrische aandoening of beperkingen	33
3.4.4	Verstandelijke handicap	34
	Niveaus van intellectueel functioneren	35
3.4.5	Zintuiglijke handicap	35
	Visuele stoornissen en beperkingen	35
	Auditief-communicatieve handicap	36
	Spraak-/taalprobleem (of -stoornis)	36
	Communicatieproblemen: doorgaans geen (grondslag) Zintuiglijke handicap	37
3.5	Specifieke punten	37
3.5.1	Syndroom van Korsakov	37
3.5.2	Ziekte van Huntington	38
3.5.3	Verstandelijk gehandicapten met eveneens een grondslag Psychiatrische aandoening/beperking	38
3.5.4	Grondslag bij niet-aangeboren hersenletsel (NAH)	39
3.5.5	Grondslag op basis van ‘symptomatologie’	39
	Bijlagen bij hoofdstuk 3	40
	Bijlage 1 ICD/ICF/DSM-IV-TR	40
	Bijlage 2 Spraak-/taalstoornis	47
	Bijlage 3 Gedrags- en communicatieproblemen	49

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk heeft betrekking op het bepalen van de grondslag en is gebaseerd op bijlage 2 van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012 van VWS.

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen, moet sprake zijn van bepaalde gezondheidsproblematiek, met name een ziekte, aandoening, stoornis, handicap of beperking. We noemen dit de grondslag. Het indicatieorgaan⁵ is de enige instantie die bevoegd is een grondslag vast te stellen. De medische diagnose is niet de enige manier om tot een grondslag te komen omdat het aanwezig zijn van zowel een ziekte, aandoening, stoornis als van een beperking of handicap tot een grondslag kan leiden. De medische diagnose is overigens wel een voorwaarde voor het kunnen objectiveren van de stoornissen/beperkingen. De grondslag wordt door het CIZ onafhankelijk vastgesteld, dat wil zeggen los van verzekerden of zorgaanbieders en los van de instelling waar iemand zorg van krijgt. Daarnaast wordt de grondslag objectief vastgesteld: door onderzoek wordt het aanwezig zijn van, en de samenhang tussen een opgegeven ziekte/aandoening, stoornis, beperking of handicap geobjectiveerd. Met deze werkwijze voldoet het CIZ aan de kerntaak, namelijk het objectiveren van de zorgvraag.

Het onderzoek naar de grondslag vindt plaats in stap 1 van het trechtermodel: de zorgsituatie van de verzekerde.



Het trechtermodel is een schematische weergave van het afwegingskader dat het CIZ hanteert bij het onderzoek naar een aanspraak op AWBZ-zorg. Dit gebeurt op basis van artikel 6 van het Zorgindicatiebesluit (Zib).

3.2 Relevante wet- en regelgeving

Het Besluit zorgaanspraken AWBZ geeft aan dat er aanspraak op AWBZ-zorg kan zijn op basis van ‘een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap’ (art. 4 t/m 6, 8, 9, 9a en 13 tweede lid Besluit zorgaanspraken AWBZ). Verder is voor de indicatiestelling het Zorgindicatiebesluit op dit hoofdstuk van toepassing, in het bijzonder artikel 6 sub b, artikel 13, lid 1 sub b en artikel 13, lid 2, sub b.

5 Onder ‘indicatieorgaan’ wordt hier niet alleen het CIZ verstaan, maar ook de Bureaus Jeugdzorg.

3.3 Aandachtspunten

3.3.1 Grondslagen en functies

Niet alle grondslagen geven toegang tot alle functies. In de onderstaande tabel wordt de koppeling zichtbaar tussen de grondslagen en de functies, afgeleid uit de artikelen 4 t/m 6, 8, 9 en 9a van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Tabel: koppeling grondslagen en functies	
Grondslag	Functies
Somatische aandoening/beperking	Geeft toegang tot alle functies.
Psychogeriatrische aandoening/beperking	Geeft toegang tot alle functies.
Psychiatrische aandoening/beperking	Geeft toegang tot de functies Persoonlijke Verzorging en Begeleiding. Geeft geen toegang tot de functies Verpleging en Behandeling. In combinatie met de functie Verblijf: zie toelichting hierna.
Lichamelijke handicap	Geeft toegang tot alle functies.
Verstandelijke handicap	Geeft toegang tot alle functies, behalve tot Verpleging.
Zintuiglijke handicap	Geeft toegang tot alle functies, behalve tot Verpleging.

Toelichting op grondslag Psychiatrische aandoening/beperking

Zorg met Verblijf kent het volgende onderscheid:

- Vanaf de eerste dag: Verblijf, waarop de verzekerde is aangewezen anders dan vanwege de noodzaak van geneeskundige GGZ-zorg. Er is sprake van een noodzaak tot een beschermende woonomgeving/ permanent toezicht. De bijkomende functies kunnen dan zijn Persoonlijke Verzorging en Begeleiding.
- Na 365 dagen: Voortgezet Verblijf⁶ (indicatieplichtig). Er is sprake van een psychiatrische aandoening die gepaard gaat met behandeling van die aandoening en eventueel met Persoonlijke Verzorging, Verpleging en/of Begeleiding.

3.3.2 Vaststellen grondslag

Ter zake deskundige

Het CIZ maakt bij het vaststellen van de grondslag gebruik van diagnostiek en informatie over stoornissen en beperkingen, zoals die wordt verstrekt door een ter zake deskundige. Onder een ter zake deskundige wordt diegene verstaan die, in overeenstemming met de eisen van deskundigheid die de eigen beroepsgroep stelt vanuit de veronderstelde kennis en kunde, bepaalde aandoeningen mag diagnosticeren en de daarbij behorende stoornissen en beperkingen kan vaststellen. Het CIZ beoordeelt of de aangeleverde informatie voldoende is. Het CIZ gaat ervan uit dat professionals de grenzen van hun eigen deskundigheid in acht nemen. Wanneer er, in uitzonderingsgevallen, tekenen zijn dat professionals de grenzen van hun eigen deskundigheid overschrijden, dan handelt het CIZ niet anders dan gebruikelijk is⁷. Het stellen van een diagnose moet overigens niet verward worden met het noemen van een diagnose. Het kan zijn dat iemand al jaren bekend is onder een bepaalde diagnose die destijds is vastgesteld door een ter zake deskundige. Dit moet niet worden verward met het noemen van een diagnose door een zorgprofessional, niet zijnde een ter zake deskundige, zonder dat deze de bevoegdheid heeft een diagnose te mogen stellen. Ook kan het zijn dat de diagnose nog wel actueel is, maar de bijbehorende stoornissen en beperkingen dat niet meer zijn. In dat geval kan het nodig zijn dat een ter zake deskundige opnieuw onderzoek doet. Zonder aanspraak te maken op volledigheid kan de volgende tabel een leidraad zijn voor het type deskundige dat bij de onderscheiden grondslagen bij diagnostiek en vaststellen van stoornissen en beperkingen betrokken is. Dat kan een van de aangegeven deskundigen zijn, maar het is ook mogelijk dat de diagnose, stoornissen en beperkingen door meerdere deskundigen samen worden vastgesteld, hetzij

⁶ Artikel 13, lid 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

⁷ Bijvoorbeeld wordt het inschakelen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg overwogen.

onafhankelijk van elkaar hetzij in een multidisciplinaire setting (en dat dan steeds in het tweede compartiment: Zorgverzekeringswet).

Tabel: type deskundige per grondslag, betrokken bij diagnosticeren aandoening en het vaststellen van stoornissen en beperkingen

	huisarts*	specialist**	gz-psycholoog	orthopedagoog
Somatische aandoening/ beperking	x	x		
Psychogeriatrische aandoening/ beperking	x	x	x***	
Psychiatrische aandoening/ beperking	x	x	x	
Lichamelijke handicap	x	x		
Verstandelijke handicap	x	x	x	x
Zintuiglijke handicap	x	x		

* De huisarts zal een aantal vermoedelijke diagnoses pas definitief kunnen stellen na onderzoek en/of consultatie van ter zake deskundige (medisch) specialisten. Dit geldt voor alle grondslagen.

** Onder een specialist wordt in dit verband de medisch specialist verstaan die staat ingeschreven in het Medisch Specialisten Register, maar het kan ook een specialist betreffen die in een eigen Register van de beroepsgroep staat ingeschreven zoals specialisten ouderengeneeskunde⁸, sociaal geriaters, psychiaters en artsen verstandelijk gehandicapten.

*** Omdat bij een vermoeden van dementie andere (somatische) oorzaken uitgesloten moeten worden, zal bij de diagnose dementie conform de NHG-standaard⁹ steeds ook een arts betrokken moeten zijn.

Het vaststellen van de grondslag op basis van de ICD/ICF

Om voor AWBZ-zorg in aanmerking te komen, moet er sprake zijn van een ziekte, aandoening, stoornis, handicap¹⁰ of beperking op grond waarvan de verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg. Er moet dus sprake zijn van een grondslag. Met andere woorden: het vaststellen van de grondslag is aan de genoemde begrippen gekoppeld. Een ziekte/aandoening kan gepaard gaan met stoornissen en beperkingen op fysiek en/of mentaal vlak. Een ziekte/aandoening kan een bepaalde grondslag rechtvaardigen, maar bepaalde stoornissen en beperkingen kunnen dat – in samenhang met een ziekte/aandoening – ook.

Om tot (een) grondslag(en) te komen bij het indicatieonderzoek maakt het CIZ gebruik van:

- voor de ziekte/aandoening: ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th revision);
- (meer specifiek) voor een mentale ziekte/aandoening: DSM-IV-TR (Diagnostical and Statistical Manual of mental disorder, 4th edition; TR: Text Revision, Juli 2000);
- voor stoornissen en beperkingen: ICF (Internationale classificatie van het menselijk functioneren).

Voor meer achtergrondinformatie over deze bronnen, zie bijlage 1 bij dit hoofdstuk.

ICD-10, DSM-IV-TR, ICF en grondslagbepaling

Bij het vaststellen van de grondslag gaat de aandacht als eerste vaak uit naar de diagnose(code) zoals deze te vinden is in de ICD-10 en de DSM-IV-TR. Daarmee wordt met name de ziekte/aandoening omschreven. Een CVA wordt bijvoorbeeld tot de hartvaatziekten gerekend en wat betreft de anatomische afwijkingen, die dan aan hart en vaten worden gezien, klopt dit ook. Kijkend naar het stoornisniveau (ICF) valt daarbij op dat juist zenuwen en zenuwbanen zijn aangedaan (visus- en gezichtsveldstoornis, stoornis in het bewegingsstelsel als gevolg van verlamming door zenuwuitval) evenals spierweefsel (spieratrofie van de aangedane ledematen). De uitwerking van een aandoening van hart en vaten vinden we dus in stoornissen van zenuwen en spieren die vervolgens tot bepaalde beperkingen leiden. Aangezien de grondslag wordt bepaald door een ziekte, aandoening, stoornis, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op één of meerdere vormen van zorg kan zijn

8 Voorheen verpleeghuisarts.

9 NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap.

10 De term 'handicap' wordt in de ICF (Internationale classificatie van het menselijk functioneren) niet meer gehanteerd, in plaats daarvan wordt gesproken van mentale of fysieke beperkingen of participatieproblemen. Omdat het Besluit zorgaanpak (Bza) de term 'handicap' hanteert, wordt deze hier gehandhaafd.

aangewezen, is het nodig dat niet alleen volgens de ICD- of DSM-systematiek naar de verzekerde wordt gekeken, maar ook volgens de ICF-systematiek. Daarbij worden de bestaande stoornissen en beperkingen in samenhang met een ziekte/aandoening eveneens als mogelijke reden voor een grondslag aangenomen.

Het objectiveren van de zorgvraag

Het CIZ objectiveert de zorgvraag. Om deze objectivering te realiseren, wordt gekeken naar de samenhang tussen (de gediagnosticeerde) ziekte/aandoening, stoornis, handicap of beperking. De gediagnosticeerde ziekte/aandoening en het stoornissen- en beperkingenbeeld is dus uitgangspunt voor AWBZ-zorg en per grondslag worden de vereiste aard en ernst hiervan nader gedefinieerd. Het aanwezig zijn van een ziekte, aandoening, stoornis, handicap of beperking bepaalt weliswaar of er sprake is van een grondslag. Of vervolgens ook aanspraak op AWBZ-zorg mogelijk is, wordt bepaald door de ernst van de ziekte, aandoening, stoornis, handicap of beperking en door persoonlijke omstandigheden (waaronder mantelzorg) en/of voorliggende voorzieningen.

De grondslag bij Medisch moeilijk objectiveerbare aandoeningen

Bij Medisch moeilijk objectiveerbare aandoeningen (MMOA) is sprake van beperkingen die niet direct kunnen worden gerelateerd aan een bepaald ziektebeeld. Soms is de oorzaak van de beperking wel bekend, maar ontbreekt geobjectiveerde informatie over een achterliggende ziekte of aandoening. Tot de MMOA's worden onder meer gerekend: ME (chronisch vermoeidheidssyndroom), wekedelenreuma, fibromyalgie, whiplash en bekkeninstabiliteit. Het diagnostisch onderzoek behoort plaats gevonden te hebben in het tweede compartiment (eerste en tweede lijn) voordat sprake kan zijn van AWBZ-zorg.

Het zichtbare beperkingenbeeld van de MMOA's ligt vrijwel altijd op het somatische vlak. Bij het in uitzonderingsgevallen (nog) ontbreken van diagnostiek kan voor de 'voorlopige' grondslag Somatische aandoening of beperking worden gekozen. Op basis daarvan is een indicatiebesluit met een korte geldigheidsduur (drie maanden) mogelijk.

Bij een verzekerde met een MMOA of een 'ernstig vermoeden' daarvan, moet bij zorginzet op basis van een (nog) niet (volledig) geobjectiveerd beperkingenbeeld altijd het eventuele risico op een antirevaliderend effect van de zorg worden meegewogen. MMOA's worden vaak gekenmerkt door een immobiliteit die de beperkingen alleen maar doet toenemen. Zoveel mogelijk in beweging blijven is dan noodzakelijk, zorginzet kan averechts werken. Bij MMOA's spelen vaak ook psychische factoren een rol. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) merkt over MMOA's op dat "in zijn algemeenheid bij moeilijk objectiveerbare aandoeningen geldt dat de behandeling mede gericht dient te zijn op gedragsmatige aspecten en psychische factoren die van invloed kunnen zijn op bijvoorbeeld de moeheid en de hierdoor ervaren beperkingen in het functioneren. Zolang deze factoren niet in kaart zijn gebracht en hierop gerichte behandelingsmethoden niet (volledig) zijn benut, kan geen sprake zijn van een eindsituatie." (RZA 2003/193). In de praktijk betekent dit dat de grondslagbepaling bij MMOA's sterk afhankelijk is van de uitkomst van multidisciplinaire diagnostiek in het tweede compartiment en zowel tot de grondslag Somatische aandoening of beperking, of de grondslag Psychiatrie kan leiden. De grondslag Lichamelijke handicap zal bij MMOA's bij hoge uitzondering aan de orde zijn en dan alleen nadat zorgvuldig is nagegaan of daadwerkelijk alle gangbare behandelingen zijn beproefd en functionele verbetering inderdaad niet meer mogelijk is (zie hierover verder paragraaf 3.4.1).

Een 'voorlopige' grondslag op grond van een 'ernstig vermoeden'

Als door de aanwezige stoornissen en beperkingen een ernstig vermoeden van de grondslag bestaat, kan een voorlopige grondslag worden vastgesteld. Dit wanneer de samenhang tussen de ziekte/aandoening, stoornissen, handicap of beperkingen nog niet duidelijk is omdat de diagnose op het moment dat de zorgvraag wordt ingediend, nog niet bekend is. Op basis van de voorlopige grondslag kan tijdelijk een indicatiebesluit worden afgegeven zodat de zorgverlening kan beginnen.

Voordat tot een voorlopig grondslag kan worden besloten, dienen de volgende punten in acht te worden genomen:

1. Bij twijfel over de grondslag wordt over aard en ernst van de stoornissen en beperkingen steeds eerst overleg gevoerd met behandelaars en/of hulpverleners bij wie de verzekerde bekend is.

2. Als de verzekerde in de actuele situatie geen enkele behandelaar meer heeft, worden de behandelaars uit het recente verleden¹¹ geraadpleegd. Hierna kan tot een ‘ernstig vermoeden’ worden besloten. De basis voor het ‘ernstig vermoeden’ wordt zo verstevigd. Vanwege het belang te beschikken over relevante gegevens van recente behandelaars en/of hulpverleners, worden deze gegevens altijd door de medisch adviseur van het CIZ opgevraagd. In het geval van zorgmijders betreft dit ook de hulpverlener van de bemoeizorg (O)GGZ.
3. Is het niet mogelijk de gewenste informatie te verkrijgen, dan kan het ‘ernstig vermoeden’ worden onderbouwd door de medische voorgeschiedenis van de verzekerde uit te vragen. Aandachtspunten hierbij zijn hoe vaak de verzekerde in het verleden hetzelfde beeld vertoonde en welke medicijnen zijn/worden gebruikt. Ook zijn de scores op de met deze grondslag verband houdende stoornissen en beperkingen van belang bij de afweging.

De definitieve grondslag kan worden vastgesteld op basis van de uitkomst van het te verrichten diagnostisch onderzoek in het tweede compartiment (Zorgverzekeringswet). De geldigheidsduur van een indicatiebesluit op basis van een ‘ernstig vermoeden/voorlopige’ grondslag is drie maanden. Bij kinderen tot 5 jaar wordt een periode van zes maanden aangehouden, omdat de diagnostiek dan doorgaans moeilijk is. Daarnaast wordt een periode van zes maanden geaccepteerd voor die verzekerden die na een zorgmijdende situatie bereid zijn om zorg te accepteren, bijvoorbeeld in de thuissituatie of in een voorziening van de Maatschappelijke Opvang. Na afloop van de termijn van drie of zes maanden moet de diagnostiek rond zijn en de grondslag duidelijk zijn, om na deze periode eventueel aanspraak te kunnen maken op AWBZ zorg

Omdat de differentiële diagnostiek bij spraak-/taalstoornissen zeer complex is (zie bijlage 2 bij dit hoofdstuk), wordt voor het vaststellen van een ‘voorlopige’ grondslag Zintuiglijke handicap in verband met een vermoedelijke spraak-/taalstoornis een uitzondering gemaakt. Dit betekent dat bij een aanvraag voor de grondslag Zintuiglijke handicap vanwege een spraak-/taalstoornis multidisciplinaire diagnostiek binnen de Zorgverzekeringswet moet zijn verricht voordat zorg onder de ‘voorlopige’ grondslag Zintuiglijke handicap kan worden ingezet.

Geen grondslag

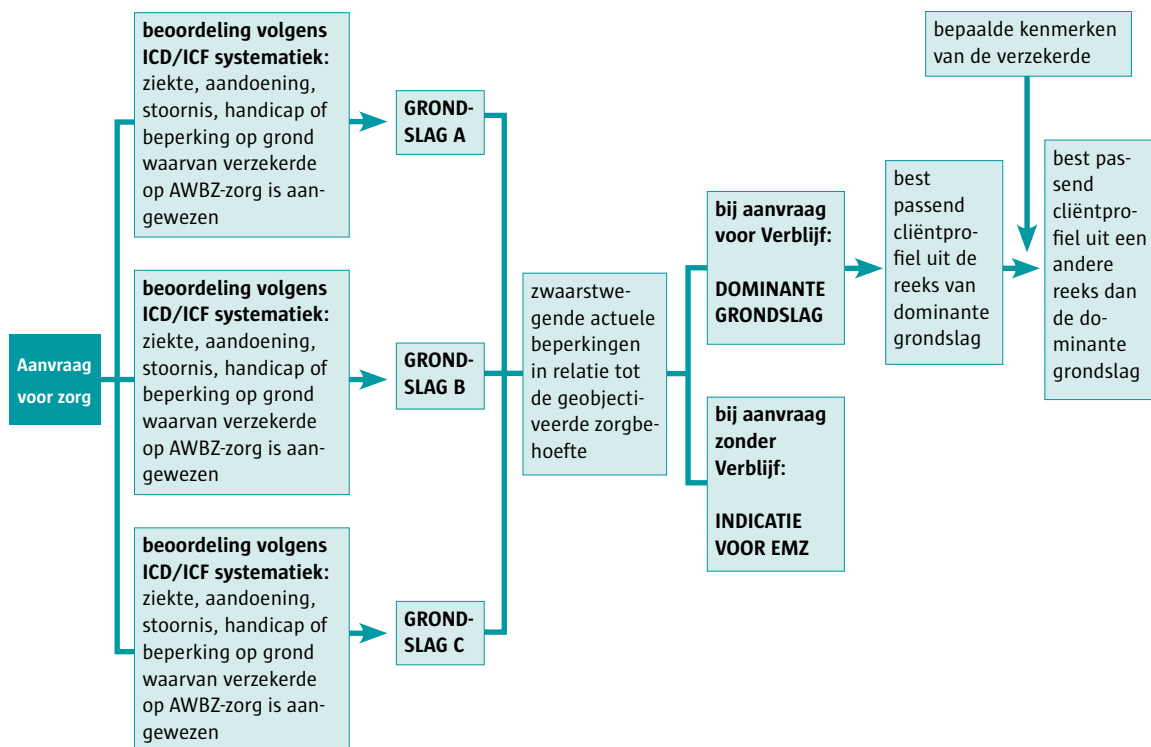
Wanneer (diagnostisch) onderzoek in het tweede compartiment niet binnen de gestelde termijn leidt tot een uitkomst die een eerder ‘ernstig vermoede/voorlopige’ grondslag bevestigt en wanneer dit evenmin tot een andere dan de vermoede grondslag leidt, dan vervalt het recht op AWBZ-zorg.

3.3.3 Eén of meerdere grondslag(en)

Het bepalen van de dominante grondslag bij meerdere grondslagen

Het bij meerdere grondslagen vaststellen van de ‘dominante’ grondslag heeft met de komst van de ZZP's meer aandacht gekregen, maar los daarvan is het ook aan de orde bij extramurale indicaties. Ook de tijd speelt een rol bij de dominante grondslag, het beperkingenbeeld kan immers wijzigen. Schematisch ziet het vaststellen van de dominante grondslag er als volgt uit.

11 Het recente verleden: maximaal twee jaar voorafgaand aan het afgeven van het indicatiebesluit.



Schema: bij meerdere grondslagen de dominante grondslag bepalen

Wanneer van één grondslag sprake is, hoeft geen verdere keuze te worden gemaakt. Wanneer er sprake is van meerdere grondslagen moet een dominante grondslag worden vastgesteld. In de meeste gevallen is dit eenvoudig te doen. In het schema wordt uitgegaan van de situatie met meerdere grondslagen. Bij het bepalen van de dominante grondslag gaat het om de relevante ziekten, aandoeningen en stoornissen en de daarmee samenhangende zwaarstwegende actuele beperkingen in relatie tot de geobjectiverde zorgbehoefte. De beperkingen en zorgbehoefte bepalen het aangrijpingspunt van de zorg. De dominante grondslag (in het schema bijvoorbeeld Grondslag A) zal bij een extramurale zorgindicatie (EMZ) een belangrijke rol spelen bij het vaststellen van de te indiceren functies en de omvang daarvan, maar daarmee hoeft het indicatieonderzoek niet te eindigen. Ook bij de ‘bijkomende’ Grondslagen B en C moet worden gekeken of voor deze grondslagen functies geïndiceerd moeten worden.

Hoe na het vaststellen van de dominante grondslag tot een verblijfsindicatie in de vorm van een ZZP wordt besloten, is beschreven in hoofdstuk 9, Verblijf.

Problemen bij het vaststellen van de dominante grondslag

Bij het vaststellen van de (dominante) grondslag kunnen zich problemen voordoen wanneer bijvoorbeeld sprake is van:

1. een verstandelijke beperking met daarnaast een psychiatrische beperking (zie paragraaf 3.4.4 en 3.5.3);
2. een somatische ziekte die na enige tijd overgaat in een lichamelijke handicap (zie paragraaf 3.4.1);
3. een spraak-/taalstoornis bij een verzekerde met een verstandelijke handicap of een autistisch spectrum stoornis (ASS) (zie paragraaf 3.4.5 en bijlage 2 bij dit hoofdstuk);
4. een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) (zie paragraaf 3.5.4);
5. een verstandelijke beperking en de ziekte van Alzheimer;
6. een auditieve beperking en dementie;
7. een ernstig meervoudige handicap;
8. de ouder wordende psychiatrische patiënt die somatische klachten krijgt;
9. het syndroom van Korsakov.

Punt 9 is toegevoegd.

Om tot bepaling van de dominante grondslag te komen, moet uit de aanvraaggegevens blijken wat de zwaarstwegende stoornissen en beperkingen zijn. Dit om zo de zorgbehoefte/ het uitgangspunt van de zorg te kunnen objectiveren.

Voordat een aanvraag wordt ingediend, moet alle noodzakelijke vooronderzoek in het tweede compartiment (Zorgverzekeringswet) gedaan zijn. Aanvragers zijn verantwoordelijk voor het aanleveren van gegevens die voor de grondslagbepaling relevant zijn.

Wijziging van de dominante grondslag

Het kan zijn dat het CIZ, vanwege een herindicatie, een andere dominante grondslag vaststelt dan op basis waarvan de verzekerde zorg ontvangt. Deze situatie kan zich voordoen bij een verzekerde die al vele jaren zorg ontvangt binnen een bepaalde zorgsector. Doordat het wijzigen van de grondslag ingrijpende gevolgen kan hebben voor de verzekerde onderbouwt het CIZ deze wijziging terdege en zorgvuldig.

Grondslagbepaling en zorgaanbod

Bij de grondslagbepaling is en blijft het uitgangspunt dat het CIZ de grondslag los van het zorgaanbod vaststelt.

3.4 De zes grondslagen

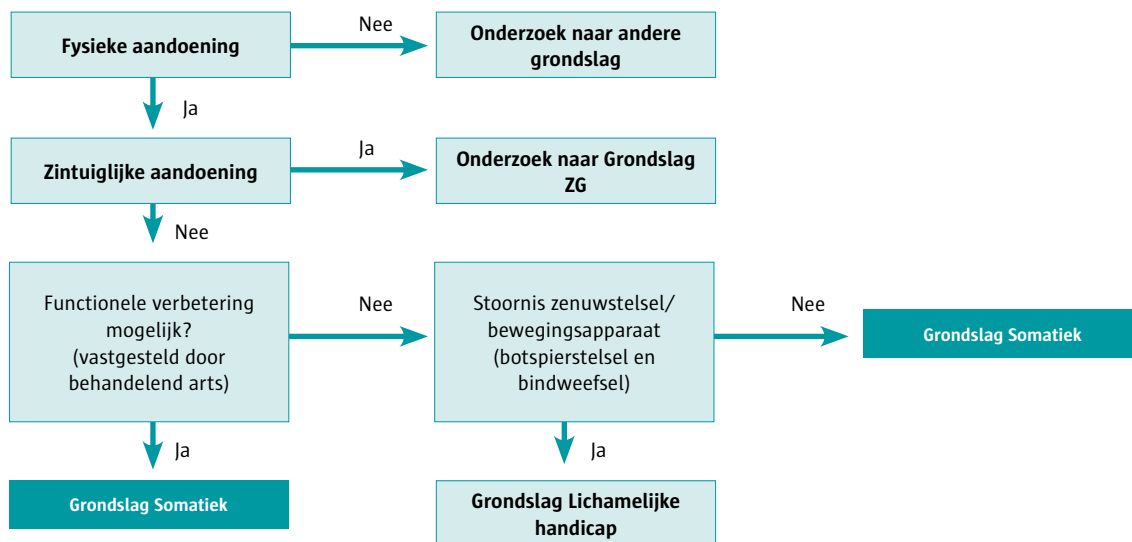
3.4.1 De grondslag Somatische aandoening of beperking en de grondslag Lichamelijke handicap

De grondslag Somatische aandoening of beperking

Een Somatische aandoening of beperking vindt veelal zijn oorzaak in een actuele somatische (lichamelijke) ziekte of aandoening.

In sommige situaties bereikt een chronische somatische aandoening op enig moment een 'eindstadium'. Dat wil zeggen dat bij de somatische aandoening een stabiele toestand is bereikt waarin geen functionele verbetering meer te verwachten is. Verdere behandeling zal niet leiden tot verder herstel en bepaalde beperkingen worden daarmee blijvend. Bij twijfel over de vraag of een eindstadium is bereikt, wordt de behandelend arts geraadpleegd. Wanneer eenmaal een eindstadium is vastgesteld, wordt in bepaalde gevallen niet meer gesproken van de grondslag Somatische aandoening of beperking, maar van de grondslag Lichamelijke handicap. Een aandoening die doorgaans stabiel is en bij verergering door medische en/of paramedische behandeling kan genezen of verbeteren, heeft als grondslag Somatische aandoening of beperkingen, dus niet de grondslag Lichamelijke handicap. Wanneer sprake is van blijvende beperkingen, niet veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel), dan is de grondslag Somatische aandoening of beperking van toepassing. In (terminale) situaties die zeker tot het levenseinde zullen leiden, is de grondslag Somatische aandoening of beperking van toepassing. De reden hiervoor is dat in deze situaties het somatisch beeld gaat overheersen. Denk hierbij aan verzekerden die zich in de terminale levensfase bevinden, maar ook aan verzekerden die in een terminale situatie verkeren vanwege aandoeningen zoals een hersentumor of progressief neurologische aandoeningen zoals Amyotrofische Lateraalsclerose, waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering.

Het volgende schema wordt gebruikt om te kunnen bepalen of er sprake is van de grondslag Somatische aandoening of beperking, of van de grondslag Lichamelijke handicap.



Schema: grondslagbepaling Somatische aandoening/beperking of Lichamelijke handicap

Toelichting bij het schema

Een somatische (= lichamelijke) ziekte en een lichamelijke handicap zijn beide op te vatten als een fysieke aandoening. Tot een fysieke aandoening worden ook de meeste zintuiglijke aandoeningen gerekend. Echter, wanneer sprake is van een zintuiglijke aandoening moet eerst onderzocht worden of deze aandoening leidt tot de grondslag Zintuiglijke handicap, of tot een van de andere grondslagen.

Veel beperkingen vinden hun oorzaak in een actuele somatische ziekte of aandoening, of een anatomische afwijking of stoornis. Bij het volgen van het schema komt in die situaties dan ook de grondslag Somatische aandoening of beperking als resultaat naar voren. In sommige situaties bereikt een chronische somatische aandoening op enig moment een 'eindstadium'. Dat wil zeggen, dat er bij de somatische aandoening continu (24 uur per dag) en blijvend sprake is van een stabiele toestand¹² waarin geen functionele verbetering meer te verwachten valt, maar alleen nog verergering die door verdere, medische en/of paramedische behandeling niet meer tot (verder) herstel of (verdere) verbetering zal leiden. In dat geval wordt van een grondslag Lichamelijke handicap gesproken, als de beperkingen worden veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel en bindweefsel). Een somatische aandoening die gekenmerkt wordt door stabiele fases en die bij verergering door medische en/of paramedische behandeling (nog) kan genezen of verbeteren (dit wordt bijvoorbeeld wel gezien bij reumatische ziekten zoals reumatoïde artritis¹³), heeft dus als grondslag Somatische aandoening of beperking¹⁴. Dat wil zeggen dat voorbijgaande beperkingen die kortstondig optreden, zoals bij epilepsie het geval is, of beperkingen die door behandeling kunnen worden opgeheven of verbeterd, niet de grondslag Lichamelijke handicap krijgen. Ook kan het zijn dat van jonge kinderen nog niet gezegd kan worden of van een blijvende lichamelijke handicap sprake is, omdat groei en ontwikkeling een positieve invloed op de beperkingen kunnen hebben. Bij twijfel hierover wordt de behandelend kinderarts geraadpleegd.

In het beginstadium zijn bepaalde ziektes nog behandelbaar en/of zijn met inzet van (para)medische middelen nog functionele verbeteringen te bereiken. In dat stadium is sprake van een grondslag Somatische aandoening of beperking. Voorbeelden van ziektebeelden die in een dergelijk beginstadium kunnen verkeren, zijn de ziekte van Parkinson of een recent CVA.

¹² 'Stabiele toestand' moet hier begrepen worden als stabiliteit in aard en ernst van de aanwezige stoornissen en beperkingen.

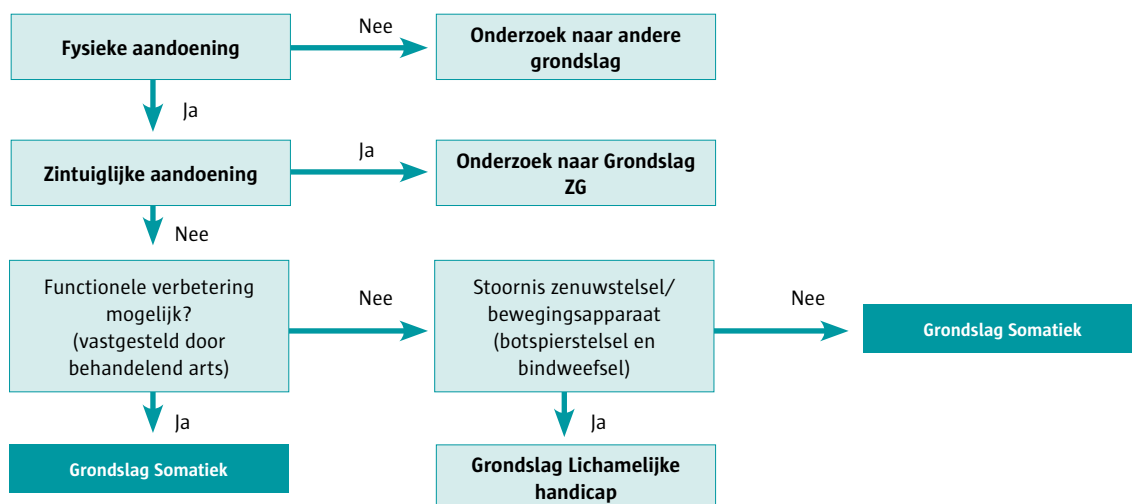
¹³ In het beginstadium van reumatoïde artritis (gewrichtsreuma als gevolg van een ontsteking) is met therapie vaak nog een verbetering in het functioneren te bereiken, in latere stadia niet meer.

¹⁴ Multiple sclerose kan in een stabiele fase verkeren maar door eerder opgetreden beperkingen waarvoor geen functionele verbetering meer mogelijk is (alleen nog verslechtering), wordt de grondslag Lichamelijke handicap vastgesteld.

De grondslag Somatische aandoening geeft toegang tot alle AWBZ-functies. Dit voor zover wordt voldaan aan de toegangscriteria voor de betreffende functie.

De grondslag Lichamelijke handicap

In het voorafgaande is al ingegaan op het onderscheid tussen de grondslag Somatische aandoening of beperking en de grondslag Lichamelijke handicap. In het navolgende wordt dit onderscheid voor de grondslag Lichamelijke handicap verder uitgewerkt. Ter illustratie dient het volgend schema.



Schema: grondslagbepaling Lichamelijke handicap of Somatische aandoening/beperking

Toelichting bij het schema

Een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. Wanneer sprake is van beperkingen als gevolg van stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering) en er geen sprake is van een terminale situatie, dan is de grondslag Lichamelijke handicap van toepassing. Bij twijfel over de vraag of nog functionele verbetering mogelijk is, wordt de behandelend arts geraadpleegd. In (terminale) situaties die zeker tot het levenseinde zullen leiden, is de grondslag Somatische aandoening of beperking van toepassing. De reden hiervoor is dat in deze situaties het somatisch beeld gaat overheersen. Denk hierbij aan verzekerden die zich in de terminale levensfase bevinden, maar ook aan verzekerden die in een terminale situatie verkeren vanwege aandoeningen zoals een hersentumor of progressief neurologische aandoeningen zoals Amyotrofische Lateraalsclerose, waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering.

Enkele voorbeelden van het onderscheid tussen de grondslagen Lichamelijke handicap en Somatische aandoening of beperking

Een CVA is vlak na het optreden ervan aan te duiden als een somatische aandoening, omdat in die fase met revalidatie nog verbetering te verwachten is. Nadat de behandelend arts heeft vastgesteld dat de gevolgen van het CVA niet verder te behandelen of te verbeteren zijn, treedt de fase in waarin gesproken wordt van de grondslag Lichamelijke handicap, eventueel in combinatie met andere grondslagen. Aan de grondslagbepaling bij niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) wordt een aparte paragraaf (3.5.4) gewijd.

Nadrukkelijk mag alleen dan tot de grondslag Lichamelijke handicap worden besloten wanneer onomstotelijk vaststaat dat met (para)medische middelen geen herstel of verbetering van functioneren meer te verwachten is. Bij twijfel moet de vraagstelling aan de behandelend arts wat dit betreft duidelijk zijn en het antwoord niet voor meerdere uitleg vatbaar. Voorbeelden van ziektebeelden waarbij op een gegeven moment deze afweging aan de orde kan zijn, of waarbij sprake is van een Lichamelijke handicap, zijn: artrose (gewrichtsslijtage), de eerder genoemde reumatoïde artritis, ziekte van Parkinson en CVA.

Oorzaken van een lichamelijke handicap

Oorzaken van een lichamelijke handicap kunnen zijn:

- aangeboren handicap in de vorm van het niet of niet voldoende aangelegd zijn van ledematen;
- aangeboren handicap door afwijkend aangelegde ledematen;
- niet-aangeboren handicap waarbij ledematen zijn aangedaan, of zijn geamputeerd als gevolg van een ziekte (bijvoorbeeld een onderbeenamputatie door vaatproblemen bij diabetes mellitus) of een ongeval;
- handicap (aangeboren en niet-aangeboren) door aantasting van de zenuwen en/of de spieren waardoor er functieverlies optreedt, bijvoorbeeld na een infectie, door een ongeval, een hersenbloeding of bij spierziekten;
- neurodegeneratieve aandoeningen zoals Multipole Sclerose of de ziekte van Parkinson.

De grondslag Lichamelijke handicap geeft toegang tot alle AWBZ-functies. Dit voor zover wordt voldaan aan de toegangscriteria voor de betreffende functie.

3.4.2 Psychogeriatrische aandoening of beperking

Een psychogeriatrische grondslag wordt gevormd door een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen. Veelal is er een aantasting te zien van onder andere denkvermogen, gevoelsleven, intellect, herinneringscapaciteit al of niet in combinatie met een afname van motorische functies en een vermindering van de sociale redzaamheid.

Deze tekst is gewijzigd om aan te sluiten bij de Beleidsregels.

Eén van de aandoeningen die leidt tot de grondslag psychogeriatricie is dementie. Dementie is een verzamelnaam voor symptomen die allemaal veroorzaakt worden door niet-aangeboren afwijkingen in de hersenen. Het wordt ook wel 'dementieel syndroom' genoemd. Dementie is dus niet een ziekte op zich, maar een aandoening. Er zijn meer dan zestig typen dementie bekend (NIA 1980). De meest bekende zijn de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, Lewy Body-dementie en frontaalkwabdementie. Deze aldus gediagnosticeerde ziektebeelden zijn tevens de meest voorkomende oorzaken van dementie. Dementie wordt volgens de NHG-standaard vastgesteld. Om tot de grondslag Psychogeriatricie te komen, is het bovendien noodzakelijk dat andere oorzaken die tot dezelfde symptomen kunnen leiden, worden uitgesloten. Denk hierbij aan psychiatrische, somatische of zintuiglijke oorzaken. Het vereist dan ook een grondig diagnostisch onderzoek om aan iemand dementie (of een 'dementieel syndroom') te kunnen toeschrijven. Voor het bepalen van de grondslag is het van belang dat enige vergeetachtigheid niet vanzelf het stempel 'dementieel syndroom' opgedrukt krijgt. Het CIZ zal bij twijfel dan ook bij de behandelaars de onderzoeksrapportage opvragen waaruit het bestaan van de beperkingen blijkt.

Eerder (paragraaf 3.3.2) is al ingegaan op de situatie waarin van een 'ernstig vermoeden' of een 'voorlopige' grondslag sprake is. Alleen in uitzonderingsgevallen kan de medisch adviseur van het CIZ op basis van het algehele beeld tot een 'ernstig vermoeden' van de grondslag concluderen, daarbij geholpen door de scores op de beperkingen van de sociale redzaamheid. Op basis daarvan wordt een 'voorlopige' grondslag Psychogeriatricie vastgesteld. Onder deze grondslag kan voor een periode van maximaal drie maanden zorg worden ingezet waarna op basis van de uitkomst van het nadere diagnostisch onderzoek (in het tweede compartiment) de definitieve grondslag kan worden bepaald. Het gaat om uitzonderingsgevallen omdat het diagnostisch onderzoek doorgaans al plaatsgevonden zal hebben of nog plaats kan hebben.

De grondslag Psychogeriatricie aandoening of beperking geeft toegang tot alle AWBZ-functies. Dit voor zover wordt voldaan aan de toegangscriteria voor de desbetreffende functie.

3.4.3 Psychiatrische aandoening of beperking

Psychiatrische ziektebeelden/aandoeningen worden ook wel psychische stoornissen genoemd omdat een of meer symptomen van de stoornis veroorzaakt worden door in de psyche gelegen factoren. Bij de classificatie van psychiatrische stoornissen worden vaak internationaal vastgestelde criteria gehanteerd die uitgaan van een (groep van) symptomen (DSM-IV-TR).

In de psychiatrie zijn vaste complexen van stoornissen (syndromen) gegroepeerd tot ziekten/aandoeningen. De psychische stoornissen bij deze psychiatrische ziekten/aandoeningen veroorzaken beperkingen en belemmeringen

in het functioneren en hierdoor ontstaan vaak problemen rond de zelfredzaamheid. Psychiatrische ziekten/aandoeningen en psychische stoornissen, en in het bijzonder pathologische functiestoornissen, worden geclassificeerd en gegroepeerd met behulp van de (internationaal gebruikte) DSM-IV-TR classificatie. Op de DSM-IV-TR wordt in bijlage 1 bij dit hoofdstuk nader ingegaan.

Psychiatrische ziekten/aandoeningen worden veroorzaakt door in de psyche gelegen factoren. Deze uiten zich in psychische stoornissen, vaak ook als mentale stoornissen aangeduid. Voorbeelden van psychiatrische ziektebeelden zijn psychose, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Deze kunnen leiden tot psychische stoornissen, bijvoorbeeld een stemmingsstoornis zoals depressie. Bij verzekerden met psychiatrische problemen moet men zich er overigens van bewust zijn dat aan de basis daarvan een verstandelijke handicap kan liggen.

Ook een somatische aandoening kan leiden tot een (hier niet nader omschreven) psychiatrisch beeld, bijvoorbeeld aandoeningen van de schildklier of een delirium door een infectieziekte. Psychische stoornissen komen in het dagelijks leven veel voor: van 'midwinterdip' tot rouwverwerking. Veel mensen hebben wel eens een periode dat het niet zo goed gaat en er meer of minder ernstige problemen zijn. Het zijn in principe normale reactiepatronen van de menselijke psyche, die aandacht vragen maar niet pathologisch zijn: als er hulp nodig is, kunnen deze stoornissen in de eerste lijn worden opgelost (huisarts, maatschappelijk werkende, eerstelijns psycholoog, enzovoort).

Soms bestaat er een 'ernstig vermoeden' van de aanwezigheid van een psychiatrische grondslag. Dit is het geval wanneer er nog geen diagnose beschikbaar is, maar er wel al stoornissen en beperkingen worden waargenomen. In die gevallen wordt, in afwachting van nadere diagnostiek, op basis van het actuele beperkingenbeeld, gekozen voor een 'ernstig vermoeden' van de grondslag Psychiatrie. Het 'ernstige vermoeden' is gebaseerd op informatie van de verzekerde zelf, van behandelaars of van hulpverleners en is meetbaar met de score van de beperkingen (zie hierover ook paragraaf 3.3.2).

Volgens de DSM-IV (DSM-IV-TR, 2007) kan de specificatie 'voorlopige' diagnose gebruikt worden als er gegronde redenen zijn om te veronderstellen dat uiteindelijk aan alle criteria van een stoornis zal worden voldaan, maar er onvoldoende informatie beschikbaar is om een feitelijke diagnose te stellen. In deze situaties is wel al sprake van een zekere psychiatrische stoornis, maar deze kan nog niet precies benoemd worden. Voorbeeld: er zijn gegronde redenen om als voorlopige diagnose een depressieve stoornis aan te houden, maar de verzekerde is nog niet in staat een adequate anamnese te geven om vast te stellen of aan alle criteria wordt voldaan. Een 'voorlopige' psychiatrische diagnose rechtvaardigt een grondslag Psychiatrie, maar in deze situaties wordt een maximale geldigheidsduur van het indicatiebesluit van twee jaar aangehouden. In dit tijdsbestek moet het mogelijk zijn de diagnose definitief te maken.

De diagnose voor de bepaling van de grondslag Psychiatrie moet door een ter zake deskundige zoals een arts, psychiater of gz-psycholoog verstrekt worden.

De grondslag Psychiatrische aandoening of beperking geeft toegang tot de volgende AWBZ-functies:

- Persoonlijke Verzorging;
- Begeleiding (voor zover wordt voldaan aan de toegangscriteria voor deze functie);
- Verblijf (zie paragraaf 3.3.1);
- Kortdurend Verblijf.

3.4.4 Verstandelijke handicap

Er is conform de DSM-IV-TR-classificatie sprake van een diagnose verstandelijke handicap als de verzekerde cognitief/intellectueel beneden gemiddeld scoort op een algemene intelligentietest (norm: IQ 70 of lager), er blijvende beperkingen zijn op het gebied van de sociale redzaamheid en dit voor het 18e levensjaar is ontstaan. In dat geval is sprake van een grondslag Verstandelijke handicap.

Op grond van historische overwegingen is er in Nederland consensus dat, als er sprake is van ernstige en chronische beperkingen in sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen, een IQ-score tussen 70 en 85 eveneens mag worden opgevat als een licht verstandelijke handicap. In dat geval kan het CIZ een verzekerde ook onder de grondslag Verstandelijke handicap indiceren voor AWBZ-zorg. Als het verbale en performale IQ ver uiteen liggen en er twijfel bestaat over de interpretatie van dit verschil, dan zal de behandelaar geraadpleegd worden om duidelijkheid te verschaffen. Doorgaans zullen psychiatrische symptomen, bijvoorbeeld van een autistiform karakter, bij een licht verstandelijke handicap uitdrukking zijn van de verstandelijke handicap. Wanneer in uitzonderingsgevallen onduidelijk is hoe de aard en ernst van het psychiatrisch beeld zich tot de verstandelijke handicap verhouden, kan eerst nader onderzoek nodig zijn alvorens een (dominante) grondslag vastgesteld kan worden. Zoals eerder aangegeven (paragraaf 3.3.3), is de aanvrager verantwoordelijk voor het aanleveren van relevante gegevens.

Dat de verzekerde een IQ van 70 of lager moet hebben, dan wel een IQ tussen de 70 en 85, hoeft niet in alle gevallen door een nieuwe IQ test te worden ondersteund. Het gaat erom dat de gegevens nog voldoende actueel zijn om de grondslag Verstandelijke handicap vast te stellen. Uit de voorgeschiedenis bekende informatie geeft vaak voldoende onderbouwing om een IQ van lager dan 70 aan te houden. Voorbeeld: iemand die jarenlang op een ZMLK-school heeft gezeten, zal daar niet zijn toegelaten wanneer het IQ hoger dan 70 is. De voorgeschiedenis als geheel kan overtuigende aanwijzingen geven dat van een (eerder gestelde) diagnose sprake is en daarmee van een grondslag Verstandelijke handicap. In dat geval is een nieuwe IQ test niet noodzakelijk voor het in behandeling nemen van een aanvraag voor AWBZ-zorg.

Niveaus van intellectueel functioneren

De mate van een verstandelijke handicap is ingedeeld op basis van de niveaus van intellectueel functioneren:

lichte zwakzinnigheid	(lichte verstandelijke beperking)	IQ 50 – 70
matige zwakzinnigheid	(matige verstandelijke beperking)	IQ 35 – 50
ernstige zwakzinnigheid	(ernstige verstandelijke beperking)	IQ 20 – 35
diepe zwakzinnigheid	(zeer ernstig, diep verstandelijk beperkt)	IQ < 20
zwakzinnigheid	(ernst niet gespecificeerd; intelligentietest is niet mogelijk)	

Gedragsdeskundigen zoals orthopedagogen en GZ-psychologen zijn bevoegd om uitspraken te doen over de grondslag Verstandelijke handicap. Bij samenloop met een somatische ziekte, een zintuiglijke of lichamelijke handicap, kan daarnaast het oordeel van een arts nodig zijn.

Anders dan weleens wordt gedacht, betekent het feit dat in de DSM-IV-TR de niveaus van intellectueel functioneren worden genoemd, niet dat het hier om een psychiatrisch ziektebeeld gaat.

De grondslag Verstandelijke handicap geeft toegang tot alle AWBZ-functies, behalve de functie Verpleging. Voor de overige functies geldt dat moet worden voldaan aan de toegangscriteria voor de desbetreffende functie.

3.4.5 Zintuiglijke handicap

De grondslag Zintuiglijke handicap wordt in de regel toegekend aan aanvragers die een visuele of auditief-communicatieve handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem (of -stoornis) hebben. Volgens de ICF-systematiek (zie bijlage 1 bij dit hoofdstuk) gaat het hier om sensorische functies en pijn: zien, horen, smaak, reuk en tast, en om stem en spraak.

Visuele stoornissen en beperkingen

Van een visuele handicap is sprake als er door een arts op basis van diagnostiek ernstige stoornissen in het gezichtsvermogen zijn vastgesteld, in combinatie met beperkingen in het dagelijks functioneren.

Visuele beperkingen worden in Nederland gedefinieerd volgens de ICD-10 classificatie van de WHO en ingedeeld op basis van gezichtsscherpte (visus) en gezichtsveld. Visus wordt uitgedrukt in een getal en is een maat voor het vermogen om fijne details te onderscheiden. De gezichtsscherpte is 1.0 als deze 100% is. De diagnostiek vindt plaats door middel van metingen met hulpmiddel (bril). Een visuele handicap valt onder de grondslag ZG als er sprake is van:

1. Een gezichtsscherpte van < 0.3 aan het beste oog, en/of;
2. Een gezichtsveld < 30 graden, en/of;
3. Een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

De combinatie van slechtziendheid en de bijkomende problematiek leidt dan aantoonbaar tot extra beperkingen in het dagelijks functioneren. Om deze reden wordt voor specialistische diagnostiek vanuit de reguliere oogheelkundige praktijk doorverwezen naar een categorale instelling voor oogheelkundig onderzoek. Het gaat dan om gezichtsstoornissen (oogaandoeningen) die tot slechtziendheid en blindheid leiden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij maculadegeneratie (macula = 'vlek' op het netvlies met de grootste concentratie zintuigcellen) of hemianopsie (= halfzijdige uitval van het gezichtsveld, bijvoorbeeld als gevolg van een CVA), diabetische retinopathie (schade aan het netvlies), glaucoom (verlies van zenuwvezels, in 60% van de gevallen gepaard gaand met een hoge oogboldruk), staar (vertroebeling van de ooglenzen) of Cerebrale Visuele Stoornissen (CVI). Bij CVI gaat het om visuele stoornissen als gevolg van een doorgemaakte infectie, niet-aangeboren hersenletsel (NAH), een hersentumor of een gestoorde ontwikkeling van de hersenen.

Auditief-communicatieve handicap

Met een auditief-communicatieve handicap wordt een handicap in de communicatieve sfeer bedoeld als gevolg van een gehoorstoornis. Doordat een gehoorstoornis kan voorkomen met ermee samenhangende communicatieve beperkingen, wordt ook wel van een auditief-communicatieve handicap gesproken. Van een auditieve beperking is sprake als door of namens een arts stoornissen in het gehoorvermogen zijn vastgesteld. De mate van gehoorverlies wordt vastgesteld door middel van audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat. Een uitzondering hierop is het Cochleair Implantaat, dan wordt na een gewenningsperiode van twee jaar het gehoorverlies vastgesteld met het implantaat in.

Van communicatieve beperking is sprake als een verzekerde door een medische oorzaak zodanige problemen in de communicatie ondervindt, dat hij in het contact met anderen afhankelijk is van ondersteunende communicatiemiddelen.

Er is sprake van een auditieve stoornis en daarmee van een grondslag Zintuiglijke handicap als het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen of, als het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcherindex, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

De auditieve beperking kan voorkomen met ermee samenhangende ernstige sociaal emotionele problematiek, ernstige spraak/taal stoornis en/of leerachterstand.

Spraak-/taalprobleem (of -stoornis)

Kern van het vaststellen van een spraak-/taalprobleem (of -stoornis) onder de grondslag Zintuiglijke handicap, is dat er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen. Dat kunnen zowel neurobiologisch als neuropsychologische factoren zijn. Als de genoemde stoornis/beperking zijn oorsprong vindt in omgevingsfactoren is er geen sprake van een grondslag voor de AWBZ. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal.

Een spraak-/taalprobleem (of -stoornis) wordt onder de grondslag Zintuiglijke handicap gerekend als er een aandoening of stoornis is vastgesteld die leidt tot ernstige of zeer ernstige beperkingen op één of meer van de

hierna genoemde aspecten:

1. spraakstoornis/-beperking (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit);
2. centrale auditieve stoornis/beperking (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt);
3. taal-begripstoornis/-beperking (moeite met begrijpen wat anderen zeggen);
4. taal-productiestoornis/-beperking (moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken);
5. pragmatische taalstoornis/-beperking (te weinig rekening houden met anderen tijdens gesprek, alleen op kernwoorden reageren, uitingen te letterlijk opvatten waardoor misverstanden ontstaan, van de hak op de tak springen, teveel praten, geen onderscheid maken tegen wie je praat, herhalen, te precies taalgebruik, in zichzelf praten, moeite met beginnen van een gesprek).

Een communicatieprobleem is pas een geobjectiveerde spraak-/taalprobleem (of-stoornis) wanneer dit is aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek, verricht in het tweede compartiment. Het is van belang om spraak-/taalproblemen (of stoornissen) te onderscheiden van communicatieproblemen die inherent zijn aan ziektebeelden als autisme en verstandelijke handicap.

Communicatieproblemen: doorgaans geen (grondslag) Zintuiglijke handicap

Communicatieproblemen wijzen terug naar diverse oorzaken en het hangt van de aard en ernst van die problemen af of we van een grondslag Zintuiglijke handicap in de zin van de AWBZ spreken. Het hebben van communicatieproblemen geeft alleen in specifieke gevallen toegang tot de grondslag Zintuiglijke handicap. Met name communicatieproblemen die inherent zijn aan autisme en aan een verstandelijke handicap zullen dan ook binnen de sector zelf behandeld moeten worden. Alleen in uitzonderingsgevallen en na multidisciplinaire diagnostiek kan bij autisme en verstandelijke handicap van een communicatieprobleem in de zin van een spraak-/taalstoornis worden gesproken, die een grondslag Zintuiglijke handicap rechtvaardigt.

In bijlage 2 bij dit hoofdstuk wordt in algemene zin nader ingegaan op de spraak-/taalstoornis als communicatieprobleem en wordt ingegaan op de afbakening ten opzichte van andere oorzaken van communicatieproblemen, zoals we zien bij autisme en verstandelijke handicap.

Een 'communicatieve handicap' of een communicatieprobleem 'sec' rechtvaardigt geen grondslag Zintuiglijke handicap. Er is pas sprake van een grondslag Zintuiglijke handicap wanneer uit grondig onderzoek en gedegen diagnostiek blijkt dat de beperkingen zijn te duiden als visueel, auditief-communicatief of als een spraak-/taalstoornis. Een communicatieprobleem aangeduid als een 'communicatieve handicap' betekent als zodanig niets. De onderliggende problematiek en de beperkingen die daarvan het gevolg zijn (en in de communicatieve sfeer kunnen liggen), zijn bij de grondslagbepaling van belang.

De grondslag Zintuiglijke handicap geeft toegang tot alle AWBZ-functies, behalve de functie Verpleging. Voor de overige functies geldt dat moet worden voldaan aan de toegangscriteria voor de desbetreffende functie.

3.5 Specifieke punten

3.5.1 Syndroom van Korsakov

Het syndroom van Korsakov wordt veroorzaakt door een ernstig gebrek aan vitamine B1 en kenmerkt zich door stoornissen van het geheugen en van de 'centraal executieve functies'. Deze functies zijn noodzakelijk voor het plannen en organiseren van gedrag. Stoornissen hierin leiden tot moeite met starten, reguleren en stoppen van gedrag en zijn het meest invaliderend. Dit uit zich bijvoorbeeld in gedragsstoornissen zoals afhankelijk gedrag, achterdocht of prikkelbaarheid. Daarnaast treedt er desoriëntatie in tijd en plaats op. Het gestoord initiëren van gedrag en het ontbreken van ziekte-inzicht heeft ernstige zelfverwaarlozing tot gevolg. Het syndroom van Korsakov gaat gepaard met lichamelijke en psychiatrische comorbiditeit. De lichamelijke comorbiditeit uit zich bij Korsakov in aandoeningen van de inwendige organen of van het zenuwstelsel.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

Bij Korsakov zijn meerdere grondslagen mogelijk. Van een grondslag Psychiatrie is sprake bij actieve psychiatrische problematiek zoals alcoholverslaving of 'craving' (hunkering). De grondslag Psychogeriatric is onder andere aan de orde bij een persisterende dementie door alcoholgebruik ('alcoholdementie') of als de verzekerde functioneert op het niveau van een dementieel beeld met blijvende beperkingen.

De dominante grondslag kan, gelet op het bovenstaande (afhankelijk van de aard en de ernst van de beperkingen op de diverse domeinen) Psychiatrisch, Psychogeriatric of, bij de lichamelijke comorbiditeit, Somatisch zijn.

3.5.2 Ziekte van Huntington

De ziekte van Huntington is een van origine neurologisch ziektebeeld dat in de loop van de tijd, met name op het mentale vlak, uiteenlopende verschijningsvormen kan aannemen. Meestal is in de beginfase sprake van overwegend fysieke beperkingen. Later kunnen daar beperkingen op het cognitieve en/of psychische vlak bij komen. Door het gemengde (fysieke en mentale) beeld dat de ziekte vertoont, is het zaak om bij een bestaande zorgvraag goed te inventariseren wat op dat moment het precieze aangrijpingspunt van de zorg moet zijn. De beperkingen die het actuele beeld bepalen, zijn leidraad voor het vaststellen van de 'dominante' grondslag (zie paragraaf 3.3.3). Tot nu toe zijn verzekerden met de ziekte van Huntington onder de grondslag Somatische aandoening of beperking overwegend in somatische verpleeghuizen opgenomen. Het CIZ moet objectief vaststellen welke de zwaarstwegende actuele beperkingen zijn in relatie tot de zorgbehoefte en bepaalt op basis daarvan de (dominante) grondslag. In voorkomende gevallen kan bij een herindicatie voor een verzekerde met de ziekte van Huntington een andere dominante grondslag worden vastgesteld dan de grondslag Somatische aandoening of beperking.

3.5.3 Verstandelijk gehandicapten met eveneens een grondslag Psychiatrische aandoening/beperking

Psychische stoornissen en gedragsproblemen komen bij verstandelijk gehandicapten vaker voor dan bij mensen zonder handicap. Bij een combinatie van de grondslag Verstandelijke handicap en de grondslag Psychiatrische aandoening/beperking zal het CIZ zorgvuldig moeten afwegen of en hoe de optredende psychiatrische problemen zich tot de verstandelijke handicap verhouden. Bij verstandelijk gehandicapten kunnen zich alle denkbare psychiatrische stoornissen voordoen. De aard van de psychiatrische symptomen is weliswaar niet anders dan bij mensen zonder een verstandelijke handicap, maar door de samenloop met de verstandelijke handicap is sprake van een verhoogde kwetsbaarheid. Dit vereist een specifieke deskundigheid voor begeleiding en behandeling. Met name stoornissen in het autistisch spectrum (ASS), aandachtstekortstoornissen met of zonder hyperactiviteit (AD[H]D) of gedragsstoornissen zoals een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) kunnen in combinatie met een verstandelijke handicap optreden. Bij volwassenen met een verstandelijke handicap zien we ook stemmingsstoornissen (depressie) of angststoornissen. Bij het optreden van psychiatrische problemen bij een verstandelijke handicap zal men zich hier steeds bewust van moeten zijn. Juist vanwege de verhoogde kwetsbaarheid bij deze categorie cliënten en de daarvoor noodzakelijke specifieke deskundigheid voor begeleiding en behandeling, wordt hier doorgaans de grondslag Verstandelijke handicap aangehouden. Zoals al in paragraaf 3.3.3 is beschreven, gaat het bij het bepalen van de dominante grondslag om de relatie tussen de zwaarstwegende actuele beperkingen en de geobjectiveerde zorgbehoefte. Afgewogen moet worden of in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte de beperkingen als gevolg van de verstandelijke handicap primair aangrijpingspunt van de zorg moeten zijn.

Wanneer bij een aanvraag voor AWBZ-zorg door de verstandelijke handicap van een psychiatrische aanpak/ interventie in de zin van de AWBZ geen effect kan worden verwacht omdat het verminderde leervermogen en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen dat in de weg staan, dan blijven de beperkingen als gevolg van de verstandelijke handicap het aangrijpingspunt van de zorg en is/blijft de dominante grondslag dus Verstandelijke handicap. Dit laat onverlet dat voor deze cliënten wel psychiatrische expertise wordt ingezet, bijvoorbeeld in instellingen voor verstandelijk gehandicapten of in samenwerkingsprojecten op het raakvlak van kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit staat echter los van het vaststellen van de (dominante) grondslag bij de indicatiestelling voor de AWBZ. Wanneer op aangeven van een ter zake deskundige het aangrijpingspunt van de zorg gericht is op de psychiatrische aanpak/interventie en hiervan ondanks de verstandelijke beperking wel effect kan worden verwacht, dan is de grondslag Psychiatrische aandoening of beperking dominant. In al deze gevallen is het nodig

dat het CIZ over relevante informatie beschikt om tot een zorgvuldige afweging te kunnen komen. De aanvrager of degene die namens de verzekerde de aanvraag doet, moet deze dan ook terdege onderbouwen. Al het hiervoor noodzakelijke onderzoek zal in het tweede compartiment moeten zijn verricht, dus voorafgaand aan het indienen van de aanvraag voor zorg in het kader van de AWBZ. Zie hierover ook paragraaf 3.3.3.

3.5.4 Grondslag bij niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Onder niet-aangeboren hersenletsel (NAH) wordt verstaan: hersenletsel door welke oorzaak dan ook, anders dan door de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op de hulpverlening¹⁵. NAH is geen diagnose, maar een verzamelnaam voor een groep van aandoeningen. Voorbeelden van NAH zijn hersenletsel door een verkeersongeluk of na een hersenoperatie vanwege een hersentumor of als gevolg van een CVA.

In deze paragraaf behandelen we de grondslagen bij NAH en het vaststellen van de dominante grondslag, omdat deze vanwege de verschillende uitingsvormen van NAH soms moeilijk vast te stellen zijn. Bij NAH is doorgaans van meer dan één grondslag sprake. Het gaat om NAH in de chronische fase: dat is de fase waarin duidelijk is welke stoornissen en beperkingen blijvend zijn. Deze stoornissen en beperkingen vertonen een wisselende mate van ernst en zijn van mentale (cognitieve/psychische) en/of fysieke aard.

Het vaststellen van de grondslag(en) bij NAH

Bij NAH kunnen in principe alle grondslagen voorkomen. Vooral het vaststellen van een grondslag van mentale aard (Psychogeriatric, Psychiatrie of Verstandelijke handicap) is niet altijd goed mogelijk, omdat bij NAH de cognitieve en/of psychische stoornissen en beperkingen moeilijk te definiëren zijn. Alleen wanneer deze stoornissen en beperkingen duidelijk in de richting van een bepaalde grondslag wijzen, kan deze worden vastgesteld. Het gaat om de grondslagen Psychogeriatric of Psychiatrie. De grondslag Verstandelijke handicap kan alleen worden vastgesteld wanneer de NAH voor het 18e levensjaar is ontstaan. Van de grondslagen Somatische aandoening of beperking of Lichamelijke handicap is bij NAH sprake wanneer wordt voldaan aan wat hierover staat in paragraaf 3.4.1.

Het vaststellen van de dominante grondslag bij NAH

Het vaststellen van de dominante grondslag bij NAH verloopt niet anders dan is aangegeven in paragraaf 3.3.3. Hoe na het vaststellen van de dominante grondslag tot een verblijfsindicatie in de vorm van een ZZP wordt besloten, is na te lezen in hoofdstuk 9, Verblijf.

3.5.5 Grondslag op basis van 'symptomatologie'

Regelmatig doen ouders van kinderen een aanvraag voor zorg wanneer hun kind lijdt aan een bepaalde 'aandoening'. Over een dergelijke aandoening kan het nodige gepubliceerd zijn, zij het niet in de erkende internationale wetenschappelijke literatuur. Voor zover daarin wel iets over deze 'ziektebeelden' terug te vinden is, is dat incidenteel en als symptoom van onderliggend lijden. Symptomatologie 'sec' is geen reden voor een grondslag. Denk bijvoorbeeld aan NLD (Nonverbal Learning Disability). Op zich leidt dit niet tot een grondslag. In een individueel geval kan wellicht bij een kind met een NLD toch een indicatie worden gesteld, maar dan niet vanwege NLD, maar omdat er sprake is van bijkomende problematiek die wel tot een grondslag leidt (bijvoorbeeld een neurologisch of psychiatrisch lijden). Verbale Dyspraxie is een ander voorbeeld. Op zichzelf staande Verbale Dyspraxie, waar men een zorgindicatie voor wil, heeft geen grondslag. Dat het neuropsychologische symptomatologie betreft, doet daar niets aan af. Als er meer aan de hand is of lijkt te zijn, dan is het zaak eerst zorgvuldige diagnostiek te laten verrichten en te kijken of er een aangrijpingspunt voor een grondslag is. De internationale wetenschappelijke literatuur zal geraadpleegd moeten worden om vast te stellen of bepaalde beweerde beperkingen en stoornissen, maar ook bepaalde behandelmethoden, voldoende grond hebben.

De passage over DCD (Developmental Coordination Disorder) is geschrapt omdat door de beroepsgroep is vastgesteld dat aan DCD een somatische aandoening ten grondslag kan liggen.

¹⁵ Landelijk Coördinatiepunt niet-aangeboren hersenletsel. De vormgeving van de zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Utrecht, 1992.

Bijlagen bij hoofdstuk 3

Bijlage 1 ICD/ICF/DSM-IV-TR

ICD

Voor het vaststellen van de grondslag werd tot nu toe vooral uitgegaan van de International statistical Classification of Disease and related health problems (ICD). De bedoeling van de ICD is om eenduidig diagnoses en symptomen vast te stellen. Het betreft een overzicht van mogelijke diagnoses: ziekten en aandoeningen, onderverdeeld in 22 hoofdstukken.

Tabel: ICD, de 22 hoofdstukken ziekten en aandoeningen		
hoofdstuk	categorie	omschrijving (ziekten en aandoeningen)
I	A00-B99	infectieziekten en parasitaire aandoeningen
II	C00-D48	gezwellen
III	D50-D89	ziekten van bloed en bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen van het immuunsysteem
IV	E00-E90	endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen
V	F00-F99	psychische stoornissen en gedragsstoornissen
VI	G00-G99	ziekten van zenuwstelsel
VII	H00-H59	ziekten van oog en adnexe
VIII	H60-H95	ziekten van oor en processus mastoideus
IX	I00-I99	ziekten van hart en vaatstelsel
X	J00-J99	ziekten van ademhalingsstelsel
XI	K00-K93	ziekten van spijsverteringsstelsel
XII	L00-L99	ziekten van huid en subcutis
XIII	M00-M99	ziekten van botspierstelsel en bindweefsel
XIV	N00-N99	ziekten van urogenitaal stelsel
XV	O00-O99	zwangerschap, bevalling en kraambed
XVI	P00-P96	bepaalde aandoeningen die hun oorsprong hebben in perinatale periode
XVII	Q00-Q99	congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoomafwijkingen
XVIII	R00-R99	symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratoriumuitslagen, niet elders geïnclassificeerd
XIX	S00-T98	letsel, vergiftiging en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken
XX	V01-Y98	uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte
XXI	Z00-Z99	factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden en contacten met gezondheidszorg
XXII	U00-U99	coderingen voor speciale doeleinden

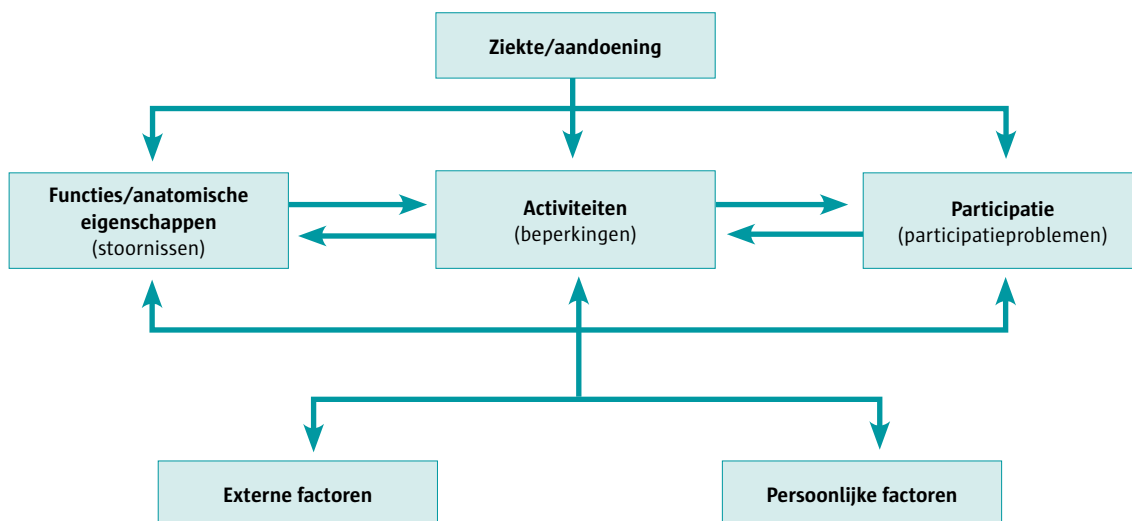
De hoofdstukken I t/m IV, IX t/m XII, XIV, XV en XIX leiden zonder meer naar de grondslag Somatische aandoening of beperking. Voor de hoofdstukken VII en VIII is dit alleen het geval wanneer niet van de grondslag Zintuiglijke handicap sprake is en voor de hoofdstukken VI en XIII alleen wanneer door (para)medische interventie nog functionele verbetering mogelijk is.

Dat een beschrijving alleen op basis van de ICD te weinig houvast biedt voor een zorgvuldige grondslagbepaling, blijkt uit het volgende voorbeeld. Een ziektebeeld met stoornissen en beperkingen dat (alleen benaderd vanuit de ICD) wat de grondslag betreft tot een (te) beperkte conclusie kan leiden, is diabetes mellitus. Van diabetes mellitus wordt in de praktijk al snel gezegd dat het vanwege een stoornis in de hormoonhuishouding om de grondslag Somatische aandoening of beperkingen gaat. Maar iemand met diabetes mellitus kan ook last hebben van een visusstoornis en/of door een gedeeltelijke beenamputatie blijvend beperkt zijn bij het lopen. Het blijvend beperkt zijn bij het lopen, zou (naast de grondslag Somatische aandoening of beperking) een grondslag

Lichamelijke handicap kunnen rechtvaardigen en de visusstoornis een grondslag Zintuiglijke handicap. Voor het vaststellen van de grondslag wordt niet (meer) alleen gebruik gemaakt van de ICD, maar wordt daar eveneens de ICF nadrukkelijk bij betrokken, overigens zonder dat de vereiste samenhang met de ICD wordt losgelaten.

ICF ¹⁶

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is complementair aan de ICD en biedt de mogelijkheid voor een breed opgezette beschrijving van het menselijk functioneren. Hoewel het bij het stellen van indicaties in het kader van de AWBZ gaat om gezondheidsproblemen (zie Zib, paragraaf 4, art. 6a en 6b), horen deze als zodanig niet tot de ICF. De reden hiervoor is dat de ICF het menselijk functioneren in breder verband beschouwt, beïnvloed door meer zaken naast ziekten en aandoeningen (in het schema vindt beïnvloeding in alle richtingen plaats). Dit laat onverlet dat een indicatieorgaan als het CIZ de gezondheid als uitgangspunt hanteert omdat sprake moet zijn van bepaalde (gediagnosticeerde) gezondheidsproblematiek. De ICF wordt samengevat in onderstaand schema.



Schema: samenvatting van de ICF

De ICF kent een systematische ordening van gezondheidscomponenten en met gezondheid samenhangende componenten. Het menselijk functioneren wordt beschreven vanuit drie perspectieven:

1. het menselijk organisme (classificatie van functies en anatomische eigenschappen;
 2. het menselijk handelen;
 3. de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (classificatie van activiteiten en participatie¹⁷).
- Daarnaast voorziet de ICF in een lijst van externe factoren die op het functioneren van invloed kunnen zijn.

De in het schema opgenomen componenten worden als volgt gedefinieerd:

- *functies*: fysiologische en mentale eigenschappen van het menselijk organisme;
- *anatomische eigenschappen*: de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam (het gaat dan om: lichaamsdelen, orgaanstelsels, organen en onderdelen van organen);
- *stoornissen*: afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen (voorbeelden: hartritmestoornis, geheugenstoornis, spierkrachtverlies, zenuwgeleidingstoornis, incontinentie van urine): het gaat bij stoornissen om de verschijnselen die zich bij iemand voordoen als gevolg van een ziekte of aandoening (bij griep kan bijvoorbeeld kortademigheid en koorts optreden, bij een depressie

¹⁶ De hier geschreven tekst is voor een groot deel ontleend aan ICF, een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2002, 1e druk.

¹⁷ Het gaat hier niet om het ICF-'denken' als zodanig, maar het is een poging om de componenten van de ICF toe te passen in een relationeel model.

zwaarmoedigheid) en waar zo iemand last van heeft zonder dat al wordt ingegaan op de gevolgen daarvan voor het functioneren;

- *activiteiten*: onderdelen van iemands handelen;
- *beperkingen*: moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten (denk aan: spreken, lopen, dragen) en die activiteiten ook wil uitvoeren: bij dit laatste speelt de afweging of de onwil van iemand samenhangt met het ziektebeeld c.q. de beperkingen (iets dus objectief niet kunnen) dan wel of sprake is van geen bereidheid als zodanig (invloed van de subjectieve, persoonlijke factor);
- *participatie*: deelname aan het maatschappelijk leven;
- *participatieprobleem*: wanneer iemand een probleem heeft met deelname aan het maatschappelijk leven (heeft iemand daar geen probleem mee, dan is er dus geen participatieprobleem);
- *externe factoren*: gaan over iemands fysieke en sociale omgeving;
- *persoonlijke factoren*: gaan over iemands individuele achtergrond.

Tabel: ICF, classificatie op het eerste en het tweede niveau

ICF	eerste niveau (tweede niveau)
Functies:	mentale functies (algemene en specifieke)
	sensorische functies en pijn (waaronder horen en zien)
	stem en spraak
	functies van bloedvaatstelsel, hematologisch systeem, afweerstelsel en ademhalingsstelsel
	functies van spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel
	functies van urogenitaal stelsel en reproductieve functies
	functies van bewegingssysteem en aan beweging verwante functies (gewrichten en botten, spierfuncties, bewegingsfuncties)
	functies van huid en verwant structuren (waaronder haren, nagels)
Anatomische eigenschappen van:	zenuwstelsel
	oog, oor en verwante structuren
	structuren betrokken bij stem en spraak
	hart en bloedvatstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel
	spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel
	urogenitaal stelsel
	structuren verwant aan beweging
	huid en verwante structuren
Activiteiten en participatie:	leren en toepassen van kennis (waaronder doelbewust gebruik van zintuigen en basaal leren)
	algemene taken en eisen
	communicatie (waaronder zowel begrijpen als zichzelf uiten)
	mobiliteit (waaronder lichaamshouding wijzigen, dragen of verplaatsen van iets of iemand, lopen, zich verplaatsen per vervoermiddel)
	zelfverzorging
	huishouden
	tussenmenselijke interacties en relaties
	belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven)
	maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven
Externe factoren:	producten en technologie
	natuurlijke omgeving en door de mens aangebrachte veranderingen daarin
	ondersteuning en relaties
	attitudes
	diensten, systemen en beleid

De ICF beschrijft en ordent op een systematische manier verschillende aspecten van meerdere domeinen van het menselijk functioneren die verband kunnen houden met een gezondheidsprobleem (zie volgende tabel). Het voordeel van de ICF-wijze van het beschrijven van functioneringsproblemen is dat hiermee ook gericht wordt aangegeven waar de behandeling of zorg zich precies op moet richten. De zorgvragende verzekerde met een gezondheidsprobleem heeft er recht op dat de bij hem bestaande stoornissen en/of beperkingen integraal worden benoemd en geregistreerd.

ICD en ICF: beide van belang voor de indicatiepraktijk

Een gezondheidsprobleem in de ICD-10 is een overkoepelende term voor ziekte (acuut of chronisch), aandoening, letsel of trauma. Een gezondheidsprobleem kan ook andere omstandigheden betreffen, zoals bij zwangerschap, veroudering, stress, erfelijke afwijking of genetische aanleg. Gezondheidsproblemen worden meestal met de ICD-10 gecodeerd. Wanneer alleen hiernaar wordt gekeken, is het mogelijk dat de zorgvrager geen zorg krijgt waar deze wel nodig is. Vandaar dat naast de aanwezige ziektes/aandoeningen die actueel zijn in de zin dat deze verband houden met stoornissen en/of beperkingen, die stoornissen en beperkingen zelf ook geregistreerd moeten worden. Alleen zo wordt een volledig beeld van de verzekerde verkregen. Een verzekerde met diabetes mellitus die een visusstoornis heeft, kan dit illustreren. In verband met de diabetes (grondslag Somatische aandoening of beperking) kan de functie Verpleging nodig zijn, bijvoorbeeld voor het verzorgen van wondjes en in verband met de visusstoornis (grondslag Zintuiglijke handicap) kan de functie Begeleiding nodig zijn. Wanneer volstaan wordt met het vaststellen van alleen de grondslag Somatische aandoening of beperking, kan een noodzakelijke zorginzet voor de visuele handicap vergeten worden.

Nu volgt een voorbeeld van kijken naar een verzekerde met problemen die leiden tot stoornissen, beperkingen en participatieproblemen, mede in verband met externe factoren¹⁸. Het gaat erom het probleem te rubriceren als:

- functie/anatomische eigenschap/stoornis;
- activiteit/beperking;
- participatie/participatieprobleem;
- externe factor/ondersteunend of belemmerend.

Volgens deze systematiek kan een ziekte leiden tot een stoornis, die weer kan leiden tot een beperking, die weer kan leiden tot een participatieprobleem. Alleen de samenhang tussen deze basisingrediënten voor de indicatiestelling kan bij een bepaalde mate van ernst van de beperkingen tot een zorgindicatie van een bepaalde omvang leiden. Externe factoren ten slotte kunnen de stoornis, beperking en het participatieprobleem beïnvloeden.

¹⁸ Het gaat hier niet om het ICF 'denken' als zodanig, maar het is een poging de componenten van de ICF toe te passen in een relationeel model.

Tabel: voorbeeld van een verzekerde met problemen die leiden tot stoornissen, beperkingen en participatieproblemen; mede in verband met externe factoren.

		functie stoornis	activiteit beperking	participatie participatie-probleem	externe factor belemmering
1	is vaak benauwd	x			
2	kan moeizaam traplopen		x		
3	is gestopt met toneel			x	
4	toilet is te laag				x
5	komt moeizaam overeind van het toilet		x		
6	heeft last van stijfheid in de schouder	x			
7	kan niet omrollen in bed		x		
8	is snel duizelig	x			
9	kan niet zelf naar de winkel / apotheek			x	
10	de winkel / apotheek is te ver weg				x
11	doet lang over zichzelf wassen		x		
12	mist een been	x			
13	heeft moeite met het oplossen van problemen		x		
14	kan baby niet tillen om te verschonen		x		
15	is bang om zich te veel in te spannen	x			
16	leeft geïsoleerd			x (door ziekte)	x (indien keuze)
17	kan en mag niet tillen na een buikoperatie		x		
18	heeft een loop om te borduren				x

DSM-IV-TR

De ICD voorziet weliswaar in een hoofdstuk psychische stoornissen, maar omdat voor de grondslag Psychiatrie een DSM-IV-TR diagnose noodzakelijk is, wordt nader ingegaan op de achtergrond en betekenis van de DSM-IV-TR.

Net als voor de ICD is de reikwijdte van de DSM-IV-TR beperkter dan die van de ICF. De DSM-IV-TR richt zich uitsluitend op psychische/psychiatrische problemen. Het is een internationaal veel gebruikt diagnostisch classificatiesysteem dat de eenheid van taal in dit domein aanzienlijk heeft verbeterd. Tegelijkertijd wordt volgens een systeem van vijf assen een indruk gegeven van het functioneren van een persoon. Met name de assen 1 en 2 beschrijven de stoornissen die de psychiatrische diagnose inhouden. Schematisch ziet dit er als volgt uit.

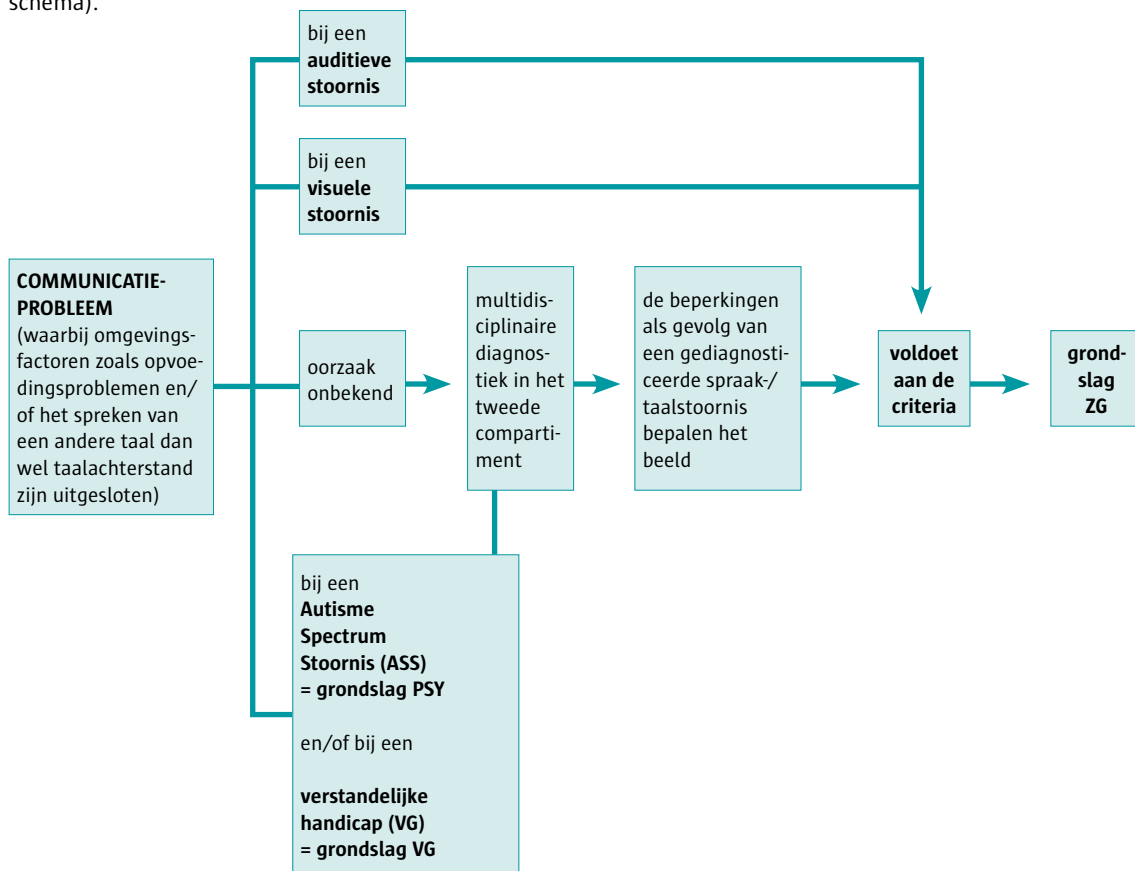
Tabel: DSM-IV-TR: de Assen 1 tot en met 5

<p>As 1: klinische stoornissen</p>	<p>Dient voor het vastleggen van klinische syndromen. Dit betreft vrijwel alle psychiatrische beelden met uitzondering van de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid, bijvoorbeeld:</p> <p>delirium, dementie en anamnestiche en andere cognitieve stoornissen;</p> <p>psychiatrische stoornissen door een somatische aandoening;</p> <p>aan een middel gebonden stoornissen;</p> <p>schizofrene en andere psychotische stoornissen;</p> <p>stemmingsstoornissen;</p> <p>angststoornissen;</p> <p>somatiforme stoornissen;</p> <p>nagebootste stoornissen;</p> <p>dissociatieve stoornissen;</p> <p>seksuele en genderidentiteitsstoornissen;</p> <p>eetstoornissen;</p> <p>slaapstoornissen;</p> <p>stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geassocieerd;</p> <p>aanpassingsstoornissen;</p> <p>andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn.</p>
<p>As 2: persoonlijkheidsstoornissen, zwakzinnigheid</p>	<p>Dient voor het vastleggen van persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen.</p>
<p>As 3: somatische aandoeningen</p>	<p>Dient voor het vastleggen van actuele somatische aandoeningen die potentieel relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis.</p>
<p>As 4: psychosociale problemen en omgevingsfactoren</p>	<p>Dient voor het vastleggen van psychosociale en omgevingsproblemen die de diagnose, behandeling en prognose van de psychische stoornissen kunnen beïnvloeden. De omgevingsproblemen zijn samengebracht in categorieën, namelijk:</p> <p>problemen binnen de primaire steungroep;</p> <p>problemen gebonden aan de sociale omgeving;</p> <p>opvoedingsproblemen;</p> <p>werkproblemen;</p> <p>woonproblemen;</p> <p>financiële problemen;</p> <p>problemen met toegankelijkheid van gezondheidsdiensten;</p> <p>problemen met justitie/politie of met de misdaad;</p> <p>andere psychosociale en omgevingsproblemen.</p>

As 5: beoordeling van het algemene niveau van functioneren	Dit betreft het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon, uitgedrukt in de GAF-score (GAF = Global Assessment of Functioning) van 0 tot 100 (100 is normaal). De DSM-IV-TR vermeldt de volgende omschrijvingen:
	91-100: Uitstekend functioneren bij een groot aantal activiteiten, de problemen in het leven lopen nooit uit de hand, persoon wordt op prijs gesteld door anderen door veel goede kwaliteiten. Geen symptomen.
	81-90: Geen of minimale symptomen, goed functioneren op alle gebieden, geïnteresseerd en betrokken bij een groot aantal activiteiten, sociaal effectief, doorgaans tevreden met het leven, alleen alledaagse problemen en zorgen.
	71-80: Als er symptomen optreden, zijn deze van voorbijgaande aard, te verwachten reacties op psychosociale stress, slechts beperkte hinder in sociale omgang, op het werk of op school.
	61-70: Enige lichte symptomen óf enige problemen in sociaal functioneren, op het werk of op school, maar functioneert over het algemeen behoorlijk goed, heeft goede inter-persoonlijke contacten.
	51-60: Matige symptomen óf matige problemen in sociaal functioneren, op het werk of op school.
	41-50: Ernstige symptomen óf ernstige beperkingen in sociaal functioneren, op het werk of op school.
	31-40: Enige vermindering in realiteitsbesef of communicatie óf sterke vermindering op verschillende terreinen, zoals werk of school, gezins- of familierelaties, beoordelingsvermogen, denkvermogen of stemming.
	21-30: Gedrag wordt beïnvloed door wanen of hallucinaties óf ernstige beperkingen van communicatie of beoordeling óf onvermogen op alle terreinen te functioneren.
	11-20: Enig gevaar om zichzelf of anderen te verwonden óf af en toe verwaarlozing van de persoonlijke hygiëne óf zeer ernstige vermindering van communicatie.
1-10: Blijvend gevaar zichzelf of andere te verwonden óf blijvend onvermogen de persoonlijke hygiëne te onderhouden óf ernstig suïcidaal gedrag met duidelijke doodsverwachting.	

Bijlage 2 Spraak-/taalstoornis

Ouders kunnen een aanvraag voor AWBZ-zorg doen, omdat ze bij hun kind een communicatieprobleem ervaren. Het is dan zaak de aard en ernst van dat communicatieprobleem vast te stellen, dus de juiste diagnose te stellen. Dit is een taak die is voorbehouden aan de deskundigen op dat terrein. Tal van factoren, gelegen in een ziekte of een gebrek, of in de omgeving, leiden tot communicatieproblemen¹⁹. Een specifieke uitingsvorm van een communicatieprobleem is de spraak-/taalstoornis. Een spraak-/taalstoornis is altijd een communicatieprobleem, maar het omgekeerde is niet het geval (een communicatieprobleem is niet vanzelf een spraak-/taalstoornis). Dat komt omdat een communicatieprobleem het gevolg kan zijn van uiteenlopende oorzaken (zie onderstaand schema).



Schema: verschillende oorzaken van een communicatieprobleem

Uitgangspunt is dat sprake is van een communicatieprobleem dat kan optreden bij een aandoening/ziekte en al of niet gepaard kan gaan met een spraak-/taalstoornis. Als het communicatieprobleem niet het gevolg is van een in de persoon gelegen beperking, maar een gevolg is van omgevingsfactoren dan is er geen sprake van een grondslag voor de AWBZ. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal.

Bij bepaalde psychiatrische ziektes/aandoeningen zoals autisme (ASS: Autisme Spectrum Stoornis) en bij verstandelijke handicaps is een communicatieprobleem inherent aan de aandoening. Soms is dat communicatieprobleem van zodanige aard en ernst dat van een spraak-/taalstoornis gesproken wordt.

¹⁹ Wil een spraak-/taalstoornis tot de grondslag Zintuiglijke handicap gerekend worden, dan moet de oorzaak van de handicap in de persoon zelf liggen. Bijvoorbeeld een spraakstoornis, centrale auditieve stoornis, taalstoornissen (stoornis in de zin van begrip of productie). Het moet gaan om ernstige tot zeer ernstige beperkingen. (Bron: AWBZ Kompas van het CVZ.)

Of werkelijk van een spraak-/taalstoornis sprake is, kan pas worden uitgemaakt na zorgvuldige multidisciplinaire diagnostiek in het tweede compartiment (Zvw: eerste en tweede lijn).

Langs die weg kan worden vastgesteld of het communicatieprobleem vooral gevolg is van beperkingen door:

- de tegelijkertijd bestaande psychiatrische aandoening/ziekte;
- de verstandelijke handicap,

of:

- het een op zichzelf staande spraak-/taalstoornis betreft.

Communicatieproblemen zijn bij personen met autisme of verstandelijke handicap meestal inherent aan dat autisme of die verstandelijke handicap. Dit betekent dat deze ziektebeelden de beperkingen bepalen en daar dus ook het aangrijpingspunt van de zorg moet liggen. De grondslag is in die gevallen dan ook niet Zintuiglijke handicap, maar Psychiatrie respectievelijk Verstandelijke handicap.

Wanneer wordt van een spraak-/taalstoornis in de zin van een Zintuiglijke handicap gesproken?

Een spraak-/taalstoornis wordt tot de grondslag Zintuiglijke handicap gerekend als er een aandoening of stoornis is vastgesteld die leidt tot ernstige of zeer ernstige beperkingen op één of meer van de hieronder genoemde aspecten en de zorg daarop zal moeten aangrijpen omdat deze beperkingen het beeld domineren:

1. spraakstoornis/-beperking (spreekt woorden en/of zinnen niet goed uit);
2. centrale auditieve stoornis/beperking (er is aangetoond dat de verwerking van geluid/spraak door de hersenen niet goed verloopt);
3. taal-begripstoornis/-beperking (moeite met begrijpen wat anderen zeggen);
4. taal-productiestoornis/-beperking (moeite taal te gebruiken om zich aan anderen duidelijk te maken);
5. pragmatische taalstoornis/-beperking (te weinig rekening houden met anderen tijdens gesprek, alleen op kernwoorden reageren, uitingen te letterlijk opvatten waardoor misverstanden ontstaan, van de hak op de tak springen, teveel praten, geen onderscheid maken tegen wie je praat, herhalen, te precies taalgebruik, in zichzelf praten, moeite met beginnen van een gesprek).

Als er sprake is van een 'ernstig vermoeden' van de grondslag Zintuiglijke handicap en de diagnose nog niet is gesteld, dan is vanwege de complexe differentiële diagnostiek in alle gevallen eerst nader onderzoek in het tweede compartiment nodig. Omdat meestal eerst in het tweede compartiment diagnostiek moet worden verricht, zal het uitspreken van een 'ernstig vermoeden' van de grondslag Zintuiglijke handicap op basis van een spraak-/taalstoornis een hoge uitzondering zijn.

Jeugdartsen, kinderartsen en -psychiaters, (gespecialiseerde) kinder- en jeugdlogopedisten, gedragsdeskundigen, evenals neuro- of gz-psychologen en spraak-/taalpathologen zijn bevoegd om uitspraken te doen over een op zichzelf staande spraak-/taalstoornis. Deze specialisten kunnen door middel van multidisciplinaire diagnostiek vaststellen welke beperkingen het beeld bepalen.

Het is bekend dat de diagnostiek bij kinderen moeilijk kan zijn. Omdat een kind permanent in ontwikkeling is en de beperkingen aan verandering onderhevig zijn, moet het onderzoeksverslag dat de beperkingen beschrijft recent zijn (niet ouder dan één jaar). De gehanteerde termijn op het moment dat er nog niet van een diagnose sprake is, maar wel van een 'ernstig vermoeden', wordt voor kinderen jonger dan vijf jaar op een iets langere termijn gesteld dan de gebruikelijke drie maanden, namelijk zes maanden.

Concluderend: voor het nemen van een indicatiebesluit voor zorginzet vanwege de AWBZ op basis van de grondslag Zintuiglijke handicap, moet een spraak-/taalstoornis door een multidisciplinair spraak-/taalteam worden aangetoond. Het gaat om gespecialiseerde kinder- en jeugdlogopedisten, jeugdartsen, kinderartsen/-psychiaters en gedragswetenschappers. In de aangeleverde onderzoeksrapportage moeten de volgende onderdelen beschreven worden:

- historie/anamnese van de spraak-/taalontwikkeling;
- historie/anamnese van de hulpverleningsgeschiedenis;
- beschrijving van de diagnose ten aanzien van spraak/taal;
- kwantificering van de mate van achterstand van het in ontwikkeling beperkte spraak-/taalaspect;
- omschrijving van overige ontwikkelingsproblemen die met de primaire spraak-/taalstoornis gepaard gaan.

Mentale functies en gedrags- en communicatieproblemen

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) spreekt van algemene en specifieke mentale functies. Uit de aard van deze mentale functies valt af te leiden dat ze in de sociale interactie tussen mensen tot zowel gedrags- als communicatieproblemen kunnen leiden.

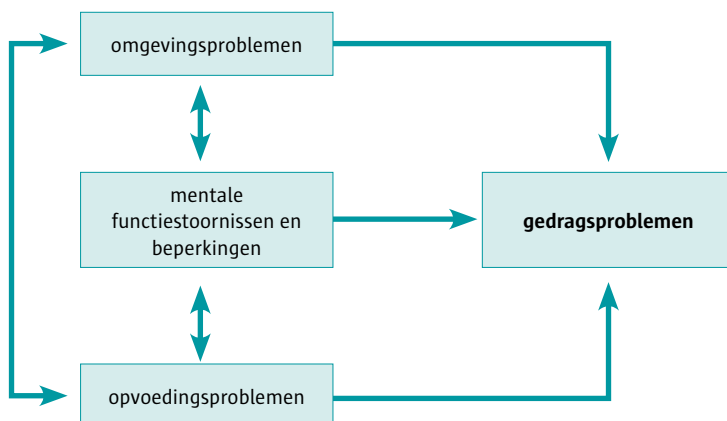
Tabel: ICF, algemene en specifieke mentale functies

algemene mentale functies	van een stoornis is sprake bij (voorbeelden)	specifieke mentale functies	van een stoornis is sprake bij (voorbeelden)
bewustzijn	verlies van bewustzijn, coma	aandacht (vasthouden, verdelen)	geringe spanningsboog (snel aandachtsverlies)
oriëntatie	desoriëntatie in tijd, plaats en persoon	geheugen (korte en lange termijn)	amnesie
intellectuele functies	intellectuele retardatie en dementie	psychomotorische functies	psychomotorische retardatie (langzaam spreken en bewegen)
globale psychosociale functies	autisme	stemming (adequaat, regulering, vlak)	depressie
temperament en persoonlijkheid (bijvoorbeeld extraversie, nauwgezetheid)		perceptie (auditief, visueel)	hallucinaties
energie en driften (bijvoorbeeld energieniveau, motivatie)		denken	wanen
slaap	insomnia (slapeloosheid)	hogere cognitieve functies	
algemene mentale functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd		mentale functies gerelateerd aan taal	
		mentale functies niet anders omschreven zoals rekenen, maken van doelgerichte bewegingen, ervaren zelf en tijd	
		specifieke mentale functies, anders gespecificeerd en niet gespecificeerd	

Er zijn dus tal van mentale functies die in meer of mindere mate gestoord kunnen zijn en die naar uiteenlopende aandoeningen en ziektes terugwijzen. Het voert hier te ver al deze aandoeningen en ziektes op te sommen. Volstaan wordt met een nadere, op gedrags- en communicatieproblemen toegespitste uitwerking, omdat deze in de indicatiepraktijk het lastigst blijken.

Gedragsproblemen

Gedragsproblemen hangen niet alleen samen met stoornissen in de algemene en specifieke mentale functies, maar kunnen ook het gevolg zijn van omgevings- of opvoedingsproblemen. Het is afhankelijk van de aard en ernst van de gedragsproblemen of we over een grondslag spreken, en zo ja welke. Zo kan sprake zijn van een psychiatrisch of een psychogeriatrisch probleem. Daarnaast is een Verstandelijke handicap als grondslag mogelijk. Een extra complicatie is dat de omgevings- en opvoedingsproblemen en de mentale functiestoornissen en beperkingen elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden. Schematisch ziet dit er als volgt uit.



Schema: wederzijdse beïnvloeding van omgevings- en opvoedingsproblemen, mentale functiestoornissen en beperkingen

Communicatieproblemen

De ICF maakt wat betreft communicatie onderscheid tussen 'begrijpen' en 'zich uiten'. Bij begrijpen gaat het dan om de letterlijke en impliciete betekenis begrijpen van gesproken boodschappen, zoals begrijpen of een bewering een feit betreft of een taalgebonden uitdrukking is. En het gaat om de letterlijke en impliciete betekenis begrijpen van non-verbale boodschappen die worden overgebracht door lichaamstaal, symbolen en tekeningen, zoals begrijpen dat een kind moe kan zijn wanneer het in de ogen wrijft of dat het geluid van een alarm kan betekenen dat er brand is. Bij het zich uiten gaat het om spreken in de zin van produceren van woorden, zinnen en langere passages in spreektaal, met een letterlijke en figuurlijke betekenis, zoals mondeling een feit meedelen of een verhaal vertellen. En het gaat over zich non-verbaal uiten zoals het gebruiken van gebaren, symbolen en tekeningen om boodschappen over te brengen, zoals het hoofd schudden ter afkeuring of een tekening of diagram maken om een feit of een complex idee over te brengen. Net als gedragsproblemen wijzen communicatieproblemen terug naar tal van oorzaken en is het van de aard en ernst van die problemen afhankelijk over welke grondslag we spreken. Een communicatieprobleem kan aanleiding zijn tot het vaststellen van een grondslag Zintuiglijke handicap (door een visusstoornis, een auditief-communicatieve stoornis of een spraak-/taalstoornis), maar wordt ook vaak gezien bij aandoeningen en ziektes die gepaard gaan met stoornissen van de mentale functies.

De uiteenlopende oorzaken die communicatieproblemen kunnen hebben en het feit dat soms verschillende mogelijke oorzaken gelijktijdig spelen, maken de grondslagbepaling moeilijk. Er kan bijvoorbeeld een zorgvraag worden ingediend voor een verzekerde met een stoornis in het autistisch spectrum en een ernstig communicatieprobleem, terwijl bekend is dat communicatieproblemen inherent zijn aan autisme en dit dus in de sector zelf onder de grondslag psychiatrie behandeld moet kunnen worden. Om met deze complexe problematiek om te kunnen gaan, is het voor de grondslagbepaling een dwingende eis dat eerst in het tweede compartiment gedegen onderzoek en diagnostiek heeft plaatsgevonden nog voordat er een zorgvraag wordt ingediend. Uit de bij de aanvraag aangeleverde gegevens moet blijken dat dit onderzoek en deze diagnostiek is verricht. Een ander voorbeeld betreft de combinatie van een verstandelijke handicap met een ernstig communicatieprobleem, terwijl ook hier communicatieproblemen inherent zijn aan een verstandelijke handicap.

Gedrags- en communicatieproblemen in combinatie

Gedragsproblemen en communicatieproblemen komen vaak in combinatie voor en er wordt regelmatig AWBZ-zorg voor aangevraagd. Aan deze problemen wordt extra aandacht geschonken, omdat zij bij een vergelijkbaar stoornissen- en/of beperkingenbeeld verschillende grondslagen kunnen hebben. Wanneer voor een verzekerde met gedrags- en/of communicatieproblemen een aanvraag voor zorg wordt ingediend, dan is vanwege het feit dat deze problemen onderling en met andere factoren kunnen samenhangen steeds een zorgvuldige analyse nodig van wat er precies aan de hand is. Zo zal moeten worden nagegaan of van een gedragsprobleem in psychiatrische

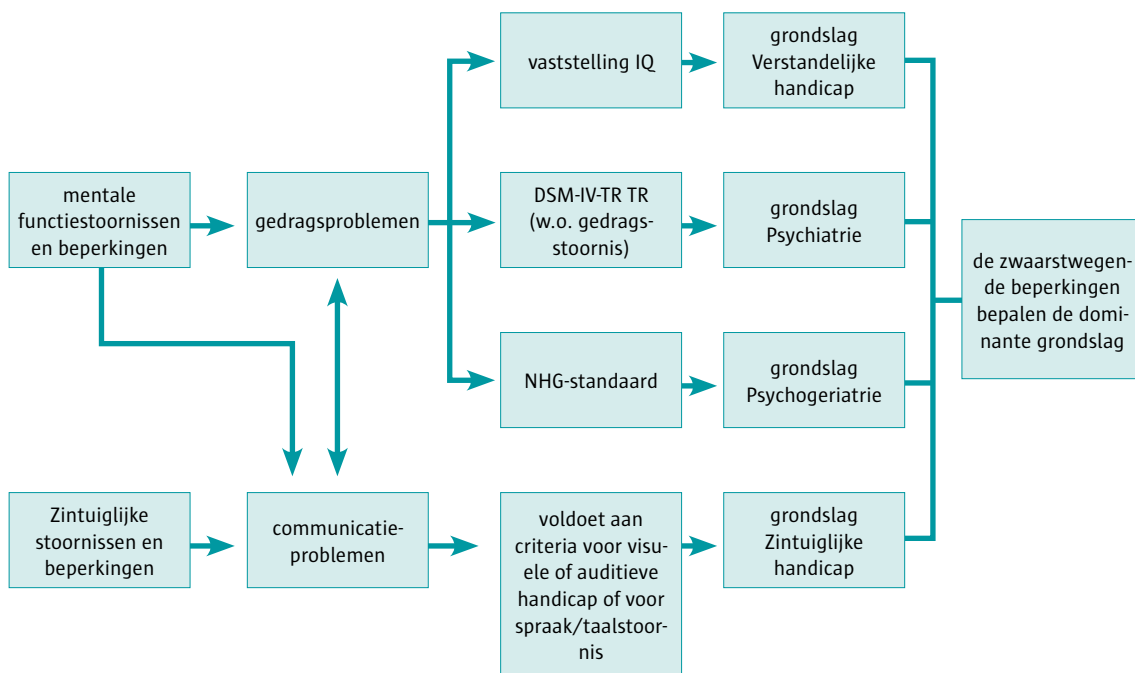
zin sprake is (dat kan dan bijvoorbeeld de psychiatrische diagnose gedragsstoornis zijn²⁰), of dat er sprake is van een gedragsprobleem in de zin van omgevings- en opvoedingsproblemen en (overige) mentale stoornissen en beperkingen en zintuiglijke stoornissen en beperkingen²¹.

Om deze analyse mogelijk te maken wordt eerst achtergrondinformatie verschaft over de factoren die bij gedragsproblemen en bij communicatieproblemen een rol kunnen spelen. Om het onderscheid tussen de verschillende begrippen scherp te krijgen, wordt gebruik gemaakt van de ICF-systematiek.

Een aanvraag van zorg vanwege gedrags- en communicatieproblemen verwijst naar een breed spectrum van achterliggende problematiek. Dit vereist grondig onderzoek naar de precieze oorzaak en verwacht mag worden dat dit onderzoek op het juiste deskundigheidsniveau is verricht. Meestal leiden mentale functiestoornissen en beperkingen tot gedragsproblemen, en zintuiglijke stoornissen en beperkingen tot communicatieproblemen. Maar vooral mentale functiestoornissen en beperkingen kunnen ook tot communicatieproblemen leiden. Een extra complicatie is dat gedrags- en communicatieproblemen elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden. Doordat gedragsproblemen vaak het gevolg zijn van mentale stoornissen en beperkingen zullen zij in de meeste gevallen naar een van de daarbij behorende grondslagen leiden, dus de grondslag Verstandelijke handicap, Psychiatrie of Psychogeriatric. Naar hun aard zullen communicatieproblemen het gevolg kunnen zijn van zowel mentale als zintuiglijke functiestoornissen en beperkingen en daarom kunnen leiden naar dezelfde grondslagen als die voor de gedragsproblemen, evenals naar de grondslag Zintuiglijke handicap. Schematisch ziet dit er als volgt uit (zie schema hierna).

20 Een gedragsprobleem kan o.a. het gevolg zijn van een gedragsstoornis (DSM-IV-TR). Men spreekt van een gedragsstoornis wanneer minstens zes maanden lang sprake is van aanhoudend negatief, opstandig, vijandig of agressief gedrag waardoor het dagelijks functioneren ernstig wordt beperkt. De persoon is niet aan te spreken op dit gedrag, weigert zich aan te passen aan regels en brengt zichzelf en anderen steeds weer in grote problemen. Van alle psychische problemen bij kinderen en adolescenten komen de oppositioneel opstandige gedragsstoornis en de antisociale gedragsstoornissen het meeste voor. Wanneer kinderen minstens zes maanden impulsief en hyperactief gedrag vertonen, kan men spreken van een aandachtstekortstoornis, impulsiviteit of hyperactiviteit. De exacte oorzaak van gedragsstoornissen is niet bekend, maar van een aantal factoren is aangetoond dat ze van invloed zijn op het ontstaan van gedragsstoornissen. Deze factoren liggen op het gebied van genetische kenmerken, individuele eigenschappen van het kind en omgevingsinvloeden. Afzonderlijke risicofactoren kunnen elkaar wederzijds versterken. De wisselwerking tussen risicofactoren zetten processen in gang die bepalen of zich uiteindelijk een gedragsstoornis ontwikkelt. De stoornis manifesteert zich door gedragsproblemen die meestal eerder door de omgeving dan door het kind zelf als hinderlijk worden ervaren. De omgeving is vaak de voornaamste hulpvrager.

21 Ongewenste of storende gedragingen die niet aan de criteria van de DSM-IV-TR voldoen, worden eveneens als gedragsproblemen aangeduid. Deze gedragsproblemen hoeven niet zonder meer een teken van ernstig disfunctioneren te zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor spijbelen of pesten. Bij het ontstaan van dit soort gedragsproblemen speelt vaak een combinatie van factoren een rol, zoals het temperament van een kind en zijn lichamelijke en verstandelijke mogelijkheden, de gezinssituatie en de leefomgeving. Gedragsproblemen zijn dan situatiegebonden en kunnen het gevolg zijn van een trauma of een opvoedingsprobleem.



Schema: vaststellen van de (dominante) grondslag bij gedrags- en communicatieproblemen

Het is de taak van het CIZ een juiste grondslag te bepalen en daarom moeten de functiestoornissen en beperkingen die iemand heeft, goed zijn onderzocht en gedefinieerd om tot de juiste grondslag te kunnen komen. Voor de grondslag Verstandelijke handicap gaat het dan onder meer om de vaststelling van het IQ²², voor de grondslag Psychiatrie om diagnostiek conform de DSM IV-TR (As1 en As2) en voor de grondslag Psychogeriatric om diagnostiek conform de NHG-standaard. Voor het vaststellen van de grondslag Zintuiglijke handicap zijn criteria opgesteld die moeten voorkomen dat communicatieproblemen die feitelijk samenhangen met mentale functiestoornissen en beperkingen, niet de grondslag Zintuiglijke handicap krijgen, maar (al naar gelang de specifieke beperkingen waarvan sprake is) de grondslag Verstandelijke handicap, Psychiatrie of Psychogeriatric.

De ICD 10 bevat een hoofdstuk psychische stoornissen, terwijl de ICF zich op psychische functies concentreert. Deze twee benaderingen vullen elkaar aan. Omdat zowel gedrags- als communicatieproblemen vaak samenhangen met stoornissen van de mentale functies, wordt dan eerst nader ingegaan op wat de ICF onder mentale functies verstaat.

22 Bij sommige verstandelijk gehandicapten is nooit een IQ-bepaling gedaan. Veel jongeren/kinderen hebben vaak wel een IQ-test ondergaan. Meestal wordt onderzoek gedaan voordat de kinderen naar de basisschool gaan of bij de overgang van de basisschool naar het voortgezet onderwijs. Voor het vaststellen van een verstandelijke handicap is het IQ alleen onvoldoende, maar wanneer aan de criteria voor de grondslagbepaling wordt voldaan, mag de grondslag Verstandelijke handicap worden gesteld.

Hoofdstuk 4

Gebruikelijke zorg

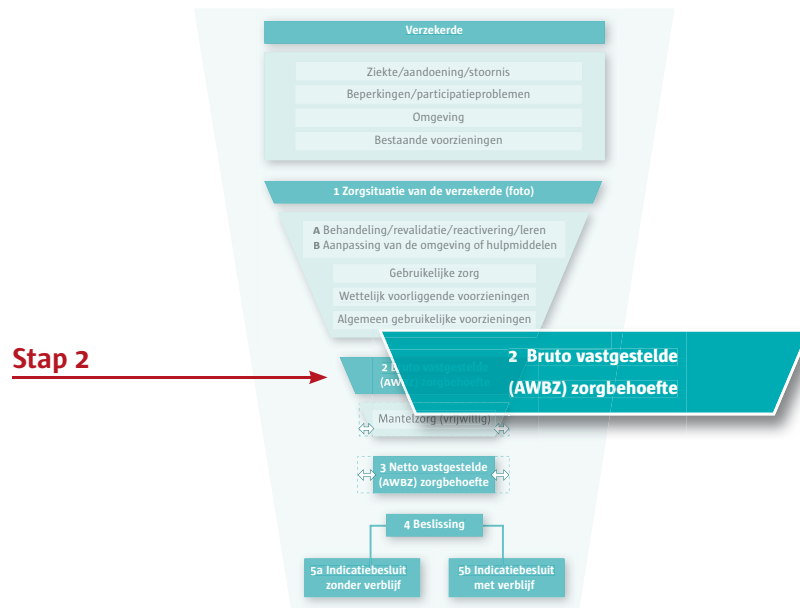
Inhoudsopgave

4.1	Inleiding	54
4.2	Relevante wet- en regelgeving	54
4.3	Gebruikelijke zorg	55
	Hoofdgeregels gebruikelijke zorg	55
	Afweging gebruikelijke en bovengebruikelijke zorg	56
	Gebruikelijke en bovengebruikelijke zorg aan kinderen	56
	Substantieel meer zorg	57
	Algemene uitzonderingen op het bieden van gebruikelijke zorg aan volwassenen en kinderen	58
4.4	Gebruikelijke zorg per functie	58
	4.4.1 Persoonlijke Verzorging	58
	4.4.2 Verpleging	60
	4.4.3 Begeleiding	61
	4.4.4 Beschermende woonomgeving en kinderen	63
4.5	Richtlijn bij (dreigende) overbelasting van partner, ouder, volwassen kind en/of andere huisgenoten	64
	Algemeen	64
	Beoordeling van overbelasting	64
Bijlage bij hoofdstuk 4		65
	Richtlijnen ten aanzien van de gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel in verschillende levensfasen van het kind in relatie tot AWBZ-zorg	

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk heeft betrekking op het bepalen van gebruikelijke zorg (Gz) bij de functies Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP), Begeleiding (BG) en Verblijf (VB) 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.

4.2 Relevante wet- en regelgeving

Artikel 1, onder b Besluit zorgaanspraken AWBZ:

“Gebruikelijke zorg: de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden.”

Artikel 2, lid 3 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

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

4.3 Gebruikelijke zorg

Voor zover het gebruikelijk is dat partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar bepaalde zorg bieden, is de verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg wat betreft de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Begeleiding en/of Verblijf.

Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden. Voor kinderen geldt dat er een bandbreedte is in het normale ontwikkelingsprofiel. Ook tussen kinderen van dezelfde leeftijd zonder AWBZ-grondslag kan de omvang van de zorg (per dag) verschillen. Het ene kind is nu eenmaal gemakkelijker dan het andere kind. Gebruikelijke zorg bij kinderen kan activiteiten omvatten die niet standaard bij alle kinderen voorkomen. Bij Gebruikelijke zorg gaat het om activiteiten als omschreven in de hoofdstukken, Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Begeleiding en bij Verblijf om het leefklimaat beschermende woonomgeving²³. Van bovengebruikelijke zorg bij kinderen in chronische situaties is pas sprake wanneer de omvang van de zorg substantieel meer is dan een kind zonder AWBZ-grondslag van dezelfde leeftijd gemiddeld nodig heeft. Met substantieel wordt bij de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding bedoeld een omvang van gemiddeld meer dan een uur per etmaal. Dit uur per etmaal is geen bovengebruikelijke zorg, maar hoort nog tot de gebruikelijke zorg. Bij de functie Verblijf gaat het om het bieden van een beschermende woonomgeving, die gezien de levensfase van het kind als gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen moet worden aangemerkt²⁴.

Deze tekst is
aangepast.

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 met betrekking tot de aanspraak op AWBZ-zorg.

Hoofdregels Gebruikelijke zorg

Bij gebruikelijke zorg wordt een onderscheid gemaakt in kortdurende en langdurige situaties.

Kortdurend: er is uitzicht op herstel. Het gaat hierbij over het algemeen over een periode van maximaal drie maanden.

Langdurig: het gaat om chronische situaties waarbij naar verwachting de zorg langer dan drie maanden nodig zal zijn.

Algemeen aanvaarde maatstaven:

- In kortdurende situaties moet alle PV en BG door de gebruikelijkezorger worden geboden. Voor VP geldt dit voor kinderen wanneer de handelingen door de ouders zijn aan te leren. In paragraaf 4.4 wordt dit verder beschreven.
- In langdurige situaties is de zorg waarvan kan worden gezegd dat deze op basis van algemeen aanvaarde maatstaven door de sociale omgeving (ouders, partners, volwassen inwonende kinderen en andere volwassen huisgenoten) aan de verzekerde moet worden geboden gebruikelijke zorg.
- Het bieden van een beschermende woonomgeving van ouders aan kinderen is tenminste tot een leeftijd van 17 jaar gebruikelijke zorg²⁵, zowel in kortdurende als langdurige situaties.

²³ In hoofdstuk 9 is het leefklimaat beschermende woonomgeving beschreven.

²⁴ RZA 2010/97.

²⁵ Zie bijlage 'Richtlijnen ten aanzien van gebruikelijke zorggebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel in verschillende levensfasen van het kind in relatie tot AWBZ-zorg' bij dit hoofdstuk.

Hieronder een schematische weergave van de hoofdregels gebruikelijke zorg. De inhoud van dit schema wordt in de rest van het hoofdstuk verder uitgeschreven.

	Kortdurende situatie	Langdurige situatie
Partners onderling	- Alle PV - Alle BG	- Gebruikelijke BG
Ouders aan kinderen	- Alle PV - Alle VP (voor zover dit in korte tijd aan te leren is) - Alle BG - Beschermende woonomgeving	- Gebruikelijke PV - Gebruikelijke VP - Gebruikelijke BG - Beschermende woonomgeving
Volwassen inwonende kinderen en/of andere volwassen huisgenoten onderling	- Alle BG	- Gebruikelijke BG

Afweging gebruikelijke en bovengebruikelijke zorg

Bij gebruikelijke zorg wordt gekeken naar wat aan tijdsbesteding bij die activiteit bij een gezond persoon gebruikelijk is. Daarbij omvat gebruikelijke zorg de zorg die iedereen nodig heeft (wassen, eten en dergelijke) maar ook de zorg die deze activiteiten in verband met gezondheidsproblemen vervangt. Denk hierbij aan stomaverzorging in plaats van toiletgang en sondevoeding in plaats van eten.

Voorbeeld: het toedienen van eten door een ouder aan een kind is tot een bepaalde leeftijd gebruikelijke zorg, ook als het om sondevoeding gaat. Alleen als het voeden van dat kind via de sonde substantieel meer tijd kost, kan er een aanspraak op AWBZ-zorg zijn.

Daarnaast kan het ook gaan om activiteiten die niet standaard bij elk kind voorkomen.

Voorbeeld: het geven van medicijnen, vernevelen, maar ook injecteren.

Van bovengebruikelijke zorg is sprake wanneer mensen elkaar bij ziekte of handicap langdurig meer zorg bieden dan wat binnen de sociale relatie gewoon is.

Voorbeeld: het is niet gebruikelijk dat een volwassene langdurig hulp nodig heeft bij de toiletgang. Hier is dus sprake van bovengebruikelijke zorg.

Gebruikelijke en bovengebruikelijke zorg aan kinderen

De gebruikelijke bijdrage van een ouder aan de zorg voor een kind wordt gesteld op de totale omvang van de zorg die voor een kind zonder AWBZ-grondslag van die leeftijd noodzakelijk is, binnen de bandbreedte van het normale ontwikkelingsprofiel. Ook tussen kinderen van dezelfde leeftijd zonder AWBZ-grondslag kan de omvang van de zorg (per dag) verschillen. Het ene kind is nu eenmaal gemakkelijker dan het andere kind. Het gaat dan om gezinssituaties waar men een duurzaam, gezamenlijk huishouden voert. Er kan geen beroep worden gedaan op AWBZ-zorg voor de Gebruikelijke zorg.

Het bieden van een beschermende woonomgeving (zoals beschreven in hoofdstuk 9, Verblijf) door ouders aan hun kind moet afhankelijk van de levensfase van het kind als Gebruikelijke zorg worden aangemerkt, ook als er sprake is van een kind met een ziekte, aandoening of beperking.

Voor kinderen wordt de mate van gebruikelijkheid beschreven in de richtlijn ten aanzien van Gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel in verschillende levensfasen van het kind in relatie tot AWBZ-zorg (zie de bijlage bij dit hoofdstuk). Bij de weging of er sprake is van bovengebruikelijk toezicht gaat het om de mate van toezicht die nodig is op basis van de aandoeningen, stoornissen en beperkingen van het kind.

Voorbeeld: bij kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel is pedagogische correctie op gedrag gebruikelijk. Bij een cognitief beperkt kind met gedragsproblemen is meer dan gebruikelijk correctie en aansturing van gedrag en vaak ook meer aandacht voor vaste structuur nodig.

Substantieel meer zorg

In chronische situaties is pas sprake van bovengebruikelijke zorg wanneer de omvang van de zorg substantieel meer is dan een kind van dezelfde leeftijd zonder AWBZ-grondslag gemiddeld nodig heeft. Met substantieel kan, bij de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding gedacht worden aan een omvang van gemiddeld meer dan een uur per etmaal. Dit uur per etmaal is geen bovengebruikelijke zorg, maar hoort nog tot Gebruikelijke zorg.

Aandachtspunten bij substantieel meer zorg:

- Bij de bepaling van gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg gaat het erom dat het naar algemeen aanvaarde maatstaven gebruikelijk is dat ouders aan kinderen per etmaal een uur meer zorg leveren dan gemiddeld nodig is bij een gezond kind van dezelfde leeftijd. Voor kinderen geldt immers dat er een bandbreedte is binnen het normale ontwikkelingsprofiel. Ook tussen kinderen van dezelfde leeftijd zonder AWBZ-grondslag kan de omvang van de zorg (per dag) verschillen. Het ene kind is nu eenmaal gemakkelijker dan het andere kind.
- In zorgsituaties waarbij sprake is van leveringsvoorwaarde C of D moeten ouders voortdurend nabij het kind zijn om onplanbare zorg te leveren. Dit bovenop de te indiceren activiteiten PV, VP en/of BG. Hierdoor is sprake van substantieel meer zorg ten opzichte van leeftijdsgenoten die niet direct worden geïndiceerd, maar die wel door de ouders wordt geleverd. Het uur substantieel wordt daarom bij kinderen met een leveringsvoorwaarde C of D niet afgetrokken van de te indiceren zorg.
- Het uur substantieel geldt voor de zorg in de thuissituatie. Tijdens kinderopvang, onderwijs en Kortdurend Verblijf²⁶ wordt, gedurende de tijd dat het kind daar doorbrengt, het uur substantieel niet in mindering gebracht.
- Als er binnen een gezin meerdere kinderen met beperkingen zijn en deze kinderen hebben een AWBZ-zorgvraag, dan wordt het uur substantieel slechts één keer in mindering gebracht.
- In het geval er bij kinderen van 12 jaar en ouder sprake is van intieme Persoonlijke Verzorging of Verpleging, wordt het uur substantieel op deze intieme PV/VP niet toegepast. Op eventuele andere PV, VP en BG activiteiten wordt de regeling substantieel meer zorg wel toegepast.
- Het uur substantieel wordt ook niet toegepast bij de drie hieronder beschreven algemene uitzonderingen op het bieden van gebruikelijke zorg aan (volwassenen en) kinderen.
- Met substantieel meer wordt alleen gekeken naar de zorg zoals die binnen de AWBZ bedoeld is. Zorg die vanuit een andere wet behoort te worden geboden (bijvoorbeeld de Zorgverzekeringswet) wordt, ongeacht of ouders deze zorg ook daadwerkelijk verzilveren of dat ze deze zorg vrijwillig zelf bieden, niet meegeteld in het uur substantiële meerzorg van ouders aan kinderen.
- Wanneer er zorg vanuit meerdere functies nodig is, mogen ouders zelf kiezen op welke functie het uur substantieel wordt afgetrokken. Dit uur gebruikelijke zorg leveren zij zelf, dus zij kiezen dan in feite welke zorg zij zelf leveren en welke zorg zij door professionals laten uitvoeren.
De substantiële uren worden in eerste instantie volledig afgetrokken van de functie die de ouders hebben gekozen. Mochten er na aftrek nog uren/ minuten over blijven van de substantiële uren, dan worden deze resterende uren/minuten afgetrokken van andere functies die geïndiceerd worden.
Bijvoorbeeld: een kind heeft 5 uur per week Persoonlijke Verzorging nodig en 4 uur Verpleging. Ouders wensen de aftrek te laten plaatsvinden op de Persoonlijke Verzorging. Er wordt 5 uur afgetrokken van de Persoonlijke Verzorging en nog 2 uur van de Verpleging. Te indiceren is dan nog 2 uur Verpleging.

De tekst onder dit aandachtsbolletje is toegevoegd.

De tekst onder dit aandachtsbolletje is aangepast ter verduidelijking.

²⁶ Om in aanmerking te komen voor Kortdurend Verblijf moet de noodzaak tot permanent toezicht zijn vastgesteld. Er is dus altijd sprake van leveringsvoorwaarde C of D. Ook vanwege deze leveringsvoorwaarde wordt het uur substantieel bij Kortdurend Verblijf al niet in mindering gebracht.

Algemene uitzonderingen op het bieden van gebruikelijke zorg aan volwassenen en kinderen

Deze tekst is aangepast op het leefklimaat beschermende woonomgeving.

Deze algemene uitzonderingen gelden voor de functies PV, VP en BG. Voor het leefklimaat 'beschermende woonomgeving' (functie Verblijf) zijn er geen uitzonderingen. Later in dit hoofdstuk worden nog aanvullende uitzonderingen per functie beschreven.

1. Voor zover een partner, ouder, volwassen kind en/of elke andere volwassen huisgenoot geobjectieerde beperkingen heeft en/of kennis/vaardigheden mist om gebruikelijke persoonlijke verzorging, verpleging²⁷ en/of begeleiding voor de verzekerde uit te voeren en deze vaardigheden niet kan aanleren, wordt van hen geen bijdrage verwacht.
De betreffende zorg kan worden geïndiceerd.
Geobjectieerde beperkingen zijn beperkingen gerelateerd aan gezondheidsproblemen. De reden dat de gebruikelijke zorgverlener de vaardigheden niet kan aanleren, moet worden gemotiveerd.
2. Voor zover een partner, ouder, volwassen kind en/of andere volwassen huisgenoot overbelast is of dreigt te raken, wordt van hem geen gebruikelijke persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding verwacht, totdat deze dreigende overbelasting is opgeheven. Zie voor een beschrijving van overbelasting de richtlijn overbelasting in paragraaf 4.5. Er kan in een dergelijke situatie in eerste instantie enkel een kortdurende indicatie worden afgegeven. Hierbij geldt het volgende:
 - a) Wanneer voor de partner, ouder, volwassen kind en/of andere volwassen huisgenoot eigen mogelijkheden en/of voorliggende voorzieningen zijn om de (dreigende) overbelasting op te heffen moeten deze eigen mogelijkheden en/of voorliggende voorzieningen hiertoe worden aangewend. Als er sprake is van (dreigende) overbelasting vanwege het zelf leveren van geïndiceerde AWBZ-zorg, moet men die overbelasting opheffen door deze zorg door (andere) hulpverleners uit te laten voeren/in te kopen;
 - b) Voor zover de (dreigende) overbelasting wordt veroorzaakt door maatschappelijke activiteiten buiten de gebruikelijke persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding, wel of niet in combinatie met een fulltime school- of werkweek, gaat het verlenen van gebruikelijke persoonlijke verzorging, verpleging en/of begeleiding voor op die maatschappelijke activiteiten.
3. Voor zover de verzekerde zich in de terminale levensfase bevindt, wordt geen bijdrage verwacht van een partner, ouder, kind en/of andere huisgenoot.

4.4 Gebruikelijke zorg per functie

4.4.1 Persoonlijke Verzorging

Partners onderling

Kortdurende situaties

Van partners wordt verwacht dat zij elkaar Persoonlijke Verzorging bieden als er sprake is van een kortdurende zorgsituatie (hierbij gaat het over het algemeen over een periode van maximaal drie maanden) 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. Bijvoorbeeld wanneer de partner een been breekt. Deze zorg valt buiten de aanspraken van de AWBZ. De zorgplicht van partners onderling betreft 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. Cliëntsovereiniteit 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 waarin partners ruzie hebben.

Langdurende situaties

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 drie maanden 'gebruikelijke zorg' door partners geleverd te worden, alvorens AWBZ-zorg kan worden geïndiceerd.

²⁷ Bij Verpleging geldt dit alleen voor kinderen. Verpleging van de volwassen verzekerde is geen gebruikelijke zorggebruikelijke zorg, ook niet in kortdurende situaties. Zie paragraaf 4.4.2.

Ouders aan kinderen

Kortdurende situaties

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 de richtlijnen) PV overschrijdt. Bijvoorbeeld het (extra) verschonen bij buikgriep.

Langdurige situaties

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 (meer dan een uur gemiddeld per etmaal) voor de drie AWBZ-functies PV, VP en BG samen wordt overschreden.

Van bovengebruikelijke PV bij kinderen kan sprake zijn:

- Wanneer de handelingen langer duren dan bij een gezond kind. Bijvoorbeeld bij spasticiteit in het geval de omvang het uur substantieel overschrijdt.
- Wanneer het handelingen betreft die een gezond kind van die leeftijd zelfstandig kan uitvoeren (bijvoorbeeld hulp bij toiletgang bij een 14-jarige), in het geval de omvang het uur substantieel overschrijdt.
- Wanneer het handelingen betreft die bij een gezond kind niet uitgevoerd hoeven worden (bijvoorbeeld vernevelen), in het geval de omvang het uur substantieel overschrijdt en het kind hierbij niet zelfredzaam is.

Aanvullende uitzonderingen voor kinderen

Zie de algemene uitzonderingen in paragraaf 4.3. Voor kinderen geldt daarnaast:

1. Voor zover gebruikelijke Persoonlijke Verzorging bij kinderen van niet-uitstelbare aard is en degene die de gebruikelijke zorg moet verlenen niet beschikbaar is, wegens reguliere school- of werkweek van hemzelf of van het kind, kan hiervoor een indicatie worden gesteld.
2. Voor zover het kind van 12 jaar of ouder geen intieme Persoonlijke Verzorging wil ontvangen van de ouder wordt geen bijdrage verwacht van de ouder. Deze Persoonlijke Verzorging is dan volledig bovengebruikelijke zorg. Dit betekent dat deze PV onder 'substantieel meer zorg' wordt verstaan en deze handelingen volledig kunnen worden geïndiceerd. Op eventuele andere PV-, VP- en BG-activiteiten wordt de regeling substantieel meer zorg wel toegepast.

De leeftijdsgrens van 12 jaar is gerelateerd aan de WGBO: kinderen vanaf 12 jaar hebben eigen beslisbevoegdheid wat betreft de lichamelijke integriteit.

Ad 1.

PV tijdens kinderopvang

De opvang/zorg die instanties voor kinderopvang plegen te bieden is gebruikelijke zorg (Bza, artikel 2, lid 2). Alleen voor de zorg die aanvullend nodig is aan de opvang/zorg zoals instanties voor kinderopvang die plegen te bieden, is er aanspraak op AWBZ-zorg. De niet-uitstelbare PV en VP kan tijdens kinderopvang geïndiceerd worden. Dit betekent dat het uur substantieel niet van toepassing is op de zorg die tijdens de kinderopvang geboden moet worden. Het uur substantieel geldt wel voor de zorg die het kind datzelfde etmaal in de thuissituatie nodig heeft.

Voorbeeld: een baby krijgt bij de kinderopvang drie keer per dag een flesje. Voor een baby valt het geven van een flesje onder normale dagelijkse zorg voor een baby, dat is dus geen indiceerbare zorg. Nu kost het bij deze baby, vanwege ernstige slikproblemen, extra tijd om dat flesje te geven. Voor het geven van een flesje staat gemiddeld 20 minuten per keer en bij deze baby kost het 35 minuten per keer. De minuten meertijd komen voort uit aandoeninggerelateerde stoornissen en beperkingen. De extra tijd die het kost om het flesje te geven, is indiceerbaar, dus: drie keer 15 minuten = 45 minuten per dag kinderopvang. Aangezien er geen uur aftrek wordt gehanteerd tijdens kinderopvang kan er dus 45 minuten PV per dag geïndiceerd worden voor gebruik tijdens de kinderopvang.

Wanneer de baby geen flesje zou krijgen maar sondevoeding, dan is de volledige tijd voor het toedienen van de sondevoeding indiceerbare zorg. Het geven van sondevoeding valt niet onder zorg zoals instanties voor kinderopvang die bieden. Om deze reden kan de sondevoeding gedurende de kinderopvang volledig worden geïndiceerd.

PV tijdens onderwijs

De school biedt gangbare en normale dagelijkse zorg, zoals het strikken van veters, het aantrekken van een jas en hulp bij toiletgang bij kleuters. Voor deze gangbare en normale dagelijkse zorg kan geen AWBZ-indicatie worden afgegeven.

Gedurende de tijd dat een kind de school bezoekt, is er voor de niet-uitstelbare AWBZ-zorg geen verplichting voor de ouders om deze gebruikelijke zorg op school te leveren. Deze zorg kan dus worden geïndiceerd.

De onderwijsregelgeving (clusterindicatie al dan niet in de vorm van een Rugzak) is voorliggend op AWBZ-zorg. Bij het bepalen van de omvang van de PV tijdens schooluren vanuit de AWBZ wordt de tijd voor de PV die onderdeel is van de clusterindicatie in mindering gebracht. Zie hiervoor ook paragraaf 5.4 van het hoofdstuk, Persoonlijke Verzorging.

Volwassen inwonende kinderen en/of andere volwassen huisgenoten onderling

Persoonlijke Verzorging van volwassen inwonende kinderen en andere volwassen huisgenoten, anders dan partners onderling, is geen gebruikelijke zorg.

Partners onderling en volwassen inwonende kinderen en/of andere volwassen huisgenoten onderling

Aanleren aan derden

Het aanleren van handelingen op het gebied van Persoonlijke Verzorging aan derden (familie, vrienden) is gebruikelijke zorg. Als anderen dan de gebruikelijkezorger de handelingen uitvoeren als de gebruikelijkezorger niet aanwezig is, wordt van de gebruikelijkezorger verwacht dat hij die handelingen zelf aan de desbetreffende persoon aanleert.

4.4.2 Verpleging

Partners onderling, ouders en volwassen inwonende kinderen en/of andere volwassen huisgenoten onderling

Verpleging van de volwassen verzekerde is geen gebruikelijke zorg, ook niet in kortdurende situaties.

Ouders aan kinderen

Kortdurende situaties

Verpleegkundige handelingen door ouders aan kinderen, die aan te leren zijn, vallen onder gebruikelijke zorg als er sprake is van een kortdurende zorgsituatie. Daarbij gaat het over het algemeen over een periode van maximaal drie maanden (zie de alinea hierna over aanleren).

Langdurige situaties

Verpleegkundige handelingen door ouders aan kinderen, die aan te leren zijn, zijn in chronische situaties indiceerbare zorg als de gebruikelijke zorg in vergelijking tot gezonde kinderen van dezelfde leeftijdscategorie substantieel wordt overschreden.

Aanleren

Voor het aanleren van verpleegkundige handelingen aan de gebruikelijkzorger en/of mantelzorger kan een indicatie worden afgegeven. Bij de afweging of een indicatie kan worden afgegeven voor het aanleren of overnemen van verpleegkundige handelingen, wordt in de afweging meegenomen of, gelet op de duur en frequentie in relatie tot de periode die nodig is voor het gedegen aanleren, sprake is van doelmatigheid. Als bij een verzekerde gedurende korte periode een verpleegkundige handeling moet worden verricht, moet het aanleren niet meer tijd kosten dan het gedurende een paar weken overnemen van die handeling.

Bij het aanleren van verpleegkundige handelingen op basis van de AWBZ gaat het om handelingen die door de gebruikelijkezorger (ouders) en mantelzorgers na het aanleren zonder AWBZ-indicatie worden uitgevoerd. Denk hierbij aan handelingen die tijdens het oppassen/logeren bij opa/oma, andere familieleden of buren tijdens de afwezigheid van ouders moeten worden uitgevoerd.

Aanvullende uitzonderingen voor kinderen

Zie de algemene uitzonderingen in paragraaf 4.3. Voor kinderen geldt daarnaast:

1. Voor zover gebruikelijke Verpleging bij kinderen van niet-uitstelbare aard is en degene die de gebruikelijke zorg moet verlenen niet beschikbaar is, wegens reguliere school- of werkweek van hemzelf of van het kind, kan hiervoor een indicatie worden gesteld.
2. Voor zover het kind van 12 jaar of ouder geen intieme Verpleging wil ontvangen van de ouder wordt geen bijdrage verwacht van de ouder. Deze Verpleging is dan in zijn volledigheid bovengebruikelijke zorg. Dit betekent dat deze VP onder substantieel meer zorg wordt verstaan en deze handelingen volledig kunnen worden geïndiceerd. Op eventuele andere PV, VP en BG activiteiten wordt de regeling substantieel meer zorg wel toegepast.

De leeftijdsgrens van 12 jaar is gerelateerd aan de WGBO: kinderen vanaf 12 jaar hebben eigen beslisbevoegdheid wat betreft de lichamelijke integriteit.

Ad 1.

VP tijdens kinderopvang

De opvang/zorg die instanties voor kinderopvang plegen te bieden is gebruikelijke zorg (Bza, artikel 2, lid 2). Alleen voor de zorg die aanvullend nodig is aan de opvang/zorg zoals instanties voor kinderopvang die plegen te bieden, is er aanspraak op AWBZ-zorg. De niet-uitstelbare VP kan tijdens kinderopvang geïndiceerd worden. Dit betekent dat het uur substantieel niet van toepassing is op de zorg die tijdens de kinderopvang geboden moet worden. Het uur substantieel geldt wel voor de zorg die het kind datzelfde etmaal in de thuissituatie nodig heeft. Verpleging tijdens kinderopvang is dus altijd indiceerbare zorg.

VP tijdens onderwijs

De school biedt gangbare en normale dagelijkse zorg, zoals het strikken van veters, het aantrekken van een jas en hulp bij toiletgang bij kleuters. Hieronder valt niet het uitvoeren van verpleegkundige handelingen. Gedurende de tijd dat een kind de school bezoekt, is er voor de niet-uitstelbare AWBZ-zorg geen verplichting voor de ouders om deze gebruikelijke zorg op school te leveren. Dit betekent ook dat het uur substantieel niet van toepassing is op de zorg die tijdens het onderwijs geboden moet worden. Het uur substantieel geldt wel voor de zorg die het kind datzelfde etmaal in de thuissituatie nodig heeft.

De onderwijsregelgeving (clusterindicatie al dan niet in de vorm van een Rugzak) is voorliggend op AWBZ-zorg. Bij het bepalen van de omvang van de VP tijdens schooluren vanuit de AWBZ wordt de tijd voor de VP die onderdeel is van de clusterindicatie in mindering gebracht. Zie hiervoor ook paragraaf 6.4 van het hoofdstuk Verpleging.

4.4.3 Begeleiding

Partners onderling, ouders en volwassen inwonende kinderen en/of andere volwassen huisgenoten onderling

Kortdurende situaties

Alle begeleiding van de verzekerde door de partner, ouder, volwassen kind en/of elke andere volwassen huisgenoot is gebruikelijke zorg als 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. Daarbij gaat het over het algemeen over een periode van maximaal drie maanden.

Langdurige situaties

Als het gaat om een chronische situatie is de Begeleiding van een volwassen verzekerde gebruikelijke zorg wanneer die Begeleiding naar algemeen aanvaarde maatstaven door partner, ouder, inwonend kind en/of andere huisgenoot in de persoonlijke levenssfeer onderling aan elkaar moet worden geboden. Het gaat hierbij in ieder geval om de volgende vormen van begeleiding aan een verzekerde:

- Het geven van BG aan een verzekerde op het terrein van de maatschappelijke participatie. Dit is in het algemeen geen AWBZ-aanspraak.
- Het begeleiden van verzekerde bij het normaal maatschappelijk verkeer binnen de persoonlijke levenssfeer zoals het bezoeken van familie/vrienden, huisarts, enzovoort.

- Het bieden van hulp bij of het overnemen van taken die bij een gezamenlijk huishouden horen, zoals het doen van de administratie. Dit kan worden overgenomen door een niet-beperkte huisgenoot wanneer die taak altijd door de nu beperkte verzekerde werd uitgevoerd.

Aanleren aan derden

Het leren omgaan van derden (familie/vrienden) met de verzekerde is gebruikelijke zorg.

Ouders aan kinderen

Kortdurende situaties

Alle begeleiding door de ouder aan het kind is gebruikelijke zorg als 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. Daarbij gaat het over het algemeen over een periode van maximaal drie maanden.

Langdurige situaties

Een kind is aangewezen op AWBZ-zorg als het gaat om een chronische situatie, waarbij de gebruikelijke BG in vergelijking tot gezonde kinderen van dezelfde leeftijdscategorie substantieel wordt overschreden. De gebruikelijke bijdrage van een ouder aan de Begeleiding van een kind wordt gesteld op de omvang van de Begeleiding die voor een kind van die leeftijd noodzakelijk is binnen de bandbreedte van het normale ontwikkelingsprofiel, als er voor dat kind geen grondslag is voor een AWBZ indicatie.

Aanleren aan derden

Het leren omgaan van derden (familie/vrienden) met het kind is gebruikelijke zorg.

Aandachtspunten

Ouderlijk toezicht aan kinderen is gebruikelijke zorg. Kinderen (met of zonder ziekte of handicap) hebben ouderlijk toezicht nodig. Dit toezicht wordt anders van aard naarmate een kind ouder wordt en zich ontwikkelt. Zie de bijlage bij dit hoofdstuk.

Bovengebruikelijke Begeleiding bij kinderen tot 3 jaar komt in de praktijk niet vaak voor (kinderen in deze leeftijd hebben volledige verzorging en begeleiding van een ouder nodig). Toch kan, wanneer er sprake is van een leveringsvoorwaarde C of D, bovengebruikelijk toezicht aan de orde zijn. Bovengebruikelijk toezicht is toezicht dat nodig is vanwege de aandoeningen, stoornissen of beperkingen van het kind en is aanvullend op gebruikelijk ouderlijk toezicht. Het kan gericht zijn op (toezicht op en aansturen van) gedrag vanwege een aandoening, stoornis of beperking of op het bieden van fysieke zorg zodat tijdig kan worden ingegrepen bij bijvoorbeeld complicaties bij een ziekte.

Begeleiding naar ziekenhuis: als een kind vanwege bijvoorbeeld nierdialyse meerdere keren per week naar het ziekenhuis moet, is het gebruikelijk dat een ouder meegaat. Hiervoor is geen AWBZ indicatie mogelijk. Deze uren worden wel meegewogen in het totaalplaatje als het gaat om de (over)belasting van ouders voor de zorg van hun kind vanwege de aandoening.

Begeleiding naar zwembad: hiervoor is geen AWBZ indicatie mogelijk. Het is gebruikelijk dat ouders met hun kind meegaan naar zwembad.

Aanvullende uitzonderingen voor kinderen

Zie algemene uitzonderingen in paragraaf 4.3.

Bij de functie Begeleiding zijn er voor kinderen in tegenstelling tot de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging geen aanvullende uitzonderingen. Begeleiding van het kind tijdens reguliere school- of werkweek van de ouders of tijdens schooltijd van het kind kan als volgt worden vormgegeven.

BG tijdens kinderopvang

Wanneer ouders werken, zijn/blijven zij verantwoordelijk voor de opvang/verzorging van hun kinderen. De Begeleiding die buiten dit werk/onderwijs om als gebruikelijke zorg wordt beschouwd, kan gedurende de tijd dat de ouders werken/onderwijs volgen niet worden geïndiceerd. Wanneer sprake is van bovengebruikelijke Begeleiding, wordt de omvang van de bovengebruikelijke begeleiding vastgesteld over het hele etmaal/zeven dagen per week. Dus feitelijk ook gedurende de periode dat ouders werken/onderwijs volgen. Ouders kunnen de keuze maken wanneer zij de geïndiceerde uren inzetten, thuis of tijdens de kinderopvang.

BG tijdens onderwijs

Wanneer kinderen naar school gaan, kan gedurende de schooltijd geen Begeleiding worden geïndiceerd die buiten de schooltijd als gebruikelijke zorg wordt beschouwd. Wanneer sprake is van bovengebruikelijke Begeleiding, wordt de omvang van de bovengebruikelijke begeleiding vastgesteld over het hele etmaal/zeven dagen per week. Dus feitelijk ook gedurende de periode dat het kind op school is. Ouders kunnen de keuze maken wanneer zij de geïndiceerde uren inzetten, thuis of tijdens het onderwijs.

Daarnaast is het mogelijk om Begeleiding in de vorm van toezicht tijdens het onderwijs te indiceren wanneer het gedrag van het kind de omgang met andere leerlingen bemoeilijkt. Zie hiervoor paragraaf 7.3 onder E en paragraaf 7.4 onder A van het hoofdstuk Begeleiding.

4.4.4. Beschermende woonomgeving en kinderen

Ouders aan kinderen

1. Het door de ouders aan het kind bieden van een beschermende woonomgeving als omschreven in hoofdstuk 9 (Verblijf) moet afhankelijk van de levensfase van het kind als Gebruikelijke zorg worden aangemerkt, ook als er sprake is van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. In de bijlage bij dit hoofdstuk zijn per levensfase richtlijnen ten aanzien van de Gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel opgenomen.
2. Als een kind niet bij (een van) de ouder(s) kan wonen, vanwege de onmogelijkheden van de ouder(s) om een veilig thuis te bieden en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s), is verblijf op grond van de Wet op de jeugdzorg aan de orde. Daarnaast kan er in deze situaties bij kinderen met een aandoening, stoornis of beperking aanspraak zijn op AWBZ Verblijf als de zorg noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht.

In de bijlage bij dit hoofdstuk is beschreven dat het bieden van een beschermende woonomgeving waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden gebruikelijk is tot in elk geval een leeftijd van 17 jaar. Vanaf 18 jaar staat in de richtlijn dat jongeren zelfstandig kunnen wonen. Bij een 17-jarige kan de noodzaak tot een beschermende woonomgeving leiden tot een indicatie voor de functie Verblijf als het daadwerkelijk beoogd en doelmatig is dat deze 17-jarige uit huis gaat. Dit kan bijvoorbeeld zo zijn als de jongere een opleiding volgt waarvoor leeftijdgenoten ook op kamers zouden gaan wonen en de jongere vanwege zijn aandoening, stoornissen en beperkingen niet in staat is om (al dan niet met extramurale Begeleiding) zelfstandig te wonen.

Dat betekent dat kinderen (tot 17 jaar) alleen in aanmerking komen voor de functie Verblijf als er een noodzaak is voor een therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht. Dit therapeutisch leefklimaat en permanent toezicht worden verder beschreven in hoofdstuk 9, Verblijf.

Uitzonderingen

Er zijn geen uitzonderingen ten aanzien van het bieden van een beschermende woonomgeving aan kinderen.

4.5 Richtlijn bij (dreigende) overbelasting van partner, ouder, volwassen kind en/of andere huisgenoten

Algemeen

De zorg voor een ziek kind of een zieke partner, kan zo zwaar worden dat van overbelasting sprake is. In de meeste gevallen is de bovengebruikelijke zorg die geïndiceerd wordt voldoende om deze overbelasting te voorkomen. Maar soms blijkt deze geïndiceerde zorg niet voldoende te zijn. In zulke gevallen kan de gebruikelijke Persoonlijke Verzorging, Verpleging en/of Begeleiding zo nodig geheel of gedeeltelijk geïndiceerd worden. Voor het bieden van een beschermende woonomgeving blijven ouders, ook bij overbelasting, zelf verantwoordelijk.

Beoordeling van overbelasting

Aan het indiceren van gebruikelijke zorg gaat het beoordelen van de overbelasting vooraf. Overbelasting wijst op een verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast waardoor fysieke en/of psychische klachten ontstaan. Tekort schieten van het 'coping mechanisme' kan er de oorzaak van zijn; emotionele labiliteit en slapeloosheid het gevolg. Naast de aard en ernst van de overbelasting wordt ook onderzocht of deze komt doordat er iets met de gebruikelijke zorg zelf aan de hand is (draagkracht vermindering) en/of dat deze gevolg is van de ernst van de ziekte van het kind of de partner (draaglast verhoging).

De vraag is of in individuele situaties van een uitzondering sprake is op grond waarvan toch gebruikelijke zorgtaken moeten worden overgenomen. Eén van de redenen daarvoor kan zijn dat degenen van wie wordt verwacht dat zij taken overnemen, overbelast zijn (geraakt) en niet meer in staat zijn de gebruikelijke zorg te leveren. Steeds moet duidelijk zijn hoe de overbelasting zich uit en wat deze inhoudt. De met de overbelasting gepaard gaande klachten moeten duidelijk beschreven worden. In voorkomende gevallen kan het opnemen van contact met de huisarts over de ouder, partner of huisgenoot helpen om een oordeel te vormen. Soms is het duidelijk dat de ouder, partner of huisgenoot overbelast is, maar soms ook niet. Er bestaat niet één, simpel af te nemen test, die hierover direct uitsluitsel geeft. Wel gebruiken behandelaars en hulpverleners vragenlijsten waarmee overbelasting (mede) onderbouwd kan worden. Niet alleen de omvang van de zorgtaken, maar ook de leveringsvoorwaarde van de zorg zijn van invloed op de belastbaarheid van de gebruikelijke zorg. 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 en alertheid van de gebruikelijke zorg noodzakelijk is.

Klachten en symptomen die bij een aanpassingsstoornis (DSM-IV-TR) optreden, kunnen op overbelasting wijzen zonder dat van een stoornis in psychiatrische zin sprake hoeft te zijn. Het gaat om klachten en symptomen zoals:

- angst of gespannenheid: nervositeit, onrust, rusteloosheid, slecht slapen;
- depressie: hopeloosheid, huilbuien, somberheid;
- gedragsproblemen: negeren van normen en regels, onaangepast gedrag;
- gecombineerd emotioneel en gedragsgestoord: depressie en/of angst gecombineerd met een gedragsstoornis of onaangepast gedrag;
- lichamelijke klachten, verminderde prestaties of concentratieproblemen.

Er moet een verband zijn tussen de overbelasting en de zorg die iemand (aan partner of kind) biedt. Bij overbelasting door een dienstverband van teveel uren of als gevolg van spanningen op het werk, zal de oplossing in de eerste plaats gezocht moeten worden in minder uren gaan werken of aanpak van de spanningen op het werk.

Steeds zal daarom in het indicatiebesluit worden aangegeven dat, wanneer de overbelasting bijvoorbeeld door het herinrichten van het huiselijk leven en/of werk kan worden teruggedrongen, dit dan ook van een ouder, partner of huisgenoot wordt verwacht. Wanneer de geldigheidsduur van het indicatiebesluit verlopen is en een herindicatie wordt aangevraagd, zal worden gekeken of en welke inspanningen zijn gedaan om de overbelasting terug te dringen.

Bijlage bij hoofdstuk 4

Richtlijnen ten aanzien van gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel in verschillende levensfasen van het kind in relatie tot AWBZ-zorg (paragraaf 3 van bijlage 3 Gebruikelijke zorg bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ).

Deze tekst is aangepast. Per leeftijdscategorie zijn de laatste aandachtsbolletjes betreffende de beschermende woonomgeving toegevoegd.

Kinderen van 0 tot 3 jaar

- Hebben bij alle activiteiten zorg van een ouder nodig;
- Ouderlijk toezicht is zeer nabij nodig;
- Zijn in toenemende mate zelfstandig in bewegen en verplaatsen;
- Hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotorische ontwikkeling;
- Hebben een beschermende woonomgeving nodig waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden.

Kinderen van 3 tot 5 jaar

- Kunnen niet zonder toezicht van volwassenen. Dit toezicht kan binnenshuis korte tijd op gehoorafstand (bijvoorbeeld de ouder kan de was ophangen in een andere kamer);
- Hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotorische ontwikkeling;
- Kunnen zelf zitten, en op gelijkvloerse plaatsen zelf staan en lopen;
- Ontvangen zindelijkheidsstraining van ouders/verzorgers;
- Hebben gedeeltelijk hulp en volledig stimulans en toezicht nodig bij aan- en uitkleden, eten en wassen, in- en uit bed komen, dag- en nachtritme en dagindeling bepalen;
- Hebben begeleiding nodig bij hun spel en vrijetijdsbesteding;
- Zijn niet in staat zich zonder begeleiding in het verkeer te begeven;
- Hebben een beschermende woonomgeving nodig waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden.

Kinderen van 5 tot 12 jaar

- Kinderen vanaf 5 jaar hebben een reguliere dagbesteding op school, olopend van 22 tot 25 uur per week;
- Kunnen niet zonder toezicht van volwassenen. Dit toezicht kan op enige afstand (bijvoorbeeld het kind kan buitenspelen in de directe omgeving van de woning als de ouder thuis is);
- Hebben toezicht nodig en nog maar weinig hulp bij hun persoonlijke verzorging;
- Hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotorische ontwikkeling;
- Zijn overdag zindelijk, en 's nachts merendeels ook; ontvangen zo nodig zindelijkheidsstraining van de ouders/verzorgers;
- Hebben begeleiding van een volwassene nodig in het verkeer wanneer zij van en naar school, activiteiten ter vervanging van school of vrijetijdsbesteding gaan;
- Hebben een beschermende woonomgeving nodig waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden.

Kinderen van 12 tot 18 jaar

- Hebben geen voortdurend toezicht nodig van volwassenen;
- Kunnen vanaf 12 jaar enkele uren alleen gelaten worden;
- Kunnen vanaf 16 jaar dag en nacht alleen gelaten worden;
- Kunnen vanaf 18 jaar zelfstandig wonen;
- Hebben bij hun persoonlijke verzorging geen hulp en maar weinig toezicht nodig;
- Hebben tot 18 jaar een reguliere dagbesteding op school/opleiding;
- Hebben begeleiding en stimulans nodig bij ontplooiing en ontwikkeling (bijvoorbeeld huiswerk of het zelfstandig gaan wonen);
- Hebben in ieder geval tot 17 jaar een beschermende woonomgeving nodig waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden.



Hoofdstuk 5

Persoonlijke Verzorging

Inhoudsopgave

5.1	Inleiding	68
5.2	Relevante wet- en regelgeving	68
5.3	Afbakeningskader Persoonlijke Verzorging (PV) op basis van het trechtermodel	68
	A. Grondslagen	68
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	68
	C. Behandeling/revalidatie	70
	D. Aanpassingen van de omgeving	70
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	71
	F. Algemeen gebruikelijke voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	73
	G. Gebruikelijke zorg	73
	H. Mantelzorg	74
5.4	De functie Persoonlijke Verzorging	75
	A. Omvang	75
	B. Geldigheidsduur	76
	C. Gemiddelde tijden per PV-handeling (zie bijlage bij dit hoofdstuk)	76
	D. Leveringsvorm	77
	E. Leveringsvoorwaarden	77
5.5	Specifieke punten	77
	Zorg met de handen op de rug	77
	Anti-revaliderend	78
	Aanleren en begeleiden	78
	Respijtzorg	79
	Zorg door twee zorgverleners	79
	Peritoneaaldialyse en hemodialyse	79
	Hulp bij eten en drinken	79
Bijlage bij hoofdstuk 5		80
	Gemiddelde tijd en frequentie van PV-activiteiten	80

5.1 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 over Persoonlijke Verzorging. Ook andere delen van de Beleidsregels van VWS zijn van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie PV.

5.2 Relevante wet- en regelgeving

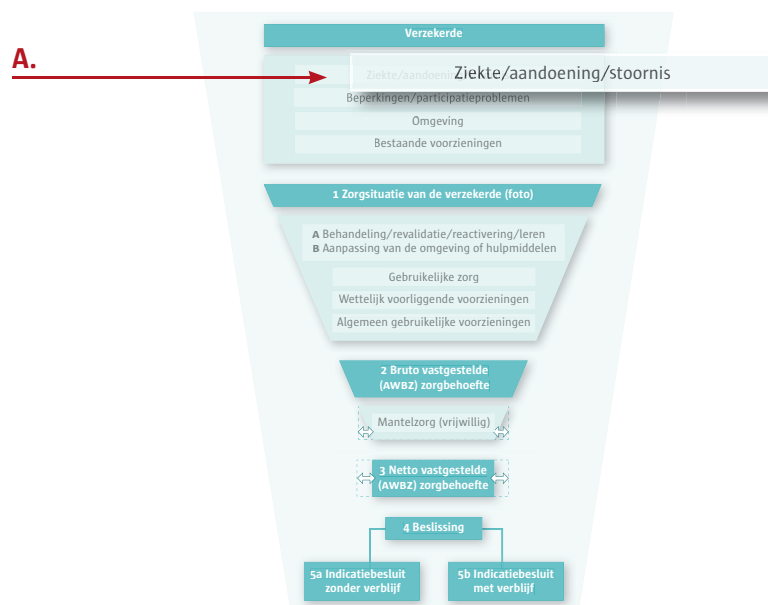
Artikel 4 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

“Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid.”

Deze tekst is aangepast aan het gewijzigde Bza. De voorwaarde 'te verlenen door een instelling' is komen te vervallen.

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

A. Grondslagen



Alle grondslagen genoemd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ 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 Besluit zorgaanspraken AWBZ. 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 uitputtende opsomming):

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 (vloei)stoffen via sondes, katheters, enzovoort;
4. het schoonhouden en verzorgen van natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (stoma, tracheostoma, insteekopening PEG-sonde) bij een lokaal intacte huid.

Alle zorg die onder de functie Persoonlijke Verzorging valt, komt ten laste van de AWBZ, ook als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

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

Deze tekst is toegevoegd.

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

Een indicatie voor PV kan ook worden gegeven voor het aanleren van de activiteiten door de verzekerde, gebruikelijkezorger of mantelzorger. Voorwaarde hiervoor is wel dat de verzekerde (en/of gebruikelijkezorger/mantelzorger) leerbaar/trainbaar is om de handelingen rondom de persoonlijke zorg aan te leren. Zie paragraaf 5.5 'Specifieke punten' voor een beschrijving van 'het aanleren' van activiteiten.

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 toezicht, aansturen en stimuleren bij het zelf uitvoeren van deze persoonlijke zorg door de verzekerde. De hulp is tijdens het uitvoeren van de PV-activiteit aanwezig.

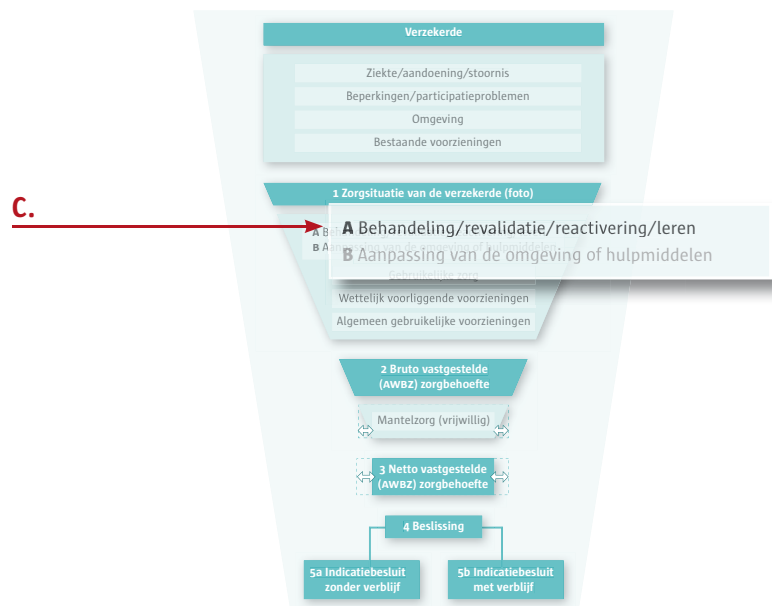
Hulp bij het plannen en evalueren van deze persoonlijke zorg, maakt onderdeel uit van de aanspraak op de functie Begeleiding. De hulpverlener is niet noodzakelijk aanwezig tijdens het uitvoeren van de PV-activiteit.

Indicatiecriteria

Om in aanmerking te komen voor de functie Persoonlijke Verzorging dient te zijn vastgesteld dat de verzekerde (en/of gebruikelijkezorger):

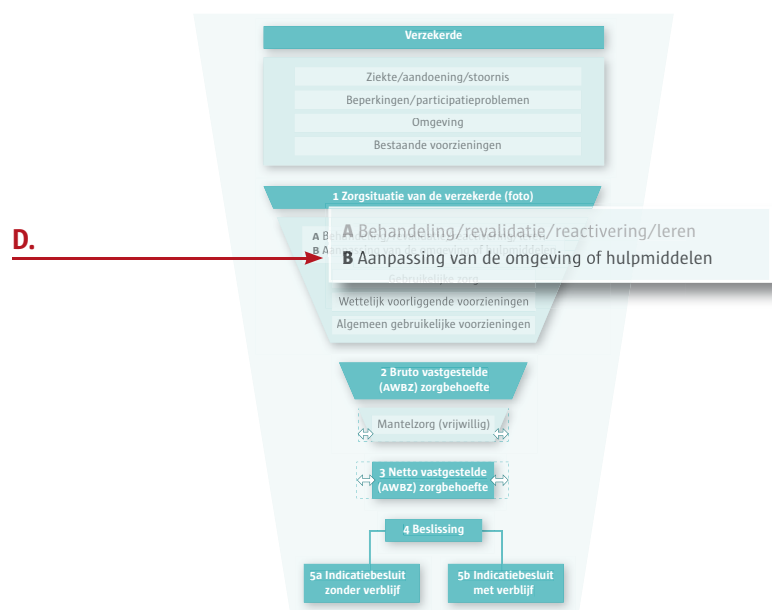
1. beperkingen heeft op het gebied van persoonlijke zorg, en
2. a. de vaardigheden/kennis mist om de persoonlijke zorg zelfstandig uit te voeren en deze vaardigheden/kennis ook niet kan aanleren, of;
b. de vaardigheden/kennis mist om de persoonlijke zorg zelfstandig uit te voeren, maar wel leerbaar/trainbaar is om de handelingen rondom de persoonlijke zorg aan te leren.

C. Behandeling/revalidatie



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

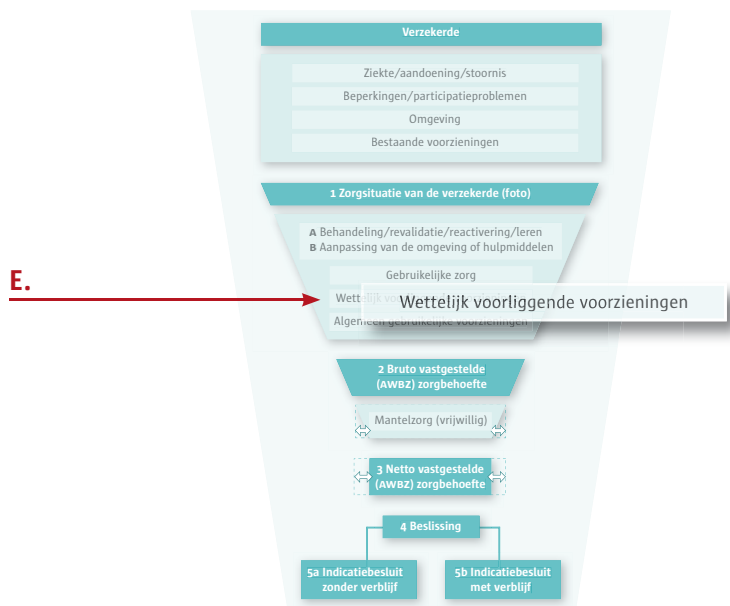
D. Aanpassingen van de omgeving



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 de verzekerde is aangewezen, kan worden bekostigd. Er is dan geen aanspraak mogelijk op de AWBZ. Het gaat erom dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort, bijvoorbeeld de Wmo, Zvw/Regeling zorgverzekering, paragraaf 1.4 (Hulpmiddelenzorg), de Wet op de Jeugdzorg, de WIA en de onderwijswetgeving. 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 de voorziening moet leveren.

Als wordt vastgesteld dat de verzekerde de PV-activiteit geheel zelfstandig kan uitvoeren met behulp van een hulpmiddel of voorziening (score 0²⁸), dan is voor deze PV-activiteit alleen het 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.

ADL-assistentie

De Persoonlijke Verzorging in en om de ADL-woning maakt onderdeel uit van de aanpraak ADL-assistentie. Er kan daarom alleen voor de functie Persoonlijke Verzorging geïndiceerd worden voor buiten de woning. Dit voor zover hier aanspraak op is.

Deze tekst is toegevoegd.

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 Besluit zorgaanspraken AWBZ. 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.

28 Zie Beleidsregel bijlage Algemeen. Bij beperkingen betekent 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.

Als een verzekerde in aanmerking komt voor een woningaanpassing, kan ook in de overbruggingsperiode tot het realiseren van de aanpassing AWBZ-zorg aangewezen zijn. Eerst moet worden beoordeeld of in die periode een voorziening van de uitleenservice een adequate oplossing biedt, 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 verstrekken van die voorziening vanuit de Wmo of de uitleenservice voorliggend op het verstrekken van zorg vanuit de AWBZ. Dit omdat de Wmo voorzieningen verstrekt die erop zijn gericht het zelfstandig functioneren te bevorderen.

Zorgverzekeringswet

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.

Notabene: 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, zoals 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 een voorgeschreven behandeling van een medisch specialist (zoals stomazorg, toedienen sondevoeding, enzovoort) behoort 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.

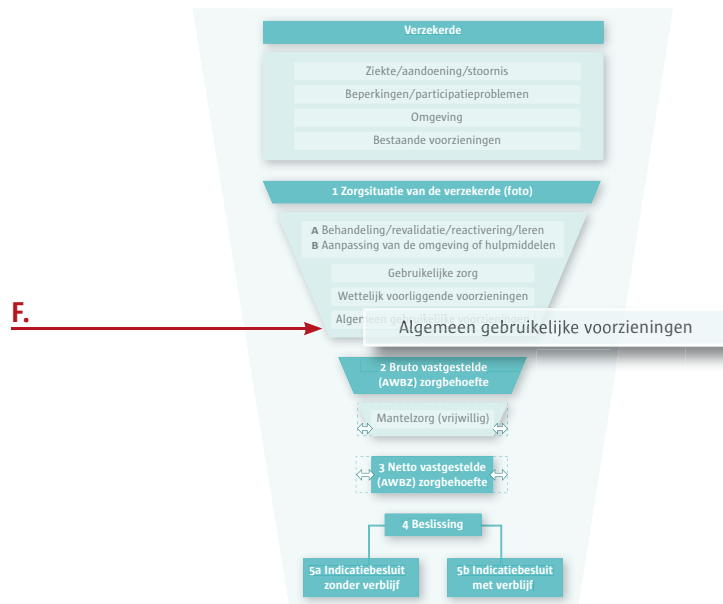
Afbakening met onderwijs

De niet-uitstelbare PV-handelingen die een kind tijdens schooltijd nodig heeft, kunnen worden geïndiceerd voor zover onderwijs / clusterindicatie, niet voorziet in deze zorg. Zie verder paragraaf 5.4.

Afbakening met kinderopvang

De niet-uitstelbare PV-handelingen die een kind nodig heeft tijdens de uren dat de ouders werken, kunnen worden geïndiceerd voor zover er geen sprake is van PV-handelingen die door organisaties voor kinderopvang behoren te worden geboden. Zie verder het hoofdstuk Gebruikelijke zorg onder paragraaf 4.4.1.

F. Algemeen gebruikelijke voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid



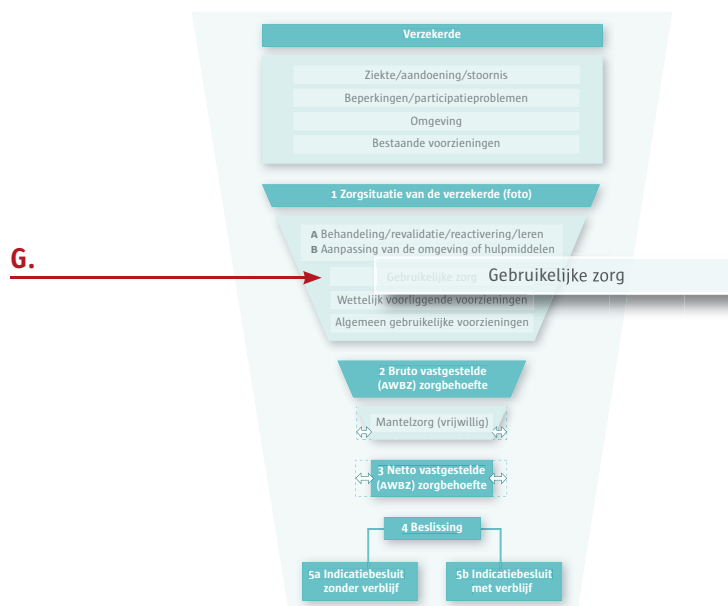
Algemeen gebruikelijke voorzieningen (niet bij wet gecreëerde voorzieningen, die buiten de AWBZ om in de zorgbehoefte voorzien) voor PV zijn bijvoorbeeld:

- sociale alarmering;
- kinderopvang (anders dan bedoeld in de Wet Kinderopvang) zoals een kinderoppas;
- aangepast bestek enzovoort;
- manicure/ pedicure (wanneer dit in alle redelijkheid een oplossing biedt voor de verzekerde);
- 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 tekst is toegevoegd.

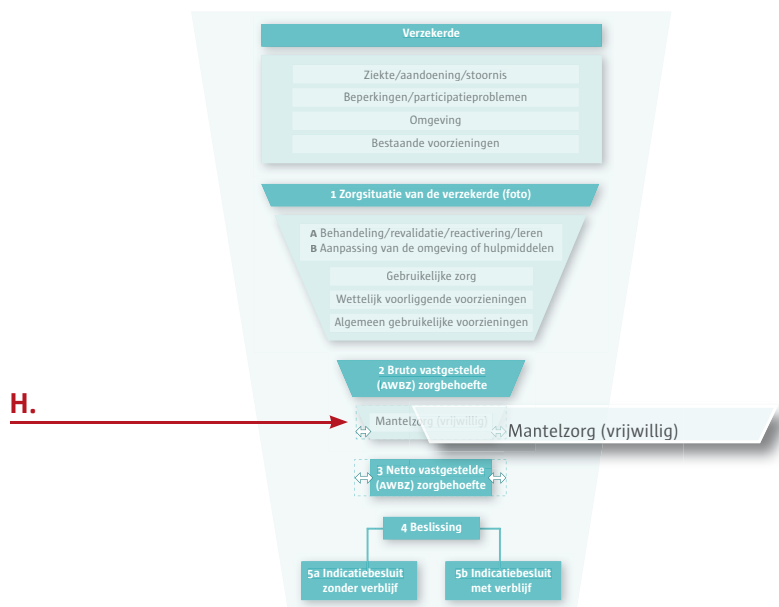
Deze voorzieningen gaan voor op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van de verzekerde, zoals een kinderoppas. Van verzekerden die daartoe in staat zijn, wordt op basis van de eigen verantwoordelijkheid ook actie en initiatief verwacht om hun 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 de 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 langdurige 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 en de gebruikelijke zorg overstijgt. Voor het CIZ gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.

Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte (bovengebruikelijke) levering van zorg. Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat er aanspraak op AWBZ-zorg. Ouders die bovengebruikelijke zorg (mantelzorg) 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 is opgenomen in de Beleidsregels van VWS over 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 de 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.

5.4 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:

- a) benodigde, niet-uitstelbare PV tijdens het onderwijs;
- b) mogelijke, niet-uitstelbare PV die geboden wordt in het speciaal onderwijs (cluster III scholen) volgens tabel voorliggende zorg binnen het onderwijs;
- c) benodigde, niet-uitstelbare PV tijdens de afwezigheid van ouders door werk (voor zover dit niet samenvalt met zorg tijdens het onderwijs);
- d) 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 één uur per etmaal, per week (maximaal zeven uur per week);
- e) benodigde, intieme PV voor een kind van 12 jaar of ouder dat deze zorg niet wil ontvangen van de ouders;
- f) benodigde AWBZ-zorg die tijdens Begeleiding en Behandeling in groepsverband moet worden geboden. BG groep en BH groep zijn integrale pakketten. De PV, VP en BG individueel die tijdens de BG groep of BH groep nodig is, wordt niet geïndiceerd gedurende de tijd dat de verzekerde de Begeleiding groep of Behandeling groep bezoekt;
- g) benodigde AWBZ-zorg (PV, VP en BG) tijdens Kortdurend Verblijf. Dit omdat Kortdurend Verblijf geen integraal pakket is. Zie verder het hoofdstuk Kortdurend Verblijf onder paragraaf 10.4.

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 te bieden (in o.a. hygiënisch, medisch en gedragswetenschappelijk opzicht).

Omvang van de zorg in relatie tot het onderwijs

Voor de omvang van PV wordt rekening gehouden met de omvang van de niet-uitstelbare Persoonlijke Verzorging op school, die al onderdeel is van de clusterindicatie (zie tabel voorliggende zorg binnen het onderwijs).

In het indicatiebesluit wordt per zorgvorm (in dit geval de functie PV) de omvang vermeld. Dit is de hoeveelheid zorg uitgedrukt in tijd. Wanneer er tijdens het onderwijs ook PV vanuit de AWBZ nodig is, is de omvang de optelsom van de te indiceren zorg thuis en de te indiceren zorg tijdens de schooluren. Om de totale omvang van de functie PV te kunnen vaststellen, wordt de PV in de thuissituatie en tijdens de schooluren apart berekend.

Wanneer een kind een clusterindicatie heeft met daarin Persoonlijke Verzorging, dan wordt de tijd vanuit deze clusterindicatie als wettelijk voorliggende voorziening in mindering gebracht op de omvang van de niet-uitstelbare PV tijdens de schooluren. De omvang van deze (wettelijk voorliggende) Persoonlijke

Verzorging is afhankelijk van het type speciaal onderwijs waarvoor het kind/de leerling een REC-indicatie heeft (zie tabel hierna).

Voor de omvang van PV in de thuissituatie gedurende de schoolweken (40 weken per jaar) en gedurende de vakanties (twaalf weken per jaar) geldt wat beschreven is in het hoofdstuk Gebruikelijke zorg.

Via de hiervoor genoemde rekenmethode wordt de aanspraak op PV buiten de tijd dat het kind op school zit, niet beïnvloed door de PV die onderdeel is van de clusterindicatie²⁹. Het indicatiebesluit laat naast de totale omvang van PV ook zien welk deel van de aanspraak is bedoeld voor schooltijd en welk deel voor daarbuiten.

Tabel: voorliggende zorg binnen het onderwijs		
Onderwijssoort		PV in minuten per week
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

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Persoonlijke Verzorging gelden de algemene criteria. Zie hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

Daarnaast geldt het volgende:

Een indicatiebesluit voor zorg zonder verblijf die noodzakelijk is in verband met een ziekte of aandoening die er toe leidt dat de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden, blijft geldig tot de verzekerde is overleden³⁰.

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

Het indicatiebesluit waarbij sprake is van respijtzorg wordt in eerste instantie afgegeven voor een half jaar. Hierna kan verlenging volgen. Gedurende dit eerste 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 is/blijft. Als dat inderdaad zo is, dan kan verlenging van de indicatie voor gebruikelijke PV volgen.

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 niet alleen de tijdbesteding die direct gemoeid is met de directe zorg/handeling, maar ook het binnenkomen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en 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,

²⁹ Dit volgens de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep d.d. 29-01-2009 (07/5273 AWBZ).

³⁰ Technisch gezien betekent dit dat een indicatie voor PV op basis van PTZ in de terminale levensfase een geldigheidsduur krijgt van honderd jaar.

omdat de zorg efficiënter wordt geboden. Bij een enkelvoudige activiteit wordt de totale gemiddelde tijd als basis genomen. Bij meerdere activiteiten wordt van elke activiteit 3,5 minuut indirecte tijd in mindering gebracht en per zorgmoment wordt vervolgens 3,5 minuut indirecte tijd weer opgeteld. De gemiddelde tijd van de indirecte zorg is ontleend aan het onderzoeksrapport van bureau HHM³¹.

De omvang waarin de persoonlijke zorg wordt geïndiceerd, is basaal en niet meer dan nodig om verantwoorde zorg te bieden (in o.a. hygiënisch, medisch en gedragswetenschappelijk opzicht). De omvang is ook inclusief het schoonhouden van apparatuur, hulpmiddelen en protheses.

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

Niet-uitputtende opsomming van factoren die meer tijd kunnen vergen:

- complicatierisico/instabiele zorgsituatie;
- ernstige mobiliteitsbeperkingen/spasmen;
- ernstige beperkingen in verband met de lichamelijke conditie;
- cognitieve problematiek;
- coördinatiestoornissen;
- gedragsproblemen;
- communicatieproblemen (b.v. 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 die meer tijd vergen, kan de indicatiesteller besluiten om de omvang van de functie te verhogen of te verlagen met één klasse.

D. Leveringsvorm

De leveringsvorm is een verplicht³² te registreren item. Het maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Deze tekst is gewijzigd naar aanleiding van het aanpassen van de subsidieregeling Pgb.

Persoonlijke Verzorging kan alleen worden toegekend in de vorm van zorg en natura.

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. De leveringsvoorwaarde maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

5.5 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’ een aanspraak zijn op PV. Het gaat dan om toezicht, aansturen en stimuleren bij het zelf uitvoeren van deze persoonlijke zorg door de verzekerde. De hulp is tijdens het uitvoeren van de PV-activiteit fysiek bij de verzekerde aanwezig. De tijd die hiervoor wordt geïndiceerd, is de gemiddelde tijd die nodig zou zijn bij het overnemen van de handelingen.

31 ‘Onderzoek naar tijdnormen voor activiteiten en handelingen van de functies PV en VP’, okt. 2007, bureau HHM.

32 Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

Anti-revaliderend

Het bieden van Persoonlijke Verzorging vanuit de AWBZ moet niet anti-revaliderend of invaliderend zijn. Er moet voorkomen 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 anti-revaliderende en/of 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 bijvoorbeeld aan de orde zijn bij beperkingen die samenhangen met medisch moeilijke objectiverende aandoeningen (MMOA). Bij een verzekerde met een MMOA, of een vermoeden van een MMOA en/of een discussie over het mogelijke revaliderend/anti-revaliderend effect, wordt altijd de medisch adviseur van het CIZ geraadpleegd.

Aanleren en begeleiden

Aanleren

Voor het aanleren van PV-activiteiten in combinatie met medisch verpleegkundig handelen, geldt dat deze PV-activiteiten (voor het ontslag) door het ziekenhuis worden geleerd aan de verzekerde of de ouders van de verzekerde. Bijvoorbeeld het aanleren van de zorg voor een stoma, het toedienen van sondevoeding, enzovoort behoort niet tot de aanspraken van de AWBZ, maar dient vanuit de Zvw aangeleerd te worden. Het kan zijn dat na ontslag uit het ziekenhuis nog enig aanleren noodzakelijk is, omdat de omstandigheden/voorzieningen thuis anders zijn dan in het ziekenhuis. Dit aanleren kan als AWBZ-zorg worden geïndiceerd.

Als een verzekerde niet in staat is de anders dan hierboven bedoelde PV-handelingen zelf uit te voeren, wordt tijdens een indicatieonderzoek nagegaan of de verzekerde (of de ouder of de 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 vertraagd aanleren. Na deze drie maanden wordt bezien of de leerbaarheid juist is ingeschat. Wanneer twijfel bestaat over de mogelijkheid de verzekerde of de gebruikelijkezorger een bepaalde activiteit aan te leren, is onderzoek door de medisch adviseur van het CIZ noodzakelijk.

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 voor 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 komt er in totaal 30 minuten bij, 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.

Als de verzekerde/ouder de handeling(en) niet of niet volledig heeft aangeleerd, kan PV worden geïndiceerd. *Notabene: 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

Als de verzekerde of de gebruikelijkzorger of mantelzorger 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 door 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 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 PV-taken. Als er al een AWBZ-indicatie PV is, en deze 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, of in te kopen.

Als alleen het overnemen van PV-taken onvoldoende oplossing biedt (bijvoorbeeld bij verzekerden met gedragsproblematiek), dan kan ook 'toezicht' worden geïndiceerd. Het toezicht wordt, afhankelijk van wat bij de verzekerde het meest doelmatig is, geïndiceerd in de vorm van Begeleiding groep, Begeleiding individueel of Verpleging in de vorm van verpleegkundig toezicht in verband met thuisbeademing bij kinderen (activiteit 4.1). Zie de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, bijlage 5 Verpleging.

Om in aanmerking te komen voor een indicatie op grond van respijtzorg moet er ook op basis van aandoeningen/stoornissen en beperkingen bruto aanspraak zijn op de betreffende functie.

Zie paragraaf 5.4 onder B voor informatie over de geldigheidsduur van indicatiebesluiten waarbij sprake is van respijtzorg.

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

Peritoneaaldialyse en hemodialyse vallen onder de aanspraken op de Zorgverzekeringswet.

Hulp bij eten en drinken

Het (voor)bereiden van maaltijden en de activiteiten hierbij (tafeldekken, afruimen, afwassen en opruimen, enzovoort) maken geen onderdeel uit van het verzekeringspakket van de AWBZ. Deze activiteiten vallen onder de Wmo (hulp bij het huishouden).

Als de verzekerde niet zelfstandig eten en drinken kan nuttigen, dat wil zeggen in zijn mond stoppen, valt de hulp of het toezicht die de verzekerde hierbij nodig heeft onder de AWBZ-functie Persoonlijke Verzorging.

Deze tekst is aangepast. De zorg rondom de Peritoneaalanalyse valt per 1-1-2012 onder de aanspraken op de Zvw.

Bijlage bij hoofdstuk 5

Gemiddelde tijd en frequentie van PV-activiteiten

Gemiddelde tijden

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

De gemiddelde tijd bevat niet alleen de tijdbesteding die direct gemoeid is met de directe zorg/handeling, maar ook het binnenkomen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en 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. Bij een enkelvoudige activiteit wordt de totale gemiddelde tijd als basis genomen. Bij meerdere activiteiten wordt van elke activiteit 3,5 minuut indirecte tijd in mindering gebracht en per zorgmoment wordt vervolgens 3,5 minuut indirecte tijd weer opgeteld. De gemiddelde tijd van de indirecte zorg is ontleend aan het onderzoeksrapport van bureau HHM³³.

De omvang waarin de persoonlijke zorg wordt geïndiceerd, is basaal en niet meer dan nodig om verantwoorde zorg te bieden (onder meer in hygiënisch, medisch en gedragswetenschappelijk opzicht). De omvang is ook inclusief het schoonhouden van apparatuur, hulpmiddelen en protheses.

De gemiddelde tijden bij kinderen kunnen verschillen van de gemiddelde tijden bij 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 volgende tabel staat de frequentie per dag per PV-handeling. Deze frequentie is basaal en niet meer dan nodig is om verantwoorde zorg te bieden (onder meer in hygiënisch, medisch en gedragswetenschappelijk opzicht). De frequentie per handeling bepaalt mede de omvang van de aanspraak.

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

Tabel: gemiddelde tijd en frequentie van 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 als onderdeel van de functie Persoonlijke Verzorging		Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit	Gemiddelde tijd per keer ¹	Frequentie per dag
1.1	Zich wassen	Delen van het lichaam	10	1x
		Gehele lichaam	20	1x
1.2	Zich kleden	Volledig aankleden/uitkleden ²	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 ³	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
		Klyisma microlax	15	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 ⁴	5	Naar noodzaak
		Medicijnen toedienen (oraal/via sonde)	5 ⁵	Naar noodzaak
		Aanbrengen medicinale pleister	5	Naar noodzaak
		Toedienen oog-, oor- of neusdruppels of oog-gel, medicatie toedienen (vaginaal of rectaal)	10	Naar noodzaak
		Vernevelen	20	Naar noodzaak

1 Deze gemiddelde tijden zijn inclusief indirecte zorg (3,5 minuut).

2 Hier wordt bedoeld aan- en uitkleden bij het opstaan en het 's avonds naar het bed gaan.

3 Hier wordt de hulp bedoeld bij het uit bed komen naar uiteindelijk bijvoorbeeld een stoel en vice versa.

4 Inclusief uit de koelkast, weekdoos/baxter pakken, inschenken enzovoort.

5 De inlooptijd van de medicatie kan in voorkomende gevallen in verband met bijvoorbeeld misselijkheid langer dan vijf minuten duren.

Handeling klyisma microlax is overgeplaatst van Verpleging naar Persoonlijke Verzorging. Handelingen CAPD/CCPD zijn een aanspraak op de Zw geworden.

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Persoonlijke Verzorging		Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit	Gemiddelde tijd per keer ¹	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)
		Scheren	10	1x
		Inspectie van de intacte huid op (dreigende) vervormingen, ontstekingen en/of infecties	10	Naar noodzaak
		Zalven van de intacte huid	10	Naar noodzaak
		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 prothese ⁷	Aanbrengen prothese/hulpmiddel	15	1x
		Verwijderen prothese/hulpmiddel	15	1x
		Aanbrengen D.P.S.	5	Naar noodzaak
		Verwijderen D.P.S.	5	Naar noodzaak
		Aanbrengen T.E.N.S.	5	Naar noodzaak
		Verwijderen T.E.N.S.	5	Naar noodzaak
2.5	Aanleren en begeleiden van PV-activiteiten	Aanleren van verzekerde, gebruikelijke zorg en mantelzorg 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 zorg en mantelzorg 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 zorg of mantelzorg 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
1 Deze gemiddelde tijden zijn inclusief indirecte zorg (3,5 minuut).				
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.				
7 Hiermee worden o.a. ledemaatprothesen en/of gehoorapparaten bedoeld.				

Hoofdstuk 6

Verpleging

Inhoudsopgave

6.1	Inleiding	84
6.2	Relevante wet- en regelgeving	84
6.3	Afbakeningskader Verpleging op basis van het trechtermodel	84
	A. Grondslagen	84
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	85
	C. Behandeling/revalidatie	87
	D. Aanpassing van de omgeving	87
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	87
	F. Algemeen gebruikelijke voorzieningen	90
	G. Gebruikelijke zorg	90
	H. Mantelzorg	91
6.4	De functie Verpleging	92
	A. Omvang	92
	B. Geldigheidsduur	93
	C. Gemiddelde tijden (zie bijlage 2 bij dit hoofdstuk)	94
	D. Leveringsvorm	94
	E. Leveringsvoorwaarden	95
6.5	Specifieke punten	95
	Aanleren	95
	Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg	95
	Zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden	96
	Respijtzorg	96
	Advies, instructie, voorlichting (AIV) - niet indicatieplichtig	97
	Zorg door twee zorgverleners	97
Bijlagen bij hoofdstuk 6		98
	Bijlage 1 Gemiddelde tijden	98
	Bijlage 2 Doelgroepbepaling zorgintensieve kinderen	101

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Verpleging (VP) beschreven. Dit hoofdstuk is met name gebaseerd op de Beleidsregels van VWS, bijlage 5 Verpleging. Maar ook de andere delen van de Beleidsregels van VWS zijn van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie VP.

Bij palliatief terminale zorg (PTZ) en thuisbeademing is er in geval van verpleging in de thuissituatie die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, 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). Omdat de medisch specialistische verpleegkundige handelingen bij PTZ, thuisbeademing en zorgintensieve kinderen wel relevant zijn voor de AWBZ-functie VP, zijn de (complexe) medisch specialistische verpleegkundige handelingen wel in deze toelichting opgenomen.

6.2 Relevante wet- en regelgeving

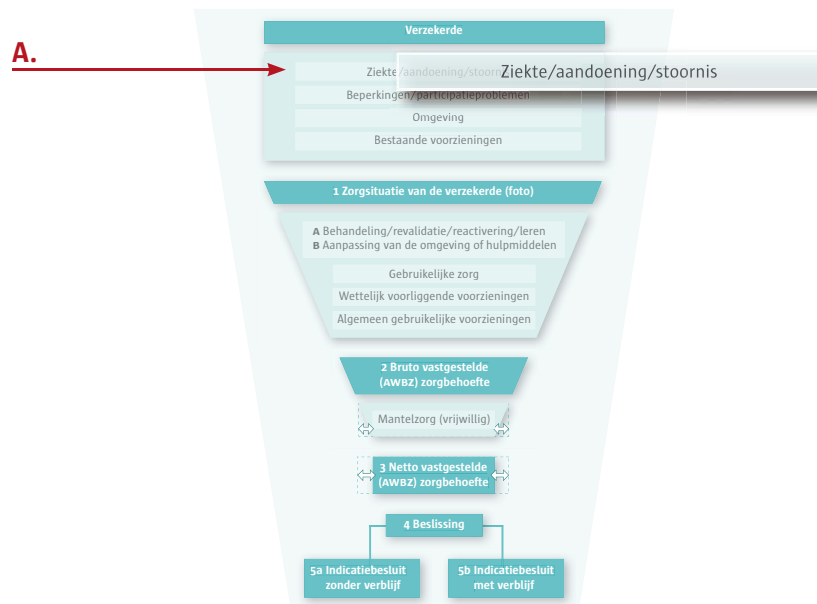
Artikel 5 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

“Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap.”

Deze tekst is aangepast aan het gewijzigde Bza. De voorwaarde 'te verlenen door een instelling' is komen te vervallen.

6.3 Afbakeningskader Verpleging 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. Als 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 alleen toegang tot de functie Verpleging in geval van voortgezet Verblijf. Zie artikel 13 lid 2 Besluit zorgaanspraken AWBZ.

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 Besluit zorgaanspraken AWBZ).

Algemeen

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

1. het in opdracht van een arts uitvoeren van directe handelingen die bij de functie Verpleging horen;
2. het aanleren van activiteiten waarvoor een aanspraak bestaat 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 Verpleging moet ook het onderstaande zijn vastgesteld:

1. er is een door een arts vastgestelde medische noodzaak voor de verpleegkundige handeling;
2. en de verzekerde (en/of gebruikelijke zorgverlener) is beperkt in zijn mogelijkheden om voor de eigen gezondheid te zorgen; of
- 3a. heeft beperkingen en/of mist de vaardigheden/kennis om de verpleegkundige handeling zelfstandig uit te voeren en kan deze verpleegkundige handeling niet aanleren; of
- 3b. mist de vaardigheden/kennis om de verpleegkundige zorg zelfstandig uit te voeren en kan verpleegkundige handelingen wel aanleren.

De beperkingen kunnen gelegen zijn in de persoon zelf en/of de technische onmogelijkheid om de handeling zelf uit te voeren (bijvoorbeeld het zichzelf injecteren op een moeilijk bereikbare plaats).

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

Volgens artikel 2, tweede lid Besluit zorgaanspraken AWBZ 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. Bij 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 Verpleging zijn.

Voorbeelden van 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 medisch adviseur van het CIZ 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 (en/of gebruikelijkezorger) is beperkt in zijn mogelijkheden om voor de 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 of die van het kind te zorgen. Deze beperking vloeit voort uit beperkingen op fysiek of cognitief vlak, óf uit het feit dat gezien de complexiteit of het (grote) risico van de verpleegkundige handeling, niet van een leek (de verzekerde zelf of de gebruikelijkezorger) kan worden verwacht dat deze de handeling zonder gedegen aanleren kan uitvoeren. Er is dan sprake van de beperking om voor de eigen gezondheid te zorgen, omdat de verzekerde (of gebruikelijkezorger) op dat moment dus de vaardigheden of kennis mist om activiteiten op het gebied van de verpleging zelfstandig uit te voeren.

Daarnaast kan er sprake zijn van een beperking om voor de eigen gezondheid te zorgen wanneer de verpleegkundige handeling moet worden uitgevoerd op een door de verzekerde moeilijk te bereiken plaats, bijvoorbeeld bij een wond op de rug.

Voor handelingen waarbij sprake is van zelfzorg³⁴ wordt in beginsel geen AWBZ-zorg geïndiceerd omdat de zelfredzaamheid van de verzekerde rondom zijn of haar persoonlijke zorg vooropstaat. Het uitgangspunt bij de functie Verpleging is in eerste instantie het aanleren van deze vaardigheden³⁵. Op Verpleging bij kinderen is het regiem gebruikelijke zorg van toepassing. Zie voor de beschrijving van gebruikelijke zorg bij de functie Verpleging voor kinderen hoofdstuk 4, paragraaf 4.4.2.

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

- a) Als de verzekerde of de gebruikelijkezorger niet in staat is de verpleegkundige handeling zelfstandig uit te voeren, kan AWBZ-zorg in de vorm van het overnemen van de Verpleging aangewezen zijn.
- b) Als verwacht wordt dat de verzekerde of de gebruikelijkezorger na aanleren wel in staat zou moeten zijn om de verpleegkundige handeling³⁶ zelfstandig uit te voeren, kan er een indicatie worden gesteld voor het aanleren van de verpleegkundige handeling.

Gelet op de doelmatigheid moeten deze handelingen, zeker als die gedurende langere tijd (vanaf drie maanden) noodzakelijk zijn, zo veel mogelijk worden aangeleerd, zodat zij door de verzekerde of gebruikelijkezorger kunnen worden uitgevoerd. Voor het gedegen aanleren³⁷ van en begeleiden³⁸ bij de uitvoering van VP-handelingen (niet zijnde Zwv Verpleging), kan wel een AWBZ-indicatie worden afgegeven.

Om te bepalen of het moet gaan om een indicatie voor het overnemen dan wel het aanleren van de handeling(en), wordt rekening gehouden met het begrip doelmatigheid: duur en frequentie worden afgewogen tegen de periode die nodig is voor gedegen aanleren. Als bij een verzekerde gedurende een korte periode een handeling moet worden verricht, dient het aanleren niet meer tijd te kosten dan het overnemen van die handeling gedurende een paar weken.

34 RZA 2007, 133 Doelmatigheid vereist dat een verzekerde een aan te leren handeling zelf aanleert en uitvoert (zelfzorg), bijvoorbeeld zichzelf injecteren of een wond verzorgen. Dit op basis van artikel 2, lid 2 en artikel 5 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

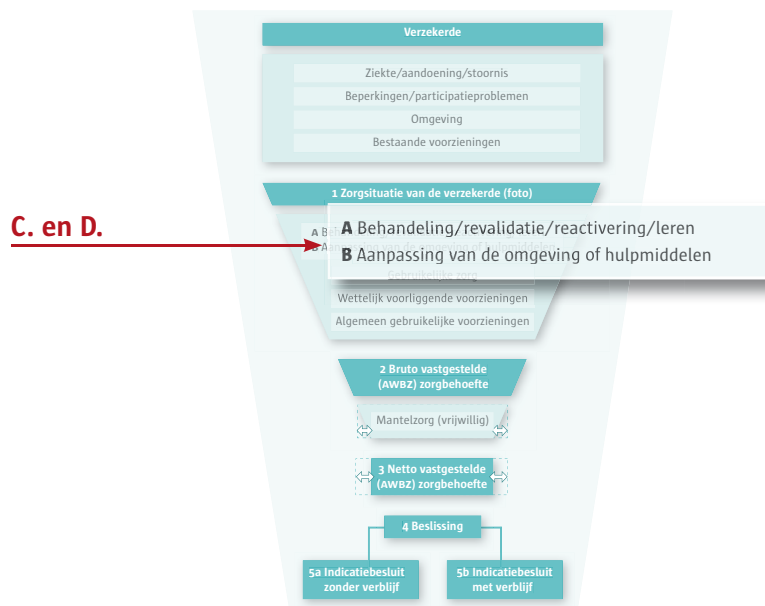
35 In paragraaf 6.5 wordt 'het aanleren' van activiteiten beschreven.

36 Dit geldt alleen voor de VP-handelingen die onder AWBZ Verpleging vallen. Verpleging die tot de Zwv behoort, kan nooit bij de aanspraken van de AWBZ horen, met uitzondering van thuisbeademing en PTZ. Zie ook afbakening Zwv en AWBZ.

37 Zie onder specifiek punt 'Aanleren', paragraaf 6.5.

38 Zie onder specifiek punt 'Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg', paragraaf 6.5.

C. *Behandeling/revalidatie*

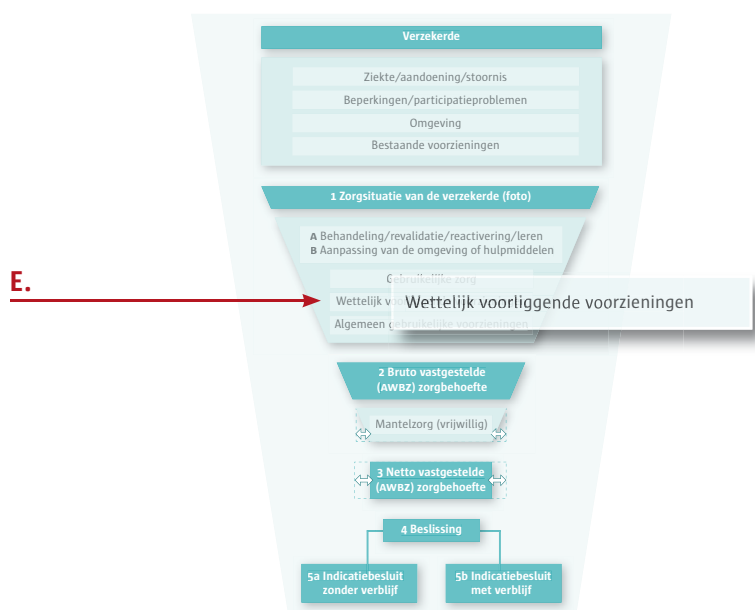


Als behandeling of revalidatie mogelijk is ter voorkoming van AWBZ-zorg, is dat voorliggend.

D. *Aanpassing van de omgeving*

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

E. *Wettelijk voorliggende voorzieningen*



Dit zijn wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg waarop de verzekerde is aangewezen, kan worden bekostigd. Er is dan geen aanspraak mogelijk op de AWBZ. Het gaat erom 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 hierna: Afbakening Zorgverzekeringswet/AWBZ.

De beschrijving van de afbakening van noodzakelijke verpleging bij medisch specialistische zorg en AWBZ-Verpleging, is vereenvoudigd. De strekking is gelijk gebleven. Verpleging thuis in opdracht van de huisarts, is ook bij een lage frequentie AWBZ-zorg.

Afbakening Zorgverzekeringswet/AWBZ

De zorg zoals een medisch specialist die pleegt te bieden, valt niet onder de aanspraken van de AWBZ maar onder de Zvw. Deze zorg omvat ook verpleegkundige handelingen. Voor verpleging geldt dat bepalend is, wie verantwoordelijk is voor de verpleging: als dat de huisarts is, betreft het AWBZ, als het een medisch specialist is, de Zvw. Alle zorg die onder de functie Persoonlijke Verzorging valt, komt ten laste van de AWBZ, ook als dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

Bovenstaande is gebaseerd op artikel 2.11 van het Besluit zorgverzekering. Hierin staat 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.

Verpleging onder de verantwoordelijkheid van de huisarts (AWBZ)

Is de huisarts verantwoordelijk voor de verpleging in de thuissituatie, dan komt deze verpleging, ongeacht de frequentie waarin deze plaatsvindt, ten laste van de AWBZ. Het gaat hierbij om handelingen die zijn uitgeschreven in de bijlage Verpleging van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Het gaat hier nadrukkelijk niet om handelingen zoals huisartsen die plegen te bieden zoals 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. 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.

Verpleging onder de verantwoordelijkheid van de medisch specialist (Zvw)

Bij verpleging thuis onder de verantwoordelijkheid van de medisch specialist kan het zowel om hoogcomplex- als laagcomplex verpleging gaan. De tijdsduur van de aanspraak op de verpleging is niet beperkt, maar is gelijk aan de periode dat de medisch specialist verantwoordelijk is voor de verpleging. Ook de noodzakelijke instructie en voorlichting die direct samenhangt met de behandeling c.q. verpleging zoals instructie voor het toedienen van injecties, voor het schoonhouden en verzorgen van een stoma bij een lokaal niet-intacte huid, voor het inbrengen en verwijderen van een katheter, voor controle van bloedsuikers, enzovoort, valt dan onder de aanspraken op de Zvw.

Een niet uitputtende opsomming van voorbeelden van hoogcomplex handelingen die alleen door een medisch specialist kunnen worden voorgeschreven is:

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

Een medisch specialist kan vanwege de individuele cliëntsituatie ook in de thuissituatie verantwoordelijk zijn voor laag complexe verpleging die in andere omstandigheden door een huisarts zou kunnen worden voorgeschreven.

Denk hierbij aan verpleegkundige handelingen zoals:

- wondverzorging;
- (compressief) zwachtelen;
- katheteriseren;

- het toedienen/ gebruiken van middelen waarvoor de huisarts herhalingsrecepten kan schrijven, zoals zalven, verbandmateriaal, enzovoort;
- injecties met stoffen zoals insuline, fraxiparine, enzovoort.

Verantwoordelijkheid

Met de verantwoordelijkheid van de medisch specialist wordt bedoeld dat deze het (vervolg)beleid van de behandeling ofwel de verpleging bepaalt. Dat wil zeggen dat de medisch specialist degene is die de wijzigingen in de behandeling aanbrengt en door de verzekerde of zorgverlener wordt geraadpleegd bij vragen en/of (acute) complicaties. Als de huisarts wordt geraadpleegd, zal hij in deze situatie slechts als tussenpersoon tussen de verzekerde/ zorgverlener en de medisch specialist fungeren. Bij overdracht van de medisch specialist aan de huisarts is de verantwoordelijkheid van de zorg volledig overgedragen aan de huisarts en kan de huisarts daadwerkelijk handelen bij calamiteiten. Dit geldt 24 uur per dag, dus ook tijdens de waarneming gedurende de avonden en weekeinden. Pas bij een volledige overdracht kan er een aanspraak op Verpleging vanuit de AWBZ zijn.

Uitzonderingen

Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg bij kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar valt onder de Zorgverzekeringswet. Voor zorgintensieve kinderen geldt dat zij voor Verpleging in 2012 nog onder de AWBZ vallen. Dit op basis van de brief van het ministerie van VWS van 12 december 2011 met als kenmerk DLZ/KZ- U- 3095053. Zie bijlage 2 voor de doelgroepbepaling zorgintensieve kinderen.

Voor thuisbeademing en palliatief terminale zorg geldt dat de verpleging ten laste van de AWBZ komt, ook verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg (art 2.11 Besluit zorgverzekering). Om deze reden zijn enkele activiteiten die alleen medisch specialisten zullen voorschrijven, opgenomen in de activiteiten van AWBZ VP (bijlage 2) bij dit hoofdstuk. Deze zijn gemarkeerd met een asterisk (*).

Alle verpleging die noodzakelijk is in verband met palliatief terminale zorg komt ten laste van de AWBZ. Alleen die verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing komt ten laste van de AWBZ. De medisch specialistische verpleging die geen relatie heeft met thuisbeademing komt ten laste van de Zvw.

Indiceren van AWBZ-zorg in geval van samenloop

Artikel 2 lid 1 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ 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 Besluit zorgaanspraken AWBZ 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 heeft geregeld in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

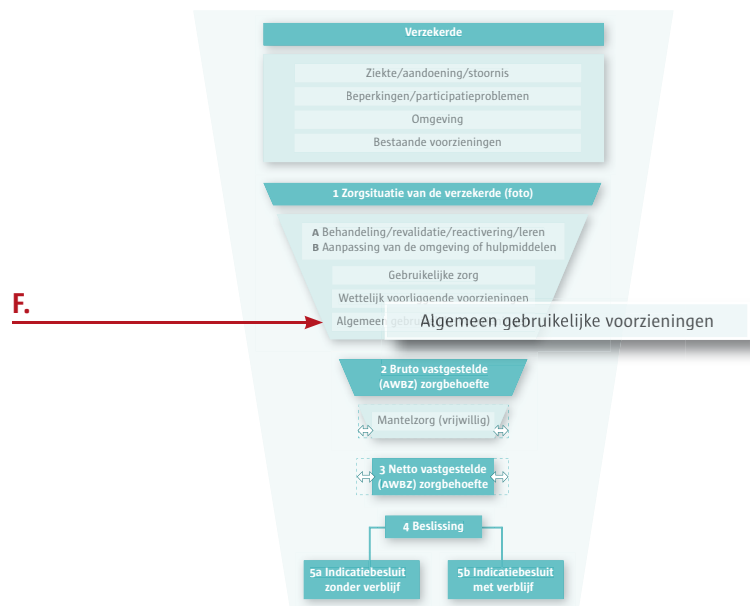
Preventie

Op grond van meerdere wettelijke regelingen kan aanspraak worden gemaakt op vaccinaties. Dit kunnen vaccinaties zijn op grond van artikel 18 van het Besluit zorgaanspraken 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 Besluit zorgaanspraken AWBZ buiten de te indiceren aanspraken op de AWBZ valt, wordt hiervoor geen indicatie gesteld.

Afbakening met onderwijs

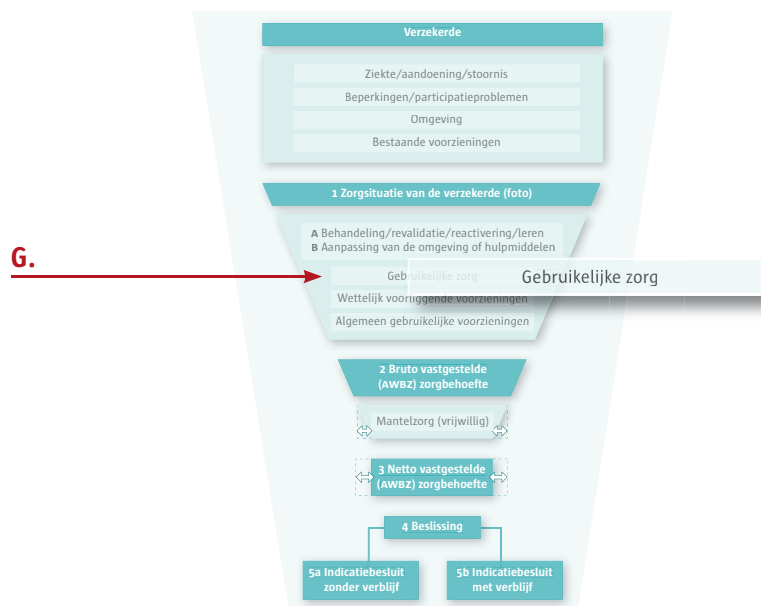
De niet uitstelbare AWBZ verpleegkundige handelingen die een kind tijdens schooltijd nodig heeft, kunnen worden geïndiceerd voor zover er geen sprake is van een clusterindicatie. Zie verder paragraaf 6.4 onder Omvang.

F. Algemeen gebruikelijke voorzieningen



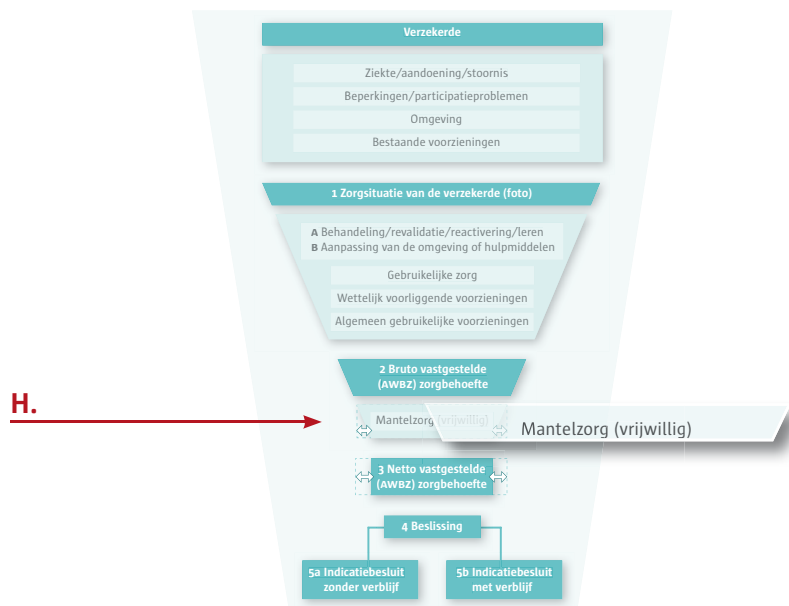
Op de functie Verpleging zijn geen algemeen gebruikelijke voorzieningen van toepassing.

G. Gebruikelijke zorg



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

H. Mantelzorg



Mantelzorg is langdurige 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 en de gebruikelijke zorg overstijgt. Voor het CIZ gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.

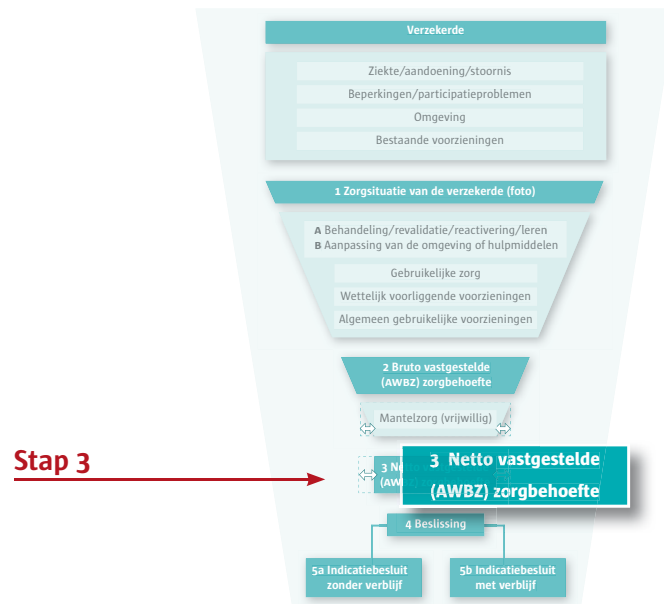
Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte (bovengebruikelijke) levering van zorg. Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat er aanspraak op AWBZ-zorg. Ouders die bovengebruikelijke zorg (mantelzorg) bieden aan hun kind (zonder dat zij overbelast zijn of dreigen te worden),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

Bij de beoordeling van bovengebruikelijke zorg, wordt gekeken naar de richtlijn die is opgenomen in de Beleidsregels van VWS over 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.

6.4 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, niet-uitstelbare AWBZ-Verpleging tijdens het onderwijs;
- mogelijke, niet-uitstelbare AWBZ-Verpleging die geboden wordt in het speciaal onderwijs volgens tabel voorliggende zorg binnen het onderwijs;
- benodigde, niet-uitstelbare AWBZ-Verpleging tijdens de afwezigheid van ouders door werk (voor 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 één uur per etmaal, per week (maximaal zeven uur per week);
- benodigde intieme AWBZ-Verpleging voor een kind van 12 jaar of ouder dat deze zorg niet wil ontvangen van de ouders;
- benodigde AWBZ-zorg die tijdens Begeleiding en Behandeling in groepsverband moet worden geboden. BG groep en BH groep zijn integrale pakketten. De PV, VP en BG individueel die tijdens de BG groep of BH groep nodig is, wordt niet geïndiceerd gedurende de tijd dat de verzekerde de Begeleiding groep of Behandeling groep bezoekt;
- benodigde AWBZ-zorg (PV, VP en BG) tijdens Kortdurend Verblijf. Dit omdat Kortdurend Verblijf geen integraal pakket is. Zie verder het hoofdstuk Kortdurend Verblijf onder paragraaf 10.4.

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 het onderwijs

Voor de omvang van AWBZ-Verpleging wordt rekening gehouden met de omvang van de niet-uitstelbare Verpleging op school, die al onderdeel is van de clusterindicatie (zie tabel voorliggende zorg binnen het onderwijs).

In het indicatiebesluit wordt per zorgvorm (in dit geval de functie VP) de omvang vermeld. Dit is de hoeveelheid zorg uitgedrukt in tijd. Wanneer er tijdens het onderwijs ook VP vanuit de AWBZ nodig is, is de omvang de optelsom van de te indiceren zorg thuis en de te indiceren zorg tijdens de schooluren. Om de totale omvang van de functie VP te kunnen vaststellen, wordt de VP in de thuissituatie en tijdens de schooluren apart berekend.

Wanneer een kind een clusterindicatie heeft met daarin Verpleging, dan wordt de tijd vanuit deze clusterindicatie als wettelijk voorliggende voorziening in mindering gebracht op de omvang van de niet uitstelbare VP tijdens de schooluren. De omvang van deze (wettelijk voorliggende) Verpleging is afhankelijk van het type speciaal onderwijs waarvoor het kind/de leerling een REC-indicatie heeft (zie onderstaande tabel).

Voor de omvang van VP in de thuissituatie gedurende de schoolweken (40 weken per jaar) en gedurende de vakanties (12 weken per jaar) geldt wat beschreven is in hoofdstuk 4, Gebruikelijke zorg.

Via de hiervoor genoemde rekenwijze wordt de aanspraak op VP buiten de tijd dat het kind op school zit, niet beïnvloed door de VP die onderdeel is van de clusterindicatie³⁹. Het indicatiebesluit laat naast de totale omvang van VP ook zien welk deel van de aanspraak is bedoeld voor schooltijd en welk deel voor daarbuiten.

Tabel: Voorliggende zorg binnen het onderwijs		
Onderwijssoort		VP in minuten per week
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

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Verpleging gelden de algemene criteria. Zie hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

Daarnaast geldt het volgende:

Een indicatiebesluit voor zorg zonder verblijf die noodzakelijk is in verband met een ziekte of aandoening die er toe leidt dat de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden, blijft geldig tot de verzekerde is overleden⁴⁰.

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

³⁹ Dit volgens de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep d.d. 29-01-2009 (07/5273 AWBZ).

⁴⁰ Technisch gezien betekent dit dat een indicatie voor VP op basis van PTZ in de terminale levensfase een geldigheidsduur krijgt van honderd jaar.

Het indicatiebesluit waarbij sprake is van respijtzorg wordt in eerste instantie afgegeven voor een half jaar. Hierna kan verlenging volgen. Gedurende dit eerste 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 is/ blijft. Als dat inderdaad zo is, dan kan verlenging van de indicatie voor gebruikelijke VP volgen.

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 niet alleen de tijdbesteding die direct gemoeid is met de directe zorg/handeling, maar ook het binnenkomen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en 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.

Bij een enkelvoudige activiteit wordt de totale gemiddelde tijd als basis genomen. Bij meerdere activiteiten wordt van elke activiteit 3,5 minuut indirecte tijd in mindering gebracht en per zorgmoment wordt vervolgens 3,5 minuut indirecte tijd weer opgeteld. De gemiddelde tijd van de indirecte zorg is ontleend aan het onderzoeksrapport van bureau HHM⁴¹.

De omvang is ook inclusief het schoonhouden van apparatuur en hulpmiddelen. De gemiddelde tijden bij kinderen kunnen verschillen van de gemiddelde tijden bij volwassenen.

Voor thuisbeademing geldt een andere wijze van omvangbepaling (zie hoofdstuk 12).

Niet uitputtende opsomming van factoren die meer tijd vergen:

- complicatierisico/instabiele zorgsituatie;
- ernstige mobiliteitsbeperkingen/spasmen;
- ernstige beperkingen in verband met de lichamelijke conditie;
- cognitieve problematiek;
- coördinatiestoornissen;
- gedragsproblemen;
- communicatieproblemen (b.v. 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 die meer tijd vergen, kan de indicatiesteller besluiten om de omvang van de functie te verhogen of te verlagen met één klasse.

D. Leveringsvorm

De leveringsvorm is een verplicht⁴² te registreren item. Het maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Verpleging kan alleen worden toegekend in de vorm van zorg in natura.

Deze tekst is gewijzigd naar aanleiding van het aanpassen van de subsidieregeling Pgb.

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

42 Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

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. De leveringsvoorwaarde maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

6.5 Specifieke punten

Aanleren

Als een verzekerde niet in staat is de AWBZ VP-handeling zelf uit te voeren, wordt tijdens het indicatieonderzoek nagegaan 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 gebruikelijkzorger of de mantelzorger de activiteit kan aanleren, wordt een kortdurende indicatie voor maximaal zes weken gesteld.
- Wanneer bij een verzekerde of gebruikelijkzorger 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 gebruikelijkzorger, of hij een handeling kan aanleren. Wanneer twijfel bestaat over de mogelijkheid tot aanleren van de verzekerde of de gebruikelijkzorger, is onderzoek door de medisch adviseur van het CIZ noodzakelijk.

Het aanleren moet gericht zijn op handelingen binnen de AWBZ-functie VP. Het betreft activiteit 1.9 Aanleren van VP-activiteiten (zie bijlage 2 bij dit hoofdstuk).

De gemiddelde tijd die voor het aanleren wordt gehanteerd, is de tijd van de handeling zelf. De te indiceren tijd voor 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 kan uitvoeren;
- de ouders of mantelzorger uitvoeren.

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

Notabene: 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.

Als het gaat om handelingen waarvoor de verzekerde aanspraak zou moeten maken op de Zvw, behoort het aanleren van deze handelingen primair ook tot die aanspraak. Zo behoort het aanleren van VP-zorg die voortvloeit uit de voorgeschreven behandeling van een medisch specialist (bijvoorbeeld injecteren, het schoonhouden en verzorgen van een stoma bij een lokaal niet-intacte huid, het inbrengen en verwijderen van een katheter, controle van bloedsuiker) tot de aanspraken van de Zvw. En ook het leren omgaan met apparatuur, voorgeschreven door de medisch specialist en verstrekt via de Zvw (bijvoorbeeld infuuspomp thuis, zuurstof thuis). Het kan zijn dat na ontslag uit het ziekenhuis nog enig aanleren noodzakelijk is, omdat de omstandigheden/voorzieningen thuis anders zijn dan in het ziekenhuis. Dit aanleren kan als AWBZ-zorg worden geïndiceerd.

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, gebruikelijkzorgers of mantelzorgers.

Mocht een verzekerde, gebruikelijkzorger 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 vallen op het juiste niveau te houden, komt bijvoorbeeld één 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 ervoor 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) de verzekerde. Het is dan niet mogelijk om de AWBZ-functie VP te indiceren voor het toezicht op een juiste uitvoering van deze handelingen.

Het door een behandelaar uit de eerste lijn aan de verzekerde bekendmaken van een diagnose van een ernstige ziekte, omvat ook begeleiding bij het verwerken of 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. Dit wordt niet gedefinieerd als verpleegkundige begeleiding bij het uitvoeren van 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 door 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. Als er al een AWBZ-indicatie VP is, en deze 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, of in te kopen.

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

Om in aanmerking te komen voor een indicatie op grond van respijtzorg moet er ook op basis van aandoeningen/stoornissen en beperkingen bruto aanspraak zijn op de betreffende functie.

Zie paragraaf 6.4 onder B voor informatie over de geldigheidsduur van indicatiebesluiten waarbij sprake is van respijtzorg.

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 voor mensen met chronische ziekten, waarbij 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) waarbij, veelal op basis van een protocol, wordt nagegaan of aanpassing van attitude of gedrag kan leiden tot het beter hanteren van de gevolgen van de ziekte. Ook het motiveren van de verzekerde om zijn gedrag daadwerkelijk aan te passen, 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, Algemene uitgangspunten.

Bijlagen bij hoofdstuk 6

Bijlage 1 Gemiddelde tijden

De gemiddelde tijden zijn basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort. De gemiddelde tijd bevat niet alleen de tijdbesteding die direct gemoeid is met de directe zorg/handeling, maar ook het binnenkomen, gedag zeggen, handen wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en 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. Bij een enkelvoudige activiteit wordt de totale gemiddelde tijd als basis genomen. Bij meerdere activiteiten wordt van elke activiteit 3,5 minuut indirecte tijd in mindering gebracht en per zorgmoment wordt vervolgens 3,5 minuut indirecte tijd weer opgeteld. De gemiddelde tijd van de indirecte zorg is ontleend aan het onderzoeksrapport van bureau HHM⁴³. De omvang is ook inclusief het schoonhouden van apparatuur en hulpmiddelen. De gemiddelde tijden bij kinderen kunnen verschillen van de gemiddelde tijden bij volwassenen. Voor thuisbeademing geldt een andere wijze van omvangbepaling (zie hoofdstuk 12).

Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie van VP-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 als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit. * VP-handelingen, waarbij het gaat om verpleging, noodzakelijk in verband met met medisch specialistische zorg ² .	Gemiddelde tijd ¹ 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/vochthuishouding/uitscheiding urine/faeces;	10
	Bloeddruk meten	10
	Bloedsuiker prikken (bijvoorbeeld voor 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 geven over preventieve maatregelen	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
	Darmspoelen	30
	Katheteriseren (eenmalig)	15
	Katheter inbrengen (verblijfs)	30
	Blaasspoelen via nog aan te brengen katheter	20
	Spoelen nefrostomiekatheter*	20
¹ Deze tijd is inclusief de indirecte zorg (3,5 minuut).		
² Deze VP-handelingen vallen onder de Zvw, behalve bij thuisbeademing of PTZ.		

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

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit. * VP-handelingen, waarbij het gaat om verpleging, noodzakelijk in verband met met medisch specialistische zorg ² .	Gemiddelde tijd ¹ per keer
1.5 Medicatie	Toedienen medicatie via injecteren (of via infuus*) Subcutane medicatietoediening via de pomp	10 45
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 uitgeoefende 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 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	Compressief zwachtelen één been Compressief zwachtelen twee benen Zuurstof toedienen* Inbrengen sonde	15 25 10 30
2.1 Gespecialiseerd verpleegkundig handelen	Inbrengen infuus* Epidurale/spinale pijnbestrijding* Intraveneuze medicatietoediening* Intraveneuze vocht- en voedingtoediening* Drainage maag/thorax* Fototherapie* Uitzuigen trachea, mond/keelholte* Verwisselen van de buitencanule* Verwisselen van de binnencanule Bronchiaal toilet (sprayen NaCl)*	20 30 20 20 20 30 10 30 10 15
<p>¹ Deze tijd is inclusief de indirecte zorg (3,5 minuut).</p> <p>² Deze VP-handelingen vallen onder de Zvw, behalve bij thuisbeademing of PTZ.</p> <p>³ Dit is andere zorg dan AIV. De omschrijving van AIV is opgenomen onder 6.5 Specifieke punten.</p>		

De gemiddelde tijd voor het injecteren is in de Beleidsregels teruggebracht van 20 naar 10 minuten per keer.

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit.	Gemiddelde tijd ¹ per keer
4.1 Toezicht vanwege thuisbeademing bij kinderen tot 18 jaar	* VP-handelingen, waarbij het gaat om verpleging, noodzakelijk in verband met met medisch specialistische zorg ² . Toezicht in geval van thuisbeademing bij kinderen tot 18 jaar*	Zie bijlage 5 van de Beleidsregels VWS en hoofdstuk 11 van de CIZ Indicatie-wijzer.
<p>¹ Deze tijd is inclusief de indirecte zorg (3,5 minuut).</p> <p>² Deze VP-handelingen vallen onder de Zvw, behalve bij thuisbeademing of PTZ.</p>		

De groep kinderen (0-18 jaar) die intensieve kindzorg ontvangt is een heterogene groep, met een grote diversiteit aan ziektebeelden en (aangeboren) aandoeningen/handicaps. Veelal is er sprake van de grondslag somatische aandoening/beperking en mogelijk ook van de grondslag lichamelijke handicap. Daarbij moet in het oog worden gehouden dat er ook kinderen zijn waarbij op basis van een bijkomende grondslag een noodzaak is tot Verpleging en Persoonlijke Verzorging.

Bij zorgintensieve kinderen gaat het om medisch specialistische verpleegkundige zorg die aan onderstaande doelgroep wordt geleverd door (kinder)thuiszorgorganisaties, door verpleegkundig kinderdagverblijven (leeftijd 0-5 jaar) en kinderspices.

Binnen de doelgroep 'intensieve kindzorg' zijn twee profielen te onderscheiden, te weten:

A) kinderen met zwaar complexe somatische problematiek (inclusief palliatief terminale zorg en chronische beademing) waarbij permanent toezicht noodzakelijk is c.q. leveringsvoorwaarde '24 uur per dag direct aanwezig' (AWBZ leveringsvoorwaarde D) van toepassing is.

B) kinderen met lichtere complexe problematiek, waarbij één of meer speciale verpleegkundige handelingen nodig zijn en waarbij hulp/ toezicht voortdurend in de nabijheid nodig is (AWBZ leveringsvoorwaarde C)⁴⁴.

Voor de kinderen met profiel A gelden alle hieronder weergegeven specifieke handelingen. De specifieke handelingen voor de kinderen met profiel B zijn in deze tabel rood gearceerd⁴⁵. Er staan ook handelingen in onderstaande tabel waarop leveringsvoorwaarde C of D niet van toepassing zijn, aangezien dit planbare handelingen betreft. Een voorbeeld hiervan is wondverzorging. Hiervoor geldt dat wanneer er sprake is van één of meerdere handelingen met leveringsvoorwaarde C of D deze handelingen ook als AWBZ-zorg worden geïndiceerd. Met andere woorden: als een kind tot profiel A of B behoort, valt alle verpleging bij dit kind onder de AWBZ. Wanneer kinderen niet tot de doelgroep behoren, behoort de medisch specialistische verpleging tot de aanspraken op de Zvw.

Notabene: Bij handelingen rondom intraveneuze medicatie, vocht en voedingstoediening zoals de handelingen medicatie toediening via infuus, via een elastomeerpomp, via een Venflon, via een Port-a-cath, via TPV en via CVC gaat het in het algemeen om toediening op afgesproken tijden, maar door omstandigheden kunnen de handelingen ook opeens nodig zijn. Omdat het hier zeker bij kinderen gaat om risicovolle handelingen met kans op infecties waarvoor bij deze handelingen specialistische en gedegen kennis nodig is, vallen deze handelingen onder de doelgroep zorgintensieve kinderen en mag hier leveringsvoorwaarde C aan worden gekoppeld.

44 Hieronder vallen tevens de ernstig verstandelijk gehandicapte kinderen met zware epilepsie, waarbij vanwege het risico op levensgevaar bij een insult binnen 15 minuten moet worden ingegrepen door middel van het toedienen van medicatie via de wangzak of via het rectum.

45 Hieronder vallen ook de kinderen met ademhalingsondersteuning waarbij geen noodzaak is tot permanent toezicht. Dit is (nog) niet expliciet in de tabel aangegeven.

Verpleging

Activiteit	Handelingen die deel uitmaken van de activiteit	Gemiddelde tijd	Frequentie
1.2 Controle lichaamsfuncties	Monitorbewaking, aan- en afkoppelen Betreft eveneens het aan- en afkoppelen van de saturatiemeter	10 minuten (5 minuten voor aankoppelen en 5 minuten voor afkoppelen)	Op basis van de noodzaak tot het aantal keren aan- en afkoppelen per dag/ per week
	Monitorbewaking, reageren op alarm ¹ Betreft eveneens het reageren op alarm, veroorzaakt door de saturatiemeter	5 minuten	Op basis van het gemiddeld aantal keren alarm per week
1.3 Wond- en/of stomaverzorging	Wet Packs Wet Packs betreft het aanbrengen van een vochtige laag buisverband en daarna een droge laag buisverband. Dit direct volgend op het zalven van de niet-intacte huid (activiteit 1.3 VP/ wond- en/of stomaverzorging)	30 minuten Deze gemiddelde tijd is inclusief de gemiddelde tijd die staat voor de handeling het zalven van de niet-intacte huid	Naar noodzaak
	Wrappen Wrappen is het aanbrengen van buisverband ² direct volgend op het zalven van de niet-intacte huid (activiteit 1.3 VP/ wond- en/of stomaverzorging). Dit is de droge variant van het inpakken van de huid na het zalven	30 minuten Deze gemiddelde tijd is inclusief de gemiddelde tijd die staat voor de handeling het zalven van de niet-intacte huid	Naar noodzaak
1.4 ondersteuning bij uitscheiding	CAPD/ CCPD (peritoneaaldialyse) De gemiddelde tijd betreft alle handelingen die rondom het dialyseren zelf noodzakelijk zijn	30 minuten	Naar noodzaak
<p>¹ Met het reageren op alarm wordt alleen de tijd bedoeld voor het daadwerkelijk reageren. De activiteiten die daarna eventueel nodig zijn, worden apart geïndiceerd.</p> <p>² Een buisverband is voor wat betreft zijn vorm te vergelijken met een legging. Een kous zonder voet; een mouw etc. Verder te vergelijken met tubigrip.</p>			

Activiteit	Handelingen die deel uitmaken van de activiteit	Gemiddelde tijd	Frequentie
1.5 Medicatie	Toedienen medicatie via injecteren (of via infuus) ³	10 minuten ⁴	Naar noodzaak
	Het gaat hier ook om het toedienen van medicatie via een Insuflon		
	Medicatie toedienen via een Elastomeerpomp	23,5 min per keer ⁶	Naar noodzaak
	Subcutaan insuline toedienen via pomp en overige handelingen die naast het inbrengen van het infuussysteem plaatsvinden	Controle glucose (activiteit 1.2): 5 minuten	De gemiddelde frequentie controle bloedsuiker is 5 maal per dag
	Inbrengen van infuussysteem insulinepomp (ook wel naaldwissel genoemd) is gelijk aan de handeling 'inbrengen infuus'	Toedienen bolus insuline: 5 min	Naar noodzaak ⁷
	Aan- en afkoppelen insulinepomp ⁵ bij bijvoorbeeld het douchen	Ampulwissel: 10 minuten	Naar noodzaak
- Aankoppelen, inclusief controle bloedsuiker	Naaldwissel (inbrengen infuussysteem): 20 minuten	Naar noodzaak	
- Afkoppelen	Aan- en afkoppelen insulinepomp ⁵ bij bijvoorbeeld het douchen - Aankoppelen, inclusief controle bloedsuiker	8,5 minuten	Naar noodzaak
		5 minuten	Naar noodzaak
1.10 Niet nader gespecificeerd verpleegkundig handelen	Zuurstof toedienen/ aan- en afkoppelen Zuurstof toedienen: momenten van het 'extra' toedienen van zuurstof	5 minuten	Op basis van het gemiddeld aantal keren per dag per week
	Aan- en afkoppelen: Het aanbrengen/ plakken van de neusbril. Het inbrengen/ plakken van de neuskatheter en het aanbrengen van de mondkap	10 minuten (2x 5 minuten aan- en afkoppelen)	Veelal 1x per dag
<p>³ Het kan hier gaan om subcutane of intramusculaire injecties.</p> <p>⁴ In de brief van VWS staat een gemiddelde tijd van 20 minuten. In de brief staat ook dat de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ van toepassing zijn op de indicatiestelling bij deze kinderen. In de Beleidsregels is de gemiddelde tijd van het toedienen van medicatie via injecteren of via infuus teruggebracht naar 10 minuten. Om deze reden kan hier een gemiddelde tijd van 10 minuten worden gehanteerd. De werkelijke tijd is uitgangspunt bij het bepalen van de omvang. Als geobjectiveerd kan worden dat er bij dit kind meer of minder tijd nodig is, dan wordt de werkelijke tijd geïndiceerd. 'Meer tijd' kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij het toedienen van bepaalde stoffen.</p> <p>⁵ Het aan- en afkoppelen vindt binnen twee uur plaats.</p> <p>⁶ Het kan hier gaan om een tijd van 13,5 minuten per keer, 23,5 minuten per keer of 33,5 minuten per keer. Dit is afhankelijk van de tijd zoals deze door de apotheek per toe te dienen stof wordt ingesteld.</p> <p>⁷ Vanwege de houdbaarheid van de insuline moet de ampul minstens eenmaal per drie dagen worden gewisseld.</p>			

Activiteit	Handelingen die deel uitmaken van de activiteit	Gemiddelde tijd	Frequentie
2.1 Gespecialiseerd verpleegkundig handelen	Intraveneuze medicatie toediening: toedienen medicatie via infuus (Venflon, Port-a-cath en CVC). Deze handeling wordt apart geïndiceerd van de handeling intraveneuze vocht- en voeding toediening	Medicatie: 10 minuten ⁹	Naar noodzaak
	Bij totale parenterale voeding (TPV) wordt 20 minuten per voedingsstof geïndiceerd ⁸	Intraveneuze vocht- of voedingstoediening: 20 minuten	Naar noodzaak van het aantal keer per etmaal verwisselen van zakken infuusvloeistof plus het aantal keer verwisselen van de medicatie
	Verwisselen van de buitencanule	30 minuten	1 x per 3 weken
	Verwisselen van de binnencanule	10 minuten	1 à 2 x per dag
	Bronchionaal toilet (sprayen NaCl)	15 minuten	3 à 4 x per dag
	Het aanbrengen en verwijderen van de mond- / neuskap. Ook wel aan- en afkoppelen van de beademingsapparatuur genoemd	Aankoppelen 15 minuten Afkoppelen 5 minuten	Afhankelijk van het aantal periodes dat wordt beademd (niet aaneensluitend)
	Het aan- en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea	Hiervoor wordt geen aparte tijd geïndiceerd. Zie de beschrijving in hoofdstuk 12 'Thuisbeademing', paragraaf 12.3 onder activiteit 2.1	
	Verwisselen Insuflon ¹⁰	15 minuten	2 à 3 x per week
	Aanprikken Port-a-cath ¹¹	20 minuten	Naar noodzaak
	Flushen Venflon ¹² Betreft het openhouden van de Venflon door middel van spoelen met NaCl of Heparine	15 minuten	2 x per dag

8 Bij kinderen komt het voor dat de koolhydraten, vetten en eiwitten apart via het infuus moeten inlopen.

9 In de brief van VWS staat een gemiddelde tijd van 20 minuten. In de brief staat ook dat de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ van toepassing zijn op de indicatiestelling bij deze kinderen. In de Beleidsregels is de gemiddelde tijd van het toedienen van medicatie via injecteren of via infuus teruggebracht naar 10 minuten. Om deze reden kan hier een gemiddelde tijd van 10 minuten worden gehanteerd. De werkelijke tijd is uitgangspunt bij het bepalen van de omvang. Als geobjectiveerd kan worden dat er bij dit kind meer of minder tijd nodig is, dan wordt de werkelijke tijd geïndiceerd. 'Meer tijd' kan bijvoorbeeld aan de orde zijn bij het toedienen van bepaalde stoffen.

10 Toegangspoort tot het subcutane infuussysteem

11 Toegangspoort tot het intraveneuze infuussysteem

12 Toegangspoort tot het intraveneuze infuussysteem

Activiteit	Handelingen die deel uitmaken van de activiteit	Gemiddelde tijd	Frequentie
	Openhouden van de Port-a-cath door middel van spoelen met NaCl of Heparine	15 minuten	1 x per week
	Vervangen Heparineslot	15 minuten	1 x per week
	Openhouden Centraal Veneuze Catheter (CVC) door middel van spoelen met NaCl of Heparine	15 minuten	1 x per week
	Vervangen Heparineslot	15 minuten	1 x per week
	Verzorgen en fixeren van insteek CVC	15 minuten	2 tot 3 x per week
	Deze handeling dient de eerste drie weken na (operatief) aanbrengen plaats te vinden		Over maximaal een periode van 3 weken
	Uitzuigen ¹³ (mond/keelholte)/ uitzuigen via tracheacanule	5 tot 10 minuten per keer ¹⁴	Naar noodzaak ¹⁵
	Het gebruik van CPAP-apparaat ¹⁶ Het aanbrengen en verwijderen van het neusmasker, het aan- en uitzetten van het apparaat, inclusief controle, het eventueel toedienen van zuurstof en/of het gebruik van een luchtbevochtiger	Aankoppelen: 15 minuten Afkoppelen: 5 minuten	1 maal per nacht. Indien het kind de apparatuur ook tijdens bijvoorbeeld de middagrust moet gebruiken kan de standaardfrequentie hierop worden aangepast.
<p>¹³ Wanneer wordt aangegeven dat het 'diep' uitzuigen betreft dan bedoelt men bronchiaal toilet (activiteit 2.1 bronchiaal toilet (sprayen NaCl)). Gemiddelde tijd 15 minuten. Dit kan ook aan de orde zijn zonder dat er sprake is van thuisbeademing.</p> <p>¹⁴ Bij een frequentie van < 10 keer per etmaal, ligt de gemiddelde tijd op 10 minuten per keer. Bij een frequentie van ≥ 10 keer per etmaal ligt de gemiddelde tijd op 5 minuten per keer. In de AF staat hiervoor 10 minuten per keer.</p> <p>¹⁵ De voorgeschreven gemiddelde frequentie van het aantal maal uitzuigen bedraagt meestal niet meer dan 20 maal per etmaal. Teveel uitzuigen per etmaal brengt risico's mee voor de verzekerde. Bij een hoger opgegeven frequentie per etmaal contact opnemen met de behandelaar om deze hoger opgegeven frequentie medisch te kunnen objectiveren.</p> <p>¹⁶ CPAP (Continue positieve druk in luchtwegen) is een behandeling bij slaapapneu.</p>			

Persoonlijke Verzorging

Activiteit	Handelingen die deel uitmaken van de activiteit	Gemiddelde tijd	Frequentie
2.1 Persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid	Mondverzorging in verband met risico op infecties bij cytostaticagebruik. Betreft spoelen van de mond, aanbrengen medicatie en het poetsen van de tanden	10 minuten per keer (hiervan is de tijd voor het tanden-poetsen al vanaf getrokken)	6 x per dag



Hoofdstuk 7

Begeleiding

Inhoudsopgave

7.1	Inleiding	108
7.2	Relevante wet- en regelgeving	108
7.3	Afbakeningskader Begeleiding (BG) op basis van het trechtermodel	108
	A. Grondslagen	108
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	109
	C. Behandeling/revalidatie	116
	D. Aanpassingen van de omgeving	118
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	118
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	126
	G. Gebruikelijke zorg	127
	H. Mantelzorg	127
7.4	De functie Begeleiding	128
	A1. Omvang van Begeleiding individueel	129
	A2. Omvang van Begeleiding groep	130
	B. Geldigheidsduur	132
	C. Gemiddelde tijden per BG-handeling (zie bijlage bij dit hoofdstuk)	133
	D. Leveringsvorm	133
	E. Leveringsvoorwaarden	133
7.5	Specifieke punten	133
	Toezicht bij vervoer	133
	Respijtzorg	133
	Behandelaars op de achtergrond	134
	Bijlage bij hoofdstuk 7	135
	Gemiddelde tijd en frequentie van activiteiten	135

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Begeleiding (BG) beschreven. Dit hoofdstuk is vooral gebaseerd op de Beleidsregels van VWS over 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.

7.2 Relevante wet- en regelgeving

Artikel 6 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

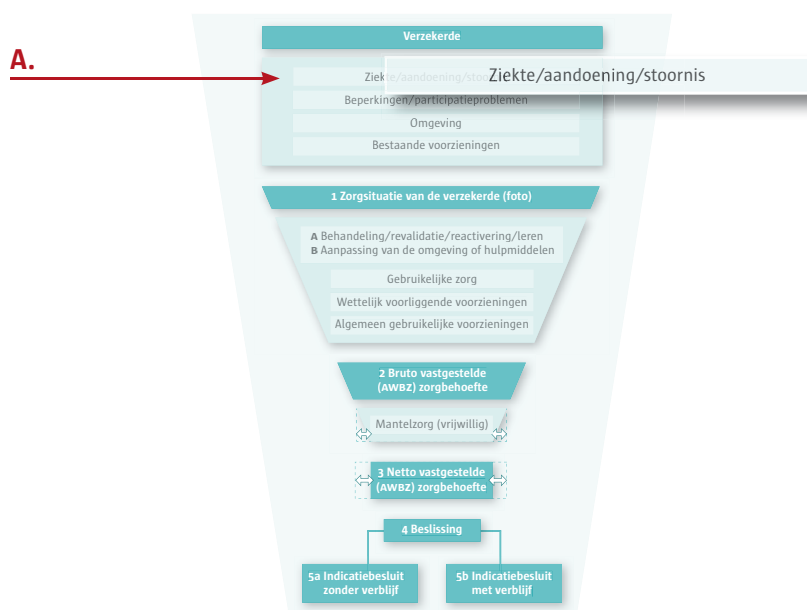
1. Begeleiding omvat activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:
 - a) de sociale redzaamheid;
 - b) het bewegen en verplaatsen;
 - c) het psychisch functioneren;
 - d) het geheugen en de oriëntatie, of;
 - e) die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.
2. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde.
3. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:
 - a) het ondersteunen bij of oefenen met vaardigheden of handelingen;
 - b) het ondersteunen bij of oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of;
 - c) het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Artikel 10 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

“Indien de verzekerde zorg als bedoeld in artikel 6 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat”.

7.3 Afbakeningskader Begeleiding (BG) op basis van het trechtermodel

A. Grondslagen



Tekst is aangepast aan het gewijzigde Bz. De voorwaarde 'te verlenen door een instelling' is komen te vervallen.

De verzekerde kan toegang verkrijgen tot de functie Begeleiding als er sprake is van een Somatische, Psychogeriatrische of Psychiatrische aandoening of beperking, of van een Verstandelijke, Lichamelijke of Zintuiglijke handicap.

B. Doelstelling/indicatiecriteria

Algemeen

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). Zie paragraaf 7.4 voor de beschrijving van het onderscheid tussen Begeleiding individueel en Begeleiding in groepsverband.

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 de 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 de 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. De grens tussen de persoonsgebonden sociale omgeving en participatie is niet altijd scherp te trekken. Daarom is voor verzekerden met matige en zware beperkingen binnen de functie Begeleiding ook ondersteuning mogelijk in de vorm van het stimuleren tot en het voorbereiden van gesprekken met instanties op het terrein van wonen, school, werk, enzovoort.

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

Indicatiecriteria

Om in aanmerking te komen voor de functie Begeleiding moet zijn vastgesteld dat de onderzochte beperkingen van de verzekerde betekenen dat de 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;
5. of geheugen- en oriëntatiestoornissen.

Indicatiecriteria voor specifieke doelgroepen

Bij een kind in de leeftijd van 0 tot 12 maanden dat als gevolg van een somatische aandoening of beperking aanspraak heeft op Persoonlijke Verzorging of Verpleging met een hoge leveringsvoorwaarde (C/D), waarbij deze hoge leveringsvoorwaarde leidt tot (dreigende) overbelasting van de ouder(s), is er tevens toegang tot de functie Begeleiding.

Bij verzekerden met een grondslag Zintuiglijke handicap geldt dat zij op basis van de voorwaarden die gesteld zijn aan deze grondslag toegang hebben tot de functie Begeleiding.

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

Sociale redzaamheid

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

- begrijpen wat anderen zeggen;
- een gesprek voeren;
- zich begrijpelijk maken;

- initiëren en uitvoeren eenvoudige taken;
- kunnen lezen, schrijven en rekenen;
- communicatiehulpmiddel gebruiken;
- dagelijkse bezigheden;
- problemen oplossen en besluiten nemen;
- dagelijkse routine regelen;
- zelf geld beheren;
- initiëren en uitvoeren complexere taken;
- zelf administratie zaken bijhouden.

Lichte beperkingen houden dan in dat de verzekerde lichte problemen heeft met de dagelijkse routine en met het uitvoeren van vooral complexere activiteiten. Met enige stimulans en/of toezicht is hij 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. De verzekerde kan zelf om hulp vragen en er is geen noodzaak tot het daadwerkelijk overnemen van taken.

Matige beperkingen houden dan in dat het oplossen van problemen, het zelfstandig nemen van besluiten, het regelen van dagelijkse bezigheden en de dagelijkse routine (gebrek aan dag- en nachtritme) voor de verzekerde niet vanzelfsprekend zijn. Dit levert af en toe zodanige problemen op dat de verzekerde afhankelijk is van hulp. De communicatie gaat niet altijd vanzelf doordat de 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 dan in dat complexe taken voor de verzekerde moeten worden overgenomen. Ook het uitvoeren van eenvoudige taken en communiceren gaan moeizaam. De 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 de verzekerde afhankelijk van de hulp van anderen.

Bewegen en verplaatsen

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

- lichaamspositie handhaven;
- grove hand- en armbewegingen maken;
- fijne handbewegingen maken;
- lichtere voorwerpen tillen;
- gecoördineerd bewegingen maken met benen en voeten;
- lichaamspositie veranderen;
- trap op en af gaan zonder hulp(middelen);
- zich verplaatsen met hulp(middelen);
- voortbewegen binnenshuis, zonder hulp(middelen);
- gebruik maken van openbaar vervoer;
- eigen vervoermiddel gebruiken;
- voortbewegen buitenshuis zonder hulp(middelen);
- korte afstanden lopen;
- zwaardere voorwerpen tillen.

Lichte beperkingen houden dan in dat de verzekerde niet meer zelf kan fietsen of autorijden en zich buitenshuis niet meer zonder hulpmiddel (bijvoorbeeld een rollator) kan voortbewegen. Met het gebruik van hulpmiddelen kan er nog veel, maar niet alles. Daarnaast kan de 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. De 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 dat het zelfstandig opstaan uit een stoel en gaan zitten soms problemen oplevert. Fijne handbewegingen worden minder vanzelfsprekend, maar ook de grove hand- en armbewegingen beginnen problemen te geven. De verzekerde kan zich, ook met behulp van een rollator of rolstoel, moeilijker zelfstandig verplaatsen. Openbaar vervoer is eigenlijk ontoegankelijk voor de verzekerde geworden, maar vanuit eigen middelen of de Wmo zijn hiervoor alternatieven mogelijk.

Zware beperkingen houden dan in dat bij het opstaan uit een stoel, het gaan zitten en het in- en uit bed komen de verzekerde volledig moet worden geholpen. Binnenshuis is de 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 de verzekerde de beperkingen onvoldoende compenseren in het dagelijks leven.

Gedragsproblemen

Bij gedragsproblemen gaat het om de volgende aspecten:

- destructief gedrag (gericht op zichzelf en/of de ander, zowel letterlijk als figuurlijk);
- dwangmatig gedrag;
- lichamelijk agressief gedrag;
- manipulatief gedrag;
- verbaal agressief gedrag;
- zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag;
- grensoverschrijdend seksueel gedrag.

Lichte beperkingen houden dan in dat de verzekerde lichte gedragsproblemen vertoont 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 de verzekerde, het gezin en/of de school. Bijsturing is voldoende zonder dat de overname noodzakelijk is.

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

Zware beperkingen houden dan in dat de verzekerde ernstig probleemgedrag vertoont 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 de verzekerde of zijn omgeving is er continu hulp of begeleiding nodig.

Psychisch functioneren

Bij psychisch functioneren gaat het om de volgende aspecten:

- concentratie;
- geheugen en denken;
- perceptie van omgeving.

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

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

Zware beperkingen houden dan in dat de verzekerde ernstige problemen heeft 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.

Oriëntatiestoornissen

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 dat de verzekerde lichte problemen heeft 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 de verzekerde kan zich zelfstandig redden met hulp vanuit zijn netwerk. De beperkingen vormen geen bedreiging voor zijn zelfredzaamheid, want de verzekerde kan veel taken op basis van 'gewoonte' zelfstandig uitvoeren.

Matige beperkingen houden dan in dat de verzekerde problemen heeft met het herkennen van personen en zijn omgeving. De zelfredzaamheid van de verzekerde staat onder druk. De 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 de verzekerde.

Zware beperkingen houden dan in dat de verzekerde ernstige problemen vertoont 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.

Indicatiecriteria voor oefenen

In geval van het oefenen (zie punt 4 in tabel 'activiteiten Begeleiding') moet bovendien zijn vastgesteld:

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

Indicatiecriteria voor toezicht

Een verzekerde is aangewezen op Begeleiding in de vorm van toezicht als het gaat om verzekerden waar sprake is van tenminste leveringsvoorwaarde B2 op de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en/of Begeleiding zoals genoemd in bijlage Algemeen van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ onder paragraaf 2.6.

Uitzondering toegang Begeleiding voor kinderen van 0 tot 12 maanden

Bij een kind in de leeftijd van 0 tot 12 maanden dat als gevolg van een somatische aandoening of beperking aanspraak heeft op Persoonlijke Verzorging of Verpleging met een hoge leveringsvoorwaarde (C/D), waarbij deze hoge leveringsvoorwaarde leidt tot (dreigende) overbelasting van de ouder(s), is er ook een aanspraak op de functie Begeleiding.

Deze kinderen kunnen ook toegang krijgen tot de functie Begeleiding zonder dat is vastgesteld dat er matige tot zware beperkingen zijn op een of meer van de vijf terreinen die toegang geven tot de functie Begeleiding. De reden hiervoor is dat de beperkingen op grond van de jonge leeftijd nog niet goed zijn vast te stellen ten opzichte van gezonde kinderen van dezelfde leeftijd. Toegang tot de functie Begeleiding kan nodig zijn, omdat er bij deze kinderen sprake is van bovengebruikelijk toezicht als gevolg van leveringsvoorwaarde C of D voor de functies PV en/of VP.

Dit bovengebruikelijk toezicht kan leiden tot (dreigende) overbelasting bij de ouders. Wanneer dit het geval is en de functie Begeleiding (individueel of in groepsverband), al dan niet in de vorm van respijtzorg, is een doelmatige oplossing om deze (dreigende) overbelasting op te heffen, dan is er op basis van het bovenstaande toegang tot de functie Begeleiding.

Bij kinderen met andere grondslagen en kinderen ouder dan 12 maanden is het beperkingenbeeld zodanig dat vanwege de stoornissen en beperkingen op basis van de reguliere criteria de toegang tot de functie Begeleiding kan worden bepaald.

De toegang tot de functie Begeleiding wordt bij deze kinderen bepaald aan de hand van het aanwezig zijn van leveringsvoorwaarde C of D op de functie(s) Persoonlijke Verzorging en/of Verpleging. Deze hoge leveringsvoorwaarden bepalen de mate van de (on)planbaarheid van de door de zorgverleners te leveren AWBZ-zorg en/of de nabijheid daarvan. Bij kleine kinderen in de thuissituatie zijn de zorgverleners veelal de ouders. Het verschil in intensiteit van zorg door de ouders aan een somatisch ziek kind ten opzichte van een gezond kind, kan een dreigende overbelasting objectiveerbaar maken. Zie hiervoor ook hoofdstuk Gebruikelijke zorg, paragraaf 4.3.

Er is sprake van leveringsvoorwaarde C en D op de functie(s) Persoonlijke Verzorging en/of Verpleging in relatie tot de toegang tot de functie Begeleiding bij deze kinderen wanneer de ouders vitale lichaamsfuncties van het kind actief moeten controleren en wanneer er bij afwijkingen direct moet worden ingegrepen, omdat er anders gevaar ontstaat. Deze afwijkingen komen (bijna) dagelijks voor. In (levens)bedreigende situaties alarmeert het kind zelf niet door middel van huilen en/of roepen. Ouders hebben bij het bieden van toezicht een (frequente) actieve rol en moeten in geval van (levens)gevaar direct ingrijpen. Voorbeelden zijn ernstige epileptische aanvallen waarbij een status epilepticus dreigt, en ernstige hart- en longaandoeningen waarbij zuurstoftekort dreigt.

De geldigheidsduur van de indicatie wordt vastgesteld op basis van de algemene criteria zoals beschreven in hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

Activiteiten Begeleiding

Onder de functie 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> <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> <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.
<p>1 Deze activiteit staat gelijk aan activiteit b art. 6 lid 3, Besluit zorgaanpakken AWBZ (Bza): het ondersteunen bij of oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie.</p> <p>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.</p> <p>3 Hierbij moet worden gedacht aan opstaan, wassen, aankleden, eten en op tijd klaar staan.</p> <p>4 Deze activiteit staat gelijk aan activiteit a art. 6, lid 3, Besluit zorgaanpakken AWBZ (Bza): het ondersteunen bij of oefenen met vaardigheden of handelingen.</p> <p>5 Hierbij moet worden gedacht aan het maken van afspraak voor bezoek en sturen van een (verjaardags)kaart.</p> <p>6 Deze activiteit staat gelijk aan activiteit c art. 6 lid 3, Besluit zorgaanpakken AWBZ (Bza): het overnemen van toezicht op de verzekerde.</p> <p>7 Deze activiteit staat gelijk aan activiteiten a en b art. 6 lid 3, Besluit zorgaanpakken AWBZ (Bza).</p> <p>8 Het gaat hier om het oefenen in het gebruik van de apparatuur (telefoon/computer) zelf.</p>	

Oefenen

Oefenen is aan de orde in de zin van 'inslijten' van vaardigheden/handelingen en voor het aanbrengen 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 al 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 worden aangeleerd die de zelfredzaamheid ten doel hebben en er geen multidisciplinaire aanpak wordt vereist. Het gaat dan bijvoorbeeld om verzekerden die vertraagd leren, waarvoor om die reden zorg vanuit de eerste lijn geen oplossing biedt. Dit leren van praktische vaardigheden/activiteiten en gedrag kan zowel ten goede komen aan de verzekerde als aan zijn directe omgeving.

Er kan geen indicatie voor 'oefenen' worden gesteld wanneer het oefenen deel uitmaakt van een Zvw-traject en/of tot de gebruikelijke zorg behoort⁴⁶.

Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid (in relatie tot de functie Begeleiding) betreft 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 of 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.

Bij kinderen wordt (een beperking in de) zelfredzaamheid vergeleken met de mate van zelfredzaamheid van een gezond kind van dezelfde leeftijd.

Met beperkingen in de zelfredzaamheid bedoelen we beperkingen die veroorzaakt worden door de aandoening en daarmee samenhangende stoornissen en beperkingen.

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).

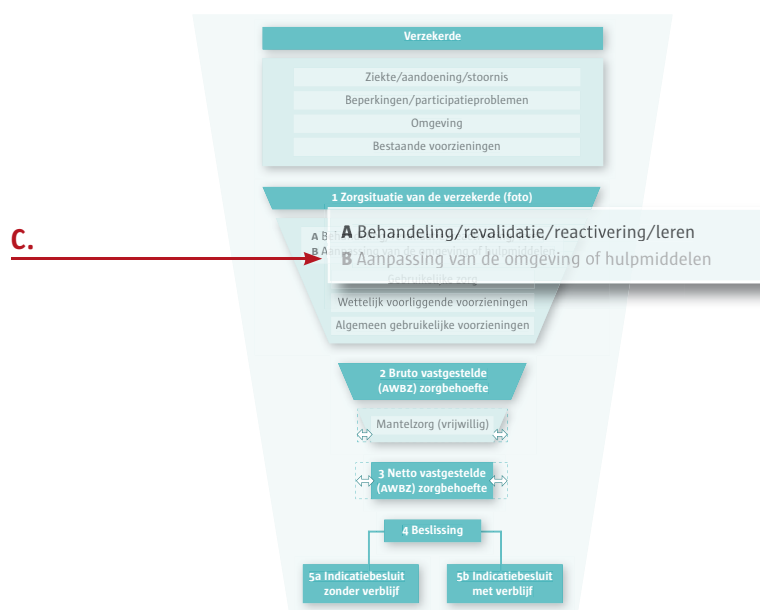
Beperkingen op de ICF-gebieden 1 t/m 7 komen overeen met beperkingen ten aanzien van zelfredzaamheid.

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 betreft 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.

⁴⁶ Volgens RZA 2005, 118 en RZA 2008, 58.

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 als 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 zijn op te heffen. Op basis van deze conclusie kan geheel of gedeeltelijk ter compensatie zorg ingezet worden.

Onderscheid Begeleiding en AWBZ 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, enzovoort). Het gaat om gerichte professionele interventies, waarvoor expertise op het niveau van een specifiek medicus (specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, enzovoort), specifiek paramedicus (bijvoorbeeld ergotherapeut), vaktherapeut (bijvoorbeeld drama-/speltherapeut) of gedragswetenschapper (bijvoorbeeld 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. 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 2009 tot de functie Activerende Begeleiding gerekend), als dit ten minste een specifieke en programmatische aanpak vereist waarvoor een AWBZ-behandelaar nodig is. Het betreft een complex probleem dat een specifieke benadering vraagt om bepaalde, niet op zichzelf staande vaardigheden te kunnen aanleren. Bijvoorbeeld een verzekerde met een CVA moet opnieuw leren lopen en/of 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 vaak meerdere disciplines betrokken, zoals een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een logopedist. In dit geval vindt de Behandeling plaats onder coördinatie van de hoofdbehandelaar. Dit kan de specialist ouderengeneeskunde 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. Het gaat dan bijvoorbeeld om verzekerden die handelingen niet kunnen generaliseren of om verzekerden met een vertraagde leerbaarheid, waarvoor de zorg vanuit de eerste lijn 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. Een ander voorbeeld is een verzekerde met een psychiatrische aandoening die tijdens de behandeling geleerd heeft om stapsgewijs een maaltijd te bereiden, maar omdat producten in de winkel veranderd zijn, is er begeleiding nodig in de vorm van oefenen nodig om een andere bereidingswijze aan te leren en toe te passen.

Voorbeeld van een verzekerde met een psychiatrische aandoening, is toegevoegd.

Notabene: tot de te verzekerden 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 individueel en AWBZ Behandeling

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

Zie voor een nadere omschrijving van deze combinatie paragraaf 7.4 onder 'omvang'.

Herhaling van aan te leren vaardigheden of gedrag behoort tijdens de behandelperiode tot Behandeling. Om deze reden kunnen individuele Begeleiding en Behandeling - in de zin van het aanleren/oefenen - in principe niet naast elkaar bestaan wanneer het aanleren (BH) en het oefenen (BG) gericht zijn op dezelfde (gedrags)vaardigheid. Eerst wordt een (gedrags)vaardigheid aangeleerd (BH) en vervolgens kan deze vaardigheid worden geoefend (BG). Oefenen kan naast aanleren worden geïndiceerd wanneer de, via de Behandeling aan te leren, vaardigheid/gedrag zich in het stadium bevindt dat deze vaardigheid/gedrag in de thuissituatie kan worden toegepast en voor zover het geen gebruikelijke zorg betreft. Dit kan wanneer wordt verwacht dat het oefenen naast de Behandeling en het overnemen van de activiteit via de Begeleiding individueel bijdraagt aan een snellere zelfstandigheid op de activiteit. Zie ook paragraaf 7.3 onder 'B', Oefenen.

Begeleiding groep met Behandeling of Behandeling groep

Als een verzekerde is aangewezen op een dagprogramma en tijdens dit dagprogramma is Behandeling noodzakelijk in de vorm van 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' of 'CSLM-zorg' wordt Behandeling groep geïndiceerd en geen BG groep met Behandeling.

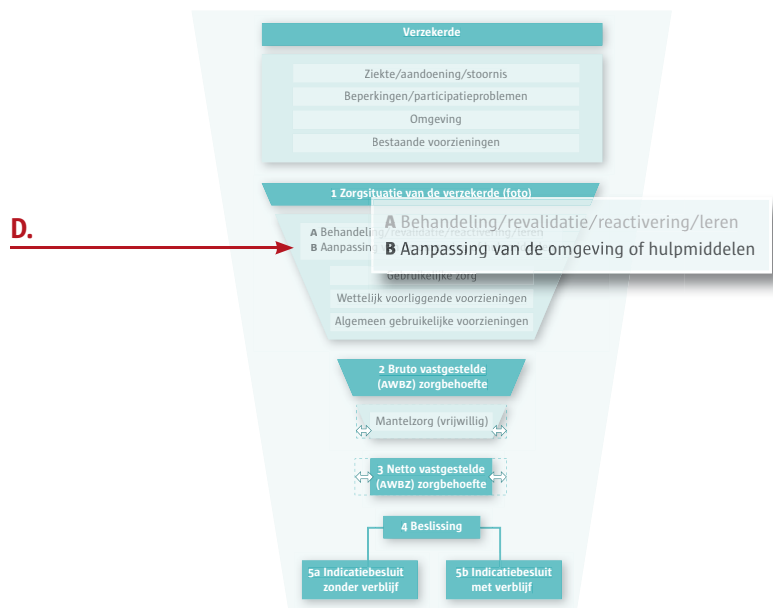
Denk hierbij aan kinderen die vanwege meervoudige handicaps zijn aangewezen op dagbesteding met CSLM-zorg, revalidatiedagbehandeling, en naschoolse dagbehandeling voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking.

Ook als er sprake is van een noodzaak voor groepsgewijze nadere functionele diagnostiek (bijvoorbeeld zogenaamde observatiegroepen) gaat het om Behandeling groep.

Als er naast het dagprogramma (in de vorm van Begeleiding groep of Behandeling groep) een noodzaak is voor individuele Behandeling in de zin van 'aanvullende functionele diagnostiek' kan naast de BG groep of BH groep aanvullend BH individueel worden geïndiceerd. Dit voor zover deze Behandeling al geen deel uitmaakt van Behandeling groep.

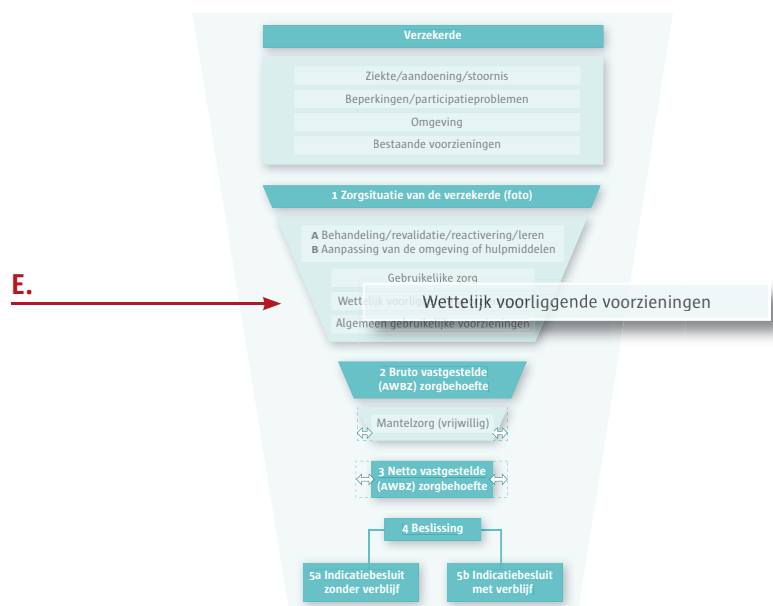
Behandeling in de vorm van 'consultatie' of 'medebehandeling' kan naast Begeleiding groep worden geïndiceerd.

D. Aanpassingen van de omgeving



Voorbeelden zijn 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. Er is dan geen aanspraak mogelijk op de AWBZ. Het gaat erom dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort, bijvoorbeeld de Wmo, de Zvw (prestatie hulpmiddelenzorg), de Wet op de jeugdzorg, de Wsw, de WIA en de onderwijswetgeving. En dat die zorg op die titel verstrekt kan worden.

ADL-assistentie

De Begeleiding in en om de ADL-woning maakt onderdeel uit van de aanpraak ADL-assistentie. Er kan daarom alleen voor de functie Begeleiding geïndiceerd worden voor buiten de woning. Dit voor zover hier aanspraak op is.

Deze tekst is toegevoegd.

Wmo

Maatschappelijke participatie behoort niet tot de aanspraken binnen de AWBZ, maar tot de Wmo. Gemeenten voeren de Wmo uit. De wet moet er voor zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving, al of niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge betrokkenheid tussen mensen. Als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit de gemeente. De Wmo regelt voorzieningen als hulp bij het huishouden, een rolstoel of woningaanpassing. De gemeente ondersteunt vrijwilligers en mantelzorgers, stimuleert de onderlinge betrokkenheid in buurten en wijken, en biedt ondersteuning om te voorkomen dat mensen later zwaardere vormen van hulp nodig hebben. Het compensatiebeginsel verplicht gemeenten voorzieningen te treffen om mensen met beperkingen een gelijkwaardige uitgangspositie te verschaffen zodat zij zelfredzaam zijn en in staat tot maatschappelijke participatie.

Notabene: het hoeft niet te gaan om individuele aanspraken; de gemeente mag zelf weten hoe het de beperkingen compenseert. Elke gemeente legt bij het opstellen van het beleid eigen accenten.

In de Wmo zijn negen prestatievelden (beleidsterreinen) gedefinieerd waarop de gemeente voorzieningen moet treffen. Per prestatieveld staan in de tabel hieronder enkele voorbeelden die duidelijk maken waarom 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 opgroei-problemen en ouders met opvoedproblemen.	Peuter- en kinderopvang, buitenschoolse opvang, tegengaan spijbelen, gezinscoaches, netwerken voor jongeren, trapveldjes, jongeren- en straathoekwerk, algemene jeugdvoorzieningen, voorkomen jeugdcriminaliteit, buurtvaders, HALT-projecten.	
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning.	Eén loket, voorlichtingsmateriaal, buurtwinkels, ouderenadviseurs, slachtofferhulp, rechtshulp.	
	Het streven is om één loket te hebben dat toegang vormt tot alle voorzieningen (Wmo, AWBZ, wonen, welzijn).	
	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, vrijwilligersvacaturebank, talentgericht werken, ouderparticipatie op scholen, cursussen voor vrijwilligers, zelfhulpgroepen, buddy- en maatjesprojecten.	

Tabel: prestatievelden Wmo		
Prestatieveld Wmo	Voorbeelden	
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.	
	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 voor 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.	
7. Het bieden van maatschappelijke opvang.	Het bieden van tijdelijk onderdak, begeleiding, informatie en advies aan personen die de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven.	
	De vrouwenopvang biedt onderdak, begeleiding en advies aan vrouwen die in verband met huiselijk geweld de thuissituatie hebben verlaten.	
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), met uitzondering van psychosociale hulp bij rampen.	Meldpunt voor signaleren van crisis, het bereiken en begeleiden van sociaal kwetsbare personen (bemoeizorg).	
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.	Ambulante hulpverlening gericht op verslavingsproblemen en preventie van verslavingsproblemen, inclusief activiteiten om overlast te bestrijden.	

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. Als 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 zelf uitvoert, dan kan deze hulp een aanspraak zijn op Begeleiding. De verzekerde heeft op basis van een grondslag/aandoening beperkingen bij de sociale redzaamheid en/of het psychisch functioneren.

Afbakening (O)GGZ bemoeizorg en de functie Begeleiding

Zorgmijding betekent dat de zorg die nodig is om verwaarlozing te voorkomen niet gezocht of geaccepteerd wordt; de care wordt geweigerd. Bemoeizorg is een onderdeel van de (O)GGZ in het kader van de Wmo/GGZ. Het bestaat onder meer uit het bereiken van zorgmijders, het contact leggen met deze doelgroep, zorgcoördinatie en praktische ondersteuning.

Op het moment dat er bereidheid is om zorg te accepteren bijvoorbeeld in de thuissituatie of in een voorziening van Maatschappelijke Opvang, is er geen sprake meer van zorgmijding. De verzekerde kan aanspraak maken op AWBZ Begeleiding⁴⁷ als hij hierop is aangewezen op basis van een (vermoeden van een) grondslag in combinatie met matige tot zware beperkingen op de vijf terreinen die toegang geven tot Begeleiding.

Deze tekst is nieuw in vergelijking met versie 4.1. In de AWBZ wordt voortaan met zorgmijding hetzelfde bedoeld als in de Wmo (O)GGZ.

47 Ook andere functies dan Begeleiding kunnen aan de orde zijn.

Zorgverzekeringwet

Zorg die medisch specialisten bieden, behoort tot de geneeskundige zorg die in het kader van de Zvw is verzekerd (Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering). De zorg is gericht op behandeling van een stoornis en heeft als doel herstel of voorkomen van verergering van deze stoornis. 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). Het kan hier gaan om individuele Begeleiding, maar ook om dagbesteding vanwege de psychiatrische behandeling. Deze begeleidingsactiviteiten zijn een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling en hebben een geneeskundig doel.

Notabene; als er sprake is van ambulante Zvw-behandeling dan is het van belang om te onderzoeken of deze behandeling de totale zorgbehoefte van de verzekerde op het gebied van de zelfredzaamheid compenseert. Als dat niet het geval is, kan er aanspraak zijn op de functie Begeleiding.

Behandelmijding en verwaarlozing

Behandelmijding betekent dat de psychiatrische⁴⁸ behandeling die nodig is vanwege de aandoening niet gezocht of geaccepteerd wordt; de cure wordt geweigerd. Vaak ligt de oorzaak hiervan in een gestoorde oordeelsvorming, het ontbreken van ziektebesef en/of ziekte-inzicht.

Soms kan bij een verzekerde door behandelmijding verwaarlozing optreden, doordat de verzekerde onvoldoende voor zichzelf zorgt en er daardoor risico is op ziekte, ondervoeding en/of vervuiling. Veelal ontbreken de structuur en regie in het dagelijks leven. De verwaarlozing kan niet door een eigen netwerk of een voorliggende voorziening worden gecompenseerd.

Indien de verzekerde behandelmijder is en er risico is op verwaarlozing, kan er aanspraak zijn op AWBZ Begeleiding⁴⁹ als de verzekerde hierop is aangewezen op basis van een (vermoeden van een) grondslag in combinatie met matige tot zware beperkingen op de vijf terreinen die toegang geven tot Begeleiding. Ondanks dat er behandeling mogelijk is als voorliggende voorziening, kan er in deze situatie voor de periode van een jaar (minimale) zorginzet worden geïndiceerd ter voorkoming van verwaarlozing. Hiermee wordt de verzekerde geprikkeld om zich (toch) te laten behandelen

Aanvullende verzekering

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. De inhoud van deze verzekering en het gebruik hiervan door de verzekerde kan van invloed zijn op de soort en omvang van de indicatie. Een voorbeeld van een aanvullende verzekering is mantelzorgvervanging zoals Handen-in-Huis.

Wet op de kinderopvang

De Wet kinderopvang gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ouders, overheid en werkgevers. Het ministerie van OCW⁵⁰ is verantwoordelijk voor het kinderopvangbeleid. De overheid regelt sinds 2007 de werkgeversbijdrage voor kinderopvang. Ouders kunnen een kinderopvangtoeslag ontvangen. Het gaat om ouders die gebruik maken van kinderopvang om te kunnen werken en/of te kunnen studeren. Het gebruik van deze kinderopvang is voorliggend op andere, door de ouders, gewenste vormen van opvang en zorg voor gezonde kinderen. Dit zowel bij uitval van (een van) de ouders als bij werk door (een van) de ouders. De regeling is ook voorliggend op de opvang van en de zorg voor kinderen met beperkingen. Alleen voor de zorg die aanvullend nodig is aan de opvang/zorg zoals instanties voor kinderopvang die bieden, is er een aanspraak op AWBZ-zorg. De opvang/zorg door instanties voor kinderopvang is gebruikelijke zorg op basis van artikel 2, lid 2 van het Besluit zorgaanspraken en beschreven in bijlage 3 van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ over Gebruikelijke zorg. Hierin wordt gezegd dat 'de aanspraak op zorg voor de verzekerde slechts bestaat wanneer de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen'. Hierbij is expliciet tot uitdrukking gebracht dat een verzekerde redelijkerwijs niet is aangewezen op zorg die naar

Deze tekst is nieuw in vergelijking met versie 4.1. De term behandelmijding wordt hier geïntroduceerd.

48 Andere behandeling kan ook noodzakelijk zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld aan wondverzorging van de voeten bij diabetes mellitus.

49 Ook andere functies dan Begeleiding kunnen aan de orde zijn.

50 OCW: onderwijs, cultuur en wetenschap.

algemeen aanvaarde maatstaven door zijn sociale omgeving moet worden geboden. Met algemeen aanvaarde maatstaven wordt hier bedoeld dat wanneer ouders werken, zij verantwoordelijk zijn/blijven voor de opvang/verzorging van hun kinderen. De Begeleiding die buiten dit werk/onderwijs om als gebruikelijke zorg wordt beschouwd, kan gedurende de tijd dat de ouders werken/onderwijs volgen niet worden geïndiceerd. Dit betreft begeleiding en verzorging zoals organisaties voor kinderopvang die plegen te bieden.

Als er sprake is van bovengebruikelijke Begeleiding van het kind op basis van de aandoening, stoornissen en beperkingen dan wordt de omvang van de functie Begeleiding vastgesteld over het hele etmaal/zeven dagen per week.

Ouders kunnen de geïndiceerde Begeleiding desgewenst inzetten in de thuissituatie of tijdens de kinderopvang. Als deelname aan kinderopvang als consequentie heeft dat beperkingen/zorgbehoefte van het kind toenemen door de vorm (groeisgrootte), dan is dit geen aanleiding om een grotere omvang Begeleiding te indiceren. Daarnaast is het leren omgaan van derden met de verzekerde Gebruikelijke zorg. Van ouders wordt verwacht dat ze de kinderleidsters instrueren hoe om te gaan met de beperkingen van het kind.

Wet op de jeugdzorg en overige wetten met betrekking tot opvoedingsondersteuning

Jeugdhulp (Wet op de jeugdzorg art 1 c.): ondersteuning van en hulp aan jeugdigen, hun ouders, stiefouders of anderen, die een jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, bij opgroei- of opvoedingsproblemen of dreigende zodanige problemen.

Jeugdhulp is gericht op het oplossen van de opgroei- of opvoedingsproblemen in het gezin. Voor deze jeugdhulp indiceert het Bureau Jeugdzorg op basis van de Wet op de jeugdzorg. Ook kinderen met een AWBZ-grondslag kunnen een aanspraak doen op jeugdhulp. Het doel van de jeugdhulp is primair het oplossen van de opvoed- en opgroei-problematiek. Als het doel van de zorg is gelegen in het compenseren van of leren omgaan met de stoornissen en beperkingen die voortkomen uit de aandoening (AWBZ-grondslag) van het kind, is er sprake van AWBZ-zorg. Het CIZ kan deze AWBZ-zorg aanvullend indiceren op de jeugdhulp die door het Bureau Jeugdzorg wordt geïndiceerd⁵¹ (bijvoorbeeld als er AWBZ-zorg nodig is tijdens verblijf in een pleeggezin).

Jeugdhulp kan bijvoorbeeld geboden worden in de vorm van opvoedingsondersteuning, zorg in een Medisch Kinderdagverblijf⁵² (MKD) en pleegzorg.

Opvoedhulp aan ouders met een grondslag die zorgdragen voor de opvoeding van een gezond kind

Als er sprake is van een ouder, of ouders, met matige of zware beperkingen in de zelfredzaamheid op basis van een AWBZ-grondslag (in de praktijk betreft dit meestal de grondslagen Verstandelijke- of Zintuiglijke handicap of de grondslag Psychiatrische aandoening/beperking) die zorgdragen voor de opvoeding van een gezond kind, dan kan voor deze ouder(s) de functie Begeleiding zijn aangewezen. Dit is het geval wanneer het doel van de Begeleiding is het ondersteunen bij, of oefenen met het aanbrenge(n) van structuur, of het voeren van de regie over de (nieuwe) gezinssituatie. Het gaat dan om het aanpassen en opnieuw structureren van het eigen bestaan. Dit om de zelfredzaamheid van de ouder(s) met beperkingen in de (nieuwe) gezinssituatie (met kind) te bewerkstelligen.

De zorg vanuit de AWBZ is niet bedoeld om de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van het gezonde kind te waarborgen. Evenmin is AWBZ-zorg ervoor om te zorgen voor het voldoende stimuleren van (normale) ontwikkeling van het kind. Veiligheid, gezondheid, welzijn en ontwikkelings-stimulering van een gezond kind horen tot de verantwoordelijkheid van de ouders. Zij kunnen hierbij worden ondersteund door de Centra voor Jeugd en Gezin⁵³ en MEE. Als de hiervoor genoemde laagdrempelige (cliënt)ondersteuning niet afdoende is, dan kan hulp vanuit de Wet op de jeugdzorg zijn aangewezen. Begeleiding aan ouders met een beperking is nadrukkelijk niet bedoeld voor activiteiten die zijn gericht op het (indirect) overnemen van toezicht op en het verzorgen van het kind. Een voorbeeld hierbij is dat de Begeleiding zich wel kan richten op het (opnieuw) vormgeven van de dagstructuur waarin wordt ingepast wanneer er flesvoeding gegeven moet worden, maar niet over hoe warm de flesvoeding moet zijn. Er kan geen toezicht vanuit de AWBZ worden gehouden of het kindje

51 Bij kinderen tot 18 jaar met een dominante grondslag psychiatrische aandoening/beperking is niet het CIZ maar het Bureau Jeugdzorg het bevoegd orgaan om deze indicatiebesluiten af te geven.

52 In een MKD kan zowel geïndiceerde AWBZ-zorg als geïndiceerde jeugdhulp worden geleverd.

53 Onder andere op basis van de Wet op de publieke gezondheid (jeugdgezondheidszorg) en de Wmo.

voldoende drinkt, goed groeit, enzovoort. Een ander voorbeeld is dat wel in het kader van de dagstructuur kan worden besproken hoe je omgaat met momenten dat een kind aandacht vraagt, dat je met een kindje moet spelen, maar niet welk speelgoed geschikt is op welke leeftijd en of dit speelgoed aanwezig is. De AWBZ-zorg is primair gericht op de ouder(s) met een beperking om voor wat betreft de structuur/regie de rol als ouder(s) te kunnen vervullen. Deze zorg komt slechts indirect ten goede aan het (gezonde) kind als het gaat om zijn verzorging en opvoeding. De maximaal mogelijke omvang van de individuele Begeleiding voor ouders met een beperking is gelijk aan de maximaal mogelijke omvang als beschreven in paragraaf 7.4 onder omvang. In de praktijk betekent dit maximaal klasse 4 (activiteit 1 en 2) en eventueel tijdelijk klasse 5 (oefenen).

De geldigheidsduur van dergelijke indicaties vraagt specifieke aandacht. In huishoudens met ouders met een grondslag is vaak sprake van een complexe gezinssituatie en betrokkenheid van meerdere instanties (onder andere Jeugdzorg). Indicatiebesluiten met Begeleiding van ouders met een beperking hebben een beperkte looptijd, gezien het doel van de zorg en de ontwikkelingen in de gezinssituatie. Bij de bepaling van de looptijd wordt rekening gehouden met het aanbod vanuit andere wet- en regelgeving zoals ondersteuning door MEE, vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin of interventies vanuit Jeugdzorg (bijvoorbeeld OTS). Daarnaast kan ook het moment van het bereiken van een volgende levensfase van het kind, bijvoorbeeld het naar school gaan, aanleiding zijn om de geldigheidsduur daarop af te stemmen.

Onderwijs

Als een kind een grondslag heeft voor AWBZ-zorg, kan het binnen het onderwijs in aanmerking komen voor de functie Begeleiding als 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;
- e) of 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 Begeleiding individueel tijdens het onderwijs.

Als het gedrag de omgang met andere leerlingen bemoeilijkt, kan BG individueel in de vorm van toezicht zijn aangewezen. Hierbij valt te denken 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 of het voeren van regie en (2) ondersteuning bij praktische vaardigheden en handelingen voor zelfredzaamheid en (4) oefenen met het aanbrengen van structuur, of het voeren van regie en/of het uitvoeren van handelingen die de zelfredzaamheid tot doel hebben.

Er kan, ten laste van de AWBZ-functie Begeleiding, wel activiteit (3) toezicht worden geïndiceerd voor de tijd dat het kind deelneemt aan onderwijs (zie hiervoor de activiteitentabel Begeleiding eerder in deze paragraaf en het hoofdstuk AWBZ-zorg in het onderwijs). In het indicatiebesluit wordt de omvang van de Begeleiding die tijdens het onderwijs nodig is, apart inzichtelijk gemaakt.

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.

Als 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.

Arbeidsvoorzieningen

De Wajong en WAO/WIA zijn wetten met een ander doel dan een zorgdoel zoals de AWBZ kent. Deze wetten bepalen de mate van arbeidsongeschiktheid en daaraan gekoppeld de hoogte van een uitkering. De Wsw is een regeling om aangepast werk te kunnen verrichten. Als een verzekerde niet in staat is (aangepast) te werken of naar school te gaan, kan er aanspraak zijn op Begeleiding groep ter vervanging van arbeid of school als de verzekerde hierop is aangewezen op basis van aandoeningen/stoornissen en matige tot zware beperkingen op de vijf terreinen die toegang geven tot de functie Begeleiding.

Notabene: bovenstaande betekent niet dat er geen aanspraak kan zijn op Begeleiding groep anders dan ter vervanging van arbeid of school. Dit moet afzonderlijk worden afgewogen. Zie voor een nader omschrijving van deze andere doelen van BG groep paragraaf 7.4 onder 'omvang in de vorm van Begeleiding groep'.

Wajong

Wajong is een uitkeringsregeling op basis van arbeidsongeschiktheid voor volwassen verzekerden die al voor hun 18e jaar gehandicapt of langdurig ziek waren en daardoor moeilijk of niet in staat zijn om te werken. Het Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen (UWV) beoordeelt of er sprake is van arbeidsongeschiktheid en de mate waarin dit aan de orde is. Sinds 1 januari 2010 wordt er niet meteen een definitieve beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid gegeven. Dat gebeurt als iemand zeven jaar een Wajong-uitkering krijgt en 27 jaar is.

Wajong en AWBZ-Begeleiding

1. De verzekerde is met ondersteuning vanuit de Wajong in staat om te werken. Er is voor deze ondersteuning (bijvoorbeeld een jobcoach) daarom geen aanspraak op de functie Begeleiding individueel en geen aanspraak op Begeleiding groep ter vervanging van arbeid.
2. De verzekerde is in staat om naar school te gaan/te studeren met ondersteuning vanuit de Wajong. Er is voor deze ondersteuning geen aanspraak op de functie Begeleiding individueel en geen aanspraak op de functie Begeleiding groep ter vervanging van school.
3. De verzekerde is nu nog niet in staat om te werken. Het CIZ beoordeelt of er aanspraak is op Begeleiding groep ter vervanging van arbeid als de verzekerde hier op basis van aandoeningen/stoornissen en matige tot zware beperkingen op is aangewezen. Als het UWV een uitspraak (beschikking) heeft gedaan dat er wordt verwacht dat de verzekerde in een later stadium wel kan werken, wordt deze uitspraak gebruikt bij het onderzoek naar de aanspraak op Begeleiding Groep.
4. De verzekerde is nu niet in staat om te werken en in de toekomst ook niet. Dit betreft ook de verzekerden die voor hun 18e jaar al gebruik maken van dagbesteding en in het algemeen volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. De (eind)beoordeling voor een Wajong-uitkering heeft nog niet plaatsgevonden. Er is aanspraak op Begeleiding groep ter vervanging van arbeid als de verzekerde hier op basis van aandoeningen/stoornissen en matige tot zware beperkingen op is aangewezen.

Deze tekst is aangepast ter verduidelijking.

WAO en WIA

De WAO (Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering) is een uitkeringsregeling voor werkenden die geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn geworden voor het jaar 2004. Per 2004 is de WAO voor nieuwe verzekerden vervangen door de WIA (Wet Werk en inkomen naar Arbeidsvermogen).

WAO/ WIA en AWBZ Begeleiding

Volledige arbeidsongeschiktheid, de verzekerde ontvangt een IVA-uitkering (Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten). Er is aanspraak op Begeleiding groep ter vervanging van arbeid als de verzekerde hier op basis van aandoeningen/stoornissen en matige tot zware beperkingen op is aangewezen. Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid en/of kans op herstel, de verzekerde ontvangt een WGA-uitkering (Werkhervatting Gedeeltelijke Arbeidsongeschikten). De nadruk ligt op re-integratie, de divisie Sociaal Medische Advisering van het UWV is verantwoordelijk voor een re-integratieplan en biedt ondersteuning, bijvoorbeeld via een IRO-traject (Individuele Re-integratie Overeenkomst). Er is geen aanspraak op de functie Begeleiding groep ter vervanging van arbeid.

Wsw

De Wsw (Wet sociale werkvoorziening) voorziet in de mogelijkheid aangepast werk te verrichten voor mensen die niet aan het reguliere arbeidsproces kunnen deelnemen. De beoordeling ligt bij de divisie Sociaal Medische Advisering van het UWV, de toelatingscriteria hebben betrekking op:

- de aanwezige beperkingen van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard;
- met deze beperkingen aangewezen zijn op werken onder aangepaste omstandigheden;
- met deze beperkingen en onder aangepaste omstandigheden regelmatig kunnen werken.

De begeleiding die gericht is op het uitvoeren van het werk, behoort tot de Wsw.

Wsw en AWBZ Begeleiding

1. Positieve Wsw-indicatie, de verzekerde is in staat fulltime Wsw-arbeid te verrichten. Er is geen aanspraak op de functie Begeleiding groep ter vervanging van arbeid.
2. Positieve Wsw-indicatie deeltijd werkweek op medische gronden. De verzekerde is in staat om een beperkt aantal uren Wsw-arbeid te verrichten. Voor de dagdelen dat de verzekerde niet kan werken is er aanspraak op Begeleiding groep ter vervanging van arbeid als de verzekerde hier op basis van aandoeningen/stoornissen en matige tot zware beperkingen op is aangewezen.
3. Vrijwillige afstand van de positieve Wsw-indicatie. Er is geen aanspraak op de functie Begeleiding groep ter vervanging van arbeid.
4. Wachtwoord aansluitend op een positieve Wsw-indicatie om geplaatst te kunnen worden. Er is geen aanspraak op de functie Begeleiding groep ter vervanging van arbeid.
5. Negatieve Wsw-indicatie, de verzekerde is niet in staat Wsw-arbeid te verrichten. Er is aanspraak op Begeleiding groep ter vervanging van arbeid als de verzekerde hier op basis van aandoeningen/stoornissen en matige tot zware beperkingen op is aangewezen.
6. Toename arbeidshandicap van Wsw-medewerkers, waardoor Wsw-arbeid niet meer mogelijk is. Na dertien weken ziekte vindt er een herbeoordeling plaats door de divisie Sociaal Medische Advisering van het UWV en wordt vastgesteld of de verzekerde nog tot de doelgroep van de Wsw behoort. Als dit bepaald is, beoordeelt het CIZ op basis van de nieuwe Wsw-indicatie of er aanspraak is op Begeleiding groep ter vervanging van arbeid mits de verzekerde hier op basis van aandoeningen/stoornissen en matige tot zware beperkingen op is aangewezen.
7. De verzekerde heeft geen Wsw-indicatie en heeft zich daar nooit voor aangemeld. Er kan geen indicatieonderzoek Wsw bij de divisie Sociaal Medische Advisering van het UWV worden vereist. Het CIZ beoordeelt of er aanspraak is op Begeleiding groep. Hulpmiddelen hierbij kunnen zijn: advies van school, mate van arbeidsongeschiktheid, beslistabel Wsw, ernst van de aandoening/stoornissen en de ernst van de beperkingen.
8. De verzekerde is aangemeld voor een Wsw-indicatie, maar er heeft nog geen beslissing plaatsgevonden of de verzekerde Wsw-arbeid kan verrichten. Er is geen aanspraak op de functie Begeleiding groep ter vervanging van arbeid.

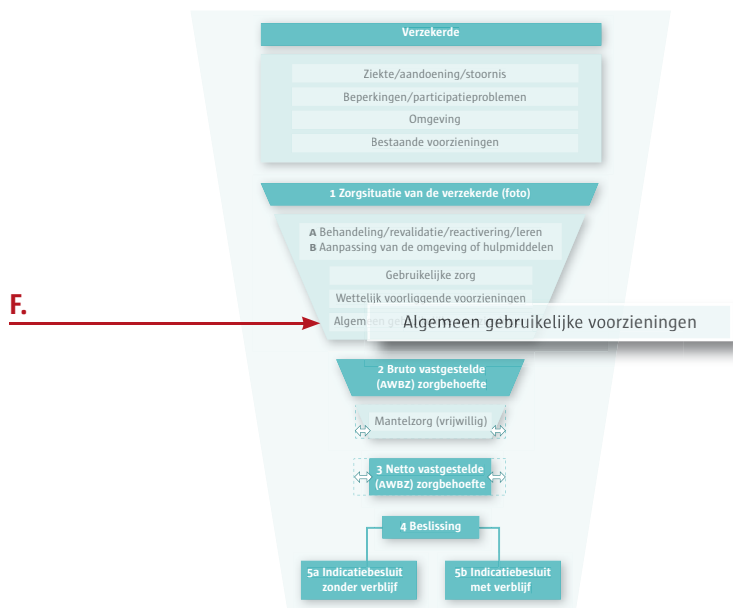
Geen arbeidsverleden en Wet werk en bijstand (WWB)

1. Bij verzekerden zonder arbeidsverleden, waarbij geen beoordeling heeft plaatsgevonden van de mate van arbeidsongeschiktheid vanwege de uitkeringsregeling Wajong, WAO/ WIA beoordeelt het CIZ of er aanspraak is op de functie Begeleiding groep vanwege het bieden van dagstructuur of overnemen van het toezicht in een instelling. Zie paragraaf 7.4 onder 'Begeleiding in groepsverband'.
2. Wet Werk en Bijstand (WWB): verzekerden die arbeidsverplichtingen hebben in het kader van de WWB, hebben geen aanspraak op de functie Begeleiding groep ter vervanging van arbeid.

Ziektewet - periode tot WIA

Het gaat hier om verzekerden die, na een psychiatrische behandeling of een revalidatieproces uitbehandeld zijn, door restbeperkingen geen arbeid meer kunnen verrichten en nog geen twee jaar arbeidsongeschikt zijn. Er is aanspraak op Begeleiding groep als de verzekerde hier op basis van aandoeningen/stoornissen en matige tot zware beperkingen op is aangewezen.

F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid

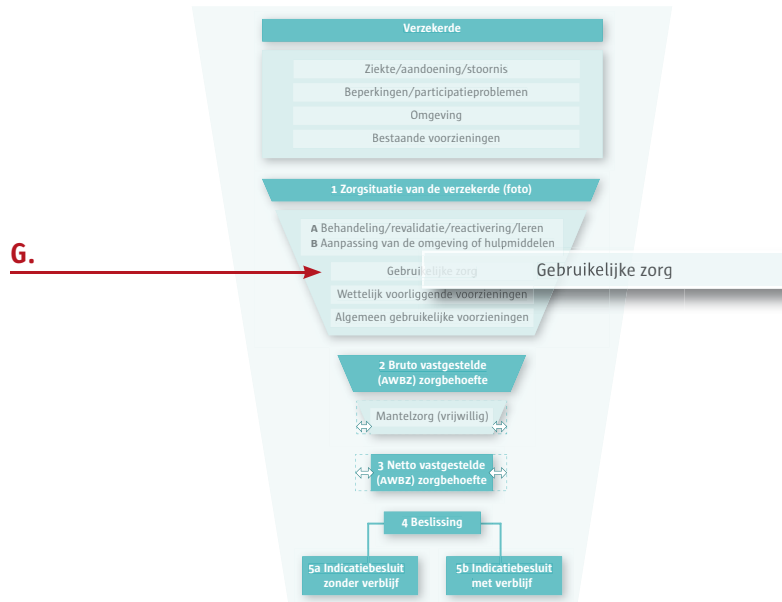


Niet bij wet gecreëerde voorzieningen buiten de AWBZ, om in de zorgbehoefte te voorzien, zijn:

- 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 7.2 E. 'Wettelijk voorliggende voorzieningen'.

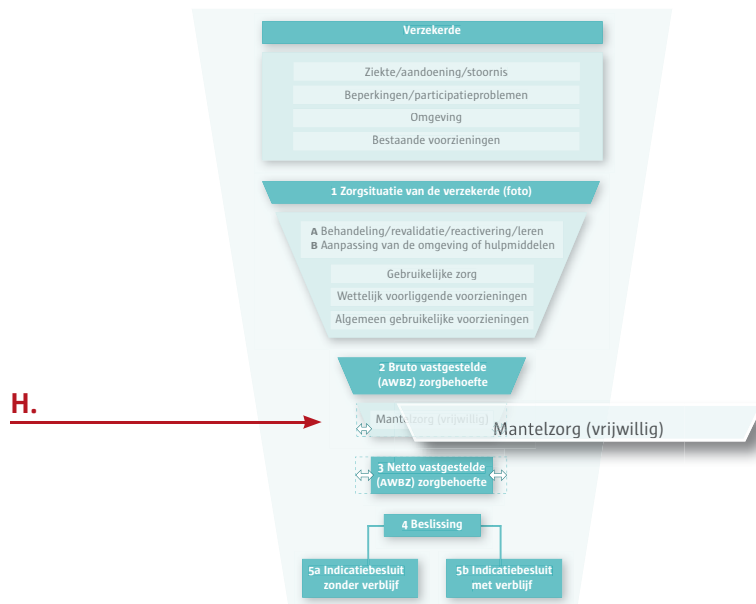
Deze voorzieningen gaan voor op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van de verzekerde. Het gaat bijvoorbeeld om activiteiten die mensen normaal gesproken zelf betalen, zoals taallessen en computercursussen. Van verzekerden die daartoe in staat 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 de verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg. Zie hiervoor hoofdstuk 4 Gebruikelijke zorg.

H. Mantelzorg



Mantelzorg is langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulp-behoevende, door personen uit zijn omgeving waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg overstijgt. 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 bijlage 3 Gebruikelijke zorg van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

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.

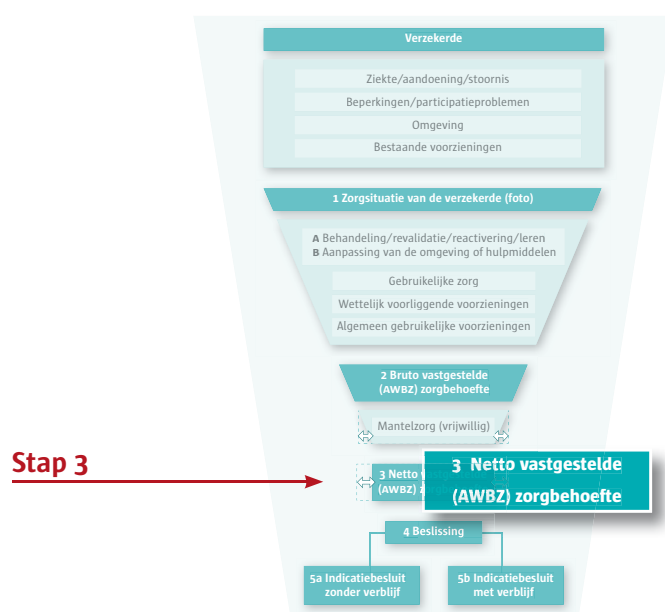
7.4 De functie Begeleiding

Met betrekking tot de functie Begeleiding wordt er onderscheid gemaakt tussen Begeleiding individueel en Begeleiding groep.

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. Wanneer de Begeleiding gericht is op het daadwerkelijk bieden van dagstructuur is Begeleiding groep de aangewezen vorm van Begeleiding. Echter, wanneer de zorgbehoefte gelegen is in het bijvoorbeeld één of meerdere keren per week bieden van hulp bij het doornemen van de dag- of weekstructuur en de zorgbehoefte is niet gelegen in het daadwerkelijk bieden van die dagstructuur, dan is Begeleiding individueel de aangewezen vorm om de zorgbehoefte van de verzekerde in te vullen.

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 er rekening mee gehouden dat deze vormen van zorg niet op hetzelfde moment van de dag kunnen plaatsvinden.



A1. Omvang van Begeleiding individueel

De omvang van de functie Begeleiding wordt vastgesteld in klassen, met daarin een bandbreedte in uren. Er is een maximale omvang vastgesteld voor de functie Begeleiding individueel (zie tabel). De bepaling van de omvang van een individuele aanspraak is de optelsom van de duur van de betreffende activiteiten die vervolgens leiden tot een aanspraak op Begeleiding in een bepaalde klasse; deze omvang kan per combinatie van activiteiten nooit meer bedragen dan de in de tabel genoemde maxima. Als in uitzonderingsgevallen de zorgbehoefte van de verzekerde uitgaat boven de genoemde maxima in de tabel, wordt additionele zorg gemotiveerd geïndiceerd. De omvang waarmee de Begeleiding individueel wordt geïndiceerd is niet meer dan nodig om verantwoorde zorg te bieden.

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

- a) benodigde AWBZ-zorg die tijdens Begeleiding en Behandeling in groepsverband moet worden geboden. BG groep en BH groep zijn integrale pakketten. De PV, VP en BG individueel die tijdens de BG groep of BH groep nodig is, wordt niet geïndiceerd gedurende de tijd dat de verzekerde de Begeleiding groep of Behandeling groep bezoekt. Zie hiervoor verder bij A2, onder 'integraal pakket';
- b) benodigde AWBZ-zorg (PV, VP en BG) tijdens Kortdurend Verblijf. Dit omdat Kortdurend Verblijf geen integraal pakket is. Zie verder het hoofdstuk Kortdurend Verblijf onder paragraaf 10.4.

Begeleiding individueel

De klassen voor de functie Begeleiding individueel 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

Notabene: bij palliatief terminale zorg kan sprake zijn van additionele zorg. De eventueel benodigde additionele zorg wordt berekend vanaf klasse 8.

Zeer ernstige gedragsproblematiek

Er is sprake van zeer ernstige gedragsproblematiek als op tenminste drie van de volgende vijf terreinen een 354 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. De objectivering van de zeer ernstige gedragsproblematiek vindt plaats op basis van informatie van een terzake deskundige.

Toezicht tijdens het onderwijs

In paragraaf 7.3 onder E is beschreven dat tijdens de schooluren alleen sprake kan zijn van activiteit 3 (toezicht) ten laste van de AWBZ-functie Begeleiding. De omvang van Begeleiding, gericht op toezicht tijdens het onderwijs, is afhankelijk van de mate van de gedragsproblemen die de omvang met andere kinderen bemoeilijkt. De omvang per week is maximaal klasse 2. Bij zeer ernstige gedragsproblemen (zie definitie zeer ernstige gedragsproblemen hierboven) kan de totale omvang van de functie Begeleiding met één klasse worden verhoogd.

Wanneer Begeleiding 'gericht op toezicht tijdens onderwijs' aan de orde is, wordt dit meegenomen als onderdeel van de aanspraak Begeleiding individueel. Als er sprake is van een combinatie van toezicht tijdens het onderwijs en zeer ernstige gedragsproblematiek, kan in voorkomende gevallen klasse 8 (20 - 24,9 uur per week) als maximale omvang per week zijn aangewezen. In het indicatiebesluit wordt de omvang van de Begeleiding die tijdens het onderwijs nodig is, apart inzichtelijk gemaakt.

54 Zie bijlage Algemeen (1) van de Beleidsregels AWBZ.

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Begeleiding ¹	Maximale omvang per week ²
(4.) Oefenen	3 uur ³
1. Het ondersteunen bij het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of 2. Het ondersteunen bij vaardigheden/handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid	Klasse 4
1. en/of 2. + oefenen	Klasse 5
3. Het bieden van toezicht	Klasse 2
3.1 Het bieden van toezicht tijdens onderwijs	Klasse 2
3.1 + zeer ernstige gedragsproblematiek: gemotiveerd toekennen	Klasse 3
1. en/of 2. + 3 ⁴	Klasse 5
1. en/of 2. + 3. + oefenen ⁵	Klasse 6
1. en/of 2. + 3. + 3.1 + oefenen ⁶	Klasse 7
1. en/of 2. + 3. + zeer ernstige gedragsproblematiek: gemotiveerd toekennen (wel of niet incl. oefenen)	Klasse 7
1. en/of 2. + 3. + 3.1 + zeer ernstige gedragsproblematiek: gemotiveerd toekennen (wel of niet incl. oefenen)	Klasse 8
Voor palliatief terminale zorg (PTZ) blijft de standaardnorm gehandhaafd	56 uur (7 x 8 uur, inclusief klasse 8)
<p>1 Zie voor een verdere uitwerking van deze maxima voor wat betreft de indicatiepraktijk, de tabel gemiddelde tijd en frequentie van activiteiten. Deze tabel is opgenomen in de bijlage bij dit hoofdstuk.</p> <p>2 Normering volgens brief staatssecretaris ministerie van VWS 'uitwerking AWBZ pakketmaatregel d.d. 16 september 2008 (kenmerk DLZ/ZI-U-2877632)'. 3 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. 4,5,6 In verband met samenvallende activiteiten wordt de maximale omvang naar beneden afgerond.</p>	

A2. Omvang van Begeleiding groep

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

Begeleiding in groepsverband

De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 1: één dagdeel per week
- klasse 2: twee dagdelen per week
- klasse 3: drie dagdelen per week
- klasse 4: vier dagdelen per week
- klasse 5: vijf dagdelen per week
- klasse 6: zes dagdelen per week
- klasse 7: zeven dagdelen per week
- klasse 8: acht dagdelen per week
- klasse 9: negen 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 arbeid⁵⁵ (ook vrijwilligerswerk) of school⁵⁶ te vervangen gedurende maximaal negen dagdelen per week;

55 Zie voor een combinatie van Begeleiding groep en de Wsw paragraaf 7.3 onder E.

56 Bij kinderen moet steeds worden afgewogen of er aanspraak is op BH groep.

2. het bieden van activiteiten met als doel een andersoortige vorm van dagstructurering dan arbeid of school (denk aan 65-plussers of mensen zonder arbeidsverleden) en tevens zelfredzaamheid en cognitieve capaciteiten en vaardigheden zoveel mogelijk te handhaven en/of gedragsproblematiek te reguleren gedurende maximaal negen dagdelen per week;
3. toezicht in een instelling:
 - a) 's nachts in een instelling gedurende maximaal zeven 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 indicatie wordt gevraagd voor meer dan twee dagdelen per etmaal, omdat de verzekerde een langere periode dan alleen de nacht in de instelling wordt opgevangen (de verzekerde komt in de middag aan en vertrekt in de loop van de volgende ochtend), dan is één etmaal Kortdurend Verblijf aangewezen.
Notabene: 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 negen dagdelen per week.

De dagactiviteiten in groepsverband 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. Dagbesteding houdt in een structurele tijdsbesteding met een welomschreven doel waarbij de verzekerde actief wordt betrokken en die hem zingeving verleent. Hieronder wordt niet verstaan een reguliere dagstructurering zoals die in de woon-/verblijfsituatie wordt geboden of een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.

Als er sprake is van dagactiviteiten zoals vermeld onder 1 en/of 2 kan er hiernaast aanvullend toezicht in een instelling noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld als een kind Begeleiding in groepsverband ter vervanging van onderwijs krijgt en daarnaast op zaterdag het toezicht overgenomen moet worden ter ontlasting van gebruikelijke zorgers of mantelzorgers. Hiervoor kunnen additionele dagdelen worden geïndiceerd.

Integraal pakket

Begeleiding in groepsverband is een integraal pakket. Begeleiding in groepsverband bevat ook alle Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Begeleiding individueel en Behandeling (op de achtergrond) die tijdens de Begeleiding in groepsverband moet worden gegeven. Hierbij geldt het volgende:

- als de verzekerde op basis van zijn grondslag wettelijk gezien geen toegang heeft tot de functie Verpleging kan, op basis van een bijkomende grondslag die wel toegang geeft tot de functie Verpleging, deze indien noodzakelijk aanvullend op dit integrale pakket worden geïndiceerd;
- als de verzekerde is aangewezen op (individuele) aanvullende functionele diagnostiek kan hiervoor naast Begeleiding in groepsverband ook individuele Behandeling geïndiceerd worden. Dit alleen voor zover deze Behandeling (op de achtergrond) al geen deel uitmaakt van de Begeleiding groep.

Begeleiding in groepsverband bij kinderen van 0 tot en met 3 jaar

Hieronder wordt per zorgdoel/activiteit van Begeleiding groep beschreven of dit zorgdoel van toepassing is op kinderen van 0 tot en met 3 jaar en zo nee, de reden waarom dit niet zo is.

Zorgdoel/activiteit

1. Het bieden van een dagprogramma met als doel al dan niet aangepaste vormen van arbeid (ook vrijwilligerswerk) of school te vervangen. Bij kinderen van 0 tot en met 3 jaar is geen sprake van arbeid of school en daarmee kan Begeleiding groep voor dit zorgdoel/activiteit niet voor kinderen van 0 tot en met 3 jaar worden geïndiceerd.
2. Het bieden van activiteiten met als doel een andersoortige vorm van dagstructurering dan arbeid of school (denk aan 65-plussers) en tevens zelfredzaamheid, cognitieve capaciteiten en vaardigheden zoveel mogelijk te handhaven en/of gedragsproblematiek te reguleren. Ook deze activiteit zal over het algemeen niet aan de orde zijn. Dagstructurering is op deze leeftijd nog gebruikelijke zorg van ouders. Vanuit de vraag om Begeleiding groep voor een kind van 0 tot en met 3 jaar gaat het bij de zorgbehoefte van deze kinderen veelal niet om het handhaven van zelfredzaamheid/vaardigheden maar om het aanleren van vaardigheden en stimuleren van ontwikkeling. Deze activiteiten maken deel uit van de functie Behandeling.

3. Toezicht in een instelling: Deze activiteit kan voor kinderen van 0 tot en met 3 jaar, als er toegang is tot de functie Begeleiding, wel worden geïndiceerd ter compensatie van bovengebruikelijk toezicht, of als respijtzorg bij (dreigende) overbelasting van de ouders. Begeleiding in groepsverband kan niet worden geïndiceerd met als doel kinderopvang. Zie voor een nadere uitleg hiervan paragraaf 2, onder 'Wet op de kinderopvang'. Deze activiteit kan ook bestaan naast Behandeling groep.

Begeleiding in groepsverband bij kinderen van 4 jaar en ouder

Bij kinderen van 4 jaar en ouder die vanwege hun aandoeningen/beperkingen een ontheffing hebben van de leerplicht, is er een aanspraak op doel 1 van BG groep. Als een verzekerde is aangewezen op een dagprogramma en tijdens dit dagprogramma is Behandeling noodzakelijk in de vorm van 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' of 'CSLM-zorg' wordt Behandeling groep geïndiceerd en geen BG groep met Behandeling (zie hoofdstuk 8). Als er naast of tijdens het dagprogramma aanspraak is op individuele Behandeling in de vorm van 'consultatie', 'medebehandeling' of 'aanvullende functionele diagnostiek' kan dit als Behandeling individueel geïndiceerd worden aanvullend aan de Begeleiding groep.

Begeleiding in groepsverband bij volwassenen

Bij volwassenen tot 65 jaar die vanwege hun aandoeningen, stoornissen of beperkingen niet (meer) kunnen deelnemen aan het arbeidsproces, kan er een aanspraak op doel 1 van BG groep zijn. Bij volwassenen van 65 jaar en ouder kan er, op basis van hun aandoeningen, stoornissen en beperkingen, aanspraak zijn op doel 2 van BG groep. Als een verzekerde is aangewezen op een dagprogramma en tijdens dit dagprogramma is Behandeling noodzakelijk in de vorm van 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' of 'CSLM-zorg' wordt Behandeling groep geïndiceerd en geen BG groep met Behandeling (zie hoofdstuk 8). Als er naast of tijdens het dagprogramma aanspraak is op individuele Behandeling in de vorm van 'consultatie', 'medebehandeling' of 'aanvullende functionele diagnostiek' kan dit als Behandeling individueel geïndiceerd worden naast de Begeleiding groep.

Vervoer naar Begeleiding groep

Als de verzekerde is aangewezen op Begeleiding in groepsverband gedurende een dagdeel in een instelling, dan omvat de zorg op grond van artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ ook het vervoer naar en van de instelling wanneer dit medisch noodzakelijk is. Uitgangspunt bij het beoordelen van de 'medisch noodzakelijkheid', 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 bij kinderen tot twaalf jaar altijd een indicatie gesteld voor vervoer.

Maximale omvang

Wanneer Kortdurend Verblijf, Begeleiding groep, Behandeling groep en/of Verpleging in de vorm van Verpleegkundig toezicht vanwege thuisbeademing bij kinderen wordt geïndiceerd, kan dit voor maximaal drie etmalen (=achtien dagdelen) per week. In deze drie etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school, arbeid en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar negen dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan zeven dagdelen per week per 52 weken.

B. Geldigheidsduur

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Begeleiding gelden de algemene criteria. Zie hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

Hierbij geldt het volgende: Een indicatiebesluit voor zorg zonder verblijf die noodzakelijk is in verband met een ziekte of aandoening die er toe leidt dat de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden, blijft geldig tot de verzekerde is overleden⁵⁷. In geval van 'oefenen'

⁵⁷ Technisch gezien betekent dit dat een indicatie voor VP op basis van PTZ in de terminale levensfase een geldigheidsduur krijgt van honderd jaar.

geldt een maximum van één jaar.

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

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 leveringsvorm is een verplicht⁵⁸ te registreren item. Het maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Begeleiding kan alleen worden toegekend in de vorm van zorg en natura.

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. De leveringsvoorwaarde maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Leveringsvoorwaarden zijn alleen van toepassing op Begeleiding individueel.

7.5 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 het 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 Zvw. Een uitzondering hierop is thuisbeademing. Deze uitzonderingsmogelijkheid is beschreven in hoofdstuk 12 Thuisbeademing.

Respijtzorg

Respijtzorg doet zich voor in situaties waarin de huisgenoot, partner of ouder die feitelijk gebruikelijke zorg op zich moet 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 de zorg die als gebruikelijke zorg moet worden beschouwd, op titel van respijtzorg worden meegenomen. Het gaat dan om indiceerbare zorg alsof de verzekerde zonder gebruikelijke zorg woont.

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

⁵⁸ Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

Als dit onvoldoende oplossing biedt, kan een AWBZ-indicatie gesteld worden, waarin de gebruikelijke zorgtaken (PV, VP, BG) tijdelijk worden overgenomen. Als er al een indicatie voor AWBZ-zorg is en deze zorg door de partner, ouder, volwassen kind en/of andere huisgenoot zelf wordt geleverd, 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, kan ook toezicht worden geïndiceerd. Het toezicht wordt, afhankelijk van wat voor de verzekerde het meest doelmatig is, geïndiceerd in de vorm van Begeleiding groep, Begeleiding individueel of Verpleging in de vorm van Verpleegkundig toezicht in verband met thuisbeademing bij kinderen.

De belastbaarheid vanwege de gezondheid van de ouder, partner of huisgenoot moet worden beoordeeld door of onder verantwoordelijkheid van een arts (zie ook hoofdstuk 4, Gebruikelijke Zorg).

Om in aanmerking te komen voor een indicatie op grond van respijtzorg moet er ook op basis van aandoeningen/stoornissen en beperkingen bruto aanspraak zijn op de betreffende functie.

Zie paragraaf 7.4 onder B voor informatie over de geldigheidsduur van indicatiebesluiten waarbij sprake is van respijtzorg.

Behandelaars op de achtergrond

Soms is sprake van een dagprogramma dat erop gericht is om de verzekerde een zinvolle dagbesteding/dagstructuur te bieden, of om het toezicht op de verzekerde over te nemen van de mantelzorgers. Er is dan geen behandeldoel. Er kan in die gevallen wel een behandelaar op de achtergrond aanwezig zijn, bijvoorbeeld ter ondersteuning van het begeleidingsteam of om beleid voor de omgang met verzekerden vorm te geven, maar deze behandelaar is niet betrokken bij het individuele zorgplan van de verzekerde. Er is dan geen sprake van de functie Behandeling voor deze individuele verzekerde.

Bijlage bij hoofdstuk 7

Gemiddelde tijd en frequentie van activiteiten

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 vertrekken (indirecte zorg). De frequentie waarmee de Begeleiding wordt geïndiceerd is niet meer dan nodig om verantwoorde zorg te bieden. De volgende tabel is een verdere uitwerking van de tabel 'Te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Begeleiding'. Die tabel is opgenomen onder paragraaf 7.4, onder A. 'Omvang'.

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 in uren	Valt binnen (maximale) klasse
(4.) Oefenen			1 - 3 uur ¹	
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 x per week	60 - 180 min.	1 - 3 uur	Klasse 1 - 2
	2 x per week	60 - 180 min.	2 - 6 uur	Klasse 2 - 3
	3 x per week	30 - 90 min.	1,5 - 4,5 uur	Klasse 1 - 3
	4 x per week	30 - 90 min.	2 - 6 uur	Klasse 2 - 3
	5 x per week	15 - 90 min.	1,25 - 7,5 uur	Klasse 1 - 4
	6 x per week	15 - 90 min.	1,5 - 9 uur	Klasse 1 - 4
	1 x per dag	15 - 90 min.	1,75 - 9,9 uur	Klasse 1 - 4
	2 x per dag	15 - 45 min.	3,5 - 9,9 uur	Klasse 2 - 4
	3 x per dag	15 - 30 min.	5,25 - 9,9 uur	Klasse 3 - 4
	4 x per dag	15 - 20 min.	7 - 9,33 uur	Klasse 4
1. en/of 2. + oefenen			12,9 uur	Klasse 5
3. het bieden van toezicht			3,9 uur	Klasse 2
3.1 het bieden van toezicht tijdens onderwijs			3,9 uur	Klasse 2
3.1 het bieden van toezicht tijdens onderwijs + zeer ernstige gedragsproblematiek (zie paragraaf 7.4): gemotiveerd toekennen			6,9 uur	Klasse 3
1. en/of 2. + 3. ²			12,9 uur	Klasse 5
1. en/of 2. + 3. + oefenen ³			15,9 uur	Klasse 6
1. en/of 2. + 3. + 3.1 + oefenen			19,9 uur	Klasse 7
1. en/of 2. + 3. + zeer ernstige gedragsproblematiek (zie paragraaf 7.4): gemotiveerd toekennen (wel of niet incl. oefenen)			19,9 uur	Klasse 7
1. en/of 2. + 3. + 3.1 + zeer ernstige gedragsproblematiek (zie paragraaf 7.4): gemotiveerd toekennen (wel of niet incl. oefenen)			24,9 uur	Klasse 8
Voor palliatief terminale zorg wordt de standaardnorm aangehouden.			56 uur (7 x 8 uur, incl. klasse 8)	Klasse 8 en mogelijk additionele uren
<p>¹ 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.</p> <p>² en ³ Door samenvallende activiteiten wordt voor de maximale omvang naar beneden afgerond.</p>				



Hoofdstuk 8

Behandeling

Inhoudsopgave

8.1	Inleiding	138
8.2	Relevante wet- en regelgeving	138
8.3	Afbakeningskader Behandeling (BH) op basis van het trechtermodel	139
	A. Grondslagen	139
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	139
	C. Behandeling/revalidatie in het kader van de Zvw	145
	D. Aanpassingen van de omgeving	147
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	147
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen	149
	G. Gebruikelijke zorg	150
	H. Mantelzorg	150
8.4	De functie Behandeling	151
	A1. Omvang van Behandeling individueel	151
	A2. Omvang van Behandeling groep	151
	B. Geldigheidsduur	153
	C. Leveringsvorm	153
	D. Leveringsvoorwaarden	153
8.5	Specifieke punten	154
	AWBZ-(hoofd)behandelaar	154
	Behandeldoel en behandelplan	154
	Onderscheid tussen AWBZ- en Zvw-behandeling	154
	Behandeling groep in de vorm van CSLM-zorg bij de grondslag Psychogeriatric	155

8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Behandeling (BH) beschreven. Dit hoofdstuk is vooral gebaseerd op de Beleidsregels van VWS over 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 Behandeling.

8.2 Relevante wet- en regelgeving

Artikel 8 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

“Behandeling omvat 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.”

Deze tekst is toegevoegd.

Artikel 10 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

“Indien een verzekerde zorg als bedoeld in artikel 8 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.”

Artikel 13 lid 2 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

“In afwijking van het eerste lid, bestaat voortgezet verblijf, indien er sprake is van behandeling van een psychiatrische aandoening, uit zorg als omschreven in artikel 9, eerste en tweede lid.”

De tekst over het Zorgindicatiebesluit is aangepast bij punt 2, dat hier van toepassing is: ‘Het indicatievrij zijn van de functie Behandeling voor verzekerden met de grondslag Zintuiglijke handicap’.

Artikel 2 Zorgindicatiebesluit:

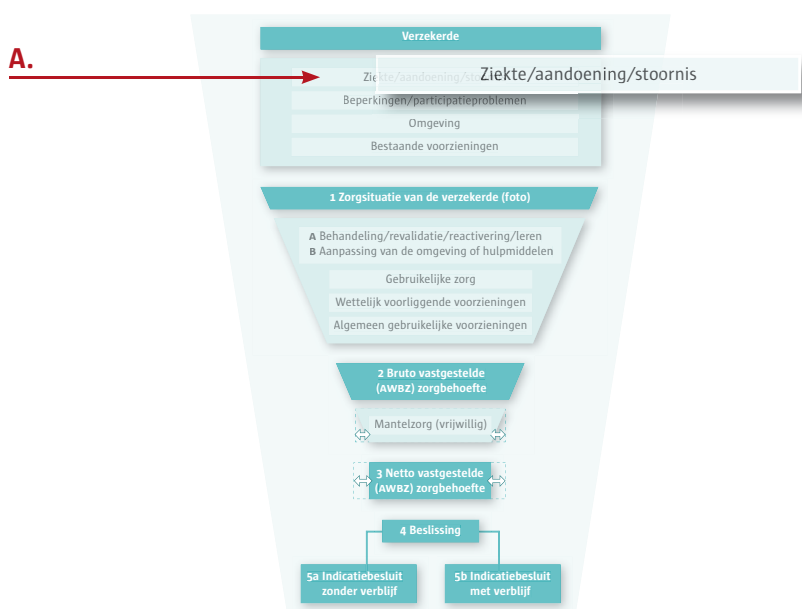
“Als vormen van zorg als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ worden aangewezen de vormen van zorg, bedoeld in de artikelen 4 tot en met 6, 8, 9 eerste en tweede lid, 9a, 10, 13, tweede lid, en 34 van het besluit, met uitzondering van:

b. de zorg, bedoeld in artikel 8 van het besluit:

1. voor zover het betreft consultatie van een aan de instelling verbonden verpleeghuisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde, of
2. die in verband met een zintuiglijke handicap wordt verleend.”

8.3 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 is een AWBZ-indicatie voortgezet verblijf alleen mogelijk wanneer de verzekerde na een (ononderbroken) periode van 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 AWBZ-grondslagen. Een nadere uitwerking van het begrip specifiek wordt verder uitgelegd onder paragraaf 8.5, specifieke punten. Het gaat bij AWBZ-Behandeling vooral om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg). Er bestaat complexe (multi-)problematiek waarbij specifieke deskundigheid op het niveau van een AWBZ-behandelaar noodzakelijk is, zoals van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis (bijvoorbeeld ergotherapeut, linguïst, logopedist, spraak-/taalpatholoog, orthoptist). Een nadere uitwerking van het begrip AWBZ-(hoofd)behandelaar wordt verder uitgelegd onder paragraaf 8.5, specifieke punten. 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 zo complex dat meestal substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair AWBZ-team noodzakelijk zijn. Er is dan op gestructureerde wijze afstemming nodig over wat de verschillende disciplines doen. De behandeling moet doelmatig zijn (artikel 2, lid 3 Bza). Behandeling die onvoldoende bewezen effectief is, is geen doelmatige zorg. Er kan ook sprake zijn van monodisciplinaire behandeling. Zie hiervoor paragraaf 8.5 onder het kopje 'Onderscheid tussen AWBZ- en Zvw behandeling'.

Als op jonge leeftijd (kinderen jonger dan 5 jaar) bij verzekerde een aandoening is gediagnosticeerd waarvan met een zekere grenzende waarschijnlijkheid kan worden vastgesteld dat zich stoornissen en/of beperkingen in het functioneren zullen gaan ontwikkelen op basis van het beloop van de aandoening, dan kan behandeling gericht zijn op het voorkomen of het beperken van de ernst van deze te verwachten stoornissen en/of beperkingen (zoals

bijvoorbeeld bij Early Intervention bij het syndroom van Down). Bij jonge kinderen met aandoeningen die vaak al op grond van uiterlijke kenmerken, of op basis van chromosomale of erfelijke afwijkingen, preventief zijn getest en waarbij deze aandoeningen op de babyleeftijd zijn gediagnosticeerd, kan de functie Behandeling worden geïndiceerd voordat zich zichtbare stoornissen en beperkingen in het functioneren voordoen. Dit in tegenstelling tot de meeste aandoeningen, waar een diagnose gesteld wordt op basis van stoornissen en beperkingen in het functioneren en waarbij de functie Behandeling naar aanleiding van de opgetreden stoornissen/beperkingen wordt geïndiceerd.

Op grond van artikel 2, lid 1 Bza is behandeling vanuit het tweede compartiment (Zvw) voorliggend op het inzetten van Behandeling vanuit het eerste compartiment (AWBZ).

Behandeling, hetzij vanuit het tweede compartiment (Zvw), hetzij vanuit het eerste compartiment (AWBZ), is voorliggend op 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.

Om in aanmerking te komen voor de functie Behandeling moet op basis van informatie van de behandelaar ook zijn vastgesteld dat er een noodzaak is voor:

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

AWBZ Behandeling kan worden geïndiceerd in de vorm van individuele Behandeling of in de vorm van Behandeling in groepsverband.

Als er sprake is van Behandeling die gepaard gaat met Verblijf in dezelfde instelling, dan heeft de verzekerde ook aanspraak op de aanvullende voorzieningen, zoals geformuleerd in het hieronder weergegeven artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ. Dit zowel op grond van artikel 8 als op grond van artikel 13.

Artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

1. Voor zover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling, omvat de zorg, bedoeld in de artikelen 8 en 13, tevens:
 - a) geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
 - b) behandeling van een psychiatrische aandoening indien de behandeling integraal onderdeel is van de in artikel 8 genoemde aandoeningen of handicaps;
 - c) farmaceutische zorg;
 - d) hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
 - e) tandheelkundige zorg;
 - f) kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
 - g) het individueel gebruik van een rolstoel.

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

Deze tekst is op deze plaats toegevoegd.

Als er sprake is van Behandeling van verzekerden met een zintuiglijke handicap valt dit buiten de indicatiestelling door het CIZ.

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

Bij CSLM-zorg is er sprake van complexe (multi-)problematiek waarbij specifieke deskundigheid noodzakelijk is zoals van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis. Het behandeldoel betreft het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of van het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis. De problematiek is zo complex

dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair zorgteam noodzakelijk zijn voor het beantwoorden van de hulpvraag. Er is op gestructureerde wijze afstemming nodig over wat de verschillende zorgdisciplines doen.

De intensiteit van de behandeling kan verschillend zijn. De coördinatie van het behandelplan voor de specifieke AWBZ-problematiek ligt in handen van de hoofdbehandelaar. Een belangrijk verschil met de behandelvorm medebehandeling (zie onder) 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 deze vorm van Behandeling in het kader van 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 er 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 er dus ook geen sprake van inzet van zorg zoals met deze vorm van Behandeling in het kader van de AWBZ wordt bedoeld. Een goed voorbeeld van multidisciplinaire samenwerking is de intensieve behandeling die nodig is 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 wat 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 CSLM-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).

In het kader van de AWBZ moet voor CSLM-Behandeling aan alle onderstaande criteria worden voldaan:

- 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) er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn waardoor of blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht, of verslechtering wordt tegengegaan, of palliatie wordt geboden;
- c) er moet van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake zijn, gecoördineerd door een hoofdbehandelaar;
- d) de te geven behandeling moet programmatisch en doelmatig zijn volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode;
- e) voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk op het niveau van een AWBZ-behandelaar;
- f) naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen;
- g) Bij CSLM-zorg gaat het om multidisciplinaire zorg.

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, 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 de verzekerde in staat zijn om (toekomstige) verergering van zijn beperkingen te voorkomen. De nieuw aan te leren vaardigheden richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen, of op het voorkomen of beperken van de ernst van stoornissen en/of beperkingen die op grond van de aandoening van de verzekerde met een zekere grenzende waarschijnlijkheid te verwachten zijn (zoals Early Intervention bij het syndroom van Down).

‘Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’ kan zich ook richten op de mantelzorg in de directe omgeving van de verzekerde, als dit ten goede komt aan de verzekerde. In de praktijk zijn dit veelal de ouders van de verzekerde. De Behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan de mantelzorger/gebruikelijkezorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de verzekerde. Toch wordt de indicatie gesteld op naam van de verzekerde en niet op naam van degene op wie de vaardigheids- of gedragstraining zich direct richt.

In het kader van de AWBZ moet voor deze Behandeling aan alle onderstaande criteria worden voldaan:

- a) het moet gericht zijn op herstel of het aanleren van vaardigheden of gedrag;
- b) er moet een concreet en haalbaar behandelplan zijn waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht, of waardoor stoornissen en/of beperkingen die met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid op basis van de aandoening van de verzekerde zullen ontstaan, zich minder ernstig zullen voordoen;
- c) de verzekerde of (als de behandeling gericht is op de directe omgeving van de verzekerde) de mantelzorger/gebruikelijkezorger moet leerbaar/trainbaar zijn;
- d) er moet sprake zijn van behandeling in een specifieke zorgsetting;
- e) de te geven behandeling moet programmatisch en doelmatig zijn volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode;
- f) voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk op het niveau van een AWBZ-behandelaar;
- g) naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen.

Ad b. Er moet een concreet en haalbaar behandelplan zijn

Behandeling gericht op herstel of het aanleren van vaardigheden of gedrag, moet steeds gepaard gaan met een concreet en haalbaar behandelplan. Er hoeft op dat moment niet noodzakelijk 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 kan ook bedoeld zijn om het behandelplan verder vorm te geven (RZA 2007/140).

Notabene: de behandelvorm ‘aanvullende functionele diagnostiek’ kan voorafgaan aan ‘Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’. Als met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid kan worden gezegd dat na de aanvullende diagnostiek de behandelvorm ‘Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’ zal volgen, en er is voldaan aan de overige criteria voor ‘Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’, dan kan worden volstaan met één indicatiebesluit. De geldigheidsduur van dit indicatiebesluit is dan gebaseerd op de behandelvorm ‘Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’.

Bij kinderen kan er, vanwege de ontwikkeling (afwisselend) sprake zijn van nieuwe behandelplannen. Hiervoor kan meerdere keren achter elkaar een indicatie voor de behandelvorm ‘Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’ worden gesteld. Om te beoordelen of deze vorm van Behandeling opnieuw aan de orde is, is het nodig dat er van de voorgaande behandelingen een evaluatierapportage is waarin is aangegeven of de behandelplannen zijn bereikt en zo nee, waarom dit niet het geval is. Ook moet hierin vermeld zijn wat de behandelplannen voor de volgende periode zijn.

Steeds moet worden afgewogen of er sprake moet zijn van meerdere keren ‘Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag’ of dat er vanwege de aard van de aandoening, stoornissen of beperkingen sprake is van CSLM-zorg.

Ad c. De verzekerde of de mantelzorger moet leerbaar/trainbaar zijn

Een belangrijke voorwaarde voor deze vorm van Behandeling is dat de verzekerde leerbaar/trainbaar is. Als dit niet het geval is, kunnen ook geen vaardigheden worden aangeleerd en komt de verzekerde niet voor deze vorm van Behandeling in aanmerking. Zo nodig wordt bij de behandelaar informatie opgevraagd over het ontwikkelvermogen van de verzekerde.

Wanneer de Behandeling zich richt op de directe omgeving van de verzekerde (mantelzorg) en op het hen aanleren van vaardigheden hoe om te gaan met stoornissen/beperkingen/gedrag van de verzekerde, dan moet

de gebruikelijkezorger/mantelzorger op wie de Behandeling zich richt leerbaar/trainbaar zijn. De indicatie wordt gesteld op naam van de verzekerde met de grondslag.

Ad d. Er moet van behandeling in een specifieke zorgsetting sprake zijn

Deze vorm van behandeling is gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag in een specifieke setting (dit kan zowel in de thuissituatie als in een zorginstelling). 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 nodig hebben voor het aanleren van specifieke vaardigheden in een specifieke zorgsetting. Een vervolgttraject waarbij geen specifieke doelgroepgerichte (AWBZ-)zorg meer nodig is, bijvoorbeeld nog enkele keren naar de fysiotherapeut of nog enkele keren naar de logopedie, behoort tot het tweede compartiment.

Ad e. De te geven behandeling moet programmatisch en doelmatig zijn volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode

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

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 van de wetenschap en praktijk. Interventies die niet bewezen effectief zijn, kunnen daarom niet als doelmatige zorgverlening gelden (bijvoorbeeld neurofeedback, alternatieve geneeswijzen).

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

Sommige behandelingen maken weliswaar deel 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 is 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.

Bij deze component van de functie Behandeling is het onderscheid tussen eerste en tweede compartiment soms niet duidelijk. Er moet steeds voor ogen gehouden worden dat alle zorg die is verzekerd in het tweede compartiment alleen Zvw-zorg kan zijn. Daarnaast is van belang 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 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 (Zvw) of voor verpleeghuisrevalidatie (AWBZ) zijn de volgende criteria van belang:

- belastbaarheid voor het volgen van een intensieve therapie;
- in staat om te leren;
- perspectief op naar huis gaan;
- de noodzaak tot multidisciplinaire zorg.

Bij opname in een verpleeghuis is vaak sprake van comorbiditeit. Bij opname in een revalidatiecentrum is vaak sprake van complexe revalidatieproblematiek.

Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag bij chronische aandoeningen

Onder 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' vallen (los van een voorgaand revalidatietraject) ook situaties van in principe (multipale) chronische aandoeningen en een toenemende zorgbehoefte door toenemende beperkingen, waarbij door deze (specifieke, doelgroepgerichte) Behandeling (vanuit een instelling) gedeeltelijk herstel, of verbetering van zelfredzaamheid bereikt kan worden. Het kan gaan om de gevolgen van een bijkomende aandoening, of beperkingen die samenhangen met de al bekende chronische problematiek. In dergelijke situaties zal meestal, ondanks het chronische karakter van de aandoeningen en de algemene beperkingen, een kortdurende indicatie gesteld kunnen worden. Deze vorm van Behandeling kan zowel (vanuit de instelling) in de thuissituatie als in een instelling worden gegeven.

Aanvullende functionele diagnostiek

AWBZ-Behandeling kan aangewezen zijn voor aanvullende functionele diagnostiek. Deze onderscheidt zich van klinische basisdiagnostiek.

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;
- onderzoeken welke behandeldoelen haalbaar zijn en welke behandelmogelijkheden er zijn;
- 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 geheel tot het tweede compartiment (Zvw). De behandeling vanuit het tweede compartiment richt zich primair 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). Dit kan ook aan de orde zijn tijdens het verloop van de aandoening. 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 die toegang geven tot de functie Behandeling aan de orde zijn. Daarbij is er vaak sprake van comorbiditeit, die van invloed is op de behandeling.

Omdat de noodzaak voor deze vorm van Behandeling altijd tijdelijk is, is de geldigheidsduur van een indicatie voor deze vorm van Behandeling maximaal drie maanden. 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 een andere vorm van AWBZ-Behandeling.

Consultatie

Doel van het consulteren door huisarts of medisch specialist van een AWBZ-behandelaar voor een niet in de instelling verblijvende verzekerde, kan bijvoorbeeld zijn 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.

Het gaat om een beperkt aantal contacten. Als het geven van advies bij een verzekerde structureel wordt, wordt gesproken van (tijdelijke) medebehandeling.

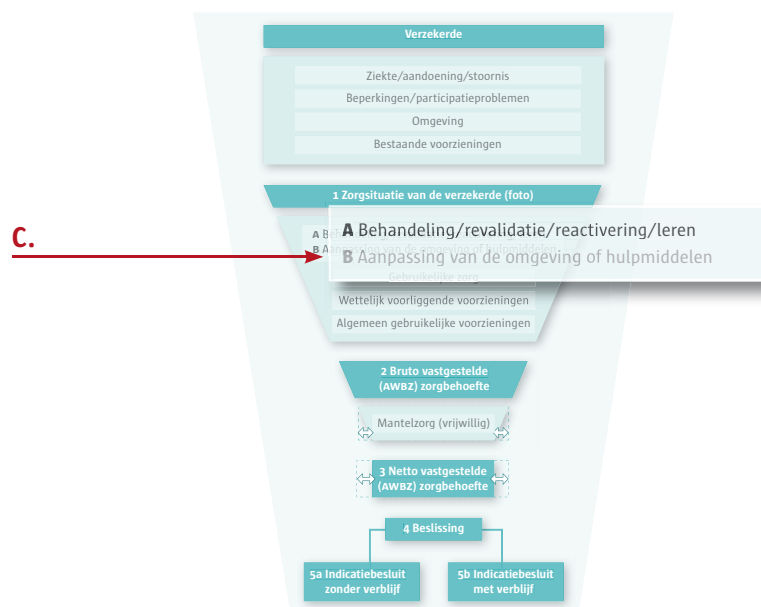
Als er sprake is van het consulteren door een huisarts of medisch specialist, van een aan de instelling verbonden specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten voor een niet in de instelling verblijvende verzekerde, dan valt dit buiten de indicatiestelling door het CIZ. Bij consultatie van andere AWBZ-behandelaars moet wel een indicatie worden gesteld door het CIZ. Bij consultatie gaat het om monodisciplinaire zorg.

Medebehandeling

Als een verzekerde met complexe, specifieke problematiek thuis verblijft omdat bijvoorbeeld mantelzorgers opname wensen te voorkomen, kan er sprake zijn van medebehandeling door een AWBZ-behandelaar op verzoek van een huisarts of medisch specialist in het tweede compartiment. De huisarts blijft medisch eindverantwoordelijk, maar een aan de instelling verbonden specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten in het kader van de AWBZ, behandelt het specifieke AWBZ-probleem. De aan de instelling verbonden specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten is structureel betrokken.

Bij medebehandeling gaat het om monodisciplinaire 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. Mogelijk kan worden geconcludeerd dat de beperkingen geheel of gedeeltelijk op te heffen zijn.

Behandeling vanuit de Zvw is voorliggend op de AWBZ-Behandeling, zie onder E, Wettelijk voorliggende voorzieningen. Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie).

Onderscheid AWBZ 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, enzovoort). Het gaat om gerichte professionele interventies, waarvoor expertise noodzakelijk is op het niveau van een specifiek medicus (bijvoorbeeld specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten), specifiek paramedicus (bijvoorbeeld ergotherapeut), vaktherapeut (bijvoorbeeld drama-/speltherapeut) of gedragswetenschapper (bijvoorbeeld orthopedagoog, gz-psycholoog). De behandeling vindt plaats vanuit een instelling, onder coördinatie van een AWBZ-hoofdbehandelaar, met **specifieke** (op AWBZ-zorg gerichte) deskundigheid.

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

Dat begeleiden houdt wat betreft 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 2009 tot de functie Activerende Begeleiding gerekend), als dit tenminste een specifieke en programmatische aanpak vereist waarvoor een AWBZ-behandelaar nodig is. Het betreft een complex probleem dat een specifieke benadering vraagt om bepaalde, niet op zichzelf staande vaardigheden te kunnen aanleren. Bijvoorbeeld een verzekerde met een CVA moet opnieuw leren lopen en/of 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 vaak meerdere disciplines betrokken, zoals een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een logopedist. In dit geval vindt de Behandeling plaats onder coördinatie van de hoofdbehandelaar. Dit kan de specialist ouderengeneeskunde zijn. Tijdens de behandelperiode behoort tot het aanleren, 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. Het gaat dan bijvoorbeeld om verzekerden die handelingen niet kunnen generaliseren of om verzekerden met een vertraagde leerbaarheid waarvoor de zorg vanuit de eerste lijn 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. Een ander voorbeeld is een verzekerde met een psychiatrische aandoening die tijdens de behandeling geleerd heeft om stapsgewijs een maaltijd te bereiden, maar omdat producten in de winkel veranderd zijn, is er begeleiding in de vorm van oefenen nodig om een andere bereidingswijze aan te leren en toe te passen.

Voorbeeld
'generaliseren'
is toegevoegd.

Voorbeeld
maaltijd
bereiden bij
een verzekerde
met een
psychiatrische
aandoening is
toegevoegd.

Notabene: tot de te verzekerden 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

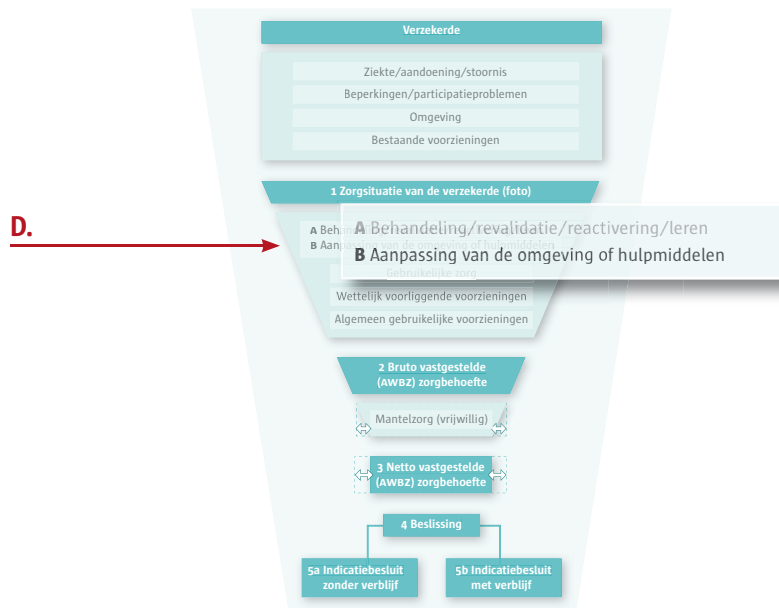
AWBZ Behandeling en Begeleiding individueel

Behandeling en Individuele Begeleiding - gericht op dezelfde vaardigheid - kunnen naast elkaar bestaan als een vaardigheid eerst nog moet worden overgenomen (BG) totdat deze is aangeleerd (BH). Zie voor een nadere omschrijving van deze combinatie hoofdstuk Begeleiding, paragraaf 7.4 onder het kopje 'omvang'.

Herhaling van aan te leren vaardigheden of gedrag behoort tijdens de behandelperiode tot Behandeling. Om deze reden kunnen individuele Begeleiding en Behandeling - in de zin van het aanleren/oefenen - in principe niet naast elkaar bestaan wanneer het aanleren (BH) en het oefenen (BG) gericht zijn op dezelfde (gedrags)vaardigheid.

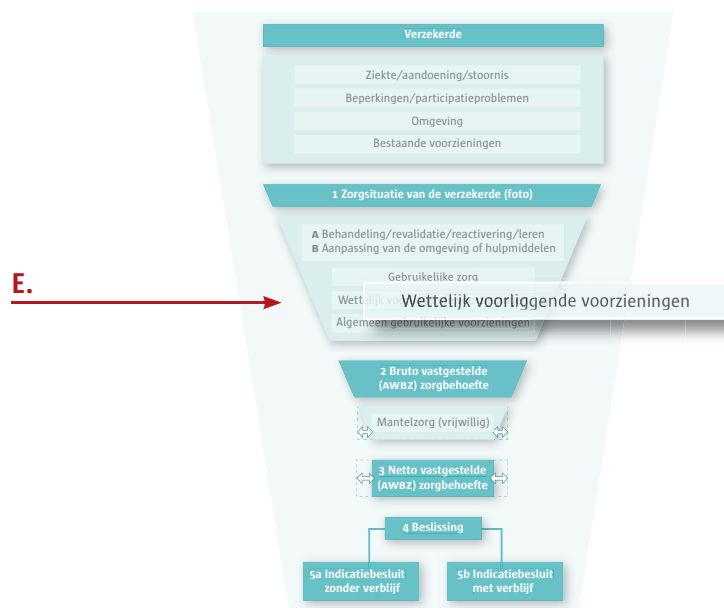
Eerst wordt een (gedrags)vaardigheid aangeleerd (BH) en vervolgens kan deze vaardigheid worden geoefend (BG). Oefenen kan naast aanleren worden geïndiceerd wanneer de via de Behandeling aan te leren vaardigheid/gedrag zich in het stadium bevindt dat deze vaardigheid/gedrag in de thuishituatie kan worden toegepast en voor zover het geen gebruikelijke zorg betreft. Dit wanneer wordt verwacht dat het oefenen naast de Behandeling en het overnemen van de activiteit via de Begeleiding individueel bijdraagt aan een snellere zelfstandigheid op de activiteit. Zie ook hoofdstuk Begeleiding, paragraaf 7.3 onder B, Oefenen.

D. Aanpassingen van de omgeving



Denk bij het aanpassen van de omgeving 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 de verzekerde is aangewezen, kan worden bekostigd. Er is dan geen aanspraak mogelijk op de AWBZ. Het gaat erom dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort, bijvoorbeeld de Zvw en de Wet op de jeugdzorg. 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 de voorziening moet leveren.

Zorgverzekeringwet

Bij de functie Behandeling is het van belang te bepalen welke zorg ten laste van de AWBZ komt. Zorg die huisartsen, medisch specialisten, waaronder psychiaters en klinisch psychologen bieden, behoort tot de geneeskundige zorg die in het kader van de Zvw is verzekerd (Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering) en niet tot de specifieke op bepaalde doelgroepen gerichte zorg in het kader van de AWBZ. De Zvw-behandeling is niet beperkt tot de medische interventies, maar omvat (afhankelijk van de aard van de ingreep) in de Zvw ook de nodige begeleiding. Het kan hier gaan om individuele begeleiding, maar ook om dagbesteding vanwege de psychiatrische behandeling (RZA 2006, 187; RZA 2008, 58).

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

Als er sprake is van behandeling op grond van de Zorgverzekeringwet dan is het van belang om te onderzoeken of deze behandeling de totale zorgbehoefte van de verzekerde op het gebied van de zelfredzaamheid compenseert. Als dat niet het geval is, kan er aanspraak zijn op Persoonlijke Verzorging, Verpleging of Begeleiding.

Onderwijs

De functie Behandeling verhoudt zich in het algemeen niet tot onderwijsdoelen en wordt los van onderwijs gewogen⁵⁹. Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 13 AWBZ-zorg en het onderwijs.

Wet op de jeugdzorg en overige wetten met betrekking tot opvoedingsondersteuning

Jeugdhulp (Wet op de jeugdzorg art 1c.): ondersteuning van en hulp aan jeugdigen, hun ouders, stiefouders of anderen, die een jeugdige als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, bij opgroei- of opvoedingsproblemen of dreigende zodanige problemen.

Jeugdhulp is gericht op het oplossen van de opgroei- of opvoedingsproblemen in het gezin. Voor deze jeugdhulp indiceert het Bureau Jeugdzorg op basis van de Wet op de jeugdzorg. Ook kinderen met een AWBZ-grondslag kunnen een aanspraak doen op jeugdhulp. Het doel van de jeugdhulp is primair het oplossen van de opvoed- en opgroei-problematiek. Als het doel van de zorg is gelegen in het compenseren van of leren omgaan met de stoornissen en beperkingen die voortkomen uit de aandoening van het kind, is er sprake van AWBZ-zorg. Deze AWBZ-zorg kan door het CIZ⁶⁰ aanvullend worden geïndiceerd op de jeugdhulp die door het Bureau Jeugdzorg wordt geïndiceerd (bijvoorbeeld als er AWBZ-zorg nodig is tijdens verblijf in een pleeggezin).

Jeugdhulp kan bijvoorbeeld geboden worden in de vorm van opvoedingsondersteuning, zorg in een Medisch Kinderdagverblijf⁶¹ (MKD) en pleegzorg.

59 Dit volgens de richtlijn 'Afbakening en Reikwijdte AWBZ en Onderwijs'.

60 Bij kinderen tot 18 jaar met een dominante grondslag Psychiatrische aandoening/beperking is niet het CIZ maar het Bureau Jeugdzorg het bevoegd orgaan om deze indicatiebesluiten af te geven.

61 In een MKD kan zowel geïndiceerde AWBZ-zorg als geïndiceerde jeugdhulp worden geleverd.

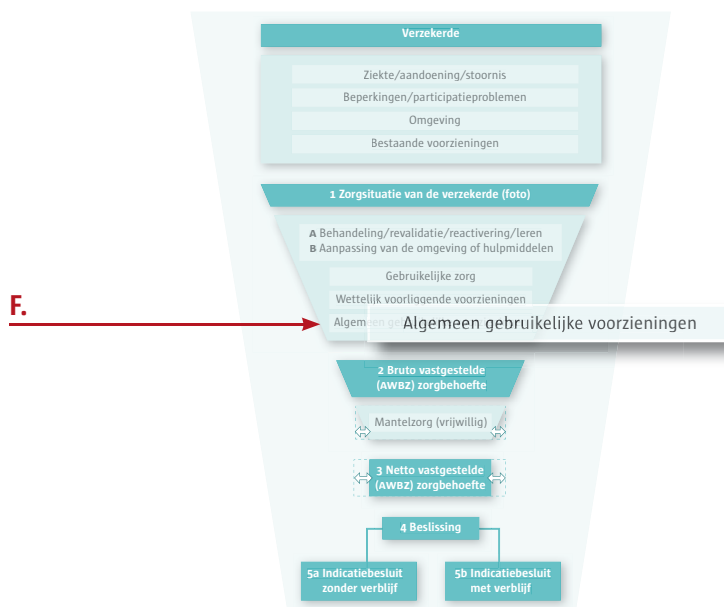
Ouders met een grondslag die zorgdragen voor de opvoeding van een gezond kind

Voor het aanleren aan ouders met een AWBZ-grondslag van 'algemene' opvoedingsvaardigheden voor een gezond kind is geen indicatie voor AWBZ-Behandeling mogelijk⁶².

Ouders kunnen hierbij worden ondersteund door de Centra voor Jeugd en Gezin, consultatiebureau jeugdgezondheidszorg en MEE. Als de hiervoor genoemde laagdrempelige (cliënt)ondersteuning niet afdoende is, kan hulp vanuit de Wet op de jeugdzorg zijn aangewezen. Voorbeelden hierbij zijn het belang van consequent gedrag als opvoeder, stimuleren van de normale ontwikkeling van het kind, het vaststellen van de hoeveelheid voedingen die het kind nodig heeft, welk speelgoed passend is bij de ontwikkelingsfase van het kind, het zorgdragen voor een ritueel voor het slapengaan, hoe reageer je als een kind huilt, enzovoort.

Als er sprake is van een kind met aandoeningen, stoornissen of beperkingen, dan kan voor het daarmee leren omgaan voor deze ouders Behandeling worden geïndiceerd (de indicatie staat op naam van het kind met de grondslag).

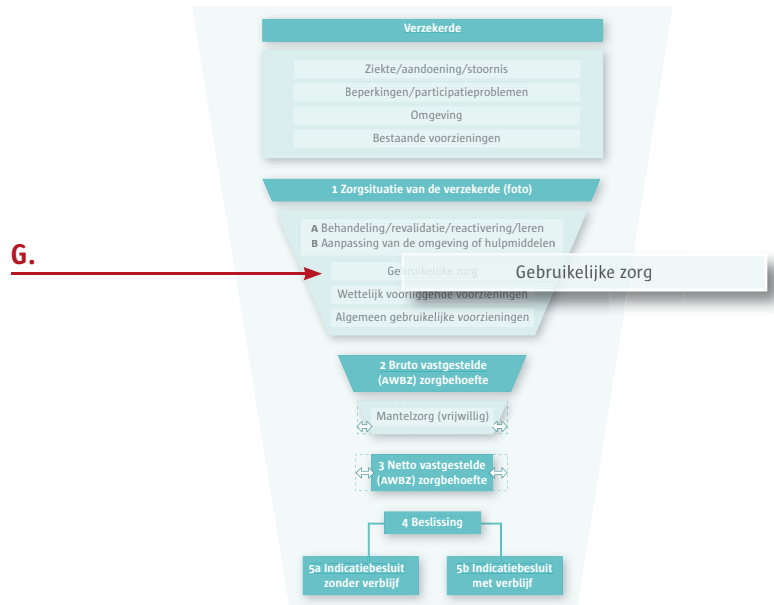
F. *Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen*



Voorbeelden zijn een peuterspeelzaal en het volgen van cursussen om vaardigheden bij te houden (spel, computer, opvoedingscursus voor ouders, enzovoort).

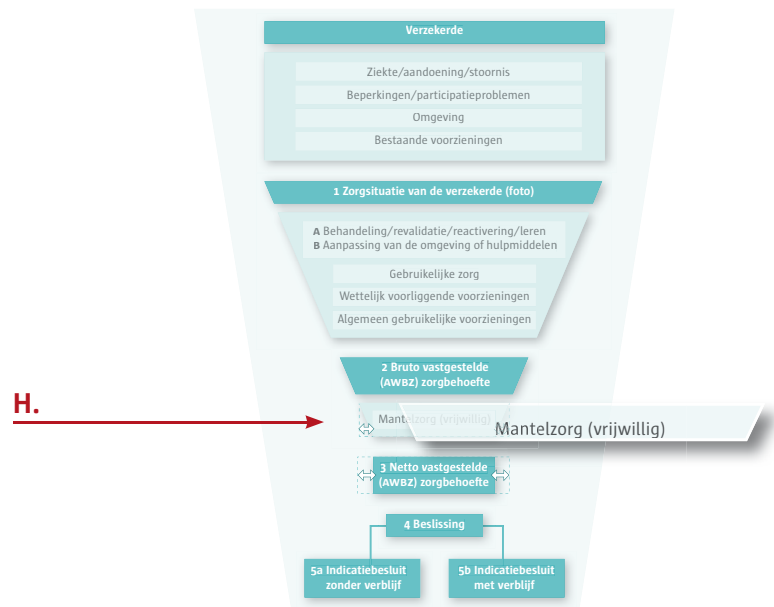
62 Artikel 2 lid 1 en 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Hierin staat dat de verzekerde aanspraak heeft op deze zorg, behalve als het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw. Ook bestaat de aanspraak op zorg slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

G. Gebruikelijke zorg



Gebruikelijke zorg is niet van toepassing op Behandeling.

H. Mantelzorg

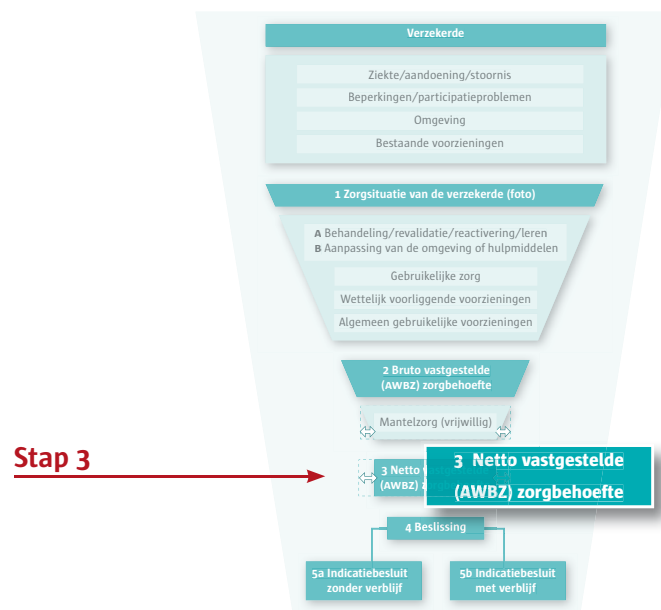


Mantelzorg is niet van toepassing op Behandeling.

8.4 De functie Behandeling

Met betrekking tot de functie Behandeling wordt onderscheid gemaakt tussen Behandeling individueel en Behandeling groep.

Het CIZ stelt op basis van informatie van de behandelaar vast of er een aanspraak is op individuele Behandeling of Behandeling in groepsverband. Op basis van het behandeldoel kan een verzekerde zowel op individuele Behandeling als op Behandeling in groepsverband zijn aangewezen, waarbij deze vormen van zorg niet op hetzelfde moment van de dag kunnen plaatsvinden.



A1. Omvang van Behandeling individueel

Het CIZ stelt niet de omvang van de functie Behandeling individueel vast.

A2. Omvang van Behandeling groep

Als op basis van informatie van de behandelaar is vastgesteld dat het Behandeling in groepsverband betreft, wordt voor Behandeling in groepsverband een omvang vastgesteld in klassen. Om de omvang te kunnen vaststellen, wordt de informatie van de behandelaar beoordeeld. Hierbij wordt betrokken wat gebruikelijk en geaccepteerd is in de beroepsgroep. De omvang van de behandeling moet doelmatig zijn (artikel 2 lid 2 Bza). Behandeling die onvoldoende bewezen effectief is, betreft geen doelmatige zorg.

Voor Behandeling in groepsverband zijn de klassen vastgesteld in termen van dagdelen (één dagdeel staat gelijk aan maximaal vier aaneengesloten uren). De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 1: één dagdeel per week;
- klasse 2: twee dagdelen per week;
- klasse 3: drie dagdelen per week;
- klasse 4: vier dagdelen per week;
- klasse 5: vijf dagdelen per week;
- klasse 6: zes dagdelen per week;
- klasse 7: zeven dagdelen per week;
- klasse 8: acht dagdelen per week;
- klasse 9: negen dagdelen per week.

Zoals hierboven beschreven, betreft het maximaal te indiceren dagdelen Behandeling groep per week negen dagdelen. Wanneer het voor het bereiken van de behandeldoelen noodzakelijk is om ook een tiende dagdeel te behandelen, dan kan dit gemotiveerd worden geïndiceerd.

Vervoer naar Behandeling groep

Als de verzekerde is aangewezen op Behandeling in groepsverband gedurende een dagdeel in een instelling, omvat de zorg ook 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 Behandeling in groepsverband wordt aangenomen dat er een medische noodzaak is voor vervoer naar Behandeling in groepsverband. Daarom wordt altijd een indicatie gesteld voor vervoer.

Behandeling groep of Begeleiding groep met Behandeling

Als een verzekerde is aangewezen op een dagprogramma en tijdens dit dagprogramma is Behandeling noodzakelijk in de vorm van 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' of 'CSLM-zorg' wordt Behandeling groep geïndiceerd en geen BG groep met Behandeling. Denk hierbij aan kinderen die vanwege meervoudige handicaps zijn aangewezen op dagbesteding met CSLM-zorg, revalidatiedagbehandeling, naschoolse dagbehandeling voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. Ook als er sprake is van een noodzaak voor groepsgewijze nadere functionele diagnostiek (denk aan zogenaamde observatiegroepen) gaat het om Behandeling groep.

Als er naast het dagprogramma (in de vorm van Begeleiding groep of Behandeling groep) een noodzaak is voor individuele Behandeling in de zin van 'aanvullende functionele diagnostiek' kan naast de BG groep of BH groep aanvullende BH individueel worden geïndiceerd. Dit voor zover deze Behandeling niet al deel uitmaakt van Behandeling groep.

Soms is sprake van een dagprogramma dat erop is gericht om de verzekerde een zinvolle dagbesteding/dagstructuur te bieden, of om het toezicht op de verzekerde over te nemen van de mantelzorgers. Er is dan geen behandeldoel. Er kan in die gevallen wel een behandelaar op de achtergrond aanwezig zijn, bijvoorbeeld ter ondersteuning van het begeleidingsteam, of om beleid voor de omgang met verzekerden vorm te geven, maar deze behandelaar is niet betrokken bij het individuele zorgplan van de verzekerde. Er is dan geen aanspraak op de functie Behandeling voor deze individuele verzekerde.

Naast Behandeling groep kan aanspraak zijn op Begeleiding groep. De Begeleiding groep zal in de meeste gevallen aangewezen zijn voor het overnemen van toezicht. Het is ook voorstelbaar dat een dagprogramma moet worden geboden ter vervanging van arbeid of school, of een andere vorm van dagstructurering. Aanspraak op en omvang van deze BG groep wordt volgens de reguliere criteria gewogen, zie hoofdstuk Begeleiding.

Notabene: Behandeling groep en Begeleiding groep kunnen ook naast elkaar worden geïndiceerd als er sprake is van Kortdurend Verblijf en er tijdens dit Kortdurend Verblijf Begeleiding groep nodig is. Dit aangezien Behandeling groep niet mogelijk is tijdens Kortdurend Verblijf.

Integraal pakket

Behandeling in groepsverband is een integraal pakket. Hiermee wordt bedoeld dat alle AWBZ-zorg die tijdens de dagdelen Behandeling in groepsverband moet worden gegeven tot het pakket behoort. Behandeling in groepsverband omvat alle Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Begeleiding en individuele Behandeling die tijdens de dagdelen Behandeling in groepsverband moet worden gegeven. Hierbij geldt het volgende:

- als de verzekerde op basis van zijn grondslag wettelijk gezien geen toegang heeft tot de functie Verpleging kan, op basis van een bijkomende grondslag die wel toegang geeft tot de functie Verpleging, deze indien noodzakelijk aanvullend op dit integrale pakket worden geïndiceerd;
- als de verzekerde is aangewezen op (individuele) aanvullende functionele diagnostiek kan, wanneer het aangrijpingspunt voor dit type Behandeling anders is dan waarvoor de verzekerde de Behandeling groep bezoekt, hiervoor naast Behandeling in groepsverband ook individuele Behandeling geïndiceerd worden. Dit kan alleen voor zover deze Behandeling niet al deel uitmaakt van de Behandeling groep.

Maximale omvang

Wanneer Kortdurend Verblijf, Begeleiding groep, Behandeling groep en/of Verpleging in de vorm van Verpleegkundig toezicht in verband met thuisbeademing bij kinderen wordt geïndiceerd, dan kan dit voor maximaal drie etmalen (= achttien dagdelen) per week. In deze drie etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school, arbeid en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar negen dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan zeven dagdelen per week per 52 weken.

B. Geldigheidsduur

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Behandeling gelden de algemene criteria. Zie hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

Daarnaast geldt het volgende. De geldigheidsduur voor een indicatie die gericht is op:

1. continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg is maximaal vijf jaar;
2. behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag is maximaal twee jaar;
3. aanvullende functionele diagnostiek is maximaal drie maanden;
4. consultatie is maximaal drie maanden;
5. medebehandeling is maximaal één jaar.

De geldigheidsduur betreft de effectieve duur die voor de Behandeling nodig is.

Als sprake is van Behandeling die gericht is op een andere stoornis of beperking, dan kan een nieuwe indicatie met een nieuwe geldigheidsduur worden afgegeven. Zie voor het bepalen van de mogelijkheid tot het afgeven van hernieuwde indicaties bij kinderen voor de behandelvorm 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' paragraaf 8.3 B onder 'ad b'.

Bij somatische revalidatie⁶³ is, gelet op punt 2 onder geldigheidsduur, sprake van een periode van zes maanden waarin de behandeldoelen moeten zijn gerealiseerd. Een indicatie met als doel somatische revalidatie wordt daarom in beginsel afgegeven voor een periode van zes maanden.

C. Leveringsvorm

De leveringsvorm is een verplicht⁶⁴ te registreren item. Het maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Behandeling kan alleen worden toegekend in de vorm van zorg in natura.

D. Leveringsvoorwaarden

Leveringsvoorwaarden zijn niet van toepassing op Behandeling.

⁶³ Behandeling van kortdurende aard, gericht op revalidatie na medisch specialistische diagnostiek/interventie, meestal in combinatie met een opname. Verder gaat er vaak een periode aan vooraf van kortdurende opname (verblijf) voor revalidatie in een revalidatiesetting, meestal in een verpleeghuis. Het doel van de kortdurende dagbehandeling is gericht op het bereiken van optimaal herstel van functies en/of het verminderen van beperkingen zodat de verzekerde in de toekomst op verantwoorde wijze zelfstandig kan blijven wonen.

⁶⁴ Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

8.5 Specifieke punten

AWBZ-(hoofd)behandelaar

De term (hoofd)behandelaar in de AWBZ beperkt zich niet alleen tot artsen, omdat het volgens artikel 8 Besluit zorgaanspraken AWBZ gaat om behandeling van ‘specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard’. Naast artsen (specialisten ouderengeneeskunde, sociaal geriaters, artsen verstandelijk gehandicapten) betreft het veelal ook GZ-psychologen, orthopedagogen en paramedici, werkzaam in (of ten behoeve van) voor de functie Behandeling toegelaten instellingen⁶⁵. 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 of een revalidatiecentrum, is niet een hoofdbehandelaar in het kader van de AWBZ. Het is aan de instelling om, bijvoorbeeld als van CSLM-zorg sprake is, de daarvoor noodzakelijke disciplines in te zetten en een hoofdbehandelaar aan te wijzen.

Behandeldoel en behandelplan

Meestal zal er naast een behandeldoel ook al 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 een absolute voorwaarde om op de functie Behandeling aanspraak te kunnen maken. Het behandelplan moet inzicht geven in hoe het behandeldoel bereikt moet worden (individueel of in groepsverband) en via welke door de beroepsgroep geaccepteerde methode.

Onderscheid tussen AWBZ- en Zvw behandeling

Grondslagcriterium

Wanneer er sprake is van een Psychiatrische grondslag, is er geen aanspraak op artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De geneeskundige zorg (behandeling) wordt op basis van de Zorgverzekeringswet geboden en verwijzing naar de GGZ vindt plaats door huisarts of specialist.

Specifiek (AWBZ) en gespecialiseerd (Zvw)

Kenmerkend voor de functie Behandeling in de AWBZ is dat deze zorg specifiek van aard is. Het begrip ‘specifiek’ is bij AWBZ-Behandeling gekoppeld aan de doelgroepen (verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg). De binnen de AWBZ werkzame specialisten zijn ‘care’-specialisten. Dit in tegenstelling tot in de Zvw werkzame ‘cure’-specialisten. Bij Zvw behandeling gaat het steeds om zorg zoals de in artikel 2.4 Besluit Zorgverzekering genoemde beroepsgroepen, zoals huisartsen, medisch-specialisten⁶⁶ en klinisch psychologen die plegen te bieden. Dit betekent dat een behandelaar die niet werkzaam is in of voor een AWBZ-instelling voor verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg, doorgaans geen specifieke op doelgroepen gerichte therapie zal geven en geen AWBZ behandelaar zal zijn.

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): onder andere fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, vak- en speltherapie, ergotherapie, mobiliteitstraining en diëtetiek. Paramedische zorg die niet is gericht op de specifieke, doelgroep gebonden 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 zoals fysiotherapie of ergotherapie is beperkt verzekerd in de basisverzekering. Dit betekent niet dat er daarom een aanspraak bestaat op de AWBZ. De kosten komen voor eigen rekening of ten laste van een aanvullende verzekering.

65 Met instelling wordt bedoeld hetgeen in artikel 8 van het Bza wordt beschreven, namelijk dat om de functie Behandeling vanuit de AWBZ te mogen verlenen de instelling op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) een toelating van VWS moet hebben gekregen (WTZi).

66 Waaronder psychiaters.

Multidisciplinair/ monodisciplinair AWBZ of Zvw

AWBZ-behandeling kan zowel in multidisciplinaire vorm als in monodisciplinaire vorm worden geboden. In beide gevallen wordt het onderscheid tussen behandeling vanuit de AWBZ en de Zvw gemaakt op de begrippen 'specifiek'(AWBZ) en 'gespecialiseerd' (Zvw).

Multidisciplinaire (paramedische) behandeling in de zin van de AWBZ

Paramedische behandeling maakt onderdeel uit van specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg) in de zin van de AWBZ wanneer wordt voldaan aan de criteria zoals genoemd in paragraaf 8.3 onder het kopje 'CSLM-zorg'. Met name hierbij van belang is dat:

- de Behandeling beantwoordt aan het AWBZ-uitgangspunt van problematiek die specifieke deskundigheid vereist (en die deskundigheid ook geboden wordt volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode);
- deze behandeling bestaat uit gerichte interventies, die deel uitmaken van het behandelplan dat onder regie en verantwoordelijkheid van een arts of gedragswetenschapper (de AWBZ-hoofdbehandelaar) is opgesteld en wordt uitgevoerd;
- disciplines in samenhang bij de zorg betrokken zijn;
- er periodiek inhoudelijke afstemming in een multidisciplinair overleg plaatsvindt.

Monodisciplinaire (paramedische) behandeling in de zin van de AWBZ

De behandelvormen 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' of 'Aanvullende functionele diagnostiek' kunnen binnen de AWBZ monodisciplinair worden geboden. Van monodisciplinaire (paramedische) behandeling in de zin van de AWBZ is sprake wanneer wordt voldaan aan de criteria zoals genoemd in paragraaf 8.3 onder de kopjes 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' en 'Aanvullende functionele diagnostiek'. Met name van belang hierbij is dat:

- de behandeling beantwoordt aan het AWBZ-uitgangspunt van problematiek die specifieke deskundigheid vereist (en die deskundigheid ook geboden wordt volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode);
- de behandeling gericht is op de specifieke doelgroepen in relatie tot de AWBZ grondslagen.

Een fysiotherapeut die door een verzorgingshuis wordt gevraagd wekelijks onderhoudstherapie te komen geven aan daar wonende ouderen met ouderdomsklachten, is niet een fysiotherapeut die monodisciplinaire behandeling in de zin van de AWBZ levert, maar monodisciplinaire behandeling in de zin van de Zvw. Voor behandeling die een zich in het ziektebeeld gespecialiseerd neuroloog biedt aan MS-patiënten geldt hetzelfde. Wanneer een paramedicus of medisch specialist zich heeft gespecialiseerd in de behandeling van bepaalde ziekten anders dan waar het gaat om Zvw-behandeling zoals (para)medici die plegen te bieden, wil dit niet zeggen dat dit dan behandeling in de zin van de AWBZ is. Het gaat hierbij nog steeds om Zvw behandeling.

Behandeling groep in de vorm van CSLM-zorg bij de grondslag Psychogeriatric⁶⁷

Eén van de aandoeningen die leidt tot de grondslag Psychogeriatric is dementie. Elke dementie maakt dat er stoornissen zullen optreden in de oriëntatie, het geheugen en in denken en gedrag. Dit betekent echter niet dat het aanwezig zijn van stoornissen altijd leidt tot CSLM-zorg. Om bij dementie tot een weging van de criteria voor CSLM-zorg (zie paragraaf 8.3) te komen wordt in deze paragraaf 'specifieke punten' voor deze aandoening met de grondslag Psychogeriatric een nadere toelichting gegeven. De gegevens bij de aanvraag dienen voldoende te onderbouwen dat de behandelvorm CSLM noodzakelijk is.

Complexe (multi-)problematiek bij de grondslag Psychogeriatric

Uitgangspunt is dat bij CSLM-zorg sprake is van complexe (multi-)problematiek waarbij de Behandeling tot doel heeft gevolgen/complicaties van de aandoening te voorkomen of aanwezige mogelijkheden te handhaven. Het beeld krijgt afhankelijk van de mate van ernst en de chroniciteit van de bijkomende problematiek een complex karakter⁶⁸. Deze complexiteit ontstaat door stoornissen die samenhangen met de dementie of door andere aandoeningen. Een dementie waarbij geen ernstige stoornissen spelen en waarbij geen bijkomende complexe

67 In deze passage wordt ingegaan op Behandeling groep in verband met CSLM-zorg. Dit sluit niet uit dat er bij Behandeling groep in verband met de grondslag Psychogeriatric ook andere behandelvormen aan de orde kunnen zijn.

68 In met name latere stadia van de dementie, kan het somatisch beeld door dreigende decubitus of longontstekingen worden gecompliceerd, maar dan verblijft de cliënt doorgaans al intramuraal.

andere aandoeningen spelen zal geen CSLM-zorg noodzakelijk maken. Stoornissen die samenhangen met de dementie en het beeld complex kunnen zijn bijvoorbeeld hallucinaties of ernstige gedragsproblemen. Andere aandoeningen die in combinatie met dementie optreden kunnen het beeld eveneens complex maken: Parkinson(isme), depressie, Korsakov, Down syndroom, reuma, complexere hart-vaat aandoeningen, CVA, NAH. Uit de behandelstelling(en) moet duidelijk worden dat het gaat om dermate complexe problematiek dat duurzame coördinatie van een multidisciplinair zorgteam noodzakelijk is.

Aangezien dementie een progressief ziektebeeld is, zijn geen blijvende verbeteringen in het functioneren te bereiken/verwachten. In de meeste gevallen kan met een *concreet* en *haalbaar* behandel doel verslechtering vanwege comorbiditeit worden tegengegaan waaronder ook wordt verstaan: afgeremd of vertraagd. Het gaat om een behandelinterventie die het tegengaan van verslechtering vanwege met name de comorbiditeit bewerkstelligt. Omdat tegengaan van verslechtering door deze behandelinterventies bij voortschrijden van de dementie op een bepaald moment niet meer mogelijk is, wordt aan BH groep in verband met CSLM-zorg een geldigheidsduur verbonden afhankelijk van de verwachte duur dat het behandel doel nog effect heeft, met een maximum van 5 jaar. Of een concreet behandel doel haalbaar is hangt vaak af van het stadium van dementie. Doorgaans zal bij CSLM-zorg sprake zijn van matig tot ernstige dementie. Wanneer de bij de aanvraag aangeleverde gegevens wat betreft concreet behandel doel en haalbaarheid niet overtuigen zal contact met de behandelaar worden opgenomen.

Voorbeelden van CSLM behandel doelen in geval van matig tot ernstige dementie:

- beheersbaar houden van gedragsproblemen;
- vertraging van verergering en voorkomen van escalaties bij stoornissen als hallucinaties, depressies, angsten;
- voorkomen van achteruitgang in fysiek functioneren zolang achteruitgang nog tegengegaan kan worden (denk bijvoorbeeld aan mobiliteit, articulatie/slikstoornissen e.d.);
- het mentaal functioneren zoveel mogelijk op peil houden (denk aan leren omgaan met geheugenproblemen);
- stemmingsproblemen tegengaan (het emotioneel evenwicht beter kunnen handhaven door middel van muziektherapie of psychotherapie bij met name matig ernstige dementie).

Doelstellingen zoals het voorkomen van opname, het bieden van een zinvolle dagbesteding en het ontlasten van de partner zijn geen behandel doelstellingen maar doelstellingen zoals passend binnen de functie Begeleiding. CSLM-zorg vereist (anders dan behandeling in het kader van de Zvw) inzet van behandelaars die voor deze specifieke doelgroep zijn toegerust (zie hierboven onder 'Specifiek (AWBZ) en gespecialiseerd (Zvw)').

Hoofdstuk 9

Verblijf

Inhoudsopgave

9.1	Inleiding	158
9.2	Relevante wet- en regelgeving	158
9.3	Afbakeningskader Verblijf (VB) op basis van het trechtermodel	159
	A. Grondslagen	159
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	160
	C. Behandeling/revalidatie	164
	D. Aanpassingen van de omgeving	164
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	165
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	166
	G. Gebruikelijke zorg	167
	H. Mantelzorg	168
9.4	De functie Verblijf	169
	A. Aard, inhoud en omvang	169
	B. Geldigheidsduur	175
	C. Leveringsvorm	175
	D. Leveringsvoorwaarden	176
9.5	Specifieke punten	176
	Herindicaties Zorgzwaartepakketten	176
	Wijziging van de grondslag, 'sectorvreemde Zorgzwaartepakketten'	176
	Compensatie van beperkingen door een setting	176
	Dagbesteding (Begeleiding groep)	176
	Afstandsindicatie	177
	Het niet-effectueren van een indicatie voor Verblijf in specifieke situaties	177
	Verblijf en de Wet Bopz	178
	Extreme zorgbehoefte	178
	Verblijf en afbakening met ADL-clusters	178
	Verblijf en overbruggingszorg	178
	Partneropname	179
	Bijlagen bij hoofdstuk 9	180
	Bijlage 1 Afwegingskader leefklimaten	180
	Bijlage 2 Verblijf en de rol van het CIZ bij de uitvoering van de Wet Bopz	182

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Verblijf (VB) beschreven. Dit hoofdstuk is vooral gebaseerd op bijlage 8 (VB) van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012. Ook de inhoud van de andere bijlagen bij de Beleidsregels is van belang bij het indicatieonderzoek naar aanspraak op de functie VB. Daarnaast is bij dit hoofdstuk bijlage 2 van de Regeling zorgaanspraken AWBZ van belang. Deze bijlage bevat de omschrijving van de cliëntprofielen en zorgzwaartepakketten.

9.2 Relevante wet- en regelgeving

Artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

1. “Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.
2. Op verblijf bestaat slechts aanspraak indien de verzekerde meer dan drie etmalen per week daarop is aangewezen.
3. De echtgenoot van een persoon met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking die op grond van een indicatiebesluit als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit in een instelling verblijft, heeft aanspraak op verblijf in dezelfde instelling. Hij behoudt aanspraak op verblijf in die instelling na het overlijden van zijn echtgenoot danwel na het vertrek van zijn echtgenoot naar een andere instelling.”

Artikel 13 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

1. “Voortgezet verblijf omvat verblijf in een instelling gepaard gaande met medisch noodzakelijke geneeskundige zorg in aansluiting op verblijf als bedoeld in het Besluit zorgverzekering voor zover dit verblijf een ononderbroken periode van 365 dagen te boven gaat, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. In afwijking van het eerste lid, bestaat het voortgezet verblijf, indien er sprake is van behandeling van een psychiatrische aandoening, uit zorg als omschreven in artikel 9, eerste en tweede lid.
3. Voor de berekening van de 365 dagen geldt een onderbreking niet langer dan dertig dagen niet als een onderbreking, doch deze dagen tellen voor de berekening van de 365 dagen evenmin mee. Indien de periode van 365 dagen is verstreken en binnen dertig dagen opnieuw verblijf nodig is, is er evenmin sprake van een onderbreking.”

Artikel 2 vierde lid Besluit zorgaanspraken AWBZ:

“Bij ministeriële regeling kan de aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid, nader worden geregeld en afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden.”

Artikel 2 Zorgindicatiebesluit:

“Als vormen van zorg als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de AWBZ worden aangewezen de vormen van zorg, bedoeld in de artikelen 4 tot en met 6, 8, 9, eerste en tweede lid, 9a, 10, 13, tweede lid, en 34 van het besluit, met uitzondering van:

- c. de zorg, bedoeld in artikel 9 of 13, tweede lid, van het besluit, voor zover het meer zorg betreft dan is begrepen in het voor de zorgdrager geïndiceerde zwaartepakket.”

Artikel 1a Regeling Zorgaanspraken AWBZ:

1. “De verzekerde die is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste en tweede lid, van het Besluit of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het Besluit heeft aanspraak op zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket, behorend bij het cliëntprofiel waarin hij het best past.
2. De verzekerde heeft aanspraak op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid aanspraak heeft, voor zover naar het oordeel van de zorgverzekeraar meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg en:
 - a. de verzekerde die is aangewezen op zorgzwaartepakket VG-5, VG-7, VG-8, LG-5, LG-7, ZG-3 auditief, ZG-5

Deze wetteksten zijn toegevoegd omdat hier nu duidelijk wordt gemaakt dat het CIZ geen rol heeft bij het bepalen van meer zorg.

- visueel, LVG-4, LVG-5 of SGLVG een behoefte aan zorg heeft die minimaal 25% hoger is dan de in dat zorgzwaartepakket opgenomen zorg, of
- b. de behoefte aan zorg tevens bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling of niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie.”

9.3 Afbakeningskader Verblijf (VB) op basis van het trechtermodel

Zorgzwaartepakket (ZZP)

Een indicatie voor Verblijf voor vier etmalen en meer per week wordt gesteld in de vorm van een zorgzwaartepakket.

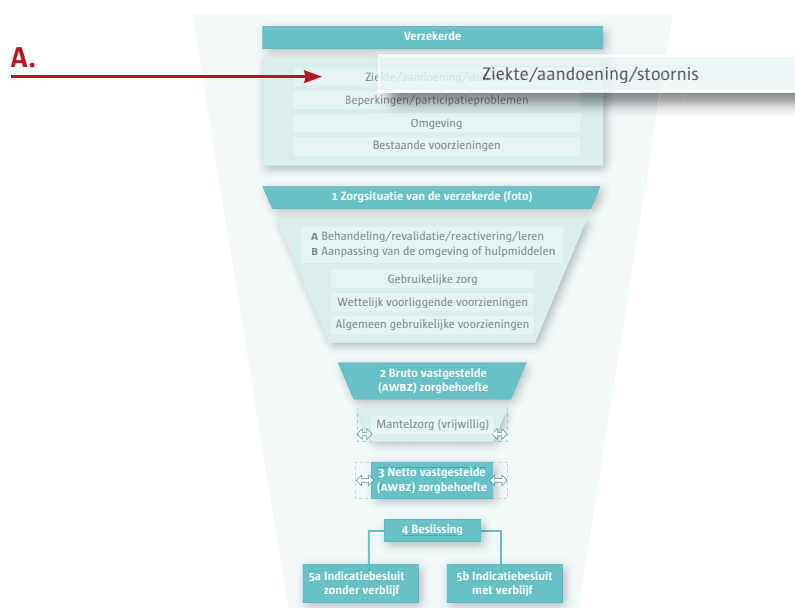
Een zorgzwaartepakket is een pakket van zorg dat aansluit op de persoonlijke kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat iemand nodig heeft. Het omvat wonen, zorg, diensten, en mogelijk dagbesteding en/of behandeling.

Het CIZ kent hiervoor onderstaande grondslagen met aanvullend daarop zogenoemde ‘verbijzonderingen naar een specifieke setting’. Deze leiden naar de daarbij vermelde sets van zorgzwaartepakketten.

Grondslag	Verbijzondering	Reeks ZZP's
Somatische aandoening/beperking (SOM)	-	VV
Psychogeriatrische aandoening/beperking (PG)	-	VV
Verstandelijke handicap (VG)	-	VG
Verstandelijke handicap (VG)	Licht Verstandelijk Gehandicapt	LVG
Verstandelijke handicap (VG)	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt	SGLVG
Lichamelijke handicap (LG)	-	LG
Zintuiglijke handicap (ZGaud)	Auditief en Communicatief	ZGaud
Zintuiglijke handicap (ZGvis)	Visueel	ZGvis
Psychiatrische aandoening/beperking (PSY)	-	GGZ

* Ter informatie: voor de zorglevering geldt dat de grondslag en eventuele verbijzondering leidt naar een zorgzwaartepakket. Dit is bepalend voor de sector van waaruit de zorg geleverd wordt. Op dit moment hebben zorgaanbieders over het algemeen voor het bieden van zorg op basis van één of enkele grondslagen toelatingen, maar niet voor alle acht.

A. Grondslagen



Het CIZ stelt vast of een verzekerde toegang heeft tot AWBZ-zorg. Dat gebeurt op basis van de (dominante) grondslag. Dit is geregeld in Bijlage 2 van de Beleidsregels en verder beschreven in hoofdstuk 3 van deze Indicatiewijzer. In deze paragraaf is dit nader uitgewerkt voor zorg met de functie Verblijf in de vorm van een zorgzwaartepakket.

Alle grondslagen genoemd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ geven toegang tot de functie Verblijf.

Verbijzonderingen

Behalve de dominante grondslag die leidend is voor de toeleiding naar een zorgzwaartepakket, zijn er ook nog de verbijzonderingen. Verbijzonderingen geven aan dat een specifieke setting noodzakelijk is.

Verstandelijke handicap

Binnen de dominante grondslag VG kan de verbijzondering toeleiden naar de LVG-behandelinstellingpakketten of het SGLVG-behandelinstellingpakket⁶⁹. De keuze voor een van beide verbijzonderingen is afhankelijk van de noodzaak van een integrale, multidisciplinaire AWBZ-Behandeling in deze specifieke setting en de kenmerken van de verzekerde.

Zintuiglijke handicap⁷⁰

Bij de zintuiglijke handicap wordt een keuze gemaakt uit twee reeksen zorgzwaartepakketten:

- voor visueel gehandicapten;
- voor auditief en/of communicatief gehandicapten.

B. Doelstelling/indicatiecriteria

Het kerndoel van de functie Verblijf is gericht op het creëren van de noodzakelijke voorwaarden om zorg te kunnen leveren die in de thuissituatie van de verzekerde niet adequaat of niet doelmatig geleverd kan worden.

Indicatiecriteria

Om in aanmerking te komen voor de functie Verblijf moet, zoals is bepaald in de beleidsregel Algemeen, zijn vastgesteld:

1. dat de verzekerde een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap heeft;
2. dat de verzekerde gezien de zorgbehoefte is aangewezen op een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht;
3. dat de verzekerde meer dan drie etmalen per week op Verblijf is aangewezen.

De leefklimaten

Er zijn drie condities te onderscheiden: beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat en permanent toezicht. "Een scherp onderscheid tussen de drie condities, zoals verwoord in het huidige Besluit zorgaanspraken AWBZ, is in de praktijk moeilijk te maken. Vaak zal het gaan om een combinatie." (Tangram, 2004). Dit neemt niet weg dat Verblijf ook aangewezen is als de verzekerde behoefte heeft aan slechts één van de drie condities. De condities, ook wel leefklimaten genaamd, worden hieronder toegelicht.

Beschermende woonomgeving⁷¹

Een beschermende woonomgeving is een veilige en afgeschermd woon- en leefomgeving voor verzekerden die door hun beperkingen niet in staat zijn zelfstandig te leven en een mogelijk gevaar voor zichzelf of anderen vormen. De bescherming richt zich primair op de verzekerde zelf, niet op zijn omgeving of de maatschappij. Als de verzekerde gevaar oplevert voor zichzelf of anderen kan gedwongen opname aan de orde zijn.

69 Zie voor indicatiecriteria paragraaf 9.3, B in dit hoofdstuk.

70 Zie voor toekenning grondslag Zintuiglijke handicap Hoofdstuk 3, Grondslagen onder paragraaf 3.4.5.

71 De gehanteerde begrippen (beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat en permanent toezicht) verwijzen naar een zorgbehoefte van een bepaalde inhoud en omvang. Deze zorgbehoefte moet conform het uitgangspunt van de AWBZ direct gerelateerd zijn aan ziekte, aandoening, beperking, handicap of probleem en dus bijvoorbeeld niet aan de levensfase, zoals bij kinderen.

De verzekerde is aangewezen op een beschermende woonomgeving wanneer:

1. Hij afhankelijk is van anderen als het gaat om oordeelsvorming over essentiële zaken in het dagelijkse bestaan. Deze verzekerde heeft vaak regieproblemen.
2. En/of hij remmingen of vaardigheden mist om zich staande te houden in een individuele, zelfstandige woonomgeving.
3. En/of hij niet of niet altijd op relevante momenten in staat is om hulp in te roepen. Het betreft het niet adequaat kunnen alarmeren, in communicatief of cognitief opzicht. Het gaat dan om: inzicht in risico's, eigen wensen duidelijk kunnen maken, hanteren van alarmeringsapparatuur.

Een beschermende woonomgeving is vooral aan de orde voor kwetsbare doelgroepen zoals verstandelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten en fysiek en/of psychisch kwetsbare ouderen. Vaak kunnen zij zich wel, tot op zekere hoogte, min of meer zelfstandig redden, maar kunnen ze zich niet individueel staande houden in de samenleving. Verblijf biedt hen een veilige woonomgeving, gericht op het stabiliseren van de problematiek en het voorkomen van achteruitgang.

Het bieden van een beschermende woonomgeving van ouders aan kinderen is Gebruikelijke zorg. Zie hiervoor ook hoofdstuk 4, Gebruikelijke zorg.

Deze tekst is toegevoegd.

Therapeutisch leefklimaat

Een therapeutisch leefklimaat is een woon- en leefomgeving waar, gelet op de beperkingen van de verzekerde, een adequate infrastructuur aan therapie- en zorgfuncties aanwezig is in de vorm van:

1. specifieke voorzieningen in de directe nabijheid, zoals oefenruimten, behandelruimten, snoezelruimten, specifieke badruimten, omdat de zorg frequent en intensief of specifiek is;
2. een specifiek woon- en leefklimaat, zoals een specifiek dagritme, specifieke omgangsvormen of sociale omgeving;
3. een structurende omgeving.

De verzekerde heeft een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Als gevolg daarvan heeft hij beperkingen en een daarmee verband houdende behoefte aan specifieke behandeling en een multidisciplinaire aanpak waaraan Verblijf onlosmakelijk verbonden is. Het Verblijf is ondersteunend aan de AWBZ-Behandeling en beide kunnen niet los van elkaar gezien worden. De behoefte van de verzekerde aan een therapeutisch leefklimaat kan al dan niet samengaan met een behoefte aan een beschermende woonomgeving en/of aan permanent toezicht.

Van een therapeutisch leefklimaat is ook sprake als een verzekerde is aangewezen op continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire Behandeling of Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag. Bij kinderen wordt deze Behandeling vaak geboden in de vorm van Behandelinggroep in plaats van opname in een instelling. Het therapeutisch leefklimaat dat tijdens deze BH-groep wordt geboden wordt in de thuissituatie door mantelzorgers voortgezet. Het gaat hierbij met name om bovengenoemde punten 2 en 3. Bruto is er dan sprake van een noodzaak voor een therapeutisch leefklimaat. Conform het afwegingskader is er, als mantelzorgers niet in staat zijn dit therapeutisch leefklimaat te bieden, aanspraak op de functie Verblijf.

Tekst is toegevoegd.

Permanent toezicht

Permanent toezicht kan verschillende doelen hebben en verschillen in intensiteit. Afhankelijk daarvan kan de toezichtfunctie op verschillende manieren vorm krijgen. Het toezicht kan gericht zijn op:

1. het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig in kan worden gegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar of complicaties bij een ziekte;
2. het verlenen van zorg op ongeregelde en/of frequente tijden, omdat de verzekerde zelf niet (meer) in staat is om hulp in te roepen;
3. het ingrijpen bij gedragsproblemen:
 - a) therapeutisch: gericht op verbetering van de gedragsstoornis of aanleren van ander gedrag;
 - b) preventief: voorkomen van escalatie en gevaar.

De verzekerde heeft te maken met aandoeningen, stoornissen en beperkingen op fysiek, psychisch en/of cognitief vlak, die regelmatig en onverwacht ernstige gevolgen kunnen hebben. De verzekerde heeft een verminderd of afwezig vermogen tot regievoering en regelvermogen. De verzekerde kan ernstige fysieke beperkingen hebben,

waarbij meer of minder ernstig gevaar onverwacht kan optreden. Naast te plannen zorg heeft de verzekerde ook regelmatig ongeplande zorg nodig. Verzekerde heeft continu⁷² zorg nodig waarbij de hulpverlener actief moet observeren. De verzekerde erkent en/of onderkent niet, of niet op essentiële momenten, de noodzaak van zijn behoefte aan de directe inzet van zorg. De verzekerde is fysiek, psychisch en/of verstandelijk niet in staat een zorgverlener op te roepen.

Er kan elk moment iets mis gaan. Het vermogen om te alarmeren ontbreekt of ontbreekt op essentiële momenten. De verzekerde is niet in staat te beoordelen of hij zorg nodig heeft, hulp in te roepen en hulp af te wachten. Bijvoorbeeld: de verzekerde gaat regelmatig staan en wil lopen, terwijl het valgevaar heel groot is en de verzekerde zich dat niet realiseert.

De behoefte van de verzekerde aan permanent toezicht gaat over het algemeen samen met een behoefte aan een beschermende woonomgeving en/of therapeutisch leefklimaat. Permanent toezicht kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Afhankelijk van de doelgroep is de zorgverlener bijvoorbeeld passief aanwezig en/of meer of minder continu actief bezig met allerlei productieve activiteiten, zoals het bieden van Persoonlijke Verzorging, Begeleiding, enzovoort.

Weging Verblijf

In deze alinea wordt puntsgewijs de weging van de indicatiecriteria uitgeschreven aan de hand van het trechtermodel zoals beschreven onder paragraaf 3 van bijlage 1 Algemeen bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

- Via de stappen 1 en 2 van het indicatieonderzoek is bepaald dat de verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg.
- Uit het onderzoek is vast komen te staan dat er bij de functie PV, VP en/of BG tenminste bij een van deze functies sprake is van leveringsvoorwaarde B2, C of D. Bij de leveringsvoorwaarden speelt de vraag of de verzekerde naast te plannen zorg en eventueel oproepbare zorg ook ongeplande zorg nodig heeft waarvoor toezicht nodig is. 'Toezicht' betekent over het algemeen dat de zorgverlener met een bepaalde frequentie het initiatief neemt om te zien of de verzekerde ongeplande zorg nodig heeft. De verzekerde kan die zelf immers niet (altijd) oproepen.
- Of de zorg waarop de verzekerde is aangewezen noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht, wordt bepaald met behulp van de vastgestelde leveringsvoorwaarde voor de zorgbehoefte van de verzekerde:
 - Leveringsvoorwaarde B: Als de zorgbehoefte van de 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 of 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).
 - Leveringsvoorwaarde C of D: Als de zorgbehoefte van de verzekerde bepaalt dat leveringsvoorwaarde C of D aan de orde is, dan stelt het CIZ vast dat de zorg waarop de verzekerde is aangewezen noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat, of permanent toezicht. Er is sprake van AWBZ-zorg met Verblijf.
Als de zorg waarop de verzekerde is aangewezen noodzakelijkerwijs gepaard gaat met de behoefte aan een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht, dan is er sprake van AWBZ-zorg met Verblijf. Bij kinderen, tot in ieder geval 17 jaar, is dit alleen het geval indien er sprake is van zorg die noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een therapeutisch leefklimaat en/ of permanent toezicht.
- In stap 3 van het indicatieonderzoek wordt het compenserend vermogen van de mantelzorg onderzocht wanneer het de wens van de verzekerde en zijn mantelzorger(s) is om thuis te blijven wonen.
- Als is vastgesteld dat de verzekerde is aangewezen op Verblijf, dan hoeft dit niet te leiden tot een indicatie voor een zorgzwaartepakket. Er kan een indicatie in functies en klassen worden gesteld wanneer de mantelzorg in staat en vrijwillig bereid is om dit leefklimaat aan de verzekerde te bieden. Daarmee heft de mantelzorg de noodzaak tot langdurig verblijf op. De mantelzorger kan hierbij vanuit de AWBZ worden ondersteund. Dit kan voor maximaal achttien dagdelen per week.

Deze tekst is
aangepast.

72 Zie Beleidsregel bijlage Algemeen: bij stoornissen betekent score 3 'wel probleem, continu hulp, toezicht of sturing nodig'. De stoornis leidt voortdurend tot een zorgvraag, voortdurend is drie of meerdere keren per dag.

Notabene: de maximaal mogelijke ondersteuning van de mantelzorger is beschreven in hoofdstuk 2, paragraaf 2.3.4; AWBZ-zorg met of zonder verblijf.

Weging AWBZ-zorg met of zonder Verblijf bij kinderen en jong volwassenen

Bij kinderen (in elk geval tot 17 jaar) is het bieden van een beschermende woonomgeving door de ouders gebruikelijke zorg.

Enige ondoelmatigheid

Bij kinderen kan er sprake zijn van enige ondoelmatigheid wanneer bij overschrijding van de achttien dagdelen een doeltreffende⁷³ oplossing geboden wordt. Het kan voorkomen dat ouders de zorg voor hun kind wel kunnen volhouden bij een geringe afwijking van de achttien dagdelen 'vrij van zorg' en dat hiermee gebleken is dat het kind thuis kan blijven wonen. Hierbij speelt de maatschappelijke acceptatie mee dat kinderen bij hun ouders moeten kunnen opgroeien. Bij jong volwassenen is enige ondoelmatigheid acceptabel als dat noodzakelijk is in bijzondere omstandigheden wanneer er toegewerkt wordt naar een min of meer zelfstandige woonvorm of het afronden van een opleiding of stage. In die omstandigheden kan er gering worden afgeweken van de achttien dagdelen 'vrij van zorg' en wordt er nog geen ZZP geïndiceerd.

Gering afwijken van de achttien dagdelen 'vrij van toezicht' kan wanneer er bij kinderen en bij jong volwassenen in bijzondere situaties aan alle hieronder genoemde voorwaarden is voldaan:

- het is de wens van de ouders om het kind of jong volwassene thuis te laten wonen;
- het is in het belang van het kind of jong volwassene;
- het leidt tot een doeltreffende en verantwoorde oplossing;
- de mantelzorger neemt het resterende deel van de zorg over.

Met bijzondere omstandigheden bij jong volwassenen, waarbij enige ondoelmatigheid geaccepteerd is, worden die omstandigheden bedoeld waarbij bij een jong volwassene het uitgangspunt is dat deze (begeleid) zelfstandig kan gaan wonen maar het traject daartoe, al dan niet in combinatie met het afronden van school en stage, nog loopt. Wanneer een jong volwassene feitelijk langdurig is aangewezen op Verblijf, maar school en/of stage nog vanuit de thuissituatie wil afronden, dan is sprake van een bijzondere omstandigheid en is enige ondoelmatigheid gedurende deze afrondende fase nog acceptabel.

Aandachtspunt bij weging AWBZ-zorg met of zonder Verblijf bij kinderen en jong volwassenen

Er zijn ouders die thuis voor hun kind met een handicap of gezondheidsprobleem willen zorgen, maar dat niet kunnen. Zij hebben bijvoorbeeld zelf gezondheidsproblemen of missen de verstandelijke of psychische vermogens om dat te kunnen doen. Het is de vraag of het verantwoord is dat het kind thuis opgroeit als bijvoorbeeld:

- de zorg voor het kind letterlijk of figuurlijk te zwaar en/of te complex wordt in relatie tot de draagkracht van de ouders;
- en/of er sprake is van (ernstige) gedragsproblematiek van het kind;
- en/of andere gezinsleden onacceptabel gaan lijden onder de aanwezigheid van het kind.

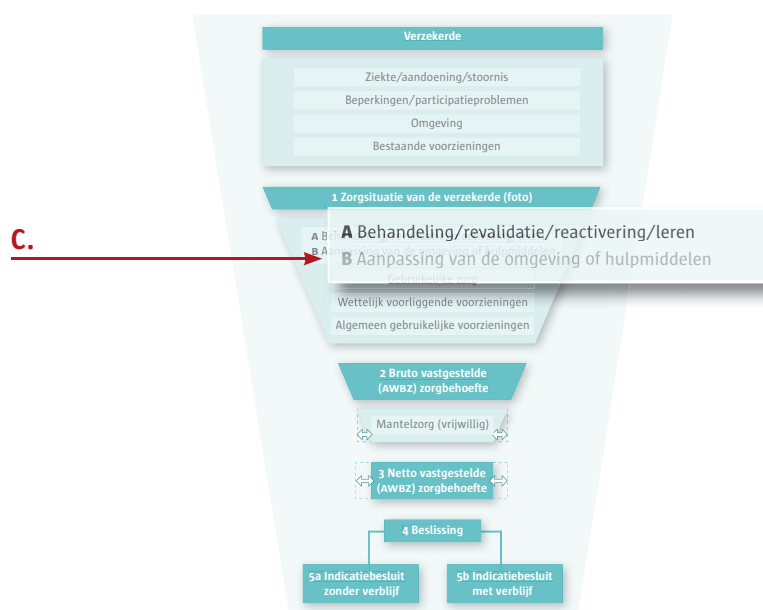
Het CIZ heeft, zo nodig, ook contact met andere organisaties die betrokken zijn bij het gezin. Adviezen van deze organisaties, over de vraag of AWBZ-zorg met of zonder de functie Verblijf in het belang van het kind is, worden meegenomen in het besluitvormingsproces.

Als het niet verantwoord is dat het kind met een ziekte, aandoening, stoornis of beperking thuis blijft wonen kan Verblijf vanuit de AWBZ worden geïndiceerd, indien sprake is van een noodzaak voor een therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht. Als er sprake is van alleen een beschermende woonomgeving en ouders zijn niet in staat de zorg thuis te bieden, eventueel aangevuld met voor het kind geïndiceerde AWBZ-zorg in functies, is verblijf vanuit de Wet op de Jeugdzorg aan de orde.

Tekst is toegevoegd.

73 Doeltreffend: het gewenste effect van de zorg wordt bereikt.

C. Behandeling/revalidatie

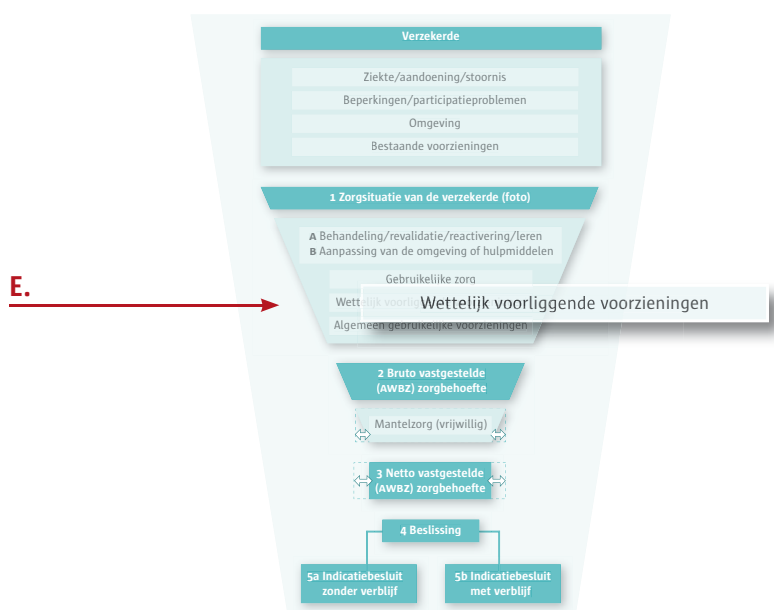


Behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet is voorliggend op de AWBZ-Behandeling, zie onder E. Wettelijke voorliggende voorzieningen. Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie).

D. Aanpassingen van de omgeving

Het veranderen of aanpassen van de woonomgeving kan een opname geheel of gedeeltelijk voorkomen. Denk aan het verhuizen naar een gelijkvloerse woning bij het niet meer kunnen traplopen of het plaatsen van een traplift. Soms lijkt een 'beschermende woonomgeving' noodzakelijk te zijn, terwijl het eigenlijk een vraag is naar een veilige woonomgeving. Iemand heeft behoefte aan te plannen zorg (leveringsvoorwaarde A/B1) en daarnaast aan een zekere vorm van veilig wonen. Denk bijvoorbeeld aan de 83-jarige met een indicatie voor Persoonlijke Verzorging die moet verhuizen vanwege de sloop van zijn woning. Hij wil vanwege zijn leeftijd en gevoelens van onveiligheid graag naar een veilige woonsituatie. Een ander voorbeeld is de vrouw met een psychiatrische grondslag die vanwege agressie in de thuissituatie naar de vrouwenopvang wil. Als deze verzekerden alleen behoefte hebben aan veilig wonen en niet aan een 'beschermende woonomgeving' in de zin van de functie Verblijf, dan kan deze in de thuissituatie geboden worden. Dat zal niet de thuissituatie zijn waar ze dan wonen. De woning wordt immers gesloopt of de agressieve echtgenoot maakt thuisblijven gevaarlijk. Een veilige, beschermde plek is nodig. Maar de AWBZ-functie Verblijf is niet op zorginhoudelijke gronden aangewezen.

E. Wettelijk voorliggende voorzieningen



Dit zijn wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg waarop de verzekerde is aangewezen, kan worden bekostigd of voorzieningen waarmee de verzekerde de (zelf)zorg weer kan uitvoeren. 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 valt een niet uitputtende lijst van wettelijk voorliggende voorzieningen die veel voorkomen en die een relatie kunnen hebben met functie VB. Dit geldt onder meer voor de volgende wetten: Wet maatschappelijke ondersteuning, Zorgverzekeringswet en Jeugdzorg. Als het verantwoordelijke orgaan in gebreke blijft, moet de verzekerde zich tot het orgaan wenden dat de voorziening moet leveren.

De aanvullende verzekering valt niet onder de Zorgverzekeringswet 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. De inhoud van deze verzekering en het gebruik hiervan door een verzekerde, kan van invloed zijn op de soort en omvang van de indicatie. Een voorbeeld van een aanvullende verzekering is mantelzorgvervanging, bijvoorbeeld Handen-in-Huis.

Zorgverzekeringswet

De eerste 365 dagen aaneengesloten verblijf in een psychiatrische instelling op basis van een psychiatrische aandoening, al of niet met bijkomende problematiek, is ten laste van de Zvw.

Bij opname in een revalidatiecentrum of ziekenhuis komen de eerste 365 dagen eveneens ten laste van de Zvw.

Jeugdzorg

Verblijf in de Jeugdzorg kan een voorliggende voorziening zijn voor het bieden van verblijf aan kinderen.

AWBZ Verblijf of verblijf op grond van de Wet op de jeugdzorg?

Een belangrijke vraag hierbij is om welke reden het kind niet meer thuis kan wonen. Bij AWBZ Verblijf gaat dat om de actuele zorgbehoefte van het kind die noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een (beschermende woonomgeving in combinatie met een) therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht, niet zijnde ouderlijk toezicht.

Ook kinderen met een grondslag voor AWBZ-zorg kunnen in een pleeggezin wonen, al dan niet met aanvullende AWBZ-functies, als de noodzaak voor verblijf gelegen is in de onmogelijkheden van ouders/verzorgers om het kind een (veilig) thuis (beschermende woonomgeving) te bieden.

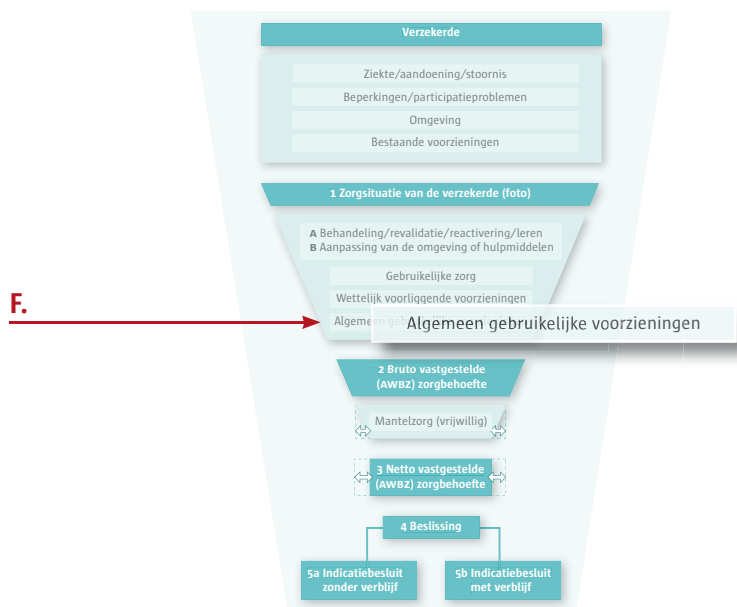
Deze tekst is aangepast.

Bij (volledig of deeltijd) verblijf bij een pleeggezin is de reden voor verblijf niet gelegen in de stoornissen en beperkingen van het kind, maar in de (on)mogelijkheden en opvoedingsonmacht van de ouders. Het maken van deze afweging ligt soms ingewikkeld. Stoornissen en beperkingen van het kind en opvoedsituatie/mogelijkheden van ouders beïnvloeden elkaar.

Ter informatie volgt artikel 4 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg:

1. Verblijf omvat het aan een jeugdige gedurende het etmaal of een deel daarvan bieden van verblijf met een passend pedagogisch klimaat bij een pleegouder of in een accommodatie van een zorgaanbieder.
2. Geen aanspraak bestaat op verblijf voor zover:
 - a) de jeugdige geen psychosociale, psychische of gedragsproblemen heeft, of de jeugdige of zijn ouders, stiefouder, of anderen die hem als behorende tot hun gezin verzorgen en opvoeden, de psychosociale, psychische of gedragsproblemen van die jeugdige het hoofd kunnen bieden, al dan niet met jeugdhulp als bedoeld in artikel 3, met behulp van personen uit hun directe omgeving of met behulp van andere voorzieningen die hulp bieden dan zorgaanbieders;
 - b) het verblijf noodzakelijk is voor persoonlijke verzorging, begeleiding of behandeling als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ of zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering in verband met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een psychiatrische of somatische aandoening of beperking;
 - c) of het verblijf in een justitiële jeugdinrichting als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen betreft.
3. In afwijking van het tweede lid, onder a, bestaat aanspraak op verblijf:
 - a) indien het een minderjarige betreft die onder voogdij van een stichting staat;
 - b) als door verblijf bij een pleegouder het hoofd kan worden geboden aan de psychosociale, psychische of gedragsproblemen van de jeugdige.
4. Aanspraak op verblijf gedurende een deel van het etmaal bestaat slechts indien dit noodzakelijk is voor het tot gelding brengen van een aanspraak op jeugdhulp als bedoeld in artikel 3.

F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid



Niet bij wet gecreëerde voorzieningen om in de zorgbehoefte te voorzien buiten de AWBZ, zijn onder meer:

- alarmering;
- vrijwilligers;
- cliëntondersteuning door MEE, bijvoorbeeld het geven van tips en adviezen over het zo zelfstandig mogelijk inrichten van het dagelijks leven;
- aanvullende verzekering op de Zwv. Zie 9.3 E Wettelijk voorliggende voorzieningen.

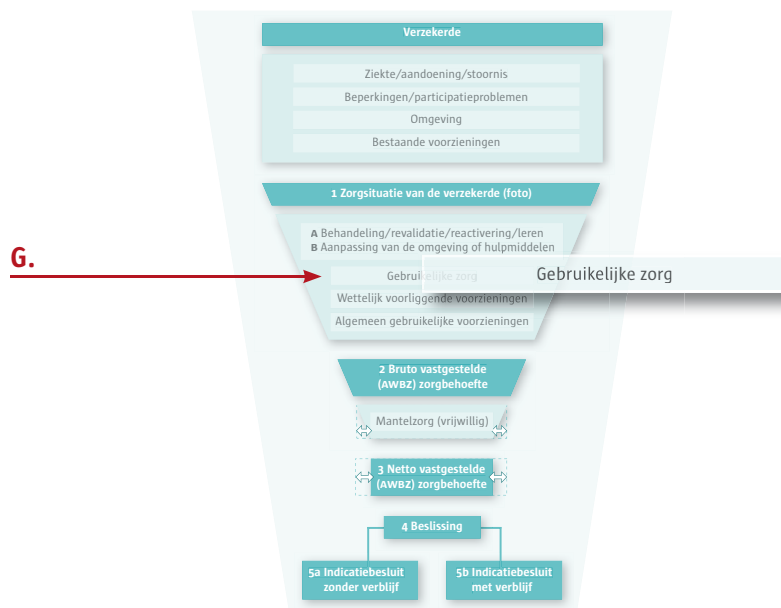
Deze voorzieningen gaan vóór op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van een verzekerde. Van verzekerden die daartoe in staat zijn, wordt ook actie en initiatief verwacht om hun netwerk in te schakelen en zo te voorzien in hun vraag naar zorg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

Zelf georganiseerd leefklimaat

Soms heeft een verzekerde buiten een AWBZ-instelling zelf voorzien in een passend 'leefklimaat' door de woonvorm die hij gekozen heeft. Hij woont (of wil daar gaan wonen) bijvoorbeeld in een wooninitiatief op basis van een persoonsgebonden budget (Pgb), een woonzorgcomplex, serviceflat of sociaal pension of iets dergelijks. Hij heeft zijn huisvesting dan zelf gehuurd of gekocht. En hij heeft daar misschien ook bepaalde vormen van (AWBZ-)zorg al dan niet met toezicht geregeld. Het lijkt dan de vraag te zijn of de functie Verblijf wel aangewezen is. Centraal staat de vraag of één of meer van de drie leefklimaten noodzakelijk is. Als dat het geval is, volgt een indicatie met Verblijf. Dit staat los van de vraag of de verzekerde dit misschien zelf heeft geregeld in zijn woonomgeving.

Overigens speelt de mantelzorg in deze situaties dezelfde rol. Als de verzekerde die bijvoorbeeld in een serviceflat woont, voldoende mantelzorg heeft, dan heeft hij geen indicatiebesluit voor zorg met de functie Verblijf nodig. Zie ook onder H van deze paragraaf.

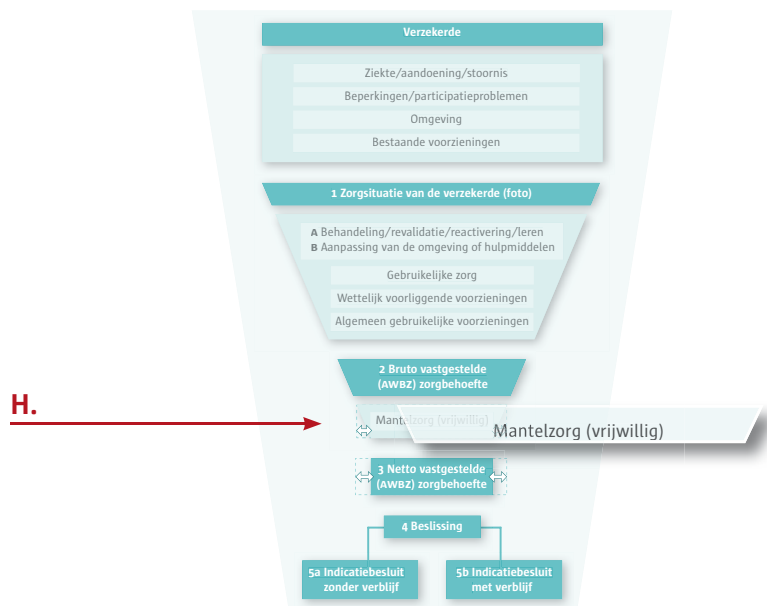
G. Gebruikelijke zorg



Voor zover het gebruikelijk⁷⁴ is dat partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten elkaar bepaalde zorg bieden, is de verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg. Zie ook hoofdstuk 4, Gebruikelijke zorg.

74 Zie hiervoor de bijlage Gebruikelijke zorg en de toelichting bij de bijlage Gebruikelijke zorg van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

H. Mantelzorg

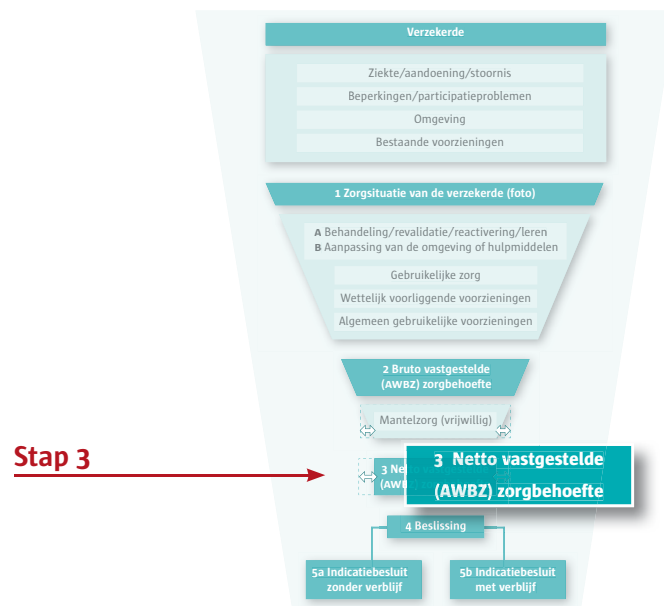


Mantelzorg is langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, door personen uit zijn omgeving waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie en de gebruikelijke zorg overstijgt. Voor het CIZ gaat het bij mantelzorg om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

Wanneer voor de zorgvrager mantelzorg vrijwillig beschikbaar is, wordt voor dat deel van de zorgaanspraak niet geïndiceerd. Professionele zorg vanuit de AWBZ is dan niet noodzakelijk. Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat aanspraak op AWBZ-zorg.

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.

9.4 De functie Verblif



A. Aard, inhoud en omvang

Als de verzekerde naast zorg ook aangewezen is op de functie Verblif voor vier, vijf, zes of zeven etmalen, dan is de dominante grondslag daarvan het vertrekpunt voor het te indiceren zorgzwaartepakket (zie ook hoofdstuk 2 Algemene uitgangspunten van deze Indicatiewijzer).

Best passend cliëntprofiel

Vaststelling van het juiste ZZP voor de verzekerde vindt plaats door het in kaart brengen van de ziekte, aandoening of handicap van de verzekerde en de daaruit voortkomende stoornissen en beperkingen, en de mate en ernst daarvan. Op basis van de dominante grondslag inclusief vastgestelde zorgbehoefte en cliëntkenmerken volgt toeleiding naar een zorgzwaartepakket. Het CIZ beoordeelt op basis van het beschreven cliëntprofiel bij dit ZZP of deze het best passend is bij de vastgestelde zorgbehoefte van de verzekerde. Het CIZ indiceert het best passende ZZP voor de verzekerde.

Bij een verblijfsindicatie wordt het best passende cliëntprofiel uit de reeks van de dominante grondslag gekozen. In uitzonderingsgevallen geeft geen van de cliëntprofielen voldoende aansluiting. In deze gevallen gaat het best passend cliëntprofiel binnen de reeks van de dominante grondslag niet op. Er kan dan op basis van specifieke cliëntkenmerken gekozen worden voor een best passend cliëntprofiel binnen een andere reeks. Kenmerken van een verzekerde die de keuze uit een andere reeks kunnen rechtvaardigen, zijn:

1. leeftijdgebonden problematiek;
2. comorbiditeit;
3. toekomstperspectief (waaronder ooit nog in staat zelfstandig te wonen of niet);
4. ontwikkelingsmogelijkheden;
5. noodzaak en zin van resocialisatie;
6. hanteerbaarheid van gedragsproblemen.

Wanneer volgens de aanvrager een combinatie van bepaalde kenmerken van de verzekerde de keuze van een cliëntprofiel uit een andere reeks rechtvaardigt dan waar de dominante grondslag toe behoort, dan moet dit ook duidelijk zijn af te leiden uit de bij de aanvraag aangeleverde gegevens.

Voorbeeld: bij de keuze voor het best passende cliëntprofiel mag rekening worden gehouden met bepaalde kenmerken van de verzekerde. Dit kan betekenen dat iemand met de dominante grondslag Lichamelijke handicap - op grond van leeftijd en beperkte ontwikkelingsmogelijkheden - toch een best passend cliëntprofiel uit een andere reeks (in plaats van LG b.v. V&V) krijgt. Het kan ook betekenen dat iemand zonder een zichtbare fysieke aandoening, in plaats van de grondslag Somatische aandoening of beperkingen - op basis van leeftijd en het aanwezig zijn van ontwikkelingsmogelijkheden - een cliëntprofiel uit de reeks van de sector voor Lichamelijke handicaps krijgt (denk aan mensen met NAH zonder zichtbare fysieke beperking maar met moeilijk te definiëren blijvende mentale beperkingen).

Een pakket uit een reeks kan alleen gekozen worden als de problematiek gerelateerd uit die reeks aanwezig is. Met andere woorden: de grondslag⁷⁵ waarop de reeks is gebaseerd, moet bij de verzekerde aanwezig zijn. De dominante grondslag kan een andere zijn.

Voorbeeld: er kan geen ZZP uit de VG-reeks gekozen worden als er geen sprake is van een verstandelijke beperking en een VG grondslag.

Uitzondering

De reeksen passend bij de somatische grondslag en de grondslag Lichamelijke handicap zijn vrij uitwisselbaar. Deze problematiek ligt naar aard en inhoud erg dicht bij elkaar. Zie voor een toelichting ook het hoofdstuk Grondslagen, paragraaf 3.3.2 onder het kopje 'ICD-10, DSM-IV-TR, ICF en grondslagbepaling'.

Specifieke ZZP's

Zorgzwaartepakketten Verpleging en Verzorging

ZZP VV 09a: geriatrie revalidatiezorg in een instelling

Deze ZZP is aan de orde bij verzekerden waarbij medisch specialistische diagnostiek/interventie heeft plaatsgevonden waarbij sprake is geweest van een ziekenhuisopname. De medisch specialistische diagnostiek/interventie, ook van de co-morbiditeit, is afgerond. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan revaliderende AWBZ behandeling zoals die door (of onder regie van) specialisten ouderengeneeskunde wordt uitgevoerd en die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfssetting (meestal 2 tot 6 maanden) met een therapeutisch leefklimaat. De behandeldoelen zijn erop gericht dat de verzekerde op verantwoorde wijze zelfstandig kan wonen, thuis of in een verzorgingshuis).

ZZP VV 09b: herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging in een instelling

Deze ZZP is aan de orde bij verzekerden waarbij medisch specialistische diagnostiek/interventie heeft plaatsgevonden waarbij sprake is geweest van een ziekenhuisopname. Voorafgaand aan de interventie ontvingen (vrijwel) alle verzekerden uit deze groep reeds behandeling in combinatie met verblijf. De medisch specialistische diagnostiek/interventie, ook van de co-morbiditeit, is afgerond. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De verzekerde heeft een tijdelijke behoefte aan extra behandeling en zorg, meestal 2 tot 6 maanden. Bij verzekerde is sprake van verminderde leerbaarheid en trainbaarheid als gevolg van ernstige problemen met regie, regelvermogen en psychosociale/cognitieve functies. Herstel tot het niveau van functioneren van vóór de acute aandoening wordt nagestreefd.

Geriatrische revalidatiezorg wordt per 01-01-2013 overgeheveld naar de Zvw. Ter voorbereiding op de overheveling van de AWBZ naar de Zvw indiceert het CIZ in 2012 voor twee verschillende doelgroepen de hier beschreven twee verschillende ZZP's.

75 Aangezien de grondslag wordt bepaald door een ziekte, aandoening, stoornis, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op één of meerdere vormen van zorg kan zijn aangewezen, is het nodig dat niet alleen volgens de ICD- of DSM-systematiek naar verzekerde wordt gekeken, maar ook volgens de ICF-systematiek, en wel door de bestaande stoornissen en beperkingen in samenhang met een ziekte/aandoening eveneens als mogelijke reden voor een grondslag aan te nemen.

Wanneer er sprake is van geriatrische revalidatiezorg of herstelgerichte behandeling geldt het volgende:
Bij het bepalen of sprake is van geriatrische revalidatiezorg of herstelgerichte behandeling, doorgaans aansluitend aan een klinische opname, worden de criteria gehanteerd zoals beschreven in hoofdstuk 8 Behandeling, paragraaf 8.3 B. Geriatrische revalidatiezorg of herstelgerichte behandeling in combinatie met leveringsvoorwaarde B2, C of D en een therapeutisch leefklimaat leidt tot ZZP VV 09a of 9b.

Hieronder volgt een opsomming van alle criteria waaraan moet worden voldaan:

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

ZZP VV 10

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 zorgzwaartepakket 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 zorgzwaartepakket VV 10 ook krijgt toegekend. Dat is het geval wanneer de verzekerde lijdt aan een ziekte/aandoening en zich in de terminale levensfase bevindt, dat wil zeggen een levensverwachting heeft van niet langer dan drie maanden, en wanneer de zorgvraag aan alle onderstaande criteria voldoet:

- zeer intensieve 24-uurszorg die in andere pakketten niet mogelijk is;
- noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust;
- er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines, en noodzaak van continue nabijheid van zorg.

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

Zorgzwaartepakketten Gehandicaptensector

Zorgzwaartepakketten Verstandelijke handicap

ZZP VG 07

Indicatiecriteria die beide van toepassing zijn op VG 07:

- een onderbouwde conclusie dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid;
- CEP score ≥ 3 .

Om vast te stellen of de verzekerde voldoet aan bovenstaande criteria is aanlevering van onderstaande zorginhoudelijke informatie noodzakelijk:

1. Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) zorgplan. Uit het plan blijkt:
 - wat de omschrijving is van de grondslag en de bijzondere gedragsproblematiek.
 - indien aanwezig: een bijzonder zorgplan CCE en beschrijving van vervolgacties naar aanleiding van betrokkenheid en advisering door Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE).
 - wanneer het CCE niet betrokken is geweest, is het noodzakelijk dat de volgende onderwerpen in het zorgplan aan bod komen:
 - Welke zorginterventies hebben plaatsgevonden om de bijzonder ernstige gedragsproblematiek te verminderen. Dit zijn bijvoorbeeld behandeling (eventueel medicamenteus/therapieën/video-opnames), specifieke benadering, groepsgrootte, woonvorm, inzet gespecialiseerd personeel.

- Tot welk resultaat de zorginterventies hebben geleid.
 - Een onderbouwde conclusie (op basis van het voorgaande) dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met de reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid.
2. Een actueel of geactualiseerd (maximaal één jaar oud) volledig rapport van de CEP-score, opgesteld door meerdere deskundigen onder eindverantwoordelijkheid van een gedragsdeskundige. Uit de score blijkt dat de vastgestelde chronische gedragsproblematiek een zwaarte heeft van tenminste 3.

Zorgzwaartepakketten LVG

Zorg en behandeling aan jeugdigen met een licht verstandelijke handicap.

Verzekerden met een licht verstandelijke handicap met daarnaast meervoudige problematiek zoals beperkt sociaal aanpassingsvermogen en ernstige, chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problemen, behoren tot de doelgroep LVG. De problematiek bij deze verzekerden komt vaak voor in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

Verzekerden met een lichte verstandelijke handicap die zijn aangewezen op een beschermende woonomgeving, en/of therapeutisch leefklimaat en/of permanent toezicht, waarbij geen noodzaak is tot behandeling in een LVG behandelinstelling, worden geïndiceerd voor een zorgzwaartepakket uit de set VG-ZZP's.

Als er voor jeugdige verzekerden uit de doelgroep een noodzaak is tot integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling en ze voldoen aan de criteria voor opname in deze instelling, wordt een zorgzwaartepakket uit de set LVG-ZZP's geïndiceerd.

Bij de LVG-behandelinstellingpakketten zijn de volgende criteria in combinatie vereist:

- behandelperspectief/prognose. Uit de onderzoeksgegevens moet blijken dat er perspectief is dat de gevraagde behandeling leidt tot verbetering in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de verzekerde, geformuleerd in een concreet behandeldoel. De behandeling moet een multidisciplinair karakter hebben, gecoördineerd door een AWBZ-behandelaar waarbij tijdens de intake- en diagnostiekfase is gebleken dat intramurale opname en behandeling noodzakelijk is;
- niveau van verstandelijk functioneren: een IQ tussen 50 en 85;
- de leeftijd waarop de indicatie wordt gesteld, is doorgaans tussen 4 en 23 jaar. Voor de leeftijdsgroep vanaf 21 jaar geldt dat er meestal sprake is van voortgezette hulpverlening die het karakter heeft van woon- en vaardigheidstraining;
- er is sprake van ernstige gedragsproblemen. De bepaling van de ernst van de gedragsproblemen wordt ontleend aan een medisch of gedragskundig rapport dat bij de aanvraag wordt aangeleverd of wordt opgevraagd in verband met onderzoek van het CIZ.

Binnen de LVG-sector is het gebruikelijk dat cliënten doorstromen van een hoog ZZP bij opname, naar een lager ZZP aan het einde van de behandelduur. Het doel is om een zo hoog mogelijk niveau van zelfstandig functioneren te bereiken.

Verzekerden die na behandeling in een behandelinstelling voor licht verstandelijk gehandicapten (nog) zijn aangewezen op een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht worden geïndiceerd voor een ZZP VG.

Zorgzwaartepakket SGLVG: zorg en behandeling voor verzekerden met een licht verstandelijke handicap en zeer ernstige gedragsproblematiek

Bij SGLVG-cliënten is sprake van onbegrepen en risicovol gedrag dat wordt veroorzaakt door een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen al dan niet in combinatie met psychiatrische problemen. De problematiek komt tot uiting in alle facetten van het leven: (gezins)systeem, wonen, werken en vrije tijd. De problemen versterken elkaar en zijn vaak onderling met elkaar verweven. Hoewel er doorgaans ook sprake is van (actieve) psychiatrische problematiek wordt deze categorie verzekerden meestal onder de dominante grondslag Verstandelijke handicap geïndiceerd. De reden hiervoor is dat de gedragsproblemen/stoornissen sterk verweven

zijn met de licht verstandelijke beperking. Ook de behandeling van deze problemen moet op het niveau van de verzekerde plaatsvinden.

Verzekerden met SGLVG problematiek die zijn aangewezen op Verblijf zonder noodzaak tot behandeling in een SGLVG behandelinstelling, krijgen een zorgzwaartepakket uit de set VG-ZZP's.

Als er voor deze doelgroep een noodzaak is tot behandeling in een SGLVG behandelinstelling en ze voldoen aan de criteria voor opname in zo'n instelling, wordt het SGLVG zorgzwaartepakket geïndiceerd.

Bij het SGLVG-behandelinstellingpakket zijn de volgende toelatingscriteria in combinatie vereist:

- behandelperspectief en behandelprognose;
- multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk;
- IQ tussen 50 en 85;
- leeftijd meestal tussen 18 en 55 jaar;
- ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en/of gedragsproblemen;
- comorbiditeit van psychiatrische problemen en/of ontwikkelingsstoornissen;
- ernstige handelingsverlegenheid van de omgeving vanwege deze problematiek;
- eerdere behandeltrajecten hebben niet (voldoende) resultaat gehad.

Zorgzwaartepakketten Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

ZZP-GGZ B-pakketten (op grond van artikel 13, lid 2 Besluit zorgaanspraken AWBZ)

Het belangrijkste onderscheid dat het CIZ bij het indiceren van een B-pakket in plaats van een C-pakket maakt, is dat bij de B-pakketten de behandelaar⁷⁶ integraal verantwoordelijk is voor behandelplan en verblijf. Het verblijf is noodzakelijk omdat de psychiatrische behandeling alleen in een verblijfssetting gegeven kan worden (therapeutisch leefklimaat).

Wanneer er na 365 dagen (psychiatrische) behandeling in een verblijfssetting op aanspraak van de Zorgverzekeringswet, psychiatrische behandeling in een verblijfssetting moet worden gegeven, is er aanspraak op Voortgezet Verblijf op grond van artikel 13 Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Het feit dat deze psychiatrische behandeling, nadat er 365 dagen aanspraak is geweest op de Zorgverzekeringswet, nog steeds in een verblijfssetting moet worden gegeven, maakt dat dit nu een aanspraak is geworden op grond van artikel 13 Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Als de aanvraag zich richt op een B-pakket dan moet de verantwoordelijke behandelaar motiveren waarom Verblijf in combinatie met Behandeling in een instelling na 365 dagen nog steeds noodzakelijk is.

Het gaat bij de B-pakketten om twee groepen verzekerden die daarvoor in aanmerking komen:

- Verzekerden waarbij de behandeling gericht is op (verder) herstel en er een reële verwachting is dat dit herstel optreedt binnen een te prognosticeren termijn.
- Verzekerden waarbij de behandeling niet meer gericht is op (verder) herstel maar op stabilisatie of het (zoveel mogelijk) voorkomen van achteruitgang. Het gaat hierbij om mensen die zich vanwege (complexe) psychiatrische problemen niet kunnen handhaven in een begeleide woonsetting en wiens stabiliteit gewaarborgd wordt door de setting waar ze verblijven, waarin de behandeling en verblijf onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

Er hoeft geen sprake te zijn van actieve psychiatrische problematiek die voortdurend ingrijpen noodzakelijk maakt.

ZZP GGZ C-pakketten (op grond van artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ)

Bij de C-pakketten gaat het om verzekerden die een beschermde woonomgeving en toezicht nodig hebben, maar voor wie er geen noodzaak is voor opname in een instelling vanwege hun psychiatrische behandeling. Het doel van de zorg is het voorkomen van verergering en het vergroten van de zelfstandigheid. Er kan aanvullende ambulante psychiatrische behandeling (op grond van de Zorgverzekeringswet) noodzakelijk zijn. Voor deze behandeling hoeft de verzekerde niet te verhuizen.

De verantwoordelijkheid voor de zorg ligt primair bij de woonbegeleider.

⁷⁶ Met de term behandelaar wordt zowel de medische, paramedische als gedragswetenschappelijke beroepsgroep bedoeld.

Omvang

De omvang van Verblijf wordt uitgedrukt in etmalen per week (in klassen). Als de verzekerde is aangewezen op één, twee of drie etmalen per week zorg met Verblijf (Kortdurend 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.

Het CIZ bepaalt het (gemiddelde) aantal etmalen⁷⁷ en de geldigheidsduur van het indicatiebesluit voor zorg met de functie Verblijf aan de hand van de prognose ten aanzien van de ziekte/aandoening, duur van de beperkingen en de mogelijkheden van de sociale omgeving. Of de verzekerde zich daadwerkelijk op laat nemen of niet, weegt niet mee bij het bepalen van omvang en geldigheidsduur.

Zorg met de functie Verblijf al dan niet in combinatie met zorg zonder de functie Verblijf gedurende één indicatieperiode

De vorm/omvang waarin Verblijf wordt geïndiceerd (in functies en klassen of een ZZP) is afhankelijk van het aantal te indiceren etmalen per week.

Om te komen tot een juiste indicatie moeten de volgende stappen worden doorlopen:

Stap 1: Berekenen van het aantal etmalen dat een verzekerde gemiddeld per week in een instelling verblijft gedurende de indicatieperiode.

Naar boven afronden op aantal etmalen per week (bijvoorbeeld 0,4 etmalen wordt één etmaal per week; 1,6 etmalen wordt twee etmalen per week).

- a) Is het aantal etmalen per week één, twee of drie: indicatie in functies en klassen. Ook wel Kortdurend Verblijf genoemd. Zie hiervoor hoofdstuk 10 Kortdurend Verblijf.
- b) Is het aantal etmalen vier, vijf, zes of zeven: indicatie in ZZP, ook bij een kortdurend ZZP.

Verzekerden wonen voor het grootste gedeelte van de week in een instelling. Denk hierbij aan verzekerden die permanent in een instelling wonen, of aan een verzekerde die in een AWBZ-instelling woont en om het weekend naar huis gaat, of aan de verzekerde die moet reactiveren gedurende een bepaalde periode in een AWBZ-instelling. Ook bij vier, vijf, zes, zeven etmalen kan zorg buiten de AWBZ-instelling tijdens de overige etmalen noodzakelijk zijn.

Stap 2: Is er een aanspraak op zorg in de thuissituatie naast een aantal etmalen ZZP?

Nee: ZZP indiceren voor vier, vijf, zes, zeven etmalen per week.

Ja: ZZP indiceren voor zeven etmalen per week. Het budget dat de verzekerde/zorgaanbieder ontvangt voor de etmalen dat verzekerde niet in de instelling verblijft, kan worden ingezet in de thuissituatie.

Voorzieningen bij Verblijf

De uiterlijke vorm die de functie Verblijf heeft gekregen, is divers. Intramurale instellingen bieden hun cliënten over het algemeen (zie ook Tangram, 2004⁷⁸) op titel van Verblijf:

1. huisvesting: hierbij gaat het om het wonen, het letterlijke 'dak boven het hoofd', 'het bed om in te slapen';
2. hotelfuncties: receptie, gemeenschappelijk te gebruiken accommodaties en dergelijke;
3. toezicht en veiligheid;
4. voeding: maaltijdverzorging/maaltijdvoorziening;
5. schoonmaak: het schoonhouden van de gemeenschappelijke ruimten en de leefruimte van de cliënt;
6. geestelijke verzorging;
7. welzijnsondersteuning en de daarbij behorende voorzieningen, als ook recreatieve en sociaal-culturele voorzieningen;
8. laatste zorg na overlijden.

⁷⁷ Een etmaal is 24 uur.

⁷⁸ Zie: 'De functie Verblijf nader beschouwd' drs J. Spek, Tangram organisatie-advies (27 oktober 2004).

B. Geldigheidsduur

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Verblijf gelden de algemene criteria. Zie hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

Daarnaast geldt het volgende:

Binnen de dominante grondslag VG kan de verbijzondering naar specifieke setting toeleiden naar de LVG-behandelinstellingpakketten of het SGLVG-behandelinstellingpakket. De maximale geldigheidsduur van deze ZZP's is drie jaar.

Bij geriatrische revalidatiezorg of herstelgerichte behandeling is sprake van een periode van zes maanden waarin de behandeldoelen moeten zijn gerealiseerd. Deze indicaties worden daarom in beginsel afgegeven voor een periode van zes maanden.

Deze tekst is
aangepast.

C. Leveringsvorm

De leveringsvorm is een verplicht⁷⁹ te registreren item, waarbij de voorkeur van de verzekerde genoemd wordt in het indicatiebesluit. Het maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt. De verzekerde kan bij het zorgkantoor aangeven dat hij de leveringsvorm gewijzigd wil hebben.

Als de verzekerde zich met een indicatie voor zorg met de functie Verblijf op laat nemen in een AWBZ-instelling, dan 'verblijft hij in een intramurale setting'.

De verzekerde kan kiezen uit de leveringsvormen:

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

1. Zorg in natura (ZIN)

De verzekerde ontvangt zorg van een erkende AWBZ-zorgaanbieder.

Volledig pakket thuis

De verzekerde kan besluiten om zich niet te laten opnemen, maar in een eigen woonsituatie te blijven wonen en de zorg door een zorgaanbieder thuis in te laten zetten. Dit is het volledig pakket thuis (VPT), een vorm van ZIN. De verzekerde kan ook kiezen voor wonen in een geclusterde woon-/zorgsetting, zoals een woonzorgcomplex of een woning die hoort bij een extramuraliseringsproject. Een aanbieder levert daar de zorg voor de verzekerde. De zorgaanbieder is niet verplicht een VPT te leveren. Een VPT omvat alle zorg die past binnen het geïndiceerde zorgzwaartepakket voor de verzekerde, inclusief huishoudelijke verzorging. Afstemming over de inzet van zorg uit het zorgzwaartepakket gebeurt in overleg tussen de verzekerde en de zorgaanbieder.

2. Persoonsgebonden budget (Pgb)

De verzekerde ontvangt een budget en kan zelf zijn zorg inkopen. Dit hoeft niet bij een erkende AWBZ-zorgaanbieder te zijn. De verzekerde kan zelf de zorg thuis regelen of gaan verblijven in een kleinschalige woonvorm, zoals een ouderinitiatief, waar de zorg voor de bewoners ingekocht is met behulp van ieders Pgb. Ook hier geldt dat dit alle zorg omvat die passend is binnen het geïndiceerde zorgzwaartepakket voor de verzekerde, inclusief de huishoudelijke verzorging.

⁷⁹ Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

Zorgzwaartepakketten die alleen in de vorm van zorg en natura worden geleverd, zijn de volgende:

- ZZP LVG 04 en ZZP LVG 05;
- ZZP SGLVG;
- Alle ZZP GGZ B-pakketten.

D. Leveringsvoorwaarden

Leveringsvoorwaarden zijn niet van toepassing op de functie Verblijf.

9.5 Specifieke punten

Herindicaties Zorgzwaartepakketten

Wanneer de zorgvraag van een cliënt significant, substantieel en structureel is veranderd, kan een herindicatie leiden tot een ander cliëntprofiel en daardoor tot een ander ZZP.

Wanneer sprake is van een kortdurende tijdelijke uitbreiding (maximaal drie maanden) van de zorgvraag - waarbij in principe het profiel van de cliënt niet verandert - maar er wel een tijdelijke hogere zorgvraag is dan leidt dit niet tot een ander ZZP. In de bekostiging is opgenomen dat de zorgaanbieder deze tijdelijke verzwaarde zorgvraag zelf moet opvangen. Dit is bijvoorbeeld het geval als sprake is van griep of een gebroken arm. Kernvraag is of de veranderde zorgbehoefte, naar omvang en soort, structureel van invloed is op de totale omschrijving van het cliëntprofiel. Bijvoorbeeld na het optreden van een CVA kan er dan per direct grond zijn voor een herindicatie.

Wijziging van de grondslag ‘sectorvreemde Zorgzwaartepakketten’

Een sectorvreemd ZZP is een ZZP dat geïndiceerd is voor een verzekerde met een grondslag, waarvoor de instelling waar de verzekerde verblijft niet is toegelaten. Is de instelling wel toegelaten voor de grondslag waarvoor de verzekerde is geïndiceerd, dan heeft die cliënt een sectoreigen ZZP.

Bij de grondslagbepaling is én blijft het uitgangspunt dat het CIZ de grondslag los van het bestaande zorgaanbod vaststelt. CIZ houdt dus geen rekening met de instelling waar de verzekerde verblijft en ook niet met toevallig bij de verzekerde in de buurt aanwezige zorginstellingen die in een bepaald zorgaanbod voorzien.

Compensatie van beperkingen door een setting

Er zijn verzekerden die al langer in een beschermende woonomgeving verblijven. Zij lijken minder of geen beperkingen te hebben die in de actuele zorgbehoefte leiden naar een beschermende woonomgeving en/of therapeutisch leefklimaat. Het kan dan de vraag oproepen of de functie Verblijf nog wel noodzakelijk is. Het is in deze situaties noodzakelijk om het compenserende effect van de setting weg te denken bij het in kaart brengen van de zorgbehoefte van de verzekerde. Een mogelijke vraag hierbij is: ‘Wat wordt er gedaan om gedrag te controleren/probleemgedrag te voorkomen?’

In een zelfstandige setting zullen de beperkingen van de verzekerde waarschijnlijk weer aanwezig zijn. Daardoor heeft hij (weer) behoefte aan een beschermende woonomgeving en/of therapeutisch leefklimaat, aan planbare en onplanbare zorg en toezicht. De beperkingen zijn misschien wel versluierd maar niet voorgoed verdwenen. Bovendien is het zo dat als de verzekerde langdurig intramuraal heeft gewoond, deze niet ‘zomaar’ weer zelfstandig kan wonen. Training is hoogstwaarschijnlijk noodzakelijk om het zelfstandig wonen te kunnen realiseren.

Dagbesteding (Begeleiding groep)

Dagbesteding is integraal opgenomen in de pakketten uit de reeks V&V, LVG en SGLVG. Dagbesteding is geen integraal onderdeel van de pakketten uit de reeks VG, LG, ZGaud, ZGvis en GGZ.

Dit betekent dat het CIZ bij de pakketten van deze reeksen (VG, LG, ZGaud, ZGvis en GGZ) voor dagbesteding moet indiceren. Het CIZ indiceert voor dagbesteding als een verzekerde tenminste één dagdeel per week hierop is aangewezen.

Dit kan het geval zijn als:

1. De verzekerde ten minste één dagdeel per week niet via een voorliggende voorziening is voorzien in dagbesteding. Als een verzekerde vanuit een voorliggende voorziening geen volledige school- of werkweek of (aangepaste vormen van) arbeid heeft, is dagbesteding binnen het ZZP aan de orde.
Bij dagbesteding door middel van een voorliggende voorziening kan het bijvoorbeeld gaan om school, reguliere arbeid of arbeid in het kader van de WSW. In deze situaties is dagbesteding ten laste van de AWBZ niet aan de orde.
2. De verzekerde kan ook aangewezen zijn op dagbesteding als het doel is om andere activiteiten aan te bieden dan arbeid of school (denk aan 65-plussers) en tevens zelfredzaamheid, cognitieve capaciteiten en vaardigheden zoveel mogelijk te handhaven en/of gedragsproblematiek te reguleren. Dan is dagbesteding binnen een ZZP aan de orde en wordt de dagbesteding geïndiceerd.

Verder geldt:

1. De omvang van de dagbesteding wordt bepaald door de omvang van de zorg die in het bijbehorende ZZP (inclusief dagbesteding) is opgenomen.
2. Als een verzekerde werkt of naar school gaat, is er geen sprake van 'ook nog (AWBZ-) dagbesteding' vanwege schoolvakanties, ziekteperiodes en dergelijke.
3. Als dagbesteding aangewezen is, moet apart aangegeven worden of er een medische noodzaak is voor vervoer van en naar de dagbesteding. Uitgangspunt bij het beoordelen van 'medische noodzaak' 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 altijd⁸⁰ een indicatie gesteld voor vervoer.

Afstandsindicatie

Er kan ook een indicatie voor Verblijf worden afgegeven als de verzekerde gedurende een bepaalde periode vrijwel dagelijks is aangewezen op AWBZ-gefinancierde zorg, waarvoor op zich geen Verblijf is vereist, maar die alleen op grote afstand van zijn huis te verkrijgen is, waardoor het reizen een te grote belasting voor de verzekerde vormt. De thuissituatie kan dan redelijkerwijs niet voorzien in het nodige toezicht en de nodige bescherming. Een directe reistijd van één uur (enkele reis) is in principe acceptabel.

Bij kinderen kan die grens lager zijn, maar er moet ook steeds de afweging worden gemaakt tussen de extra belasting van het reizen en de meerwaarde van het in de thuissituatie kunnen verblijven.

Een afstandsindicatie is alleen mogelijk om zorginhoudelijke redenen. Er is behoefte aan PV, VP, BG en/of BH, die niet dichtbij huis kan worden geleverd. Er is feitelijk geen noodzaak tot of aanspraak op een van de leefklimaten.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

Het niet-effectueren van een indicatie voor Verblijf in specifieke situaties

Er kunnen specifieke situaties zijn waarin een verzekerde aangeeft niet te willen en/of kunnen verblijven in een AWBZ instelling. Hij heeft bijvoorbeeld traumatische ervaringen met wonen in groepsverband. Of hij heeft een heel bijzondere medische behandeling, verpleegkundige aanpak of zeer specifieke omgeving nodig en er is geen enkele intramurale (AWBZ-)instelling die dat kan leveren. Het feit dat de zeer speciale benodigde zorg niet geleverd kan worden in een intramurale instelling, is niet bepalend voor de vraag of de verzekerde behoefte heeft aan de functie Verblijf (zijnde: zorg die noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht). Los van de speciale voorwaarden die de gezondheidsproblematiek van de verzekerde aan zijn zorgsetting stelt, is immers uit onderzoek gebleken dat die behoefte wel degelijk aanwezig is. De verzekerde heeft en houdt die behoefte, waar hij zich ook bevindt. Om die reden is een contra-indicatie voor de functie Verblijf dan ook niet aan de orde. In dat geval zal het zorgkantoor moeten zorgen voor een passende zorginzet in een passende setting.

⁸⁰ Ook als de dagbesteding aanwezig is op het terrein van de instelling wordt de noodzaak voor vervoer op basis van medische noodzaak vastgesteld.

Verblijf en de Wet Bopz

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) regelt en beschermt de externe en de interne rechtspositie van psychiatrische patiënten die aangewezen zijn op opname en verblijf in een Bopz-aangemerkte instelling. Artikel 60 van deze wet richt zich uitsluitend op personen van twaalf jaar of ouder die opgenomen worden (of zijn) in een Bopz-aangemerkte verpleeghuis of een als zodanig aangeduide afdeling in een verzorgingshuis of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, met doorgaans een psychogeriatrische ziekte of aandoening en mensen met een verstandelijke beperking. Zie hierover ook de bijlage 2 onder het kopje 'Doelgroep Wet Bopz'. Het CIZ stelt in voorkomende gevallen naast een indicatie voor zorg met de functie Verblijf ook vast wat de Artikel 60 Bopz-opnamestatus van de verzekerde is. Zie bijlage 2 bij dit hoofdstuk voor meer informatie over de rol van het CIZ bij het vaststellen van deze Bopz-status.

Extreme zorgbehoefte

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

Bij enkele verzekerden is de zorgbehoefte groter dan wat past in het geïndiceerde ZZZP-cliëntprofiel. Voor de intramurale gehandicaptenzorg is het mogelijk om indien de zorgvraag van een cliënt substantieel uitstijgt boven de zorg die de betreffende cliënt aangeboden krijgt op basis van de voor hem/haar vastgestelde ZZZP, extra financiering aan te vragen. Het gaat hierbij dan om de zorg die het hoogst geïndiceerde ZZZP-cliëntprofiel overstijgt (ZZP 05 LG, ZZZP 07 LG, ZZZP 05 VG, ZZZP 07 VG, ZZZP 08 VG, ZZZP 04 LVG, ZZZP 05 LVG, ZZZP SGLVG, ZZZP 03 ZGaud/comm en ZZZP 05 ZGvis). De aanvraag voor deze extra financiering gebeurt in onderling overleg tussen zorgaanbieder en het zorgkantoor. Hierbij is het noodzakelijk dat er door het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) een positief advies gegeven wordt over de vaststelling dat er bij de verzekerde sprake is van een extreme zorgbehoefte. Het CIZ heeft geen rol in het indiceren van meerzorg boven op een ZZZP. In het geval van Pgb heeft het CCE geen rol bij het bepalen van de extreme zorgwaarde. Verzekerden en/of wettelijk vertegenwoordigers moeten zich in die situaties wenden tot het zorgkantoor.

Verblijf en afbakening met ADL-clusters

Deze tekst is
toegevoegd.

Hoewel de ADL-clusterbewoners zijn aangewezen op 24 uur zorg op afroep en het gevaarcriterium bij een aantal verzekerden een rol kan spelen is er door de aanwezigheid van compenserende factoren geen noodzaak voor het adviseren van een leveringsvoorwaarde D. Bij deze verzekerden is immers geen sprake van cognitieve beperkingen en zij kunnen zelf alarmeren. Bovendien is binnen de ADL-clusters door de aanbieders van ADL-assistentie alarmopvolging binnen 3 minuten gegarandeerd en kan 24 uur zorg op afroep worden geboden. Het is daarom dat de verzekerde is aangewezen op leveringsvoorwaarde B1 (zie hoofdstuk 9, Verblijf paragraaf 9.3 onder B). Dit sluit samenloop met een ZZZP binnen het ADL-clusterconcept uit. In die situaties waarin de verzekerde zelf onvoldoende kan alarmeren en/of de verzekerde onvoldoende regievermogen heeft om zelf nog zijn/haar zorg te regelen, is er sprake van de functie Verblijf, dus van een ZZZP. De verzekerde past dan niet (meer) in het concept van de ADL-clusters en is dan aangewezen op een andere vorm van zorg.

Verblijf en overbruggingszorg

Het CIZ indiceert niet voor zorg tijdens de overbruggingsperiode totdat de functie Verblijf kan worden geëffectueerd.

Wachten op woningaanpassing of aangepast wonen

Verzekerden die verblijven in een AWBZ-instelling of revalidatiecentrum kunnen nadat ze zijn uitgerevalideerd of behandeld soms niet terugkeren naar hun woning omdat deze aangepast moet worden. Ze moeten wachten op het aanpassen van de woning of op geschikte woonruimte. Zonder deze aanpassing of de beschikbaarheid van andere woonruimte is het voor de betreffende verzekerde niet mogelijk om zelfstandig te wonen. Het is wel een moment waarop de verzekerde een nieuwe indicatie moet krijgen omdat zijn zorgsituatie is veranderd. Omdat Verblijf dan niet meer aangewezen is, kan dit betekenen dat een verzekerde een indicatie krijgt in functies en klassen. Als de verzekerde moet wachten op een woningaanpassing of op het vrijkomen van een geschikte woning (bijvoorbeeld een ADL-clusterwoning) is er tijdelijk een woonprobleem. Het zorgkantoor regelt in deze situaties overbruggingszorg. De verzekerde moet immers verantwoorde zorg krijgen. Dit kan inhouden dat er tijdelijk meer

of andere zorg moet worden ingezet dan geïndiceerd is. De indicatie is gebaseerd op de gezondheidssituatie van de verzekerde na de behandelperiode. Een eventueel woonprobleem dat feitelijk ontstaat, is niet van invloed op de AWBZ-aanspraak.

Partneropname

Artikel 9 lid 3 Besluit zorgaanspraken AWBZ maakt het mogelijk dat de echtgenoot van de verzekerde die op grond van een somatische of psychogeriatrische grondslag wordt opgenomen zonder eigen indicatie, mee mag verhuizen naar dezelfde instelling. De instelling is de organisatie op wiens naam de toelating voor het Verblijf staat. Als er sprake is van meer instellingen binnen één concern heeft de partner alleen aanspraak op verblijf in dezelfde instelling, niet in een ander onderdeel van het concern.

De grondslag is bepalend. Als er sprake is van een psychogeriatrische of somatische grondslag mag de partner meeverhuizen. De soort instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis) is niet bepalend. Voor mensen met een andere grondslag is er geen mogelijkheid dat de partner in de AWBZ-instelling verblijft.

Wie kan meeverhuizen?

De term echtgenoot heeft een bredere betekenis dan alleen degene die gehuwd is. Artikel 1 lid 2 t/m 7 AWBZ regelt het volgende. Een geregistreerde partner is gelijkgesteld met een echtgenoot. Een ongehuwde meerderjarige die met een andere ongehuwde meerderjarige een gezamenlijke huishouding⁸¹ voert, wordt ook als gehuwd of als echtgenoot aangemerkt, tenzij het een bloedverwant in de eerste graad betreft (ouder-kind). De broer of zus waarmee een verzekerde een gezamenlijke huishouding voert, kan dus wél meeverhuizen naar de instelling, maar níet de zoon of dochter. Als een gehuwde duurzaam gescheiden leeft van degene waarmee hij is getrouwd, wordt hij als ongehuwd aangemerkt.

Als de verzekerde waarvan de partner is meeverhuisd naar de instelling, weer moet verhuizen (bijvoorbeeld omdat zijn zorgvraag is veranderd), of overlijdt, dan mag de meeverhuisde partner in de instelling blijven. Als zijn partner naar een andere AWBZ-instelling moet verhuizen, mag hij meeverhuizen of blijven wonen in de instelling waar hij op dat moment verblijft. Hij heeft geen mogelijkheid om zonder eigen indicatie naar een ándere instelling te verhuizen.

Als de partner van de verzekerde, als gevolg van ziekte, stoornissen en beperkingen, aanspraak heeft op AWBZ-zorg dan wordt deze individueel beoordeeld en geïndiceerd. Deze zorgbehoefte kan dan leiden naar een functie/klasse-indicatiebesluit of, bij aanspraak op Verblijf, in een zorgzwaartepakket. Als de partner van de verzekerde beperkingen heeft op het gebied van huishoudelijke verzorging, bestaat er geen aanspraak op Hulp bij het Huishouden (HH). Deze zorg wordt immers geleverd vanuit de verblijfsindicatie van de verzekerde.

81 Zie voor de definitie van een gezamenlijke huishouding, Hoofdstuk 2 Algemene uitgangspunten, paragraaf 2.2.1 Definities.

Bijlagen bij hoofdstuk 9

Bijlage 1 Afwegingskader leefklimaten

Beschermende woonomgeving

De verzekerde heeft behoefte aan een beschermende woonomgeving, als één of meer van onderstaande items met ja is beantwoord.

Tabel: afwegingskader beschermende woonomgeving		
De verzekerde heeft behoefte aan	Ja, daar heeft hij behoefte aan	Nee, daar heeft hij geen behoefte aan
Een omgeving die qua bouw en inrichting afgestemd is op de beperkingen/hulpmiddelen/gedragingen van de verzekerde, die fysieke en sociale bescherming biedt.		
Zorg op relevante (onverwachte) momenten omdat de verzekerde niet altijd adequaat* kan alarmeren.		
Een zodanige inrichting van de zorgverlening dat deze op relevante (onverwachte) momenten ondersteunt bij de oordeelsvorming over essentiële zaken in het dagelijkse bestaan (regieproblemen) van de verzekerde.		
Zorgverlening die hem** behoedt voor risico's waaronder misbruik, manipulatie, bedreiging en verleiding.		
Een omgeving die hem de mogelijkheid biedt zo zelfredzaam mogelijk te zijn, omdat hij de bekwaamheden en vaardigheden mist om zich staande te houden in een zelfstandige woonomgeving.		
Een omgeving die hem ondersteunt om zelfstandig richting en organisatie te geven aan zijn leven en/of hem ondersteunt, structureert bij zijn regie- en/of uitvoeringsproblematiek.		
Een omgeving die zijn afwijkend gedrag kan hanteren.		

* In communicatief of cognitief opzicht. Het gaat dan om inzicht in risico's, eigen wensen kunnen duidelijk maken, hanteren van alarmeringsapparatuur.

** Denk aan kwetsbare doelgroepen zoals verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten.

Therapeutisch leefklimaat

De verzekerde heeft behoefte aan een therapeutisch leefklimaat, als één of meer van de onderstaande items met ja is beantwoord.

Tabel: afwegingskader therapeutisch leefklimaat		
De verzekerde heeft behoefte aan	Ja, daar heeft hij behoefte aan	Nee, daar heeft hij geen behoefte aan
Een therapeutisch leefklimaat als dagelijkse leefomgeving in de vorm van een adequate infrastructuur aan therapie- en zorgfuncties.		
Een clustering van (para)medische, gedragswetenschappelijke deskundigheid, zodat de noodzakelijke interventies optimaal (zo nodig direct en continu) gepleegd kunnen worden met als doel zijn zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.		
Een context van structurerende begeleiding in sociale relaties, met ritme en regels. Waar nodig is er sprake van een corrigerend en/of opvoedend klimaat.		

Permanent toezicht (steeds actief)

De verzekerde heeft behoefte aan permanent toezicht, als onderstaand item met ja wordt beantwoord.

Tabel: afwegingskader permanent toezicht		
De verzekerde heeft behoefte aan	Ja, daar heeft hij behoefte aan	Nee, daar heeft hij geen behoefte aan
Een vorm van toezicht op regelmatige en onregelmatige momenten, zodat de zorgverlening goed kan inspelen op de (frequent voorkomende) al dan niet geëxpliciteerde zorgvraag. Die geboden wordt op basis van actieve observatie, die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie vroegtijdig te signaleren. Daardoor kan tijdig ingegrepen worden en kan escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor de verzekerde worden voorkomen.		

Inleiding

De Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) regelt en beschermt van origine de rechtspositie van psychiatrische patiënten die aangewezen zijn op opname en verblijf in een 'Bopz-aangemerkte' instelling⁸². Sinds januari 1994 geldt de Wet Bopz ook voor opname in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, in psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen en sinds december 1999 eveneens voor opname in de Bopz-aangemerkte afdeling(en) van verzorgingshuizen. Belangrijk uitgangspunt in de Wet Bopz is dat het beginsel van zelfbeschikking van patiënten met 'een stoornis van de geestvermogens' wordt gerespecteerd. De formele basis voor de taak van het CIZ in het kader van artikel 60 van de Wet Bopz is neergelegd in de Wet Bopz en nader uitgewerkt in het Zorgindicatiebesluit (Zib)⁸³.

Externe en interne rechtspositie

Om het kader van de Wet Bopz weer te geven, wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds de 'toegang' en de hiermee samenhangende 'externe' rechtspositie en anderzijds de 'toepassing van middelen en maatregelen' en de hiermee samenhangende 'interne' rechtspositie. De taak van het CIZ is beperkt tot de externe rechtspositie.

Externe rechtspositie

Bij een noodzakelijk geachte opname speelt het criterium 'gevaar' een belangrijke rol, waarbij een oorzakelijk verband tussen de geestesstoornis en het gevaar vereist is. Voor een nadere uitwerking van dit criterium in de Wet Bopz wordt verwezen naar de publicatie 'Gevaar in de Wet Bopz. Het gevaarscriterium bij opname en ontslag' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (Den Haag, 2000). Hieraan wordt het gevaarsbegrip ontleend dat is toegespitst op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten. In de Memorie van Antwoord (Tweede Kamer 1990-1991, 21.239, nr. 6) wordt hierover gezegd: "Het gevaar schuilt bij de psychogeriatrische patiënt en de zwakzinnige vooral in het onvermogen van de patiënt zichzelf te verzorgen waardoor deze patiënt zich niet buiten de inrichting kan handhaven." Naast het gevaarscriterium hanteert de Wet Bopz het bereidheidscriterium. Dit criterium houdt in dat voor een vrijwillige opname de nodige bereidheid vereist is. Bestaat die nodige bereidheid niet of verzet de verzekerde zich tegen de opname, terwijl deze wel noodzakelijk is, dan is een Rechterlijke Machtiging (RM) of een In Bewaring Stelling (IBS) aan de orde.

Het CIZ toetst of artikel 60 van de Wet Bopz van toepassing is en of er sprake is van bereidheid of verzet, maar heeft verder geen taak wanneer een RM of IBS nodig is.

Interne rechtspositie

De interne rechtspositie geeft nadere regels over de rechten en plichten die iemand heeft zodra hij, omdat dit noodzakelijk werd geacht, (onvrijwillig) is opgenomen. Het afwenden van 'gevaar' tijdens de opname, bijvoorbeeld door dwangbehandeling, dwangmiddelen en/of -maatregelen, gebeurt op basis van de artikelen 38, 39 en 40 van de Wet Bopz. Een situatie waarin middelen en maatregelen toegepast moeten worden, kan zich voordoen wanneer iemand onder bereidheid is opgenomen, maar na verloop van tijd zich tegen die opname blijkt te gaan verzetten terwijl deze wel noodzakelijk blijft. In zo'n situatie beoordeelt het CIZ desgevraagd nadrukkelijk níet of er middelen en maatregelen mogen worden toegepast, maar alleen hoe de houding van de verzekerde tegen de voortgezette opname is.

82 Mensen kunnen op basis van de Wet Bopz alleen worden opgenomen in een instelling die daarvoor is aangemerkt. Die zorginstellingen moeten zijn gericht op opname, behandeling, begeleiding en verzorging van patiënten met een Bopz-indicatie. De wet is onder andere van toepassing op psychogeriatrische afdelingen van verpleeg- en verzorgingshuizen en op instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Als een instelling wil worden aangemerkt, dan moet daarvoor bij WVS een verzoek voor een zogenoemde Bopz-aanmerking worden ingediend. De minister zal dit verzoek aan de Inspectie Gezondheidszorg voorleggen voor advies. Op basis van dit advies beslist de minister tot het al dan niet afgeven van een Bopz-aanmerking (ministerie van WVS, augustus 2007).

83 Zib, de artikelen 3 en 17.

CIZ aangewezen als commissie

Het CIZ is op grond van het Zorgindicatiebesluit (Zib) belast met indicatiestelling in het kader van AWBZ-zorg, waaronder - in de vorm van een ZZP - de functie Verblijf. Volgens artikel 3 van het Zib is het CIZ⁸⁴ aangewezen als 'commissie', bedoeld in artikel 60, derde lid, van de Wet Bopz. Artikel 60 regelt dat bij Algemene Maatregel van Bestuur commissies worden ingesteld of aangewezen die 'niet aan een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting gebonden zijn'. Dit moet de onafhankelijkheid van de beoordeling waarborgen. Deze commissies oordelen over de noodzaak van opname, wanneer het gaat over een aanvraag van een verzekerde voor opname en verblijf in een zwakzinnigeninrichting of verpleeginrichting. De beoordeling moet plaatsvinden door één of meer daartoe bevoegde deskundige(n), zoals een arts, een psycholoog of andere daartoe door het CIZ aangewezen deskundigen.

Doelgroep Wet Bopz

Het CIZ handelt alleen aanvragen af voor indicaties in het kader van artikel 60 van de Wet Bopz. De doelgroep van artikel 60 Wet Bopz betreft uitsluitend personen van twaalf jaar of ouder die opgenomen worden (of zijn) in een Bopz-aangemerkt verpleeghuis of een als zodanig aangeduide afdeling in een verzorgingshuis of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, met doorgaans een psychogeriatrische ziekte of aandoening en mensen met een verstandelijke beperking.

Het CIZ heeft met name een taak waar het gaat om:

1. Verzekerden met een stoornis van de geestvermogens die een gevaar opleveren voor zichzelf en/of hun omgeving;
2. Verzekerden waarbij het nodig is dat zij worden opgenomen in een Bopz-aangemerkte instelling. Het gaat hier met name om een psychogeriatrisch verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten of de Bopz-aangemerkte afdeling van een verzorgingshuis.

Het maakt hierbij niet uit van welke grondslagen sprake is of welke de dominante grondslag is.

Voor psychiatrische patiënten (de categorie waar de Wet Bopz oorspronkelijk voor bedoeld was) heeft het CIZ doorgaans geen taak. In dat geval is de psychiater de aangewezen deskundige om een Bopz-status vast te stellen. De reden hiervoor is dat mensen met een psychiatrische aandoening niet voor opname in een Bopz-aangemerkt verpleeghuis (of een als zodanig aangeduide afdeling in een verzorgingshuis), of voor opname in een instelling voor verstandelijk gehandicapten in aanmerking komen. Echter, bijvoorbeeld bij het syndroom van Korsakov kan de geestesstoornis nog overwegend psychiatrisch van aard zijn terwijl verzekerde op basis van het cliëntprofiel het best past in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Hetzelfde kan voorkomen bij een geestesstoornis die gebaseerd is op een overwegend somatische aandoening zoals bij een delier. In deze gevallen zal het CIZ, mits voldaan wordt aan het gevaarscriterium, in overeenstemming met het gestelde onder punt 1 en 2, eveneens de Bopz-toets afnemen.

Het onderzoek, de resultaten en het Multidisciplinair overleg (MDO)

Het onderzoek

De indicatiesteller van het CIZ neemt voorafgaand aan het onderzoek contact op met de verzekerde of zijn vertegenwoordiger, en maakt een afspraak om bij de verzekerde op bezoek te gaan. Met de verzekerde wordt dan ook in alle gevallen persoonlijk gesproken. De verzekerde krijgt van de gemaakte afspraak een bevestigingsbrief. Daarin staat onder meer dat hij op ieder moment aan het CIZ kan laten weten zich tegen opname of verblijf te verzetten. De indicatiesteller legt tijdens het bezoek verder uit wat precies de bedoeling is. En hij vertelt wat de rechten van de verzekerde zijn.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

⁸⁴ Verbliffsindicaties, al of niet met Bopz, moeten conform het ZIB behandeld worden door een team van deskundigen. Bij het CIZ wordt dit team gevormd door het MDO: Multidisciplinair Overleg.

De resultaten

De indicatiesteller onderzoekt of opname of verblijf via artikel 60 Wet Bopz noodzakelijk is.

Na het CIZ-onderzoek zijn drie uitkomsten mogelijk:

1. Er is sprake van voldoende bereidheid om te worden opgenomen. Opname of verblijf kan zonder toepassing van artikel 60 Wet Bopz.
2. Er is sprake van verzet. De verzekerde wil niet opgenomen worden, of niet langer opgenomen blijven. Dit kan de verzekerde gewoon zeggen. Of, als dat niet lukt, op een andere manier duidelijk maken. Opname of verblijf kan dan niet via artikel 60 Wet Bopz. Wel kan een Rechterlijke Machtiging (RM) of een Inbewaringstelling (IBS) worden aangevraagd. Hiervoor bestaat een afzonderlijke procedure. Die wordt niet door het CIZ uitgevoerd.
3. Iemand toont geen bereidheid, maar ook geen verzet. De verzekerde kan niet aangeven of sprake is van bereidheid of verzet. Opname of verblijf is nu mogelijk via artikel 60 Wet Bopz. Het CIZ moet de resultaten van het onderzoek altijd op papier zetten en het besluit schriftelijk aan de verzekerde melden.

Het Multidisciplinair Overleg (MDO)

Het resultaat van het onderzoek door de indicatiesteller wordt daarna nog beoordeeld door een commissie van deskundigen, het Multidisciplinair Overleg (MDO). Een arts maakt in ieder geval deel uit van deze commissie.

BOPZ-status en herindicatie met wijziging van de dominante grondslag

De zorgbehoefte van verzekerden die in een Bopz-aangemerkte voorziening verblijven kan door somatische comorbiditeit zo ingrijpend wijzigen, dat een hoger ZZP wordt aangevraagd. De dominante grondslag wordt dan Somatische aandoening of beperking in plaats van Psychogeriatric. Meestal zal de Bopz-status ongewijzigd zijn. Het is de verantwoordelijkheid van de instelling zelf om een zorgplan op te stellen dat rekening houdt met de Bopz-status van de verzekerde.

Revisie van de Wet Bopz⁸⁵

Inmiddels is een revisie van de Wet Bopz in gang gezet die een scherper onderscheid zal maken tussen een wettelijke regeling voor de toegang tot Bopz-aangemerkte instellingen enerzijds en, wanneer iemand al in een zodanige instelling is opgenomen, een wettelijke regeling voor de toepassing van middelen en maatregelen anderzijds. Het CIZ heeft nadrukkelijk geen taak in het beoordelen of middelen en maatregelen mogen worden toegepast, maar beoordeelt alleen of iemand onder de eerder genoemde condities (zie Inleiding: 1 en 2 van deze bijlage) moet worden opgenomen of opgenomen moet blijven, en daar wel of niet mee instemt.

⁸⁵ De ingangsdatum van de nieuwe wet is nog niet bekend, op zijn vroegst zal dit 1 juli 2012 zijn.

Hoofdstuk 10

Kortdurend Verblijf

Inhoudsopgave

10.1	Inleiding	186
10.2	Relevante wet- en regelgeving	186
10.3	Afbakeningskader Kortdurend Verblijf (KVB) op basis van het trechtermodel	186
	A. Grondslagen	186
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	186
	C. Behandeling/revalidatie	189
	D. Aanpassingen van de omgeving	189
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	189
	F. Algemeen gebruikelijke voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	190
	G. Gebruikelijke zorg	191
	H. Mantelzorg	191
10.4	De functie Kortdurend Verblijf	193
	A. Omvang	193
	B. Geldigheidsduur	194
	C. Leveringsvorm	194
	D. Leveringsvoorwaarden	194

10.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Kortdurend Verblijf beschreven. Dit hoofdstuk is vooral gebaseerd op bijlage 9 (Kortdurend Verblijf) van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2011. Ook de inhoud van de andere bijlagen bij de Beleidsregels is van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie Kortdurend Verblijf.

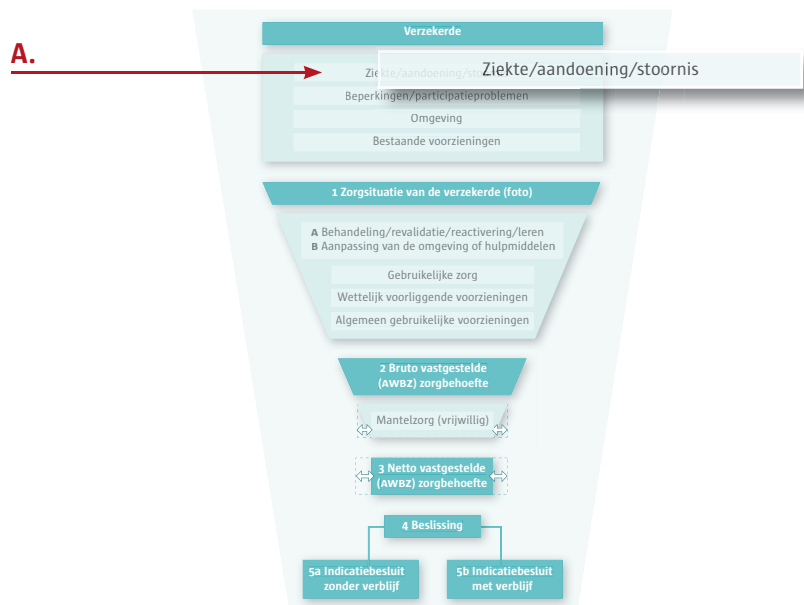
10.2 Relevante wet- en regelgeving

Artikel 9a Besluit zorgaanspraken AWBZ:

1. “Kortdurend verblijf omvat logeren in een instelling gedurende maximaal drie etmalen per week, gepaard gaande met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien de verzekerde aangewezen is op permanent toezicht.
2. Op de zorg, bedoeld in het eerste lid, bestaat slechts aanspraak indien ontlasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg aan de verzekerde levert, noodzakelijk is.”

10.3 Afbakeningskader Kortdurend Verblijf (KVB) op basis van het trechtermodel

A. Grondslagen



Alle grondslagen genoemd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ, geven toegang tot de functie Kortdurend Verblijf.

B. Doelstelling/indicatiecriteria

Algemeen

Bij Kortdurend Verblijf gaat het om logeren in een instelling gedurende maximaal drie etmalen per week, als de zorg (Persoonlijke Verzorging en/of Verpleging en/of Begeleiding) voor verzekerde noodzakelijkerwijs gepaard gaat met het leefklimaat permanent toezicht. Dit betekent dat Kortdurend Verblijf niet gepaard kan gaan met Behandeling.

De noodzaak tot Behandeling wordt buiten de etmalen Kortdurend Verblijf apart gewogen.

Het accent van de zorg ligt bij Verblijf (zie hoofdstuk 9) op het wonen in een instelling voor het grootste deel van de week. Het zwaartepunt van de zorg ligt bij Kortdurend Verblijf vooral op logeren met als doel het overnemen van het permanente toezicht op de verzekerde ter ontlasting van de gebruikelijke zorgverlener of mantelzorgverlener. Het verblijf is hier dus te karakteriseren als logeren ter aanvulling op het wonen in de thuissituatie en niet als wonen in een instelling voor het grootste deel van de week. Tijdens het Kortdurend Verblijf kan er geen sprake zijn van Behandeling.

Indicatiecriteria

Om in aanmerking te komen voor de functie Kortdurend Verblijf moet worden voldaan aan alle hieronder genoemde voorwaarden:

1. dat de verzekerde een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap heeft;
2. dat verzekerde gezien de zorgbehoefte is aangewezen op zorg gepaard gaand met permanent toezicht;
3. dat verzekerde hierop gedurende maximaal drie etmalen is aangewezen;
4. en dat ontlasting van de persoon die gebruikelijke zorg of mantelzorg aan de verzekerde levert, noodzakelijk is.

Weging Kortdurend Verblijf

In deze alinea wordt puntsgewijs de weging van de indicatiecriteria uitgeschreven aan de hand van het trechtermodel, zoals beschreven onder paragraaf 3 van bijlage 1 Algemeen bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

- Via de stappen 1 en 2 van het indicatieonderzoek is bepaald dat de verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg.
- Uit het onderzoek is vast komen te staan dat er ten minste bij een van de functies PV, VP en/of BG sprake is van leveringsvoorwaarde C of D.
- Met het vaststellen van een van deze leveringsvoorwaarden stelt het CIZ feitelijk vast dat de geïndiceerde zorg gepaard gaat met de behoefte aan Verblijf.

In het geval van Kortdurend Verblijf gaat het om zorg die noodzakelijkerwijs gepaard gaat met het leefklimaat permanent toezicht:

- Wanneer sprake is van leveringsvoorwaarde D, dan kan ervan worden uitgegaan dat sprake is van het leefklimaat permanent toezicht.
 - Leveringsvoorwaarde C leidt alleen tot Kortdurend Verblijf als er sprake is van permanent toezicht. De leefklimaten beschermende woonomgeving en therapeutisch leefklimaat leiden in combinatie met leveringsvoorwaarde C niet tot Kortdurend Verblijf.
- Wanneer het de wens van de verzekerde en zijn mantelzorgverlener(s) is om thuis te blijven wonen, wordt in stap 3 van het indicatieonderzoek het compenserend vermogen van de mantelzorg onderzocht.
 - Wanneer de mantelzorg in staat en vrijwillig bereid is om het leefklimaat permanent toezicht ten minste vier etmalen per week te bieden én wanneer de mantelzorg ondersteuning wenst door de verzekerde te laten logeren in een instelling, kan er voor maximaal drie etmalen per week een indicatie voor Kortdurend Verblijf worden gesteld.

Permanent toezicht

De afwegingen bij het bepalen of verzekerde is aangewezen op zorg die noodzakelijkerwijs gepaard gaat met het leefklimaat permanent toezicht zijn als volgt:

Kortdurend Verblijf	Afwegingen
Permanent toezicht	<ul style="list-style-type: none">• Op regelmatige en onregelmatige momenten, zodat de zorgverlening goed kan inspelen op de (frequent voorkomende) al dan niet geëxpliciteerde zorgvraag.• Die geboden wordt op basis van actieve observatie, die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie vroegtijdig te signaleren, waardoor tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedrags-situaties voor verzekerde kan worden voorkomen.

Permanent toezicht omvat altijd bovengebruikelijk toezicht. Het is toezicht waarop de verzekerde op basis van aandoeningen, stoornissen en beperkingen noodzakelijkerwijs is aangewezen op regelmatige en onregelmatige momenten en die geboden wordt op basis van actieve observatie. Permanent toezicht bij kinderen onderscheidt zich van gebruikelijk (ouderlijk) toezicht zoals beschreven in de bijlage Gebruikelijke zorg, bijlage 3 Beleidsregels indicatiestelling AWBZ. In deze bijlage zijn richtlijnen opgenomen over gebruikelijke zorg en toezicht van ouders bij kinderen. De intensiteit van gebruikelijk toezicht neemt af naarmate kinderen ouder worden.

Permanent toezicht kan verschillende aangrijpingspunten hebben en verschillen in intensiteit. Afhankelijk daarvan kan de toezichtfunctie op verschillende manieren vorm krijgen. Het toezicht kan gericht zijn op:

1. het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig kan worden ingegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar, of complicaties bij een ziekte; en/of
2. het verlenen van zorg op ongeregelde en/of frequente tijden, omdat de verzekerde zelf niet (meer) in staat is om hulp in te roepen; en/of
3. het preventief ingrijpen bij gedragsproblemen (voorkomen van escalatie en gevaar).

Ad 1.

Het gaat hier vooral om verzekerden met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap. Actieve observatie van de hulpverlener is noodzakelijk om tijdig zorg te kunnen bieden. Als er zorg geboden moet worden, moet dat ook direct gebeuren.

Voorbeelden zijn ouderen met dementie die willen opstaan en vergeten zijn dat ze niet meer mobiel zijn, mensen met niet goed instelbare epilepsie met een risico op een status epilepticus, verzekerden met ernstige hart- en/of longaandoeningen waarbij zuurstoftekort dreigt, en mensen met ernstige slikstoornissen en verslikrisico.

Bij **kinderen** is er een noodzaak tot actieve observatie met betrekking tot fysieke functies, als er sprake is van een somatische aandoening of lichamelijke handicap waarbij de ouders actief de vitale lichaamsfuncties van het kind moeten controleren. Bij afwijkingen moet direct worden ingegrepen omdat anders gevaar ontstaat.

Ad 2.

Het gaat hier bijvoorbeeld om verzekerden met regieverlies (VG, PG, Psy) die niet zelf om hulp of zorg vragen. Er is continu⁸⁶ zorg nodig waarbij de hulpverlener actief moet observeren.

Voorbeelden: continu sturing en structuur bieden (bij verzekerden met een verstandelijke beperking en/of met ASS) om dagelijks voorkomende en door verzekerde niet goed begrepen situaties uit te leggen/te verduidelijken zodat verzekerde hiermee kan omgaan, of continu sturing en structuur bieden om problemen op te lossen. Er zijn dan zowel beperkingen in de sociale redzaamheid als stoornissen in de psychosociale functies (geheugen en denken, concentratie, perceptie van de omgeving en motivatie) of angststoornissen. Het kan ook gaan om verzekerden die vanwege hun lichamelijke handicap zware fysieke beperkingen hebben die niet met hulpmiddelen te compenseren zijn⁸⁷. Zij hebben frequente hulp en begeleiding nodig bij het uitvoeren van allerlei dagelijkse activiteiten en zijn zelf niet (meer) in staat om hulp in te roepen.

⁸⁶ Zie Beleidsregel bijlage Algemeen: bij stoornissen betekent score 3 'wel probleem, continu hulp, toezicht of sturing nodig'. De stoornis leidt voortdurend tot een zorgvraag, voortdurend is drie of meerdere keren per dag.

⁸⁷ Beleidsregel Begeleiding, zware beperkingen bij bewegen en verplaatsen: bij opstaan uit een stoel, gaan zitten en in en uit bed gaan, 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 **kinderen** is hierbij permanent toezicht nodig als ouders continu sturing en structuur moeten bieden, bijvoorbeeld vanwege een verstandelijke beperking van het kind (al dan niet in combinatie met ASS), of als er voortdurend hulp of sturing nodig is om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Het kan gaan om kinderen met zware beperkingen op het gebied van sociale redzaamheid en stoornissen op het gebied van psychosociale functies (geheugen en denken, concentratie, perceptie van de omgeving en motivatie) en/of angst. Het kan ook gaan om kinderen die vanwege hun lichamelijke handicap zware fysieke beperkingen hebben die niet met hulpmiddelen te compenseren zijn. Zij hebben frequente hulp en begeleiding nodig bij het uitvoeren van allerlei dagelijkse activiteiten en zijn zelf niet in staat om hulp in te roepen of te gaan huilen.

Ad 3.

Het gaat hier om verzekerden met gedragsproblemen, waarbij het ook kan gaan om zogenaamd internaliserend (naar binnen gericht) probleemgedrag. Dit kan voortkomen uit een psychiatrische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waarbij actieve observatie noodzakelijk is om tijdig te kunnen ingrijpen. Een ander voorbeeld: een verzekerde die zich onvoldoende kan uiten/verstaanbaar maken (communicatienood) en daardoor probleemgedrag zal gaan vertonen (woede-uitbarstingen, frustratie) als er niet steeds hulp bij de communicatie geboden wordt.

Bij **kinderen** is er een noodzaak tot actieve observatie met betrekking tot gedrag, als ouders steeds alert moeten zijn op signalen die kunnen duiden op het ontstaan van gedragsproblemen. Tijdig ingrijpen is nodig om escalatie te voorkomen.

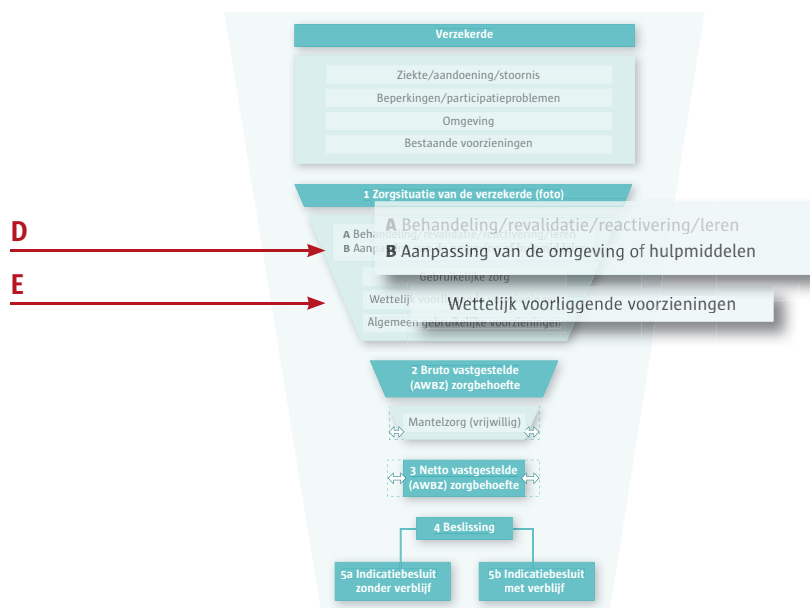
C. *Behandeling/revalidatie*

Op de functie Kortdurend Verblijf is Behandeling niet van toepassing.

D. *Aanpassingen van de omgeving*

Op de functie Kortdurend Verblijf is aanpassing van de omgeving niet van toepassing.

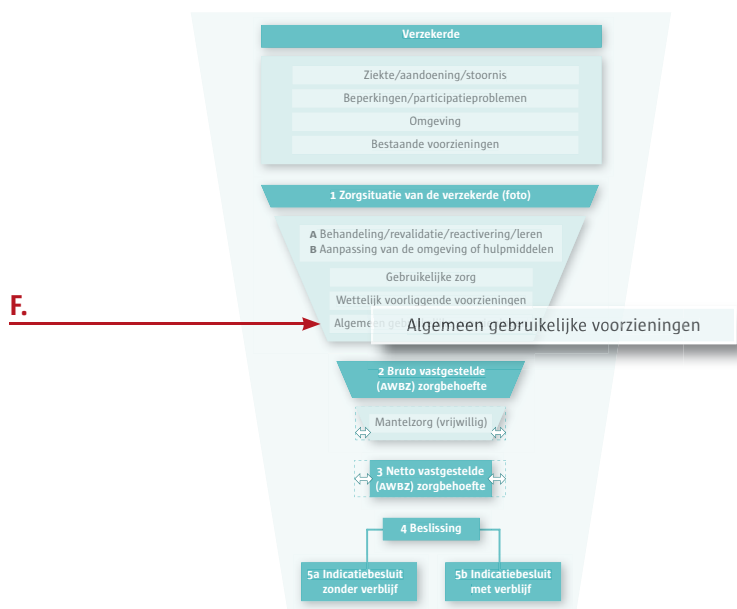
E. *Wettelijk voorliggende voorzieningen*



Wettelijk voorliggende voorzieningen zijn wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg kan worden bekostigd waarop verzekerde is aangewezen of een voorziening waarmee de verzekerde de (zelf)zorg weer kan uitvoeren. Verzekerden die onder deze regelingen vallen, maken geen aanspraak op de AWBZ. Hierbij gaat het erom dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort.

Op de functie Kortdurend Verblijf zijn geen wettelijk voorliggende voorzieningen van toepassing.

F. Algemeen gebruikelijke voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid



Niet bij wet gecreëerde voorzieningen om in de zorgbehoefte te voorzien buiten de AWBZ om, zijn voor Kortdurend Verblijf bijvoorbeeld:

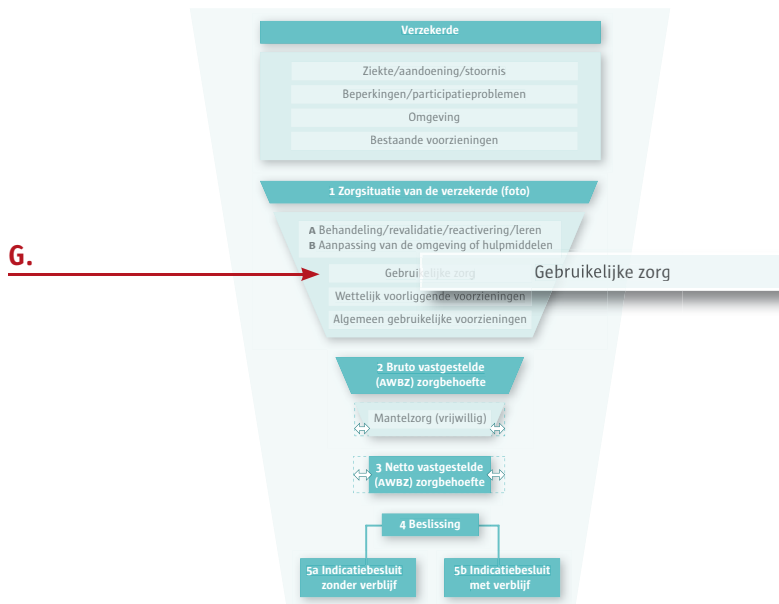
- alarmering;
- vrijwilligers;
- cliëntondersteuning door MEE, bijvoorbeeld het geven van tips en adviezen over het zo zelfstandig mogelijk inrichten van het dagelijks leven;
- aanvullende verzekering op de Zvw;
- mantelzorgondersteuning (bijvoorbeeld vanuit de gemeente).

Deze voorzieningen gaan vóór op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van een verzekerde. 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.

Aanvullende verzekering op de Zvw

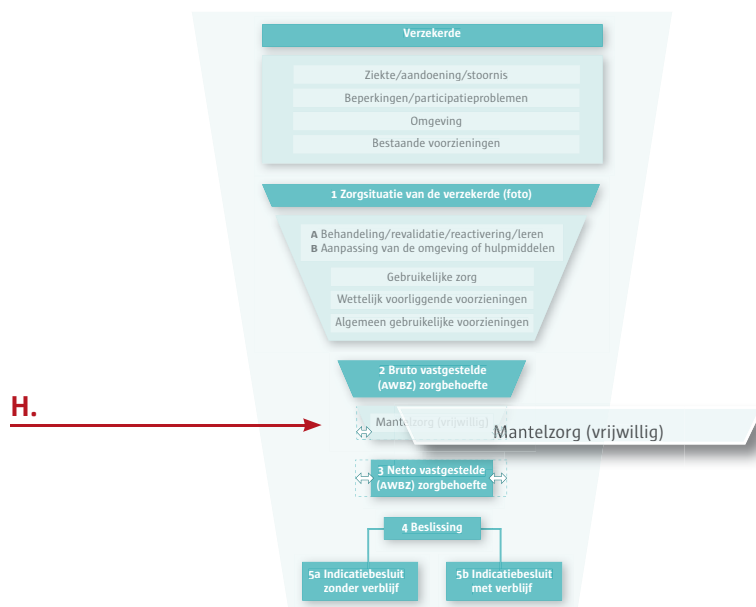
De aanvullende verzekering valt niet onder de Zorgverzekeringswet en is hiermee ook geen wettelijk voorliggende voorziening. Het staat mensen vrij zich aanvullend te verzekeren of niet. Als mensen deze verzekering hebben dan heeft dit een algemeen gebruikelijk karakter. De inhoud van deze verzekering en het gebruik hiervan door een verzekerde, kan van invloed zijn op de soort en omvang van de indicatie. Een voorbeeld van een aanvullende verzekering is mantelzorgvervangende, bijvoorbeeld Handen-in-huis.

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 hoofdstuk 4 Gebruikelijke zorg.

H. Mantelzorg



Mantelzorg is langdurige 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 en de gebruikelijke zorg overstijgt. Voor het CIZ gaat het bij mantelzorg om het vrijwillig overnemen/uitvoeren van AWBZ-zorg waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.

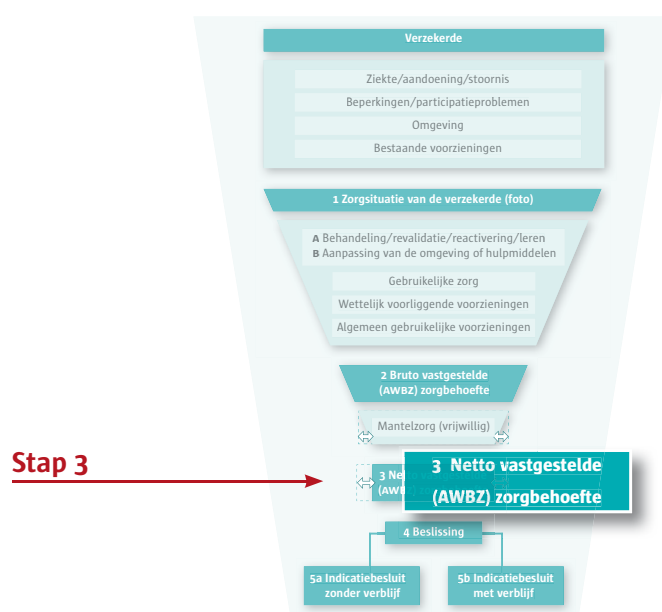
Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte zorg. Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat aanspraak op AWBZ-zorg. Dit geldt ook voor ouders die bovengebruikelijke zorg bieden aan hun kind. AWBZ-zorg is dan ook mogelijk, zonder dat aangetoond hoeft te worden dat ouders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

Wanneer voor de zorgvrager mantelzorg vrijwillig beschikbaar is, wordt voor dat deel van de zorgaanspraak niet geïndiceerd. Professionele zorg vanuit de AWBZ is dan niet noodzakelijk.

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.

Een verzekerde die is aangewezen op zorg met het leefklimaat permanent toezicht komt in aanmerking voor een indicatie voor Verblijf. Als het de wens is van partner/ouders, in- of uitwonende kinderen, huisgenoten of andere mantelzorgers om dit permanente toezicht vrijwillig op zich te nemen in de thuissituatie, wordt geen indicatie voor Verblijf in de vorm van een ZZP afgegeven als de verzekerde hiermee instemt. Om de mantelzorger te kunnen ondersteunen ('ontlasten') bij dit vrijwillig op zich genomen permanent toezicht, kan voor maximaal drie dagen per week Kortdurend Verblijf geïndiceerd worden.

10.4 De functie Kortdurend Verblijf



A. Omvang

De omvang van de functie Kortdurend Verblijf wordt vastgesteld in klassen en uitgedrukt in etmalen. De klassen zijn als volgt bepaald:

- Klasse 1: één etmaal per week.
- Klasse 2: twee etmalen per week.
- Klasse 3: drie etmalen per week.

Als verzeerde op basis van zijn zorgbehoefte is aangewezen op zorg met Verblijf voor ten minste vier etmalen per week, wordt de omvang van Verblijf met de daarmee samenhangende zorg uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (zie hoofdstuk 9 Verblijf).

Het CIZ bepaalt het (gemiddelde) aantal etmalen voor zorg met de functie Kortdurend Verblijf aan de hand van het aantal etmalen dat de mantelzorger moet worden ontlast.

Het aantal dagen dat de zorgaanbieder registreert dient gelijk te zijn aan het aantal nachten dat de verzeerde in de instelling verblijft.

Wanneer Kortdurend Verblijf, Begeleiding groep, Behandeling groep en/of Verpleging in de vorm van Verpleegkundig toezicht i.v.m. thuisbeademing bij kinderen wordt geïndiceerd, dan kan dit voor maximaal drie etmalen (= achttien dagdelen) per week. In deze drie etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school, arbeid en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar negen dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan zeven dagdelen per week per 52 weken.

Indicatiestelling functies tijdens Kortdurend Verblijf

Kortdurend Verblijf is geen integraal pakket. De Persoonlijke Verzorging, Verpleging en/of Begeleiding die noodzakelijk is tijdens het Kortdurend Verblijf wordt geïndiceerd in functies en klassen. Dit met uitzondering van het toezicht.

Notabene: tijdens het Kortdurend Verblijf kan er geen sprake zijn van Behandeling.

Deze tekst is toegevoegd. Dit is de definitie die de zorgkantoren hanteren bij de declaratie van een etmaal Kortdurend Verblijf.

Ook tijdens Kortdurend Verblijf kan er een aanspraak zijn op Begeleiding groep wanneer de verzekerde niet zelfredzaam is bij het invullen van zijn dagstructuur. Het gaat dan om de doelen 1 of 2. Zie verder paragraaf 7.4 onder begeleiding in groepsverband.

Aandachtspunten

- Is de verzekerde tijdens Kortdurend Verblijf ook aangewezen op BG groep, dan valt de PV, VP en/of BG individueel die tijdens de dagdelen BG groep gegeven moet worden onder het integrale pakket van de BG groep.
- Wanneer er 1 etmaal Kortdurend Verblijf is geïndiceerd en tijdens dit Kortdurend Verblijf 1 dagdeel BG groep geïndiceerd is, dan wordt dit niet bij elkaar opgeteld, maar wordt dit gerekend als 6 dagdelen vrij van zorg in de berekening van de 18 dagdelen.

Kinderen

Zorgaanbieders voor Kortdurend Verblijf bieden zorg gericht op, of aangepast aan de doelgroep. Als de doelgroep kinderen betreft, biedt de zorgaanbieder dus de gewone dagelijkse zorg die nodig is voor een gezond kind van die leeftijd. Deze zorg is niet indiceerbaar.

Gedurende het etmaal Kortdurend Verblijf⁸⁸ wordt het uur substantieel niet in mindering gebracht. Het uur substantieel geldt alleen voor de zorg in de thuissituatie. Er kan immers niet van ouders worden verwacht dat ze het uur substantiële zorg tijdens het Kortdurend Verblijf moeten leveren.

Een voorbeeld van bovengebruikelijke zorg bij de functie PV: een kleuter gaat logeren vanwege de dreigende overbelasting van de ouders door de noodzaak van permanent toezicht als gevolg van ademhalingsproblematiek. De hulp die een kleuter in het logeerhuis krijgt bij het douchen, is normale dagelijkse zorg. Het is dus geen indiceerbare zorg.

Nu kost het douchen bij deze kleuter extra tijd door ademhalingsproblematiek en spasticiteit. Voor het douchen staat gemiddeld 10 minuten per keer. Bij dit kind kost het 35 minuten per keer. De minuten meertijd komen voort uit aandoeninggerelateerde stoornissen en beperkingen. De extra tijd die het kost om te douchen (dus 25 minuten per dag) is indiceerbaar. Aangezien er geen uur aftrek wordt gehanteerd tijdens logeeropvang kan 25 minuten PV per dag worden geïndiceerd voor gebruik tijdens het etmaal Kortdurend Verblijf.

B. Geldigheidsduur

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Kortdurend Verblijf gelden de algemene criteria. Zie hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

C. Leveringsvorm

De leveringsvorm is een verplicht⁸⁹ te registreren item. Het maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

Kortdurend Verblijf kan alleen worden toegekend in de vorm van zorg en natura.

D. Leveringsvoorwaarden

Leveringsvoorwaarden zijn niet van toepassing op Kortdurend Verblijf.

Deze tekst is gewijzigd naar aanleiding van het aanpassen van de subsidieregeling Pgb.

⁸⁸ Om in aanmerking te komen voor Kortdurend Verblijf moet de noodzaak tot permanent toezicht zijn vastgesteld. Er is dus altijd sprake van leveringsvoorwaarde C of D. Ook vanwege deze leveringsvoorwaarde wordt het uur substantieel bij Kortdurend Verblijf al niet in mindering gebracht.

⁸⁹ Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

Hoofdstuk 11

Palliatief terminale zorg

Inhoudsopgave

11.1	Inleiding	196
11.2	Eenmalige standaardindicatie	196
11.3	Medische verklaring	196
11.4	Wens van de verzekerde en/of zijn naasten	196
11.5	Omvang en duur van de indicatie	197
11.6	Mantelzorg	197
11.7	Indicatieonderzoek	197
11.8	Indicatie palliatief terminale zorg zonder Verblijf	198
11.9	Indicatie palliatief terminale zorg met Verblijf	198
11.10	Indicatie palliatief terminale zorg met Verblijf, als een verblijfsindicatie in de vorm van Verblijf langdurig of een ZZP al aanwezig is	199

11.1 Inleiding

In de terminale fase van hun leven kunnen mensen met een levensbedreigende ziekte een beroep doen op palliatief terminale zorg (PTZ) vanuit de AWBZ⁹⁰. 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 die vooral gericht is op pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven. Met de terminale fase wordt de levensfase bedoeld waarin de levensverwachting van de verzekerde korter is dan drie maanden. Dit wordt door de behandelend arts vastgesteld.

11.2 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 gesteld⁹¹. 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 het geval wanneer de indicatie niet meer past bij de zorgbehoefte van de verzekerde. Bijvoorbeeld wanneer de verzekerde of zijn mantelzorger alsnog een PTZ-indicatie met Verblijf (VB) wil.

11.3 Medische verklaring

Een PTZ-indicatie is alleen mogelijk op basis van een (medische) verklaring van de medisch (hoofd)behandelaar. Een schriftelijke verklaring heeft de voorkeur, maar een mondelinge verklaring wordt bij de afhandeling van een PTZ-aanvraag geaccepteerd.

De medisch hoofdbehandelaar die deze verklaring afgeeft, is:

1. de medisch specialist die tijdens de ziekenhuisopname de hoofdbehandelaar is, of
2. de huisarts die, in geval van betrokkenheid van meerdere medisch specialisten, overleg pleegt met deze specialisten en/of over voldoende informatie beschikt om zich een oordeel te vormen over de terminaliteit van de verzekerde.

11.4 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 vooral de wens van de verzekerde en/of zijn naasten het uitgangspunt bij de keuze van de setting.

De indicatie PTZ zonder Verblijf is bedoeld om PTZ in een (bijna) thuissituatie⁹² mogelijk te maken wanneer de verzekerde dit wil en wanneer dit ook haalbaar is. Verzekerden die niet thuis kunnen of willen verblijven, krijgen een indicatie voor PTZ met Verblijf.

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

⁹⁰ Dit geldt ook voor de verpleging die noodzakelijk is vanwege medisch-specialistische zorg (artikel 2.11 Besluit zorgverzekering). Het individueel toezicht maakt onderdeel uit van de aanspraken functie Begeleiding.

⁹¹ Deze indicatie kan ook aangevraagd en direct ingezet worden bij Standaard indicatieprotocol (SIP) 24.

⁹² Onder een (bijna) thuissituatie vallen ook de zelfstandige hospices, bijna-thuis-huizen, enzovoort. Palliatief terminale afdelingen in een verpleeg- of verzorgingshuis vallen niet onder een (bijna) thuissituatie. Als in het vervolg van de CIZ Indicatiewijzer wordt gesproken over thuis, dan wordt daarmee ook de bijna-thuissituatie bedoeld.

11.5 Omvang en duur van de indicatie

Omvang van de indicatie

De omvang van de geïndiceerde zorg is gebaseerd op een gemiddelde zorgbehoefte voor de hele periode. Dit 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 (maximale) omvang van de te indiceren zorg in de thuissituatie is beschreven in paragraaf 11.8.

Duur van de indicatie

Zonder Verblijf: een indicatiebesluit voor zorg zonder Verblijf blijft geldig tot de verzekerde is overleden, ook al overschrijdt de zorgperiode in het algemeen de drie maanden niet⁹³. Dit geldt dus bij zorg zonder Verblijf die noodzakelijk is in verband met een ziekte of aandoening die ertoe leidt dat de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden.

Met Verblijf: een indicatiebesluit voor zorg met Verblijf heeft een geldigheidsduur van vijftien jaar, ook al overschrijdt de zorgperiode over het algemeen de drie maanden niet. Dit geldt dus bij zorg met Verblijf die noodzakelijk is in verband met een ziekte of aandoening die ertoe leidt dat de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden⁹⁴.

De voetnoten 93 en 94 zijn toegevoegd om de koppeling tussen de bepaling over de geldigheidsduur in de Zorgindicatieregeling en de tekst in de besluitbrief uit te leggen.

11.6 Mantelzorg

Volgens definitie in bijlage 1 'Algemeen' van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ:

“Langdurige 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 en de gebruikelijke zorg overstijgt. In het kader van deze (bijlagen bij de) Beleidsregels gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.”

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

11.7 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

93 Technisch gezien betekent dit dat een indicatie voor PV, VP, en BG individueel op basis van PTZ in de terminale levensfase een geldigheidsduur krijgt van honderd jaar. In het indicatiebesluit wordt de einddatum van de indicatie de 'slotdag van de zorg' genoemd.

94 In het indicatiebesluit wordt het volgende aangegeven: 'wettelijk gezien heeft een indicatie voor palliatief terminale zorg in een zorginstelling een geldigheidsduur van 15 jaar. Daarom heeft de zorg in dit indicatiebesluit een einddatum van (dag-maand-jaar). Hiermee wordt bedoeld dat u de benodigde zorg ontvangt zolang dit nodig is.'

11.8 Indicatie palliatief terminale zorg 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/vrijwilligerszorg⁹⁵ aanwezig is en dat deze bereid zijn 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 wordt de noodzakelijke Persoonlijke Verzorging (PV) en Verpleging (VP) geïndiceerd;
 - b) toezicht, geïndiceerd in de vorm van Begeleiding individueel (BG individueel), dit met een maximum van 56 uur per week⁹⁶, dit is klasse 8 met 31 uur additioneel.
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 Verblijf⁹⁷

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 nachtelijke zorgmomenten 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 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 nachtelijke zorgmomenten 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.

11.9 Indicatie palliatief terminale zorg 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.

⁹⁵ Onder vrijwilligerszorg wordt naast de zorg aan huis ook de vrijwilligerszorg in een hospice, bijna-thuis-huis, enzovoort verstaan.

⁹⁶ Zie paragraaf 4.1 Bijlage 6 Begeleiding Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

⁹⁷ Een zorgbehoefte die niet binnen deze standaard past, wordt regulier beoordeeld en geïndiceerd.

11.10 Indicatie palliatief terminale zorg met Verblijf, als een verblijfsindicatie in de vorm van Verblijf langdurig of een 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 zorgzwaartepakket of de eerder toegekende 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 zorgzwaartepakket VV 10 ook krijgt toegekend. Dat is het geval wanneer de verzekerde lijdt aan een ziekte/aandoening in het terminale stadium, dat wil zeggen dat de levensverwachting naar verwachting niet langer is dan drie maanden, en de zorgvraag aan **alle** onderstaande criteria voldoet:

- zeer intensieve 24-uurszorg die in andere pakketten niet mogelijk is, en
- noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust, en
- waarbij sprake is van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg.

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



Hoofdstuk 12

Thuisbeademing

Inhoudsopgave

12.1	Inleiding en ontwikkelingen	202
	Inleiding	202
	Verantwoordelijkheden bij thuisbeademing	202
	Betrokken organisaties	202
12.2	Wat is beademing, soorten beademing en bij welke aandoeningen komt dit voor?	203
	Andere AWBZ-functies dan Verpleging	203
	Thuisbeademing op andere locaties dan de eigen woning	203
12.3	Instructie indicatiestelling thuisbeademing op grond van de AWBZ	205
	Activiteiten en handelingen	205
12.4	Uitzonderingen indicatiestelling bij kinderen tot 18 jaar bij leveringsvoorwaarden B2, C en D in relatie tot Verblijf	209
	Het beleidskader/verantwoordelijkheden	209
12.5	Procedure	212
	Bijlage bij hoofdstuk 12	213
	Rekenvoorbeeld individueel verpleegkundig toezicht bij kind met beslis criterium D (tracheostomale beademing) in een gezin met twee ouders.	

12.1 Inleiding en ontwikkelingen

Inleiding

Deze tekst is aangepast ter verduidelijking.

Als er sprake is van thuisbeademing, dan valt de verpleging die noodzakelijk is vanwege medisch specialistische zorg waarbij geen sprake is van (Zvw) Verblijf (net als bij palliatieve zorg) niet onder het Besluit zorgverzekering maar onder de AWBZ.

Verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg en die geen relatie heeft met thuisbeademing komt wel ten laste van de Zvw.

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor zowel volwassenen als kinderen (< 18 jaar) toegelicht. Dit voor de directe handelingen en 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.

Deze tekst is toegevoegd.

Voor ADL-clusterbewoners is bij de weging ten aanzien van verblijf rekening gehouden met de compenserende factoren binnen de ADL- clusters. Dit is uitgeschreven in Hoofdstuk 14.

Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg

Het criterium 'Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg' als wettelijk voorliggende voorziening, is met de uitsluiting van de aanspraak op de Zorgverzekeringswet niet meer van toepassing op de indicatiestelling voor verpleegkundige zorg rondom thuisbeademing vanuit de AWBZ.

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.

Verantwoordelijkheden bij thuisbeademing

De tekst is aangepast aan de actualiteit.

De verantwoordelijkheden in de zorg rondom de (thuis)beademing worden beschreven in de nieuw ontwikkelde veldnorm chronische beademing. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een onderzoek gedaan naar chronische beademing. Naar aanleiding hiervan heeft zij aangegeven een landelijke veldnorm chronische beademing te wensen. De verwachting is dat deze in januari 2012 gereed is. Als deze veldnorm consequenties heeft voor de aanspraken op AWBZ-zorg, zullen de wijzigingen in de aanspraken in deze toelichting worden verwerkt.

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 of -adviesraad voor de ontwikkeling van het beleid, als om de uitwerking van veelal projectmatige activiteiten in werkgroepen.

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 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 beide 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.

12.2 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'⁹⁸ (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 de verzekerde over 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 behoort 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. Wanneer de medisch specialist verantwoordelijk is voor de verpleging in de thuissituatie, dan komt de verpleging ten laste van de Zvw.

Deze tekst is aangepast ter verduidelijking.

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 wordt gerespecteerd, bijvoorbeeld behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet.

Thuisbeademing op andere locaties dan de eigen woning

Begeleiding in groepsverband, Behandeling in groepsverband en Kortdurend Verblijf

Het is mogelijk dat kinderen met beademing die thuis wonen in staat zijn om zorg, dagbesteding of behandeling te ontvangen buiten de thuissituatie. Deze zorg zou dan als BG groep, BH groep of Kortdurend Verblijf 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 en BH groep sprake van integrale pakketten. Dit dus ook voor de (medisch specialistische) verpleegkundige handelingen. Bij Kortdurend Verblijf worden de (medisch specialistische) verpleegkundige handelingen geïndiceerd naar noodzaak en volgens de in deze toelichting opgenomen normeringen op basis van de functie Verpleging. Een indicatie voor

98 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.

verpleegkundig toezicht⁹⁹ (activiteit 4.1) kan niet worden gesteld gedurende het Kortdurend Verblijf. Vervoer naar de BG groep en BH groep: tijdens het vervoer naar en van de BG groep en BH 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 en BH groep moet immers aansluiten bij de doelgroep waarvoor de 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 voor de bewoners van deze Fokuswoningen noodzakelijke verpleegkundige handelingen in verband met thuisbeademing kunnen als AWBZ-zorg worden geïndiceerd. Dit conform de voorwaarden zoals deze in dit hoofdstuk zijn opgenomen.

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 over 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 leerlingvervoer (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 beslis criterium¹⁰⁰ dat indicatiestelling voor verpleegkundig toezicht rechtvaardigt¹⁰¹.

Deze tekst is toegevoegd.

Omvang

Files, wegomproeven en bepaalde weersomstandigheden kunnen zorgen voor vertragingen in het verkeer. Er is dan een hogere indicatie nodig voor het toezicht tijdens het vervoer. De ANWB routeplanner kan een schatting geven van de reistijd inclusief vertraging. Deze schatting is gebaseerd op historische gegevens. Wanneer een indicatie wordt gesteld voor toezicht tijdens vervoer, wordt de tijd van het vervoer met de verwachte vertraging berekend volgens de ANWB routeplanner.

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 het vervoer van rolstoelafhankelijke mensen. De wetgever heeft die beperkingen bewust vastgesteld. Het ontbreken van mogelijkheden in de Zvw betekent niet dat 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 er sprake is van een beslis criterium dat indicatiestelling voor verpleegkundig toezicht rechtvaardigt.

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

100 Zie paragraaf 12.4 voor de omschrijving van de beslis criteria voor verpleegkundig toezicht bij thuisbeademing.

101 Dit naar aanleiding van een gerechtelijke uitspraak van de rechtbank Zwolle rondom passend vervoer naar en van school en het aandeel van gemeenten hierin (RZA 2008/16).

12.3 Instructie indicatiestelling thuisbeademing op grond van de AWBZ

Activiteiten en handelingen

Hier volgt een niet uitputtende opsomming van de directe (verpleegkundige) handelingen die bij de zorg rondom thuisbeademing horen:

- technieken met als doel het lozen van sputum*, bijvoorbeeld ‘sprayen NaCl’ of ‘druppelen’;
- uitzuigen van slijm;
- verzorgen van de tracheostoma;
- periodiek verwisselen van de beademingscanule;
- aan- en afkoppelen van de beademingsmachine.

* Dit geldt ook voor alle niet-genoemde gelijkwaardige technieken.

Handeling	Functie/ Activiteit	Handeling omvat	Gemiddelde tijd ¹	Standaard frequentie ²	Bijzonderheden
Uitzuigen trachea of mond-/keelholte	VP 2.1	Afkoppelen beademings-machine, het uitzuigen van de trachea of mond-/keelholte en het aankoppelen van de beademingsmachine.	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.
Bronchiaal toilet Ook wel druppelen/ sprayen/ spoelen met NaCl genoemd of het gebruik van een cough-lator	VP 2.1	Afkoppelen beademings-machine, uitzuigen, balloneren (indien aan de orde), druppelen/spoelen van de NaCl en het aankoppelen van de beademingsmachine	15 minuten per keer	Drie à vier keer 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.
		Balloneren is het beademen met behulp van een beademingsballon.			Balloneren wordt als samenvallende 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.
<p>1 Ook hier betreft het basisinuten voor verzekerden die zich ‘normaal’ kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort. Onder de gemiddelde tijd valt ook het schoonhouden van de apparatuur en hulpmiddelen.</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
Airstacken	VP 2.1	Het met een beademingsballon in de longen blazen van lucht tot de maximale inblaasbare hoeveelheid is bereikt.	8,5 minuten per keer.	Drie keer per dag. Bij luchtweginfecties, kriebelhoest of vaker verslikken, kan de gemiddelde frequentie per dag hoger liggen.	Airstacken wordt regelmatig in combinatie met andere handelingen uitgevoerd. Wanneer het gaat om airstacken in verband met luchtweginfecties, het niet voldoende kunnen hoesten of het zich verslikken, betreft dit een op zichzelf staande handeling. Het doel van airstacken is het verbeteren van de hoestkracht, het voorkomen of verminderen van het verstijven van de borstkas, het voorkomen van slijmophoping in de luchtwegen en het samenvallen van de longblaasjes.
Peppen (positive expiratory pressure)	VP 2.1	Het met behulp van een PEP tijdens de uitademing opbouwen van druk in de longen waardoor slijmpropfen beter kunnen worden opgehoest.	15 minuten per keer.	Naar noodzaak.	
Verwisselen van de beademingscanule	VP 2.1	Het verwisselen van de buitencanule die in het stoma blijft. Handeling is inclusief het verzorgen van de huid rondom de tracheastoma.	30 minuten per persoon per keer.	Wekelijks of meer wekelijks. Dit op voorschrift Centrum voor 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.
		Het verwisselen van de binnencanule.	10 minuten per keer.	Twee keer per dag. Bij veel slijmvorming ligt de frequentie per dag hoger.	Handeling is met name aan de orde bij volwassenen.
<p>1 Ook hier betreft het basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort. Onder de gemiddelde tijd valt ook het schoonhouden van de apparatuur en hulpmiddelen.</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
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 de stoma; het inzalven/aanstippen van de huidrand.	15 minuten per keer.	Eén keer 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.
Het aanbrengen en verwijderen van de mond-/neuskap. Ook wel aan- en afkoppelen van de beademingsapparatuur 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. Afkoppelen: 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. <i>Notabene: als er tijdens de periode dat er wordt beademd, gedronken moet worden, dan moet het masker volledig worden verwijderd en herplaatst.</i>
Het aan- en afkoppelen van de beademingsapparatuur bij beademing via de trachea.	VP 2.1	Het aan- en afkoppelen van de beademingsapparatuur 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.
<p>1 Ook hier betreft het basisminuten voor verzekerden die zich 'normaal' kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort. Onder de gemiddelde tijd valt ook het schoonhouden van de apparatuur en hulpmiddelen.</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
Controle lichaamsfuncties.	VP 1.2	Het controleren, interpreteren van lichaamsfuncties en alarmeren 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. Onder de gemiddelde tijd valt ook het schoonhouden van de apparatuur en hulpmiddelen.</p> <p>2 Met 'standaard frequentie' wordt de frequentie bedoeld die meestal aan de orde is.</p>					

Verpleegkundig toezicht

Naast directe verpleegkundige handelingen kan er sprake zijn van noodzakelijk verpleegkundig toezicht. Als door onderzoek vast is komen te staan dat deze verpleegkundige handelingen gepaard gaan met leveringsvoorwaarde B2, C of D, dan stelt het CIZ hiermee impliciet vast dat deze zorg gepaard gaat met een behoefte aan Verblijf. Als het de wens is van verzekerde en van zijn mantelzorger(s) om thuis te blijven wonen, wordt het compenserend vermogen van de mantelzorger onderzocht.

Wanneer de mantelzorger niet in staat en/of bereid is om het toezicht dat gepaard gaat met de behoefte aan Verblijf te leveren en er geen sprake is van een terminale situatie zoals beschreven in hoofdstuk 11 Palliatief 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 ZPP worden geïndiceerd. Voor kinderen tot 18 jaar kan op deze regel een uitzondering worden gemaakt. De criteria en mogelijkheden hiertoe worden in paragraaf 12.4 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 enzovoort. 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 één 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.

12.4 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 anderen 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, moet worden voldaan aan alle hieronder genoemde voorwaarden:

- het is de wens van de ouders om het kind thuis te laten wonen;
- het centrum voor thuisbeademing draagt hiervoor de verantwoordelijkheid;
- 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;
- dit leidt tot doeltreffende zorgverlening¹⁰².

Notabene: 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 hoofdstuk 6, Verpleging.

Hieronder worden de voorwaarden en mogelijkheden beschreven van 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 in paragraaf 12.1 is aangegeven, is het Centrum voor Thuisbeademing eindverantwoordelijk voor de beademing in de thuissituatie. Bij beademing in de thuissituatie verklaart het beademingscentrum dat hiermee een veilige en doeltreffende oplossing wordt geboden. Ook vertrouwt het beademingscentrum er dan op 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 responstijd¹⁰³ zorg moet kunnen leveren, aangezien anders direct levensgevaar ontstaat.

Notabene: 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 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 gezien 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.

¹⁰² Doeltreffend: het gewenste effect van de zorg wordt bereikt.

¹⁰³ Hiermee wordt de tijd bedoeld tot 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.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

Omschrijving beslisriteria voor verpleegkundig toezicht bij thuisbeademing

Onderstaande omschrijvingen zijn de beslisriteria voor het indiceren van verpleegkundig toezicht bij thuisbeademing. Voor deze omschrijving is gebruik gemaakt van de leveringsvoorwaarden die als advies bij het indicatiebesluit worden meegegeven.

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 van de mogelijkheden tot het 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.
		*15 minuten betreft de wettelijke aanrijtijd van een ambulance.

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 van de mogelijkheden tot het 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.

Voor een beschrijving van de leveringsvoorwaarden, zie bijlage 1 Algemeen bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

Criteria en mogelijkheden voor het indiceren van individueel verpleegkundig toezicht

Maximale omvang

Individueel verpleegkundig toezicht in verband met thuisbeademing bij kinderen (Beleidsregels, bijlage Verpleging, paragraaf 4.4, activiteit 4.1) kan in de vorm van respijtzorg of als mantelzorgondersteuning worden geïndiceerd.

Wanneer Kortdurend Verblijf, Begeleiding groep, Behandeling groep en/of Verpleging in de vorm van verpleegkundig toezicht in verband met thuisbeademing bij kinderen wordt geïndiceerd, dan kan dit voor maximaal drie etmalen (= achttien dagdelen) per week. In deze drie etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school, arbeid en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar negen dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan zeven dagdelen per week per 52 weken.

Bij de beoordeling of er een noodzaak is tot het indiceren van toezicht op individuele basis in de vorm van activiteit 4.1 'verpleegkundig toezicht' als nachtzorg, wordt eerst vastgesteld of toezicht in andere vormen (Begeleiding groep als nachtopvang en Kortdurend Verblijf) geen doelmatige oplossing biedt.

Een voorbeeld van de berekening van het maximaal te indiceren uren VP 4.1 staat in 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 interventies¹⁰⁴ gedurende de nacht¹⁰⁵, die niet gelijk lopen met de interventie van de verzekerde.

Mogelijkheden

- Ouders kunnen worden gecompenseerd voor het bovengebruikelijk toezicht dat zij 's nachts aan hun kind bieden. De maximale compensatie door het indiceren van verpleegkundig toezicht (VP 4.1) gedurende de nacht, is voor een gezin van twee ouders drie nachten (zes dagdelen) per week. Voor een eenoudergezin¹⁰⁶ is dit maximaal vijf nachten (tien 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 Kortdurend Verblijf geïndiceerd.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

2. Gedurende de nacht en dag bij "leveringsvoorwaarde D"

Criteria

Zie omschrijving besliscriterium D.

Mogelijkheden

- Ouders kunnen worden gecompenseerd voor het bovengebruikelijk toezicht dat zij 's nachts aan hun kind bieden. De maximale compensatie door het indiceren van verpleegkundig toezicht (VP 4.1) gedurende de nacht, is zeven nachten (veertien dagdelen) per week. Dit voor zowel een eenoudergezin als een gezin met twee ouders. 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 voor de nachten kan een eenoudergezin 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 voor de nachten kan een gezin met twee ouders¹⁰⁷ 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.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

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

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

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

107 Bij co-ouderschap is er vanwege de aanvaarde gedeelde verantwoordelijkheid sprake van een gezin met twee ouders.

12.5 Procedure

Betreffende de indicatie

- Overgangsregeling: voor kinderen met een aandoening die ze hebben gekregen in het 18e 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 één jaar na het ontstaan van de aandoening.
- Bij een eerste aanvraag voor individueel verpleegkundig toezicht, is de maximaal te indiceren periode een half jaar. Daarna kan verlenging volgen voor een periode van maximaal een jaar. Gedurende het eerste halfjaar 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 maximale zelfredzaamheid van het gezin.
- Voortzetting van indicaties met activiteit VP 4.1 is alleen mogelijk bij handhaving van de beslisriteria voor verpleegkundig toezicht. Voor de bepaling van de geldigheidstermijn na deze periode wordt het gestelde in paragraaf 2.5 Geldigheidsduur van bijlage 1 Algemeen van de Beleidsregels toegepast.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

Bijlage bij hoofdstuk 12

Rekenvoorbeeld individueel verpleegkundig toezicht bij kind met besliscriterium D (tracheostomale beademing) in een gezin met twee ouders.

Voorbeeld 24-uursoverzicht (etmaal).

*Notabene: in dit voorbeeld is er sprake van een gezin met twee ouders. Het maximum aantal te indiceren dagdelen individueel verpleegkundig toezicht betreft daarom **zestien** dagdelen (lees dag/nachtdelen) per week. Het maximum aantal te indiceren dagdelen individueel verpleegkundig toezicht over de dagen per week, wordt door het invullen van deze **twee** dagdelen en **twee** nachtdelen op de maandag en de nacht van maandag op dinsdag bereikt. Alleen voor de overige zes nachten (**twaalf** dag/nachtdelen) kan nog verpleegkundig toezicht worden geïndiceerd.*

Maandag¹⁰⁸:

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	Verpleeg- kundig toezicht Ja (max. 240 minuten)	Directe hande- lingen	Verpleeg- kundig toezicht Ja (max. 240 minuten)	Directe hande- lingen	Verpleeg- kundig toezicht Nee	Directe hande- lingen	Verpleeg- kundig toezicht Nee	Directe hande- lingen	Verpleeg- kundig toezicht Ja (max. 480 minuten)
PV 1.1 en 1.2 Zich wassen en zich kleden	45 minu- ten						30 minu- ten			
PV 1.2 Verschonen	10 minu- ten		10 minu- ten		20 mi- nuten					
PV 1.3 In- en uit bed	10 minu- ten		10 minu- ten		10 mi- nuten		10 minu- ten			
PV 1.8 Toedienen sondevoeding	40 minu- ten		40 minu- ten		40 mi- nuten		40 minu- ten			
PV 1.9 Toedienen medicijnen (via sonde)									2x10 minuten = 20 minuten	
PV 2.1 Verzorgen huid, e.d.					10 mi- nuten		10 minu- ten			
Totaal PV	105 mi- nuten		60 minu- ten		80 mi- nuten		90 minu- ten		20 minu- ten	

¹⁰⁸ Let op: de genoemde tijden wijken af van de gemiddelde tijden. Het rekenvoorbeeld is gebaseerd op een casus en de werkelijke tijden uit de casus zijn overgenomen.

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	Verpleeg- kundig toezicht Ja (max. 240 minuten)	Directe hande- lingen	Verpleeg- kundig toezicht Ja (max. 240 minuten)	Directe hande- lingen	Verpleeg- kundig toezicht Nee	Directe hande- lingen	Verpleeg- kundig toezicht Nee	Directe hande- lingen	Verpleeg- kundig toezicht Ja (max. 480 minuten)
VP 2.1 Uitzuigen trachea 2 x per uur min de keren dat bronchi- aal toilet wordt toegepast	7 x 5 minuten = 35 mi- nuten		7 x 5 minuten = 35 minuten		7 x 5 minu- ten = 35 minu- ten		7 x 5 minuten = 35 mi- nuten		16 x 5 minuten = 80 minuten	
VP 2.1 Bronchiaal toilet	20 minuten		20 minuten		20 minu- ten		20 minuten			
VP 1.3 Verzorgen trachea-canule					15 minu- ten					
Totaal VP direct	55 minuten		55 minuten		70 minu- ten		55 minuten		80 minuten	

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 verpleegkundig toezicht	135 minuten	180 minuten	70 minuten	55 minuten	380 minuten
Totaaltijd per dagde(len) PV, VP direct en VP verpleegkundig 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 PV en VP per week wordt omgezet in klassen en additionele uren.

Hoofdstuk 13

AWBZ-zorg in het onderwijs

Inhoudsopgave

13.1	Inleiding	216
13.2	Specifieke aandachtspunten bij het onderzoek	216
13.3	Aandachtspunten bij de bepaling van voorliggende voorzieningen	217
	Algemeen	217
	Specifieke punten	219
13.4	De aanspraak op AWBZ-zorg	221
13.5	Functies, omvang en geldigheidsduur	222
	Bijlagen bij hoofdstuk 13	223
	Bijlage 1 Aftrek aantal minuten reguliere zorg, per week, per schoolsoort en per functie	223
	Bijlage 2 Achtergrondinformatie	224
	Bijlage 3 'Stages' in centra voor dagbesteding	225

13.1 Inleiding

Met deze toelichting op de indicatiestelling van AWBZ-zorg bij kinderen/leerlingen¹⁰⁹ die AWBZ-zorg nodig hebben tijdens hun deelname aan het onderwijs, wordt standaardisatie/uniformering van de indicatiestelling beoogd. Wat hier specifiek wordt beschreven voor indicatiestelling bij kinderen die onderwijs volgen, is gebaseerd op de vigerende Beleidsregels indicatiestelling AWBZ. De richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs', waarop deze toelichting mede is gebaseerd, is nog niet aangepast aan de vigerende Beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Daar waar de richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs' afwijkt van de vigerende Beleidsregels indicatiestelling AWBZ, zijn deze Beleidsregels van toepassing.

Deze toelichting op AWBZ-zorg in het onderwijs¹¹⁰ 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;
2. achtergrondinformatie;
3. stages in centra voor dagbesteding.

13.2 Specifieke aandachtspunten bij het onderzoek

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

Rapportage

Gezien de complexiteit van het beoordelen van AWBZ-zorg in het onderwijs, 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 de REC-beschikking¹¹¹, en een individueel zorgplan voor de thuissituatie bij reeds ingezette zorg.

Grondslag/functies

Als een kind een grondslag heeft voor AWBZ-zorg, kan het binnen het onderwijs in aanmerking komen voor de functies Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP) of Begeleiding individueel (BG ind). Voor toegang tot de functie Begeleiding moet er in het algemeen sprake zijn van matige of zware beperkingen op het terrein van de sociale redzaamheid, het bewegen en verplaatsen, het psychische functioneren, het geheugen of de oriëntatie, óf er moet sprake zijn van matig of zwaar probleemgedrag ten gevolge 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 van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

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

109 Waar in dit hoofdstuk over 'kinderen' wordt gesproken, kan ook 'jongeren' of 'leerlingen' worden gelezen.

110 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.

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

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 en de schoolomgeving die de intensiteit of omvang van de begeleidingsbehoefte van het kind op school vergroten, bijvoorbeeld een niet-aangepast schoolgebouw, niet-aangepast lesmateriaal of een schoolplein dat niet adequaat is gescheiden van de openbare ruimte waardoor toezicht moet worden geboden. Deze aanpassingen zijn voorliggend op AWBZ-zorg.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

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. Met gebruikelijke zorg op school wordt bedoeld de gangbare en normale dagelijkse zorg, zoals die ook geldt voor gezonde kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel. Een voorbeeld hiervan is het helpen van een kleuter bij het strikken van veters. Hiervoor kan geen AWBZ-zorg worden geïndiceerd.

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

Wettelijk voorliggende voorzieningen

De tabel in bijlage 1 bij dit hoofdstuk benoemt in welke mate het onderwijs een voorliggende voorziening vormt voor de functies PV en VP. Dit wordt uitgedrukt in een minutentabel. Voor de functie BG individueel is de minutentabel niet van toepassing¹¹². Dit omdat de in deze tabel opgenomen minuten begeleiding zijn aangemerkt als schoolactiviteiten. Hiermee kan deze tijd ten opzichte van de AWBZ- functie Begeleiding niet als wettelijk voorliggende voorziening worden beschouwd.

13.3 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 staat in de tabel in bijlage 1 bij dit hoofdstuk: aantal minuten reguliere zorg per week per schoolsoort en per functie.

De Richtlijn veronderstelt een gelijkwaardigheid van het speciaal onderwijs en het regulier onderwijs mét Ruzzak¹¹³. 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 onder het onderwijs, al dan niet in combinatie met een cluster-indicatie. Het gaat daarbij om activiteiten die te maken hebben met de lessen, het leren, de vakinhoud en de pedagogische en didactische omgang én om alle activiteiten onder schooltijd die bij de behandel-vorm 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' horen¹¹⁴. Als het leveren van meer toezicht dan

112 Dit volgens bijlagen 4 (PV), bijlage 5 (VP) en bijlage 6 (BG) van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

113 Het budget in de Ruzzak 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 Ruzzak 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 voorlig-gend is op de AWBZ-zorg. Ook voor het MBO-onderwijs wordt dit uitgangspunt onverkort gehanteerd. Er is weliswaar geen spe-ciaal onderwijs op MBO-niveau, maar wel een Ruzzak waarbij een aftrek plaatsvindt op basis van de minutentabel voor het VSO.

114 Dit volgens de richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs' (VWS 2004), waarin wordt aangegeven dat de functie Activerende Begeleiding in de richtlijn buiten beschouwing wordt gelaten. Activerende Begeleiding is opgegaan in deze behandelvorm.

gebruikelijk noodzakelijk is, kan dit wel tot een AWBZ-aanspraak leiden.

Het CIZ betreft in het onderzoek naar de voorliggende voorzieningen niet alleen de omvang van de zorg die binnen het onderwijs geboden moet worden (zie de tabel 'aftrek aantal minuten reguliere zorg per week, per schoolsoort en per functie' in bijlage 1 bij dit hoofdstuk), maar ook de context en de leeromgeving van het speciaal onderwijs¹¹⁵.

De leerplicht en de voorliggendheid van het onderwijs

Kinderen gaan naar school vanaf 4 jaar. Vanaf 5 jaar tot en met het schooljaar waarin ze 16 worden zijn zij volledig leerplichtig. Daarna start de kwalificatieplicht¹¹⁶. 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 voldaan aan de kwalificatieplicht.

Bij vrijstelling van inschrijving op grond van artikel 5 onder a van de Leerplichtwet (aangetoonde lichamelijke of psychische ongeschiktheid tot het volgen van onderwijs) vervalt de voorliggendheid van het onderwijs op de AWBZ¹¹⁷. De leerling is niet meer ingeschreven bij een school. In dit geval ontstaat er een mogelijkheid voor BG groep.

Deze vrijstelling van inschrijving wordt in eerste instantie afgegeven voor een schooljaar, en is altijd voor de volledige schoolweek. Na afloop van de vrijstelling moet de leerling, als hij weer onderwijs gaat volgen, opnieuw worden aangemeld bij een school. In geval van onderwijs op een school voor speciaal onderwijs moet opnieuw de indicatieprocedure voor toelating tot een clusterschool worden doorlopen.

De functie Behandeling, individueel of in groepsverband, verhoudt zich in het algemeen niet tot onderwijsdoelen en wordt los van onderwijs gewogen¹¹⁸.

Leerlingen die tijdelijk niet meer naar school (kunnen) gaan of die slechts een aantal uren/dagdelen per week naar school gaan behouden hun inschrijving op school¹¹⁹. In deze situaties geldt dat in de periode en voor de uren dat een leerling niet naar school gaat geen beroep kan worden gedaan op de AWBZ in de vorm van BG groep. Het is hierbij niet relevant wat de reden is dat geen onderwijs kan worden gevolgd of waarom een vrijstelling van geregeld schoolbezoek wordt gegeven. Ziekte van de leerling, thuisonderwijs omdat ouders zich niet kunnen verenigen met de onderwijsmethoden en/of gedragsproblemen leiden niet tot een aanspraak op BG groep. De afwezigheid gaat in deze gevallen niet gepaard met het op school uitschrijven van deze leerling. Er kan wel een aanspraak zijn op andere functies zoals PV, VP of BG individueel.

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 algemeen gebruikelijke voorziening. In deze situaties wordt de minutenaftrek gehanteerd (zie tabel 'aftrek aantal minuten reguliere zorg per week, per schoolsoort en per functie' in bijlage 1 bij dit hoofdstuk).

Ondanks het feit dat kinderen van 4 jaar nog niet leerplichtig zijn, is het wel mogelijk om Begeleiding in

115 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.

116 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. Een vrijstelling van de kwalificatieplicht betekent niet per definitie dat de jongere geen onderwijs volgt.

117 Artikel 5 van de Leerplichtwet.

118 Dit volgens de richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs' (VWS 2004).

119 Artikel 11 van de Leerplichtwet; gronden voor vrijstelling van geregeld schoolbezoek.

groepsverband te indiceren met als zorgdoel 'het bieden van een dagprogramma ter vervanging van school'. Onderwijs wordt bij kinderen vanaf 4 jaar, voor wat betreft kinderopvang (oppas/toezicht), als wettelijk voorliggende voorziening beschouwd. Kinderen van 4 jaar kunnen tijdens de schooluren niet meer aan kinderopvang voor kinderen van 0-4 jaar deelnemen. Een (niet leerplichtig) kind tussen de 4 en 5 jaar kan daarom tijdens de schooluren aangewezen zijn op Begeleiding groep als het op grond van zijn beperkingen niet aan het onderwijs kan deelnemen.

Specifieke punten

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 doordat lesmateriaal 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 wettelijk voorliggende voorziening op de AWBZ op grond van artikel 2, lid 2 Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Wanneer reguliere alarmering tekortschiet bij leerlingenvervoer, zal altijd sprake zijn van medisch specialistische verpleging. Het noodzakelijk toezicht/leveringsvoorwaarde is dan ook onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Een uitzondering hierop is thuisbeademing. Deze uitzonderingsmogelijkheid is in deze Indicatiewijzer beschreven in hoofdstuk 12 Thuisbeademing.

Overblijven

Scholen voor basisonderwijs moeten ervoor zorgen dat leerlingen onder toezicht de middagpauze kunnen doorbrengen. Als er tijdens de overblijftijd PV of VP noodzakelijk is, kan hiervoor AWBZ-zorg worden ingezet¹²⁰. 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 van de Beleidsregels).

Scholen voor (voortgezet) speciaal onderwijs bieden een verplicht continurooster. 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.

Als 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 continurooster en daardoor is voor deze kinderen geen AWBZ-aanspraak op de functie BG mogelijk tijdens de middagpauze.

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.

120 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).

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 (leerplichtontheffing).

Voor stages in centra voor dagbesteding is de handelwijze beschreven in bijlage 3 van dit hoofdstuk.

Buitenschoolse opvang

Basisscholen zijn verantwoordelijk voor het organiseren van buitenschoolse opvang. Scholen voor speciaal onderwijs kennen deze verplichting niet. Buitenschoolse opvang van leerlingen in de vorm van de functie BG groep is alleen mogelijk wanneer de BG groep een ander doel dient dan kinderopvang¹²¹.

Speciaal basisonderwijs (SBO)

Scholen voor speciaal basisonderwijs (de voormalige LOM-scholen) zijn geen clusterscholen, maar speciale scholen voor regulier onderwijs. In de tabel 'aftrek aantal minuten reguliere zorg per week, per schoolsoort en per functie' in bijlage 1 bij dit hoofdstuk, is aangegeven dat geen aftrek hoeft plaats te vinden. De functies PV, VP en BG individueel kunnen tijdens dit 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 individueel op deze scholen in omvang beperkt zijn.

Kinderen van het speciaal basisonderwijs komen meestal niet in aanmerking voor een 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 beroeps begeleidende 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 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 'aftrek aantal minuten reguliere zorg per week, per schoolsoort en per functie' in bijlage 1 bij dit hoofdstuk, voor zover het de zorg in het Voortgezet Speciaal Onderwijs (VSO) betreft. Een Rugzak in het MBO wordt toegekend door de Commissie van Indicatiestelling van het REC. Een indicatie van deze commissie is nodig om de extra hulp/zorg daadwerkelijk te kunnen ontvangen¹²².

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 matige of zware beperkingen die niet onderwijsgerelateerd zijn¹²³.

121 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. Voor zover 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.

122 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.

123 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).

13.4 De aanspraak op AWBZ-zorg

Welke begeleiding behoort tot het onderwijs en welke tot de AWBZ?

Bij 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 en de pedagogische en didactische omgang én om alle activiteiten onder schooltijd die bij de behandelvorm 'Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag' horen¹²⁴. Een concentratieprobleem van een kind leidt op zich dus niet tot een indicatie voor de functie BG individueel tijdens onderwijs. Als het leveren van meer toezicht dan gebruikelijk noodzakelijk 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 handelingen die 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 AWBZ¹²⁵. Te denken valt hierbij aan begeleiding bij 'vrije' of praktijklessen als schoolzwemmen of schoolgym. Bij dit type lessen/activiteiten is er 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 en aan zijn omgeving.

De BG individueel in het kader van toezicht tijdens de schooluren, wordt naast de uren Begeleiding thuis apart bepaald.

Persoonlijke Verzorging en Verpleging

Bij de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging 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 hoofdstukken Persoonlijke Verzorging en Verpleging.

124 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.

125 Zie voor de maximumomvang 'omvang BG', paragraaf 13.5.

13.5 Functies, omvang en geldigheidsduur

Deze tekst is
aangepast ter
verduidelijking.

Functies

AWBZ-zorg op school beperkt zich tot de drie functies Persoonlijke Verzorging (PV), Verpleging (VP) en Begeleiding individueel.

Als er een indicatie is afgegeven voor zorg met Verblijf en het kind gaat vanuit zijn verblijfssituatie naar school, dan kunnen er geen losse functies worden geïndiceerd naast het ZZP. Een ZZP bevat immers de volledige 24-uurs zorg. In deze situaties overlegt de school met de zorgaanbieder over de inzet van extra zorg vanuit het zorgzwaartepakket van deze leerling.

Een ZZP met dagbesteding wordt geïndiceerd op voorwaarde van een vrijstelling van inschrijving op school. Deze vrijstelling is altijd voor de volledige schoolweek.

Een AWBZ-indicatie voor Verblijf in verband met het volgen van passend onderwijs op grote afstand van de thuissituatie (de 'afstandsindicaties') is niet mogelijk.

Omvang Persoonlijke Verzorging en Verpleging

Voor het bepalen van de omvang PV en VP wordt de tabel in bijlage 1 van dit hoofdstuk gebruikt.

Voor de bepaling van de omvang van de functies PV en VP geldt dat het CIZ inventariseert hoeveel PV en VP een kind tijdens de schooluren en thuis nodig heeft. De tijd voor PV en VP die onderdeel is van de clusterindicatie, kan uitsluitend in mindering worden gebracht op de hoeveelheid PV en VP die een kind tijdens de schooluren nodig heeft. Als het aantal minuten PV of VP dat op school noodzakelijk is lager ligt dan het aantal minuten PV of VP (per functie) in de minutentabel, dan wordt de maximale aftrek niet op de gehele omvang PV/VP toegepast. Via deze rekenmethode wordt de aanspraak op PV en VP buiten de tijd dat het kind op school zit, niet beïnvloed door de PV/VP die onderdeel is van de clusterindicatie¹²⁶. Het indicatiebesluit laat naast de totale omvang van PV/VP ook zien welk deel van de aanspraak is bedoeld voor schooltijd en welk deel voor daarbuiten.

Omvang Begeleiding

Voor activiteiten BG individueel 1, 2 en 4 wordt tijdens het onderwijs niet geïndiceerd.

De omvang van BG individueel, gericht op toezicht en/of interventie tijdens het onderwijs, is afhankelijk van de mate waarin de gedragsproblemen de omgang met andere leerlingen bemoeilijken. De omvang per week is maximaal klasse 2. In geval van zeer ernstige gedragsproblemen¹²⁷ kan de totale omvang van de functie BG met één klasse worden verhoogd.

Als BG gericht is op toezicht tijdens het onderwijs, wordt dit meegenomen als onderdeel van de aanspraak BG individueel. Als er sprake is van een combinatie van toezicht tijdens het onderwijs en zeer ernstige gedragsproblematiek, kan in voorkomende gevallen klasse 8 (20-24,9 uur) als maximale omvang per week zijn aangewezen. Dit wordt in de motivatie bij het besluit aangegeven. Ook wordt hier aangegeven welk deel van de totale omvang BG bedoeld is voor BG tijdens onderwijsuren en welk deel daarbuiten.

Activiteit 3 van de functie Begeleiding individueel (het overnemen van toezicht) wordt geïndiceerd conform de voorwaarden zoals die in dit hoofdstuk zijn opgenomen. De Tabel in bijlage 1 is voor de functie Begeleiding niet van toepassing¹²⁸.

Geldigheidsduur

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van een indicatie gelden de algemene criteria. Zie hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

Daarnaast geldt het volgende:

Voor het bepalen van de geldigheidsduur bij kinderen met AWBZ-zorg tijdens het onderwijs, is de prognose (veranderlijkheid) van belang en het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak.

126 Dit volgens de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep de datum 29-01-2009 (07/5273 AWBZ).

127 Zie voor de definitie van zeer ernstige gedragsproblemen hoofdstuk 7, paragraaf 7.4 onder A.

128 Zie paragraaf 12.2 'Wettelijk voorliggende voorzieningen'.

Bijlagen bij hoofdstuk 13

Bijlage 1 Tabel: aftrek aantal minuten reguliere zorg, per week, per schoolsoort en per functie

Tabel: 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 van de omvang niet gebruikt. Zie voor de normering BG tijdens het onderwijs, paragraaf 13.5.				

* Doof/slechthorend ZMLK: in de indicatiebeschikking van het REC heet dit doof/MG en slechthorend/MG.

** 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).

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 zoals opgenomen in de tabel 'af trek aantal minuten reguliere zorg per week, per schoolsoort en per functie' in bijlage 1 bij dit hoofdstuk;
- 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 (o.a. zeer moeilijk opvoedbare kinderen);
- in scholen voor speciaal basisonderwijs (SBO). Dit zijn de scholen die vroeger LOM, MLK of IOBK werden genoemd.

Indicatiestelling betreffende het speciaal onderwijs

Voor toelating tot speciaal onderwijs indiceert de Commissie voor Indicatiestelling (CvI) van het REC.

De toelatingscriteria worden vastgesteld door het ministerie van OCW. Dit per schooltype.

Bij toelating tot het speciaal onderwijs dient altijd sprake te zijn van beperkingen in de onderwijsparticipatie.

Het gaat dan om een leerachterstand, zeer geringe zelfredzaamheid, structureel schoolverzuim of het ontbreken van leervoorwaarden.

Afbakening indicatiestelling AWBZ en speciaal onderwijs

Als een leerling met een zorgvraag voor PV of VP geen beperkingen heeft bij deelname aan het regulier onderwijs en de leerling hiermee niet voldoet aan de indicatiecriteria voor een vorm van speciaal onderwijs, verwijst het CIZ niet naar de Commissie voor Indicatiestelling. Een indicatie voor het speciaal onderwijs (clusterindicatie) is in deze situaties geen voorliggende voorziening op de AWBZ. De niet-uitstelbare PV- en VP-handelingen die een leerling tijdens schooltijd nodig heeft, kunnen worden geïndiceerd voor zover er geen sprake is van een clusterindicatie.

Als een kind nog geen clusterindicatie heeft maar volgens het CIZ, in overleg met ouders, daar wel voor in aanmerking komt, dan wordt verwezen naar het CvI¹²⁹.

Om te voorkomen dat onnodig of achteraf onterecht worden doorverwezen, kan in afwachting van een REC-beschikking een indicatiebesluit voor een periode van zes maanden worden afgegeven wanneer voldoende duidelijk is dat het kind naast de clusterindicatie/de Rugzak extra AWBZ-zorg nodig heeft.

129 Voor een kind dat gebruik maakt van het basisonderwijs en voor wie een indicatie voor speciaal onderwijs wordt aangevraagd, kan voor de periode totdat hierover een besluit genomen is, 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 'stage lopen' 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 moet het CIZ op basis van de geldende criteria 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 vier 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.



Hoofdstuk 14

ADL-assistentie

Inhoudsopgave

14.1	Inleiding	228
14.2	Relevante wet- en regelgeving	228
14.3	Indicatiecriteria	228
14.4	Inhoud van de aanspraak ADL-assistentie	229
14.5	Indiceren van functies naast de aanspraak ADL-assistentie	229
14.6	Omvang en duur van de indicatie	229
14.7	Leveringsvorm	229
14.8	De afbakening met de functie Verblijf	230

14.1 Inleiding

Met ingang van 1 januari 2012 is de subsidiëring waarin ADL-assistentie aan ADL-clusterbewoners is geregeld komen te vervallen. Het vervallen van de subsidiëring is het gevolg van het in 2004 ingezette overheidsbeleid om het aantal subsidies drastisch te verminderen. Oorspronkelijk was het de bedoeling dat met de beëindiging van de subsidie van de ADL-assistentie, ADL-clusterbewoners net als andere AWBZ-verzekerden een beroep zouden doen op de gewone AWBZ-zorg te weten Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding. Omdat extramuraal binnen de AWBZ geen 24-uurszorg op afroep is geregeld, en dit onmisbaar bleek voor de verzekerden die binnen het ADL-clusterconcept wonen, is per januari 2012 de aanspraak “ADL-assistentie” voor twee jaar als overgangsbepaling toegevoegd aan het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Deze aanspraak vervalt per 1 januari 2014. Het is de bedoeling om per deze datum AWBZ-breed een nieuwe aanspraak 24-uurszorg op afroep met alarmopvolging in te voeren. In dit hoofdstuk wordt de aanspraak op ADL-assistentie beschreven zoals deze per 1 januari 2012 van kracht wordt. Voor de verzekerden die op 31-12-2011 in een ADL-clusterwoning wonen, geldt een overgangsregeling.

14.2 Relevante wet- en regelgeving

Artikel 34 Besluit Zorgaanspraken AWBZ:

1. In dit artikel wordt verstaan onder:
 - a. ADL: Algemene dagelijkse levensverrichtingen;
 - b. ADL-woning: woning die deel uitmaakt van een aantal bij elkaar horende rolstoeltoegankelijke huurwoningen die tot stand zijn gekomen met behulp van subsidie uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten;
 - c. ADL-assistentie; gedurende het etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning.
2. Een verzekerde die in een ADL-woning woont, en voldoet aan de voorwaarden, bedoeld in artikel 2.9.3., eerste lid, onderdelen a tot en met d, van de Regeling subsidies AWBZ, zoals dat artikel luidde voor 1 januari 2012, heeft tot 1 januari 2014 aanspraak op ADL-assistentie.
3. Dit artikel vervalt met ingang van 1 januari 2014.

14.3 Indicatiecriteria

Om in aanmerking te komen voor de functie ADL-assistentie moet aan alle onderstaande voorwaarden, zoals gepubliceerd in de toelichting van de aanspraak, worden voldaan:

- De verzekerde heeft een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking;
- De verzekerde is aangewezen op een rolstoeltoegankelijke woning;
- De verzekerde is aangewezen op tenminste vijf uur ADL-assistentie per week;
- De verzekerde is voldoende sociaal zelfredzaam om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen¹³⁰.

Verder geldt dat de verzekerde die woont in een ADL-clusterwoning, ADL-assistentie geleverd krijgt van één van de drie volgende aanbieders van ADL-assistentie, te weten Stichting Wassenaarse Zorgverlening (SWZ), Amstelrade (Osira) en Fokus¹³¹.

¹³⁰ Verzekerden die op grond van hun situatie begeleiding nodig hebben bij het aanbrengen van structuur of het voeren van regie worden geacht onvoldoende sociaal zelfredzaam te zijn om in aanmerking te komen voor een ADL-clusterwoning. Zij voldoen niet aan alle criteria van de aanspraak ADL-assistentie.

¹³¹ Het kan ook gaan om ADL-assistentie in nieuwe ADL-woningen die nog met subsidie vanuit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten tot stand komen en waarvoor het CVZ tot 2009 bouwsubsidie heeft verstrekt. Wanneer er op basis van voorgaande nog woningen worden geopend, zal de lijst met aanbieders hierop worden aangepast.

Nieuwe bewoners

Verzekerden die in aanmerking willen komen voor bewoning van een ADL-clusterwoning dienen zich te melden bij de zorgaanbieder van ADL-assistentie van hun voorkeur. Deze aanbieders beheren zelf de wachtlijsten voor hun clusters en zijn verantwoordelijk voor de plaatsing van de bewoner in de ADL-clusterwoning. Dit aan de hand van de indicatiecriteria zoals hierboven beschreven.

14.4 Inhoud van de aanspraak ADL-assistentie

De volgende punten zijn kenmerkend voor ADL-assistentie, 24 uren zorg op afroep:

- ADL-assistentie is alleen beschikbaar in en om de ADL-clusterwoning;
- Met ADL-assistentie heeft de ADL-cluster bewoner gedurende het gehele etmaal direct oproepbare persoonlijke assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL woning;
- Onder ADL-assistentie valt de AWBZ- functie Persoonlijke Verzorging, de functie Begeleiding en de verdere hand- en spandiensten. Dit op basis van de brief van het ministerie van VWS aan het CIZ van 23 januari 2012 met als kenmerk DLZ/SFI-U-3101174.
- In tegenstelling tot hetgeen in de toelichting onder punt 1.2 bij de aanspraak (artikel 34 Bza) is beschreven, heeft het ministerie van VWS het CIZ gevraagd om de functie Verpleging los van de ADL-assistentie, op handelingenniveau te indiceren. Dit op basis van de brief van het ministerie van VWS aan het CIZ van 23 januari 2012 met als kenmerk DLZ/SFI-U-3101174.

14.5 Indiceren van functies naast de aanspraak ADL-assistentie

Naast de (tijdelijke) aanspraak ADL-assistentie wordt geen PV en BG individueel in/om de woning geïndiceerd. Dit betekent dat alleen de PV en BG buiten de ADL-clusterwoning wordt geïndiceerd.

De functie Verpleging wordt op verzoek van het ministerie van VWS zowel in en om de woning als daarbuiten geïndiceerd. De functies worden geïndiceerd volgens de vigerende Beleidsregels AWBZ.

14.6 Omvang en duur van de indicatie

Omvang

Voor de aanspraak ADL-assistentie wordt geen omvang bepaald.

Geldigheidsduur

De ADL-assistentie en de functie Verpleging¹³² krijgen een maximale geldigheidsduur tot en met 31-12-2013.

14.7 Leveringsvorm

De leveringsvorm is een verplicht¹³³ te registreren item. Het maakt geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. Om die reden kan hiertegen geen bezwaar worden gemaakt.

ADL-assistentie kan alleen worden toegekend in de vorm van zorg in natura.

¹³² De geldigheidsduur van de functie Verpleging wordt beperkt tot 31-12-2013 omdat deze functie in opdracht van het ministerie in zijn volledigheid in en om de woning naast de ADL-assistentie wordt geïndiceerd. Met de komst van de nieuwe aanspraak 24 urenzorg op afroep met alarmopvolging per 01-01-2014 wordt opnieuw bezien of de functie Verpleging integraal onderdeel zal uitmaken van deze nieuwe aanspraak.

¹³³ Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

14.8 De afbakening met de functie Verblijf

Hoewel de ADL-clusterbewoners zijn aangewezen op 24 uur zorg op afroep en het gevaarcriterium bij een aantal verzekerden een rol kan spelen is er door de aanwezigheid van compenserende factoren geen noodzaak voor het adviseren van een leveringsvoorwaarde D. Bij deze verzekerden is immers geen sprake van cognitieve beperkingen en zij kunnen zelf alarmeren. Bovendien is binnen de ADL-clusters door de aanbieders van ADL-assistentie alarmopvolging binnen 3 minuten gegarandeerd en kan 24-uurs zorg op afroep worden geboden. Het is daarom dat de verzekerde is aangewezen op leveringsvoorwaarde B1 (zie bijlage bij hoofdstuk 2, algemene uitgangspunten). Dit sluit samenloop met een ZZP binnen het ADL-clusterconcept uit. In die situaties waarin de verzekerde zelf onvoldoende kan alarmeren en/of de verzekerde onvoldoende regievermogen heeft om zelf nog zijn/haar zorg te regelen, is er sprake van de functie Verblijf, dus van een ZZP. De verzekerde past dan niet (meer) in het concept van de ADL-clusters en is dan aangewezen op een andere vorm van zorg.



CIZ Indicatiewijzer

Versie: 5.0
januari 2012

Colofon

Dit is een uitgave van het Centrum indicatiestelling zorg

Redactie:

Afdeling Beleid & Juridische Zaken
Afdeling Communicatie

Vormgeving:

Maarten Slooves grafische vormgeving, Grave

Foto omslag:

Mike Bink

Druk:

Borrias, Kampen

CIZ Hoofdkantoor
Postbus 232
3970 AE Driebergen
T 088 - 789 67 00
www.ciz.nl