

# Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Voorwoord en ten geleide	3	
Hoofdstuk 2. Algemene uitgangspunten	7	
Hoofdstuk 3. Grondslagen	21	
Hoofdstuk 4. Gebruikelijke zorg	53	
Hoofdstuk 5. Persoonlijke Verzorging	63	
Hoofdstuk 6. Verpleging	81	
Hoofdstuk 7. Begeleiding	101	
Hoofdstuk 8. Behandeling	123	
Hoofdstuk 9. Verblijf	139	
Hoofdstuk 10. Palliatief Terminale zorg	169	
Hoofdstuk 11. Thuisbeademing	175	
Hoofdstuk 12. AWBZ-zorg in het onderwijs	191	



# Hoofdstuk 1

## Voorwoord

Voor u ligt versie 2.0 van de CIZ Indicatiewijzer van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het is een herziening van versie 1.0 van december 2008, die tevens is uitgebreid met twee hoofdstukken. Wij hadden niet verwacht dat onze Indicatiewijzer zo succesvol zou zijn. 6.500 exemplaren hebben we gestuurd naar zorgaanbieders en cliënten. En dat gebeurde op hun verzoek. Vooral de zorgaanbieders nemen de Indicatiewijzer in groten getale af. Ook op onze website, waar de CIZ Indicatiewijzer al 39.000 keer is gedownload, is de belangstelling enorm. Daarnaast is de digitale versie van de Indicatiewijzer via kennisbanken en andere websites gedownload. Veel organisaties hebben de digitale Indicatiewijzer namelijk op hun eigen website geplaatst.

De CIZ Indicatiewijzer draagt op deze wijze bij aan een transparante Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en aan de verdere uniformering van de indicatiestelling van de AWBZ-aanspraken. Ik denk dat we met de publicatie van de CIZ Indicatiewijzer een belangrijke stap hebben gezet.

Wat is nu de belangrijkste verandering? In versie 1.0 kondigde ik al aan dat de Indicatiewijzer zou worden uitgebreid met de hoofdstukken Grondslagen en Verblijf. Dat is nu gebeurd. Met het toevoegen van deze twee hoofdstukken is de CIZ Indicatiewijzer voor wat betreft de toelichting op de bijlagen van de Beleidsregels compleet.

Het CIZ is de uitgever van de CIZ Indicatiewijzer. Maar dit tweehonderd pagina's tellende document is tot stand gekomen in overleg met het ministerie van VWS en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Daarnaast hebben expertmeetings met kwaliteitsmedewerkers, kennisdragers en medisch adviseurs van het CIZ, de inhoudelijke bijdragen geleverd. Ook de opmerkingen en vragen van cliëntenorganisaties, ketenpartners en CIZ-medewerkers, die wij de afgelopen vijf maanden ontvingen, zijn in deze nieuwe versie van de CIZ Indicatiewijzer verwerkt.

Uiteraard wordt de CIZ Indicatiewijzer periodiek geactualiseerd en aangevuld. Dit gebeurt als er nieuwe Beleidsregels zijn; op basis van veranderende jurisprudentie en op basis van ervaringen binnen en buiten het CIZ.

*Arjan Vermeulen*  
*Voorzitter Raad van Bestuur*

# Ten geleide

## Achtergrond

De CIZ Indicatiewijzer is ontwikkeld om de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009 van het ministerie van VWS beter toepasbaar te maken voor het stellen van indicaties. Daarnaast wordt in de CIZ Indicatiewijzer de toepassing van de AWBZ-aanspraken, zoals beschreven in het Besluit zorgaanspraken (Bza), verder uitgewerkt.

Wanneer mensen aanspraak willen maken op zorg bekostigd vanuit de AWBZ, dan is het CIZ de instelling die besluit of zij in aanmerking komen voor deze AWBZ-aanspraken. Het CIZ neemt de besluiten onder meer op basis van de genoemde Beleidsregels. De Beleidsregels bestaan uit een ministeriële regeling met acht bijlagen.

Het doel van de CIZ Indicatiewijzer is om per bijlage van de Beleidsregels uit te leggen hoe het indicatieonderzoek wordt uitgevoerd, welke informatie van belang is, hoe deze wordt gewogen en in de context wordt geplaatst, en hoe dit 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. Dit gebeurt als de beschrijving van de Beleidsregels onvoldoende inzicht geeft of te abstract is.

In versie 1.0 van de Indicatiewijzer is aangekondigd dat hij zou worden uitgebreid met de hoofdstukken Grondslagen en Verblijf.

Deze versie van de CIZ Indicatiewijzer, versie 2.0, is eveneens geactualiseerd. Het gaat om aanpassingen die samenhangen met de door het ministerie van VWS per 1 juli 2009 aangebrachte wijzigingen in de Beleidsregels inzake de aanspraken op AWBZ-zorg in het onderwijs. Deze wijzigingen zijn verwerkt in hoofdstuk 7 (Begeleiding) en hoofdstuk 12 (AWBZ-zorg in het onderwijs).

Verder zijn er ten opzichte van versie 1.0 enkele (tekstuele) wijzigingen doorgevoerd die óf een correctie zijn op spelfouten, of die een verheldering zijn ten opzichte van de vorige tekst. De nieuwe Beleidsregels van VWS en de CIZ Indicatiewijzer versie 2.0 gaan in op 1 juli 2009.

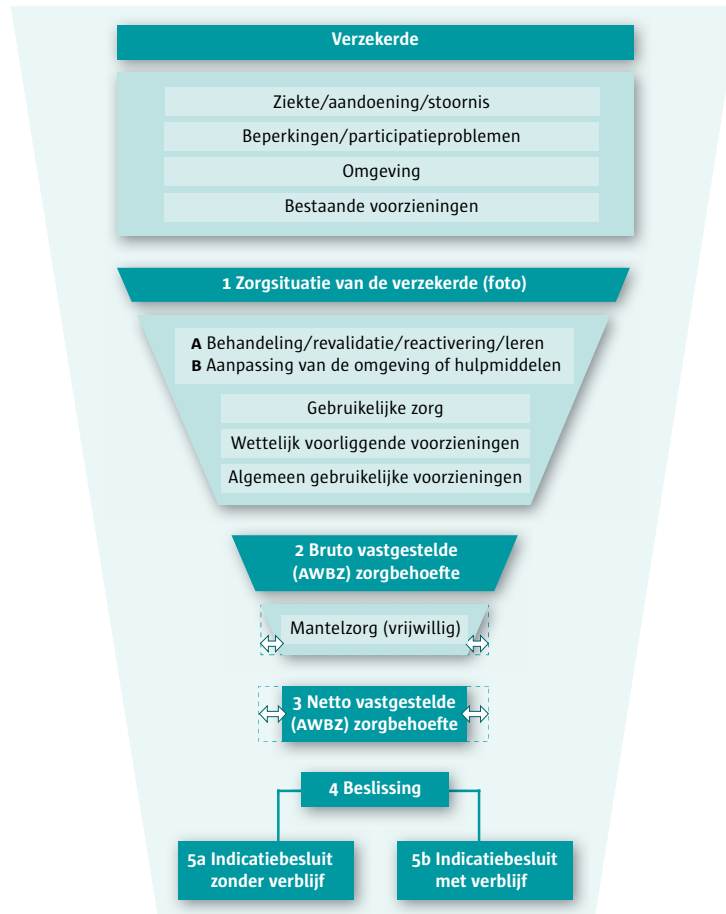
## Inhoud

Daar 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 2009 bedoeld. Deze nieuwe Beleidsregels treden in werking op 1 juli 2009.

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) en Verblijf (VB) 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 10 Palliatief Terminale Zorg, 11 Thuisbeademing en 12 AWBZ-zorg in het onderwijs, wordt de indicatiestelling rondom deze specifieke zorgvragen nader beschreven; dit in relatie tot de diverse 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 deze pagina over gaat.



### Hoofdlettergebruik

De namen van de functies, bijvoorbeeld Begeleiding, worden in dit document met een hoofdletter geschreven. Hetzelfde woord, het 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'.

### Wijzigingenoverzicht

De in deze versie aangebrachte wijzigingen ten opzichte van de CIZ Indicatielijzer versie 1.0 zijn op de betreffende pagina aangegeven. Ook wordt de reden voor de wijziging aangegeven. Dit is gedaan door een verklarende tekst in de kantlijn te plaatsen bij het nieuwe stuk.

# Hoofdstuk 2

## Algemene uitgangspunten

### Inhoudsopgave

<b>2.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2.2</b>	<b>Algemeen</b>	<b>8</b>
2.2.1	Definities	8
2.2.2	Grondslagen	10
2.2.3	Functies	11
2.2.4	Omvang	11
2.2.5	Geldigheidsduur	12
2.2.6	Advies bij besluit	13
<b>2.3</b>	<b>Afwegingskader</b>	<b>15</b>
2.3.1	Stap 1: Probleemanalyse: zorgsituatie van de verzekerde ('foto')	16
2.3.2	Stap 2: Oplossingsanalyse: bruto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte	17
2.3.3	Stap 3: Oplossingsanalyse: netto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte	18
2.3.4	Stap 4: Beslissing: AWBZ-zorg met of zonder Verblijf	18
2.3.5	Stap 5: Indicatiebesluit	19

## 2.1 Inleiding

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

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

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

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

Een nadere uitwerking van de vraag hoe moet worden vastgesteld of een verzekerde is aangewezen op deze vormen van zorg, is vastgesteld in artikel 2 lid 1 en 2 van het 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 voorzieningen<sup>1</sup>

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

#### 2. Dagdeel

Aaneengesloten periode van maximaal 4 uren.

#### 3. Doelmatigheid

De zorg die het goedkoopst adequaat is.

#### 4. Formulierenet

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

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

---

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



#### **5. Gebruikelijke zorg**

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

#### **6. Gebruikelijke zorgverlener**

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

#### **7. Gelijkwaardig indicatiebesluit**

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

#### **8. Gezamenlijk huishouden**

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

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

- a. zij met elkaar gehuwd zijn geweest of eerder voor de toepassing van deze wet daarmee gelijk zijn gesteld;
- b. uit hun relatie een kind is geboren of erkenning heeft plaatsgevonden van een kind van de een door de ander;
- c. zij zich wederzijds verplicht hebben tot een bijdrage aan de huishouding krachtens een geldend samenlevingscontract; of
- d. zij op grond van een registratie worden aangemerkt als een gezamenlijke huishouding die naar aard en strekking overeenkomt met de gezamenlijke huishouding, bedoeld in het vierde lid, artikel 1 AWBZ.

#### **9. Huisgenoot**

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

#### **10. Inherente afwijkingsbevoegdheid**

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

#### **11. Instelling**

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

#### **12. Kind**

Verzekerde jonger dan 18 jaar.

#### **13. Mantelzorg**

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

#### **14. Ouder**

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

#### **15. Partner**

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

#### **16. Respijtzorg**

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

#### **17. 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.

#### **18. Wettelijke voorliggende voorzieningen**

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

#### **19. Zelfzorg**

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

### *2.2.2 Grondslagen*

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

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

De grondslagen voor AWBZ-zorg zijn:

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

Het verschilt per functie (zie paragraaf 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 Zorg indicatiebesluit (Zib), is vastgelegd in een aantal functies (artikel 4 t/m 6, 8 en 9 en artikel 13, lid 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ):

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

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

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

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

### 2.2.4 Omvang

Artikel 13, lid 1b van het Zib:

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

De omvang van de zorg wordt bepaald door de behoefte van de verzekerde aan: gemiddelde tijd (minuten per zorgmoment<sup>2</sup> x aantal malen per dag/week), waarbij in bepaalde gevallen ook de aanwezigheid om interventies te kunnen verrichten kan worden meegenomen; zorg in groepsverband (gedurende een of meer dagdelen); zorg met Verblijf (gedurende een of meer etmalen).

Ad 1

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

#### *Zorg door twee zorgverleners*

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

2 Op één dag kunnen meerdere zorgmomenten plaatsvinden.

toegepast op de te leveren zorg door de eerste persoon. Voor de door de tweede persoon te leveren zorg wordt de (gemiddelde) tijd volledig geïndiceerd.

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

#### *Zorg zonder verblijf*

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

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

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

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

#### *Zorg met verblijf*

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

### 2.2.5 Geldigheidsduur

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

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

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

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

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

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

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

1. bij standaardindicatieprotocollen waarbij op de datum aanvraag de zorg al wordt verleend, maar het CIZ niet op de datum aanvraag beslist. In dat geval beslist het CIZ binnen twee weken. De datum ingang geïndiceerde functie is dan gelijk aan de datum waarop de aanvraag bij het CIZ binnenkomt;
2. als er sprake is van de volgende drie cumulatieve voorwaarden:
  - a. het valt niet aan de verzekerde te verwijten dat het indicatiebesluit niet eerder kon worden genomen,
  - b. de feiten zijn niet aan twijfel onderhevig en dusdanig duidelijk dat met zekerheid of daaraan grenzende waarschijnlijkheid kan worden vastgesteld dat de verzekerde ook in het verleden op de gevraagde zorg was aangewezen,
  - c. en de aanvraag een verzoek om voortzetting van een eerder gelijkwaardig<sup>3</sup> indicatiebesluit betreft.

### 2.2.6 Advies bij besluit

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

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

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

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

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

#### Ad.2 Leveringsvorm

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

#### Ad.3 Activiteiten

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

## 2.3 Afwegingskader

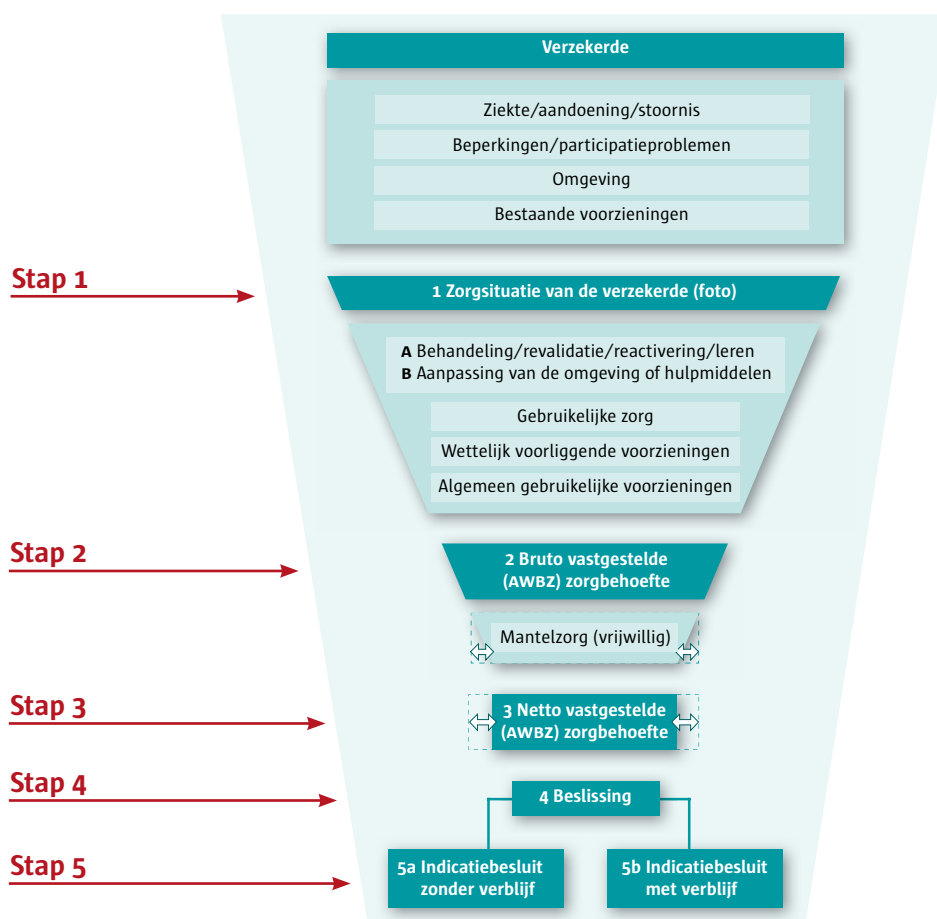
Het CIZ toetst of een verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg. Artikel 6 van het Zib schrijft het volgende voor wat betreft het onderzoek:

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

- 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, 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.”

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

In schema:



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

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

#### Actie

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

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

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

#### Resultaat

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

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

#### Stoornissen

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Beperkingen en participatieproblemen

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

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



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

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

#### **Actie:**

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

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

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

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

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

#### **Respijtzorg**

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

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

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

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

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

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

#### **Resultaat**

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

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

##### **Actie**

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

In stap 1 is de aard en omvang van de aanwezige mantelzorg geïnventariseerd. Daarnaast is onderzocht of de mantelzorg deze zorg in de toekomst (vrijwillig) kan en wil blijven geven en of de verzekerde de mantelzorg wil blijven ontvangen. Mantelzorg in de vorm van zorg, die valt binnen de aanspraken van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, is zorg waarvoor een indicatie mogelijk is. Daarvoor wordt geïndiceerd, tenzij de verzekerde en de mantelzorger daar geen 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 respijtzorg in paragraaf 2.3.2 voor de omvang).

##### **Resultaat**

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

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

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

##### **Actie**

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

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

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

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

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

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

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

#### **Resultaat**

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

#### *2.3.5 Stap 5: Indicatiebesluit*

#### **Actie**

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

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

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

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

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

#### **Resultaat**

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



# Hoofdstuk 3

## Grondslagen

### Inhoudsopgave

<b>3.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>Wettelijk kader</b>	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>Aandachtspunten</b>	<b>23</b>
3.3.1	Grondslagen en functies	23
3.3.2	Vaststellen grondslag	23
3.3.3	Eén of meerdere grondslag(en)	26
<b>3.4</b>	<b>De zes grondslagen</b>	<b>28</b>
3.4.1	De grondslag Somatische aandoening of beperking en de grondslag Lichamelijke handicap	28
3.4.2	Psychogeriatrische aandoening of beperkingen	31
3.4.3	Psychiatrische aandoening of beperkingen	32
3.4.4	Verstandelijke handicap	33
3.4.5	Zintuiglijke handicap	34
<b>3.5</b>	<b>Specifieke punten</b>	<b>36</b>
3.5.1	Syndroom van Korsakow	36
3.5.2	Ziekte van Huntington	36
3.5.3	Verstandelijk gehandicapten met eveneens een grondslag psychiatrische aandoening/beperking	36
3.5.4	Grondslag bij Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)	37
3.5.5	Grondslag op basis van 'symptomatologie'	38
	<b>Bijlagen bij hoofdstuk 3</b>	<b>39</b>
	Bijlage 1 ICD/ICF/DSM-IV-TR	39
	Bijlage 2 Spraak-/taalstoornis	46
	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 2009 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 indicatieorgaan<sup>4</sup> is de enige instantie die bevoegd is een grondslag vast te stellen. Aangezien zowel het aanwezig zijn van een ziekte, aandoening, stoornis als het aanwezig zijn van een beperking of handicap tot een grondslag kan leiden, betekent dit dat de medische diagnose niet de enige manier is om tot een grondslag komen. 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. Hiermee wordt bedoeld dat door middel van onderzoek het aanwezig zijn van, en de samenhang tussen een opgegeven ziekte/aandoening, stoornis, beperking of handicap wordt geobjectiveerd. Met deze werkwijze wordt voldaan aan de kerntaak van het CIZ, 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 Wettelijk kader

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 en 13 tweede lid Besluit zorgaanspraken AWBZ). Verder is voor wat betreft de indicatiestelling het Zorgindicatiebesluit, in het bijzonder artikel 6 sub b en artikel 13, lid 1 sub c op dit hoofdstuk van toepassing.

4 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 leiden tot alle functies. In onderstaande tabel wordt de koppeling zichtbaar tussen de grondslagen en de functies, afgeleid uit de artikelen 4 t/m 6, 8 en 9 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 Verblijf<sup>5</sup> (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

##### Terzake 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 tarzake deskundige. Onder een tarzake 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 is<sup>6</sup>. Het stellen van een diagnose moet overigens niet verward worden met het noemen van een diagnose. Het kan zijn dat iemand al jaren onder een bepaalde diagnose bekend is en dat een deskundige die diagnose noemt zonder dat zij/hij de bevoegdheid of de pretentie heeft deze te (mogen) stellen. In zulke gevallen zal het CIZ de diagnose alleen betwisten wanneer deze gewijzigd zou kunnen zijn. 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 tarzake 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 kan ook zijn dat diagnose, stoornissen en beperkingen door meerdere deskundigen samen worden vastgesteld, hetzij onafhankelijk van elkaar hetzij in een multidisciplinaire setting (en dat dan steeds in het tweede compartiment: Zorgverzekeringswet).

<sup>5</sup> Artikel 13, lid 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

<sup>6</sup> Bijvoorbeeld wordt het inschakelen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg overwogen.

**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 terzake 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 verpleeghuisartsen, sociaal geriaters en artsen verstandelijk gehandicapten.

\*\*\* Aangezien bij een vermoeden van dementie andere (somatische) oorzaken uitgesloten moeten worden, zal bij de diagnose dementie conform de NHG-standaard steeds ook een arts betrokken dienen te 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, handicap<sup>7</sup> of beperking op grond waarvan de verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg, kortom: er moet 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 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. Wat daarbij opvalt is dat, kijkend naar het stoornisniveau (ICF), juist zenuwen en zenuwbanen zijn aangedaan (visus- en gezichtsveldstoornis, stoornis in het bewegingsstelsel als gevolg van verlamming door zenuwuitval) alsook 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. En 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.

### 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/

<sup>7</sup> 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. Aangezien het Besluit zorgaanspraken (Bza) de term 'handicap' hanteert, wordt deze hier gehandhaafd.



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 van een grondslag sprake is, maar of vervolgens ook van een aanspraak op AWBZ-zorg sprake 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 objectieerbare aandoeningen**

Bij Medisch moeilijk objectieerbare aandoeningen (MMOA) is er sprake van beperkingen, die niet direct kunnen worden gerelateerd aan een bepaald ziektebeeld. Soms is de oorzaak van de beperking wel bekend, maar ontbreekt geobjectieerde 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 er 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 daarom eventueel voor de 'voorlopige' grondslag Somatische aandoening of beperking worden gekozen. Op basis daarvan is een indicatiebesluit met een korte geldigheidsduur (drie maanden) mogelijk. Het gaat hier om uitzonderingsgevallen, omdat er doorgaans voldoende gelegenheid is (geweest) om een diagnose te stellen en omdat de verzekerde, alvorens een indicatie te stellen, eerst alsnog het tweede compartiment kan raadplegen.

Bij een verzekerde met een MMOA of een 'ernstig vermoeden' daarvan, dient bij zorginzet op basis van een (nog) niet (volledig) geobjectieerd beperkingenbeeld altijd het eventuele risico op een antirevaliderend effect van de zorg te 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 objectieerbare aandoeningen (MMOA), 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'**

In uitzonderingsgevallen is het mogelijk dat op het moment dat de zorgvraag wordt ingediend de samenhang tussen de ziekte/aandoening, stoornissen, handicap of beperkingen nog niet duidelijk is, omdat de diagnose nog niet bekend is. Als er op geleide van de aanwezige stoornissen en beperkingen wel een 'ernstig vermoeden' van de grondslag bestaat (en daarmee van een 'voorlopige' grondslag), dan is er een indicatiebesluit mogelijk op basis van die (ernstig vermoede) grondslag, zodat de zorgverlening kan aanvangen. Bij twijfel over de grondslag zal, voordat tot een 'ernstig vermoeden' wordt besloten, over aard en ernst van de stoornissen en beperkingen steeds eerst overleg plaatsvinden met behandelaars en hulpverleners bij wie verzekerde bekend is (of, indien verzekerde in de actuele situatie geen enkele behandelaar meer heeft, in het recente verleden bekend was). De basis voor het 'ernstig vermoeden' wordt zo verstevigd. Vanwege het belang te beschikken over relevante gegevens van recente behandelaars en hulpverleners, zal de indicatiesteller steeds deze gegevens opvragen (in het geval van zorgmijders ook van de hulpverlener OGGZ). Lukt het toch niet de gewenste informatie te verkrijgen, dan is het mogelijk om voor bijvoorbeeld de grondslag Psychiatrie een 'ernstig vermoeden' te onderbouwen. Dit kan door de medische voorgeschiedenis van verzekerde uit te vragen (hoe vaak vertoonde verzekerde in het verleden hetzelfde beeld en welke medicijnen zijn/worden gebruikt) en te kijken naar de scores op met deze grondslag verband houdende stoornissen en beperkingen van de sociale redzaamheid. De scores op de stoornissen en beperkingen van de sociale redzaamheid zijn, naast de medische voorgeschiedenis en het actuele beeld dat

iemand vertoont, ook van belang bij de afweging of er sprake is van of een ernstig vermoeden van de grondslag Psychogeriatricie of Verstandelijke handicap. Er wordt dan een grondslag bepaald op basis van een beperkingen- en stoornissenbeeld, dat het 'ernstige vermoeden' onderbouwt. De definitieve grondslag kan worden vastgesteld op geleide van de uitkomst van het in het tweede compartiment (Zorgverzekeringswet) te verrichten diagnostisch onderzoek, waarvoor gedurende de periode van maximaal drie maanden, onder de 'ernstig vermoede/voorlopige' grondslag, zorg kan worden ingezet. In enkele situaties wordt een periode van zes maanden aangehouden, omdat de diagnostiek dan doorgaans moeilijk is: bij kinderen tot vijf jaar en bij zorgmijders. Na afloop van de termijn van drie (zes) maanden zal de diagnostiek rond moeten zijn en de grondslag duidelijk.

Vanwege het feit dat 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 (en dan dus binnen de Zorgverzekeringswet moet zijn verricht alvorens zorg onder de 'voorlopige' grondslag Zintuiglijke handicap in te zetten. Meestal zal deze multidisciplinaire diagnostiek gewoon kunnen plaatsvinden en hoeft pas daarna, op geleide van de uitkomst, een grondslag te worden bepaald.

### Geen grondslag

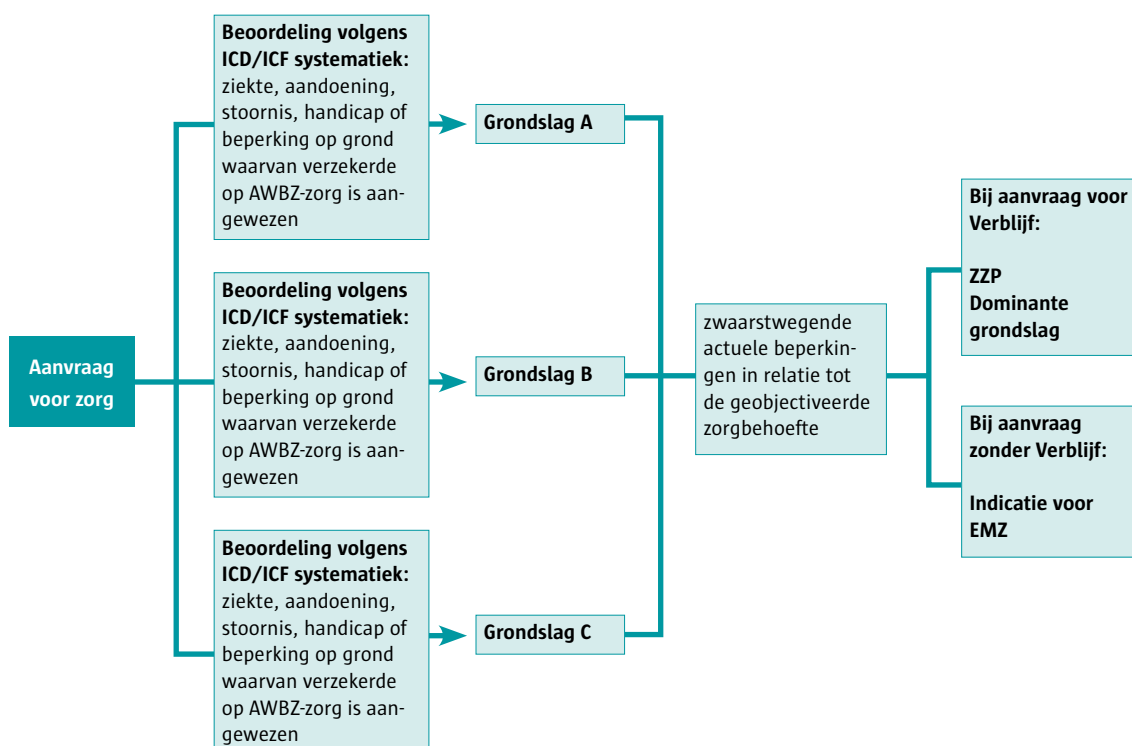
Wanneer (diagnostisch) onderzoek in het tweede compartiment niet binnen de gestelde termijn leidt tot een uitkomst die een eerder 'ernstig vermoede/voorlopige' grondslag bevestigt en wanneer dit evenmin tot een andere dan de vermoede grondslag leidt, dan vervalt het recht op AWBZ-zorg.

### 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. Het CIZ gaat er vanuit dat bij het vaststellen van een dominante grondslag deze ten minste drie maanden stand houdt. Schematisch ziet het vaststellen van de dominante grondslag er als volgt uit.

Schema: bij meerdere grondslagen de dominante grondslag bepalen



Wanneer van één grondslag sprake is, hoeft geen verdere keuze te worden gemaakt: deze grondslag is de grondslag. In het schema wordt uitgegaan van de situatie waarin van meerdere grondslagen sprake is. 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 geobjectiveerde zorgbehoefte. 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 zal moeten worden gekeken of voor deze grondslagen functies geïndiceerd moeten worden. Als bij een indicatie ook 'Verblijf' is geïndiceerd, leidt de dominante grondslag naar de sector van waaruit de zorg geleverd, wordt die het beste bij deze grondslag aansluit. Problemen kunnen zich voordoen wanneer er 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 een lichamelijke handicap veroorzaakt (zie paragraaf 3.4.1);
3. een spraak-/taalstoornis bij een verstandelijk gehandicapte of een autist (zie bijlage 2 bij dit hoofdstuk);
4. een verstandelijke beperking en de ziekte van Alzheimer;
5. een auditieve beperking en dementie;
6. een ernstig meervoudige handicap.

*In deze situaties zal vaak informatie van behandelaars en hulpverleners nodig zijn om het onderscheid goed te kunnen maken en zo de juiste dominante grondslag vast te kunnen stellen.*

#### **Wijziging van de grondslag, 'sectorvreemde ZP's'**

Bij de grondslagbepaling is en blijft het uitgangspunt dat het CIZ de grondslag los van het bestaande zorgaanbod vaststelt en dus noch rekening houdt met de instelling waar verzekerde verblijft, noch met toevallig bij de verzekerde in de buurt aanwezige zorginstellingen die in een bepaald zorgaanbod voorzien.

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.

Het onderscheid tussen de grondslagen Somatiek en Lichamelijke handicap is verscherpt (zie paragraaf 3.4.1), omdat dit tot voor kort onduidelijk was. Dit leidt:

1. tot een zuiverder indicatiestelling in de zin dat de zwaarstwegende beperkingen de grondslag bepalen;
2. tot 'sectorvreemde' indicaties zonder dat daarmee is gezegd dat de instellingen waar deze mensen op het moment van de indicatie verblijven (of waar zij, als zij nog thuis wonen, opgenomen zouden kunnen worden) niet in staat zouden zijn de juiste zorg te verlenen.

Het verschijnsel van de 'sectorvreemde ZP' is overigens niet nieuw en is een gevolg van een historische ontwikkeling waardoor bepaalde categorieën verzekerden in bepaalde sectoren terecht kwamen. Een psychogeriatrisch verpleeghuis kan een aparte afdeling hebben ingericht voor verzekerden met het syndroom van Korsakow, die een gemengd psychiatrisch/psychogeriatrisch beeld kunnen vertonen. Ander voorbeeld: verstandelijk gehandicapte kinderen (grondslag Verstandelijke handicap) met autisme (grondslag Psychiatrie) werden/worden opgenomen in de verstandelijk gehandicaptensector, want de psychiatrische verschijnselen die deze kinderen kunnen vertonen laten onverlet dat het verminderd intellectueel vermogen het aangrijpingspunt van de zorg moet zijn.

Een ander voorbeeld betreft de verzekerde die al jarenlang in een verzorgingshuis verblijft en bij wie bij de herindicatie op grond van de zwaarstwegende beperkingen in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte de dominante grondslag Lichamelijke handicap wordt vastgesteld. Als de verzorging in het verzorgingshuis niets te wensen overlaat omdat het verzorgingshuis zich kennelijk op de actuele zorgbehoefte van de verzekerde heeft ingesteld, is het van de financieringsafspraken afhankelijk of het tot overplaatsing komt.

Gelet op de hiervoor genoemde voorbeelden, kan in plaats van een aanbodgerichte grondslagkeuze, het maken van financieringsafspraken tegemoet komen aan het bezwaar van sectorvreemde ZP's.

### 3.4 De zes grondslagen

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

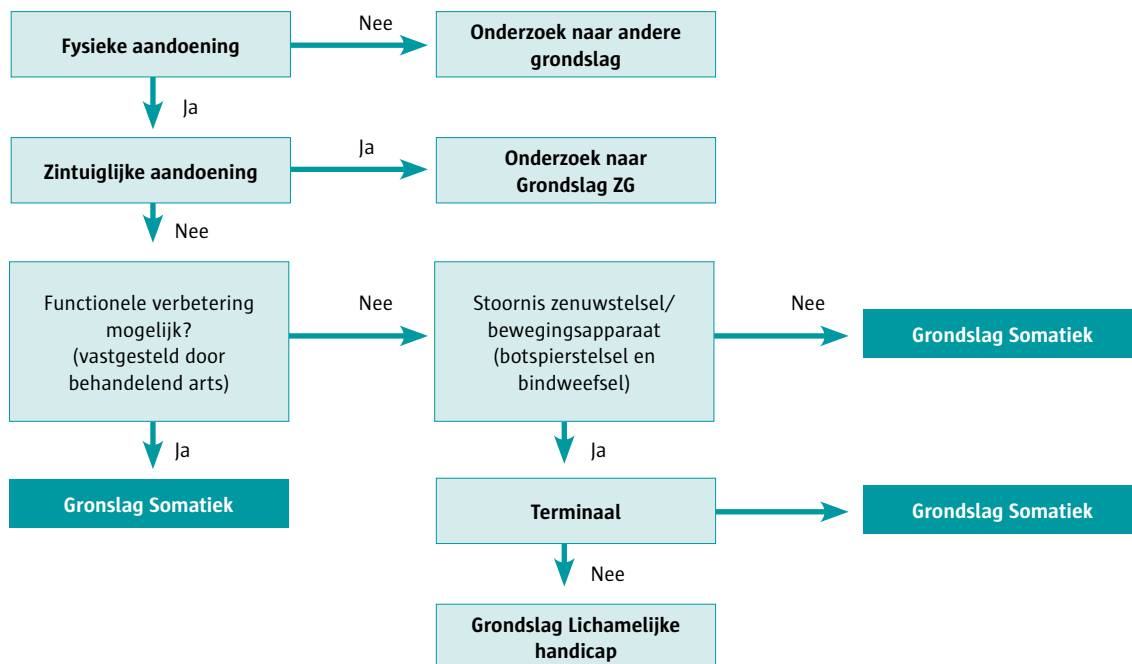
##### De grondslag Somatische aandoening of beperking

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. Dit is ook het geval bij een terminale situatie<sup>8</sup>, waaronder in dit verband ook een situatie wordt verstaan waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven. Denk bijvoorbeeld aan een verzekerde met een hersentumor.

Om te kunnen bepalen of er sprake is van de grondslag Somatische aandoening of beperking, of van de grondslag Lichamelijke handicap, wordt gebruik gemaakt van het volgende schema.

Schema: grondslagbepaling Somatische aandoening/beperking of Lichamelijke handicap



<sup>8</sup> Hiermee wordt niet alleen bedoeld op de termijn van drie maanden die het CIZ hanteert bij het indiceren van palliatief terminale zorg, maar ook een situatie waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven.

### *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 dient eerst onderzocht te worden of deze aandoening leidt tot de grondslag Zintuiglijke handicap, of tot één 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 toestand<sup>9</sup>, 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, indien de beperkingen worden veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel en bindweefsel), van een grondslag Lichamelijke handicap gesproken. 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 artritis<sup>10</sup>), heeft dus als grondslag Somatische aandoening of beperking<sup>11</sup>. 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 over de vraag of groei en ontwikkeling nog een positieve invloed op de beperkingen kunnen hebben, 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.

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

- Persoonlijke Verzorging;
- Verpleging;
- Begeleiding individueel en/of gedurende een dagdeel in een instelling (Begeleiding groep), mits sprake is van een matige of zware beperkingen op het terrein van:
  - a. de sociale redzaamheid;
  - b. het bewegen en verplaatsen;
  - c. het psychisch functioneren;
  - d. het geheugen en de oriëntatie;
  - e. matig of zwaar probleemgedrag;
- Begeleiding als onderdeel van Palliatief Terminale Zorg; Begeleiding indien tevens Verblijf is geïndiceerd;
- Behandeling;
- Verblijf.

### **De grondslag Lichamelijke handicap**

In het voorafgaande is reeds 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 nader uitgewerkt. Ter illustratie dient het volgend schema.

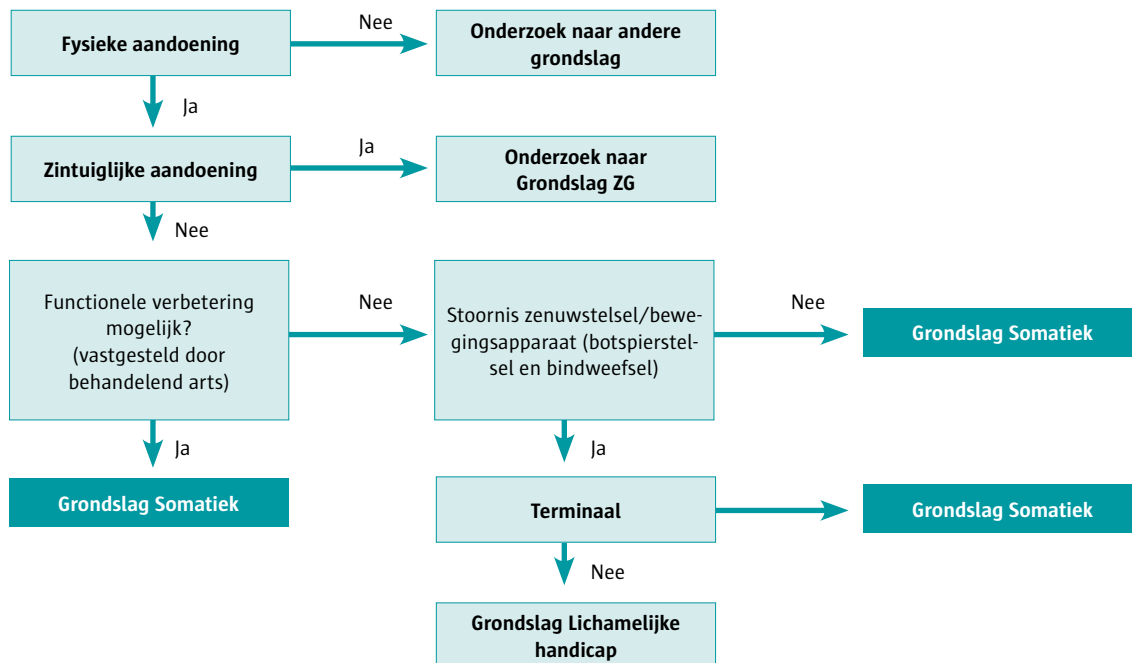
---

9 'Stabiele toestand' dient hier begrepen te worden als stabiliteit in aard en ernst van de aanwezige stoornissen en beperkingen.

10 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.

11 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 LG vastgesteld.

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 en 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<sup>12</sup>, dan is de grondslag Lichamelijke handicap van toepassing. Bij twijfel over de vraag of nog functionele verbetering mogelijk is, wordt de behandelend arts geraadpleegd.

**Enkele voorbeelden hoe het onderscheid tussen de grondslagen Lichamelijke handicap en Somatische aandoening of beperking gemaakt wordt**

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 dient de vraagstelling aan de behandelend arts wat dit betreft duidelijk te 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.

12 Hiermee wordt niet alleen bedoeld op de termijn van drie maanden die het CIZ hanteert bij het indiceren van palliatief terminale zorg, maar ook een situatie waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven.

### **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 ten gevolge van vaatproblemen bij suikerziekte) 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.

*De grondslag Lichamelijke handicap geeft toegang tot alle AWBZ-functies, zij het tot de functie Begeleiding alleen als van een matig/zware invaliderende (somatische) aandoening of beperking sprake is.*

#### **3.4.2 Psychogeriatrische aandoening of beperkingen**

Een psychogeriatrische grondslag wordt gevormd door een ziekte, aandoening of stoornis in of van de hersenen, gekenmerkt door progressieve achteruitgang in het psychisch, lichamelijk en/of sociaal functioneren. 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. 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 (NHG = Nederlands Huisartsen Genootschap). Om tot de grondslag Psychogeriatric 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 aan iemand dementie (of een ‘dementieel syndroom’) kunnen toeschrijven vereist dan ook een grondig diagnostisch onderzoek. Voor het bepalen van de grondslag is het van belang dat enige vergeetachtigheid niet vanzelf het stempel ‘dementieel syndroom’ opgedrukt krijgt. Het CIZ zal dan ook bij twijfel bij de behandelaars de onderzoeksrapportage opvragen waaruit het bestaan van de beperkingen blijkt.

Eerder (paragraaf 3.3.2) is reeds ingegaan op de situatie waarin van een ‘ernstig vermoeden’ of een ‘voorlopige’ grondslag sprake is. Alleen in uitzonderingsgevallen kan de CIZ-arts op basis van het algehele beeld, daarbij geholpen door de scores op de beperkingen van de sociale redzaamheid, tot een ‘ernstig vermoeden’ van de grondslag concluderen. Op basis daarvan wordt een ‘voorlopige’ grondslag Psychogeriatric vastgesteld. Onder deze grondslag kan voor een periode van maximaal drie maanden zorg worden ingezet waarna op geleide 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 plaats gevonden zal hebben of nog plaats kan hebben.

- De grondslag Psychogeriatric geeft toegang tot alle AWBZ-functies, zij het alleen tot de functie Begeleiding wanneer 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 en de oriëntatie, of bij verzerden;
  - e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

### 3.4.3 Psychiatrische aandoening of beperkingen

Psychiatrische ziektebeelden/aandoeningen worden ook wel psychische stoornissen genoemd, omdat een, of meer symptomen, van de stoornis veroorzaakt wordt 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).

De *grondslag* psychiatrie wordt vastgesteld wanneer sprake is van ziekte die wordt gekenmerkt door een stoornis in de psychische functies, gepaard gaand met lijden en/of sociaal disfunctioneren (bron: College voor zorgverzekeringen, AWBZ Kompas).

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 een verstandelijke handicap aan de basis daarvan 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: deze stoornissen kunnen, als de 'patiënt' hulp nodig heeft in de eerste lijn worden opgelost (huisarts, maatschappelijk werkende, eerste lijnpsycholoog, enzovoorts).

Soms bestaat er een 'ernstig vermoeden' van de aanwezigheid van een psychiatrische grondslag, terwijl er nog geen diagnose beschikbaar is, maar er wel al ernstige beperkingen in de zelfredzaamheid worden waargenomen. In die gevallen kan, in afwachting van nadere diagnostiek, op basis van het actuele beperkingenbeeld, toch worden gekozen voor de 'voorlopige' 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).

De diagnose voor de bepaling van de grondslag Psychiatrie dient door een terzake deskundige zoals een arts, psychiater of gz-psycholoog verstrekt te worden.

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

- Persoonlijke Verzorging
- Begeleiding, zij het dat sprake moet zijn 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 en de oriëntatie
  - e. matig of zwaar probleemgedrag
- Zorg met Verblijf (zie paragraaf 3.3.1).



### 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) en 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 de 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.

#### Niveaus van intellectueel functioneren

In de DSM-IV-TR is de mate van verstandelijke handicap 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)	

Bevoegd om uitspraken te doen over de grondslag Verstandelijke handicap zijn gedragsdeskundigen zoals orthopedagogen en GZ-psychologen. Daarnaast kan, bij samenloop met een somatische ziekte, een zintuiglijke of lichamelijke handicap, het oordeel van een arts of medisch specialist 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. In de praktijk worden bij verstandelijk gehandicapten weliswaar regelmatig psychiatrische symptomen gezien, bijvoorbeeld van een autistiform karakter, maar steeds zal de afweging gemaakt moeten worden of deze symptomen een op zichzelf staand psychiatrisch beeld vormen, of mogelijk uitingsvormen zijn van de verstandelijke handicap.

De grondslag Verstandelijke handicap geeft toegang tot de volgende AWBZ-functies:

- Persoonlijke Verzorging
- Begeleiding, mits 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 en de oriëntatie
  - e. matig of zwaar probleemgedrag
- Behandeling
- Verblijf

#### Gedragsproblemen bij Verstandelijke handicap en door andere oorzaken

Gedragsproblemen wijzen terug naar tal van oorzaken. Van de aard en ernst van die problemen is afhankelijk of we van een grondslag Verstandelijke handicap spreken. Er kan sprake zijn van ongewenst gedrag, dat niet zonder meer een teken hoeft te zijn van disfunctioneren door een verstandelijke handicap, maar ook een gevolg kan zijn van een psychiatrisch ziektebeeld. Verder kunnen opvoedingsproblemen aan de gedragsproblemen ten grondslag liggen en dan is er geen sprake van AWBZ-zorg, maar van jeugdhulp op grond van de Wet op de jeugdzorg. Het aangrijpingspunt van de zorg is anders naarmate de onderliggende problemen een andere oorzaak hebben. Het spreekt dan ook vanzelf dat vooraleer van inzet van AWBZ-zorg sprake kan zijn, de juiste probleemanalyse en diagnostiek door de juiste disciplines (waaronder kinderpsychiater, orthopedagoog, gz-psycholoog) verricht moet zijn. Zie over gedragsproblemen verder bijlage 3 bij dit hoofdstuk, waarin deze problemen in een bredere context worden geplaatst.

### **Verbijzondering grondslag verstandelijke handicap**

Bij de introductie van de Zorgzwaartepakketten (ZZP's) zijn met het oog op de vereiste specifieke setting voor een bepaalde categorie verzekerden met de grondslag Verstandelijke handicap de volgende 'verbijzonderingen' toegevoegd: Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG) en Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG). Zie hierover ook het hoofdstuk Verblijf van deze Indicatiewijzer. In de volgende twee paragrafen wordt ingegaan op de (gedrags)problemen die bij deze categorie verzekerden worden gezien en die de grondslag Verstandelijke handicap krijgen.

### **Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG)**

Er is in Nederland op historische gronden consensus dat een IQ-score tussen 70 en 85 mag worden opgevat als die van een Licht Verstandelijke Gehandicapte (LVG) mits van meervoudige problematiek sprake is. Tot meervoudige problematiek worden gerekend: een verstandelijke beperking (laag intellectueel vermogen), beperkt sociaal aanpassingsvermogen en ernstige, chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problemen, en deze vaak in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

### **Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG)**

Bij SGLVG-verzekerden is sprake van onbegrepen en risicovol gedrag dat wordt veroorzaakt door een licht verstandelijke handicap en/of psychiatrische problemen en/of gedragsproblemen. 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 doorgaans toch onder de grondslag Verstandelijke handicap geïndiceerd. De reden hiervoor is dat de gedragsproblemen/stoornissen sterk verweven zijn met de licht verstandelijke beperking. Zie voor de problemen die het bepalen van de dominante grondslag bij deze categorie verzekerden kan opleveren, paragraaf 3.5.3.

### **3.4.5 Zintuiglijke handicap**

De grondslag Zintuiglijke handicap wordt in de regel toegekend aan alle 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, eventueel in combinatie met beperkingen in het dagelijks functioneren. Van een ernstige visuele stoornis en daarmee ook van de grondslag Zintuiglijke handicap, is sprake als bij de gezichtsscherpte van het beste oog ondanks een optimale brilcorrectie een waarde is vastgesteld tussen:

- 0 (geen lichtperceptie) en 6/60 (slechtziend)
- of minder dan 30% zicht aan het beste oog
- of ernstige gezichtsveldproblemen (bijvoorbeeld een gezichtshoek van minder dan 10 graden zoals bij kokerzien)

Wanneer er sprake is van een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 is er sprake van slechtziendheid. Afgemeten aan een gezichtsscherpte van 1.0 bij 100% gezichtsscherpte. Wanneer de slechtziendheid gepaard gaat met andere problemen voor wat betreft het visuele vermogen en hiervoor vanuit de reguliere oogheelkundige praktijk wordt verwezen naar specialistische diagnostiek, is eveneens een aanspraak mogelijk. De combinatie van slechtziendheid en bijkomende visuele problemen tezamen, leiden aantoonbaar tot extra beperkingen in het dagelijks functioneren. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij maculadegeneratie (macula = 'vlek' op het netvlies met de grootste concentratie zintuigcellen) en hemianopsie (= halfzijdige uitval van het gezichtsveld bijvoorbeeld als gevolg van een CVA).

De diagnostiek vindt plaats door middel van metingen met hulpmiddel (bril). Als de verzekerde bijvoorbeeld een bril draagt dan wordt door de meting vastgesteld hoeveel gezichtsvermogen de verzekerde heeft terwijl hij/zij de bril draagt.

### **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 middels audiometrie van het beste oor, zonder gebruik van een eventueel hulpmiddel zoals een gehoorapparaat. 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 van de 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 dan is er geen sprake van een grondslag voor de AWBZ. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal.

Een spraak-/taalprobleem (of -stoornis) wordt onder de grondslag Zintuiglijke handicap vastgesteld als er een aandoening of stoornis is vastgesteld die leidt tot ernstige of zeer ernstig 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-/taalstoornis wanneer dit is aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek, verricht in het tweede compartiment. Het is van belang om spraak-/taalstoornissen te onderscheiden van communicatieproblemen die inherent zijn aan ziektebeelden als autisme en verstandelijke handicap.

### **Communicatieproblemen: doorgaans geen (grondslag) Zintuiglijke handicap**

Communicatieproblemen wijzen terug naar tal van oorzaken en het is van de aard en ernst van die problemen afhankelijk 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 dienen te 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 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 op zichzelf staande 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, uitgezonderd de functie Verpleging en alleen tot de functie Begeleiding wanneer 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 en de oriëntatie
- e. matig of zwaar probleemgedrag

### 3.5 Specifieke punten

#### 3.5.1 *Syndroom van Korsakow*

Het syndroom van Korsakow is een van origine psychiatrisch ziektebeeld, dat zich in de loop van de tijd bij het ouder worden kan ontwikkelen tot een meer psychogeriatrisch beeld met forse vergeetachtigheid en desoriëntatie in tijd, plaats en persoon. In het laatste geval staan de psychogeriatrische stoornissen op de voorgrond en zijn de psychiatrische stoornissen 'uitgedoofd'. Het vaststellen van de 'dominante' grondslag bij het syndroom van Korsakow is voor het CIZ niet alleen belangrijk omdat daarmee het juiste aangrijpingspunt voor de zorg wordt aangegeven, maar ook omdat het CIZ een taak heeft bij het vaststellen van de Bopz-status wanneer althans van de grondslag Psychogeriatric sprake is. Over het vaststellen van de 'dominante' grondslag: zie paragraaf 3.3.3.

#### 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 waar later beperkingen op het cognitieve en/of psychische vlak bij kunnen komen. Juist daarom is het zaak om bij een bestaande zorgvraag goed te inventariseren wat op dat moment het precieze aangrijpingspunt van de zorg zou moeten 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 verzeerden met de ziekte van Huntington onder de grondslag Somatische aandoening of beperking overwegend in somatische verpleeghuizen opgenomen. Het CIZ dient objectief vast te stellen welke de zwaarstwegende actuele beperkingen zijn in relatie tot de zorgbehoefte en op basis daarvan de (dominante) grondslag te bepalen. In voorkomend geval kan bij een herindicatie voor een verzeerde met de ziekte van Huntington een andere dominante grondslag worden vastgesteld dan de grondslag Somatische aandoening of beperking. In paragraaf 3.3.3 wordt op deze zogenaamde 'sectorvreemde ZZP's' en de werkwijze daarbij nader ingegaan.

#### 3.5.3 *Verstandelijk gehandicapten met eveneens een grondslag psychiatrische aandoening/ beperking*

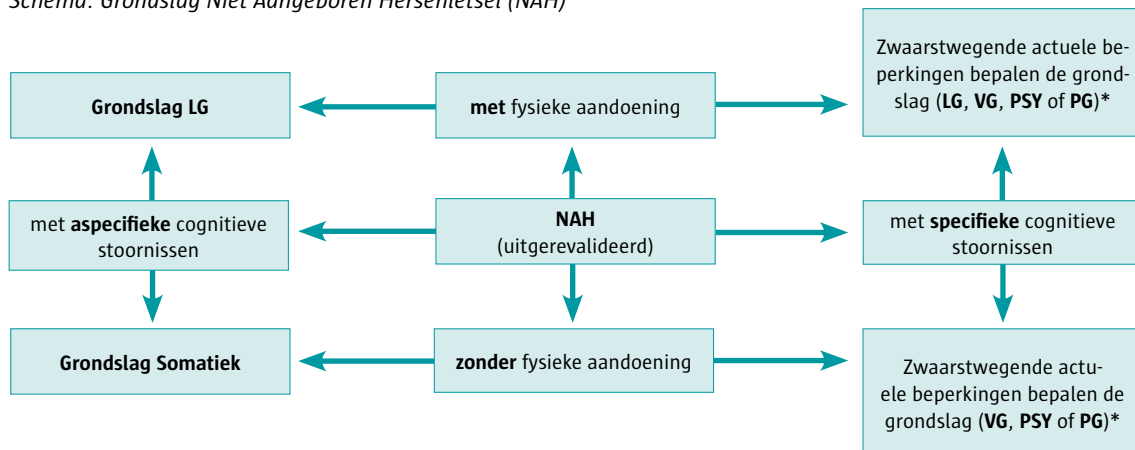
Bij een combinatie van de grondslag Verstandelijke handicap en de grondslag Psychiatrische aandoening/ beperking zal het CIZ in deze situaties zorgvuldig moeten afwegen of en hoe de optredende psychiatrische problemen zich tot de verstandelijke handicap verhouden. De verstandelijke handicap is namelijk van invloed op de manier waarop eventueel optredende psychiatrische problemen zich voordoen. Hierom moet men zich er bij het optreden van psychiatrische problemen ook steeds van bewust zijn dat een verstandelijke handicap aan de basis daarvan kan liggen. 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.

Daarnaast moet de (nieuwe) dominante grondslag tenminste drie maanden standhouden. Wanneer door de verstandelijke handicap van een psychiatrische aanpak/interventie in de zin van de AWBZ geen effect kan worden verwacht omdat het verminderd intellectueel vermogen en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen dat in de weg staat, dan blijft de dominante grondslag Verstandelijke handicap. Dit omdat vanwege het aangrijpingspunt van de AWBZ-zorg/behandeling een benadering vanuit de verstandelijke handicap noodzakelijk is<sup>13</sup>. Als daarentegen, mede op aangeven van een ter zake deskundige, wel effect van een psychiatrische aanpak/interventie is te verwachten, omdat de verstandelijke handicap wel een (reguliere) psychiatrische aanpak/interventie in de zin van de AWBZ mogelijk maakt, dan wordt wel de grondslag Psychiatrische aandoening/beperking als de dominante grondslag aangenomen.

### 3.5.4 Grondslag bij Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)

Onder Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) wordt verstaan: hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan door of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op de hulpverlening<sup>14</sup>. Voorbeelden van NAH zijn hersenletsel door een verkeersongeluk of na een hersenoperatie vanwege een hersentumor of als gevolg van een CVA. Bij NAH is het volgende schema van toepassing.

Schema: Grondslag Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)



\* Achtereenvolgens de grondslagen Lichamelijke handicap (LG), Verstandelijke handicap (VG), Psychiatrie (PSY) en Psychogeriatric (PG)

Wanneer een verzekerde met NAH uitgerevalideerd is, kan sprake zijn van restsymptomen. Het gaat dan om het al of niet aanwezig zijn van een fysieke aandoening en het aanwezig zijn van specifieke of aspecifieke cognitieve stoornissen. Doorgaans is sprake van aspecifieke cognitieve stoornissen, maar dit hoeft niet. Bij specifieke cognitieve stoornissen kan vanwege de aard van deze stoornissen sprake zijn van een grondslag Verstandelijke handicap, een grondslag Psychiatrie of een grondslag Psychogeriatric. Van een grondslag Verstandelijke handicap kan overigens alleen sprake zijn wanneer het letsel voor het 18de levensjaar is ontstaan. Aspecifieke cognitieve stoornissen zijn mengbeelden die geen bepaalde conclusie met betrekking tot de grondslag toelaten. Is van een fysieke aandoening met aspecifieke cognitieve stoornissen sprake, dan is de grondslag in overeenstemming met het schema in paragraaf 3.4.1 de grondslag Somatische aandoening of beperking.

13 Het feit dat in deze situaties geen sprake is van AWBZ-behandeling, sluit niet uit dat er sprake kan zijn van een psychiatrische aanpak/interventie vanuit de Zorgverzekeringswet.

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

### 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. Voorzover 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 omdat er sprake is van NLD, maar omdat er sprake is van bijkomende problematiek, die wel tot een grondslag leidt (bijvoorbeeld een neurologisch of psychiatrisch lijden). Een ander voorbeeld is **DCD** (Development Coordination Disorder). Een kind met leesproblemen dat als een DCD gepresenteerd wordt, maar waarbij feitelijk geen sprake is van een aandoening, krijgt geen grondslag en dus geen indicatie. 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. Om vast te stellen of bepaalde beweerde beperkingen en stoornissen, maar ook bepaalde behandelmethoden, voldoende grond hebben, zal de internationale wetenschappelijke literatuur geraadpleegd moeten worden.

## Bijlagen bij hoofdstuk 3

### Bijlage 1 ICD/ICF/DSM-IV-TR

#### ICD

Tot nu toe werd voor het vaststellen van de grondslag 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 adnexen
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 geassocieerd
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.

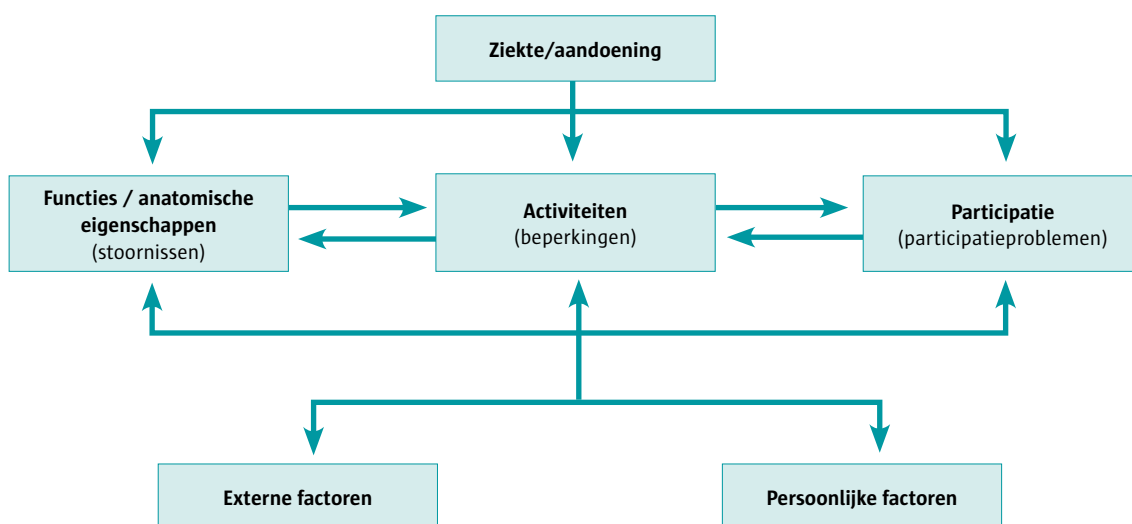
Dat een beschrijving op basis van de ICD alleen te weinig houvast biedt voor een zorgvuldige grondslagbepaling, blijkt uit het volgende voorbeeld. Een ziektebeeld met stoornissen en beperkingen dat, als je dit alleen vanuit de ICD benadert, wat de grondslag betreft tot een (te) beperkte conclusie kan leiden is diabetes mellitus. Van diabetes mellitus wordt in de praktijk al gauw 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 de ICF daar nadrukkelijk eveneens bij betrokken, overigens zonder dat de vereiste samenhang met de ICD wordt losgelaten.

#### ICF <sup>15</sup>

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, par. 4, art. 6a en 6b), horen deze als zodanig niet tot de ICF (de ICF is wel complementair aan de ICD). 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 – zie hierna - vindt beïnvloeding in alle richtingen plaats). Dit laat onverlet dat voor een indicatieorgaan als het CIZ de gezondheid als uitgangspunt wordt gehanteerd, 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 en (3) de mens als deelnemer aan het maatschappelijk leven (classificatie van activiteiten en participatie<sup>16</sup>). 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:

- **funcities:** 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 zie je bijvoorbeeld kortademigheid en koorts optreden, bij een depressie 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;

<sup>15</sup> De hier geschreven tekst is voor een groot deel ontleend aan ICF, een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, Houten 2002, 1e druk.

<sup>16</sup> 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 causaal model.



- **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.

De ICF kent een classificatie op het eerste niveau en een classificatie op het tweede niveau (zijnde een verdere detaillering/uitwerking van de classificatie op het eerste niveau). In onderstaand schema wordt, waar dit aan de orde is, de classificatie op het tweede niveau met cursief aangegeven.

Tabel: ICF, classificatie op het eerste en het tweede niveau	
ICF	eerste niveau (tweede niveau)
<b>Functies:</b>	mentale functies (algemene en specifieke)
	sensorische functies en pijn (w.o. horen en zien)
	stem en spraak
	functies van bloedvaatstelsel, hematologisch systeem, afweerstelsel en ademhalingstelsel
	functies van spijsverteringstelsel, 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 (w.o. haren, nagels)
<b>Anatomische eigenschappen van:</b>	zenuwstelsel
	oog, oor en verwante structuren
	structuren betrokken bij stem en spraak
	hart en bloedvatenstelsel, afweersysteem en ademhalingsstelsel
	spijsverteringsstelsel, metabool stelsel en hormoonstelsel
	urogenitaal stelsel
	structuren verwant aan beweging
	huid en verwante structuren
<b>Activiteiten en participatie:</b>	leren en toepassen van kennis (w.o. doelbewust gebruik van zintuigen en basaal leren)
	algemene taken en eisen
	communicatie (w.o. zowel begrijpen als zichzelf uiten)
	mobiliteit (w.o. 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	
<b>Externe factoren:</b>	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 tabel op pagina 39). 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 haar/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 hierop wordt gefocust, 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 dienen te 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 factoren<sup>17</sup>. 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.

---

<sup>17</sup> 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 causaal 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 loep 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 iemand. Met name de assen 1 en 2 beschrijven de stoornissen die de psychiatrische diagnose inhouden. Schematisch ziet dit er als volgt uit. Zie tabel op pagina 44.

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

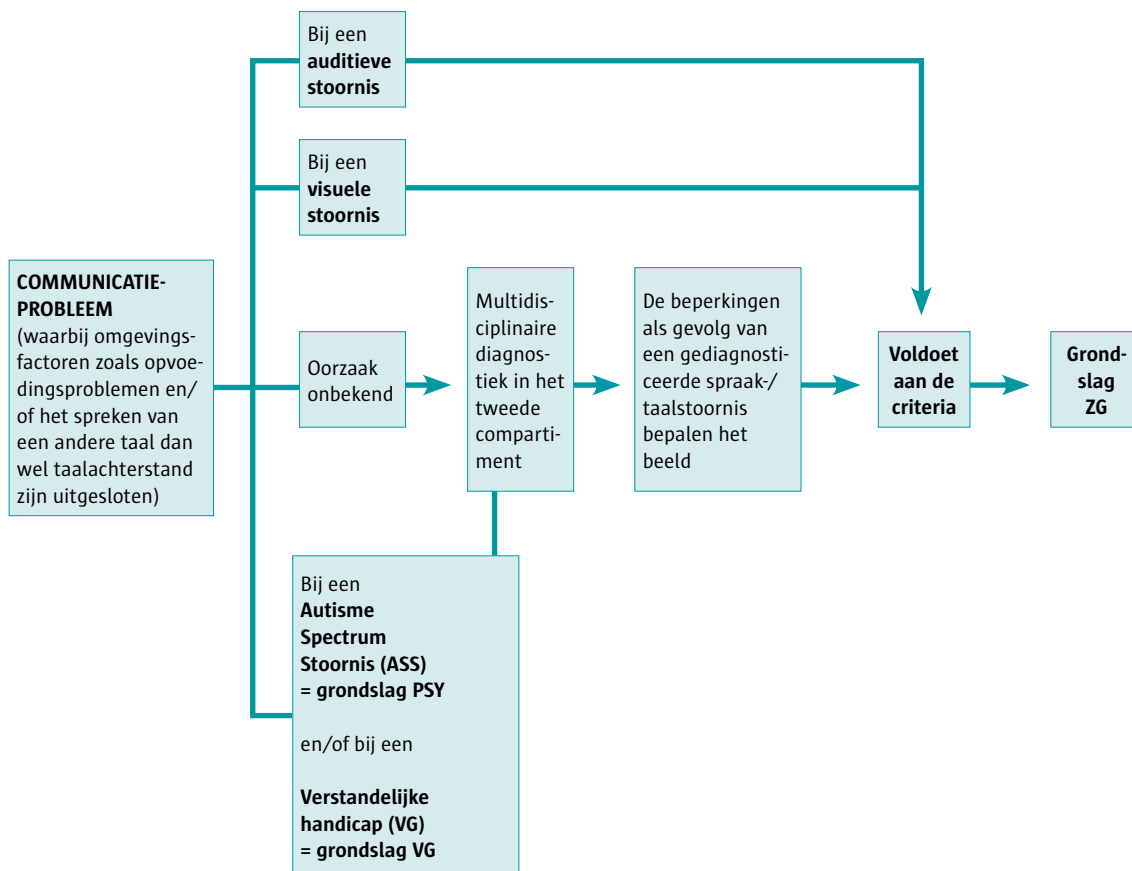
<b>As 1: klinische stoornissen</b>	<i>dient voor het vastleggen van klinische syndromen; dit betreft vrijwel alle psychiatrische beelden met uitzondering van de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid, bijvoorbeeld:</i>
	delirium, dementie en anamnestiche en andere cognitieve stoornissen
	psychiatrische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

<b>As 5: beoordeling van het algemene niveau van functioneren</b>	<i>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:</i>
	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 OF 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 OF matige problemen in sociaal functioneren, op het werk of op school.
	41-50: Ernstige symptomen OF ernstige beperkingen in sociaal functioneren, op het werk of op school.
	31-40: Enige vermindering in realiteitsbesef of communicatie OF 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 OF ernstige beperkingen van communicatie of beoordeling OF onvermogen op alle terreinen te functioneren.
	11-20: Enig gevaar om zichzelf of anderen te verwonden OF af en toe verwaarlozing van de persoonlijke hygiëne OF zeer ernstige vermindering van communicatie.
1-10: Blijvend gevaar zichzelf of andere te verwonden OF blijvend onvermogen de persoonlijke hygiëne te onderhouden OF 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 aard en ernst van dat communicatieprobleem vast te stellen, dus de juiste diagnose te stellen, 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 communicatieproblemen<sup>18</sup>. Een specifieke uitingvorm 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 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 wel 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. Er kan ook sprake zijn van een taalachterstand (rol van het onderwijs).

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 een zodanige aard en ernst dat van een spraak-/taalstoornis gesproken wordt. Of 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

<sup>18</sup> Beperkingen in de communicatie horen alleen tot de grondslag Zintuiglijke handicap als er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen. Voorbeelden zijn spraakstoornis, centrale auditieve stoornis, taalstoornissen in de zin van stoornis in begrip of productie (bron: AWBZ Kompas).

communicatieprobleem vooral gevolg is van beperkingen door:

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

of:

- een op zichzelf staande spraak-/taalstoornis is.

Communicatieproblemen zijn bij personen met autisme of verstandelijke handicap meestal inherent aan dat autisme of die verstandelijke handicap. Dit betekent dat het beperkingenbeeld wordt bepaald door deze ziektebeelden 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. Aangezien doorgaans 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 moeten zijn.

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

Een 'ernstig vermoeden' van een spraaktaalstoornis dient wanneer zorginzet (om zorginhoudelijke redenen) niet kan wachten (op multidisciplinaire diagnostiek in de tweede lijn):

- door een daartoe bevoegd deskundige te worden uitgesproken;
- direct gevolgd te worden door multidisciplinaire diagnostiek die duidelijkheid zal moeten verschaffen over de definitieve oorzaak van de beperkingen;
- en kan onder de 'voorlopige' grondslag ZG tot een indicatiebesluit voor zorg leiden.

Een 'ernstig vermoeden' kan bijvoorbeeld bestaan als:

- er sprake is van zeer ernstige communicatieproblemen waardoor vanuit de eerste lijn zoals huisarts, CB-arts en/of logopedist het 'ernstig vermoeden' bestaat dat het kind een spraak-/taalstoornis zou kunnen hebben en dit vervolgens bevestigd wordt door een geraadpleegde bevoegd deskundige;
- er sprake is van problematiek op één of meer van de op de hiervoor genoemde 5 aspecten en een daartoe bevoegd deskundige bevestigt dit;
- de communicatie ondanks dat er geen gehoorverlies is, niet op gang komt of niet mogelijk is.

Het is bekend dat de diagnostiek bij kinderen moeilijk kan zijn. Aangezien 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). Juist omdat de diagnostiek bij kinderen moeilijk kan zijn, wordt de gehanteerde termijn op het moment dat er nog niet van een diagnose sprake is, maar er al wel een 'ernstig

vermoeden' daarvan bestaat, 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 in vanwege de AWBZ op basis van de grondslag Zintuiglijke handicap, dient een spraak-/taalstoornis door een multidisciplinair spraak-/taalteam te worden aangetoond. Het gaat om gespecialiseerde kinder- en jeugdlogopedisten, jeugdartsen, kinderartsen/-psychiaters en gedragswetenschappers. In de aangeleverde onderzoeksrapportage dienen de volgende onderdelen beschreven te 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, met de primaire spraak-/taalstoornis gepaard gaande, ontwikkelingsproblemen.



### Bijlage 3 Gedrags- en communicatieproblemen

#### Mentale functies en gedrags- en communicatieproblemen

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

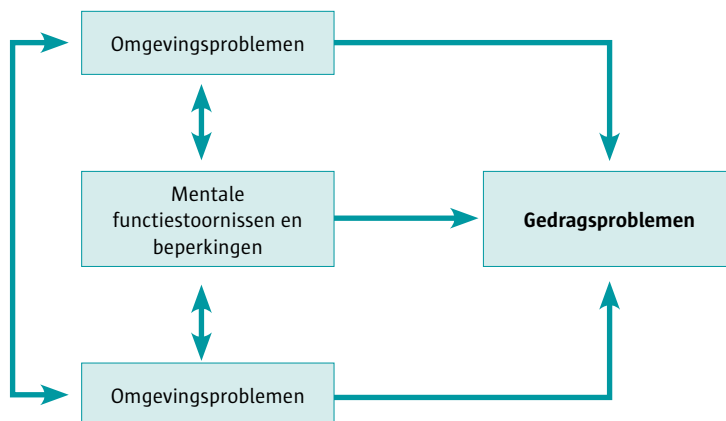
Tabel: ICF, algemene en specifieke mentale functies			
algemene mentale functies	van een stoornis is sprake bij (voorbeelden):	specifieke mentale functies	van een stoornis is sprake bij (voorbeelden):
bewustzijn	verlies van bewustzijn, coma	aandacht (vasthouden, verdelen)	geringe spanningsboog (snel 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 (b.v. extraversie, nauwgezetheid)		perceptie (auditief, visueel)	hallucinaties
energie en driften (b.v. 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 in het kader van deze bijlage te ver al deze aandoeningen en ziektes hier op te sommen. Volstaan wordt met een nadere, op gedrags- en communicatieproblemen toegespitste uitwerking, omdat deze in de indicatiepraktijk het lastigst blijken (zie de volgende drie paragrafen).

#### 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, en zo ja over welke grondslag we spreken. 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 (zie schema hierna).

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 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. Bijvoorbeeld kan een zorgvraag worden ingediend voor een autist met 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 zijn<sup>19</sup>), 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 beperkingen<sup>20</sup>.

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.

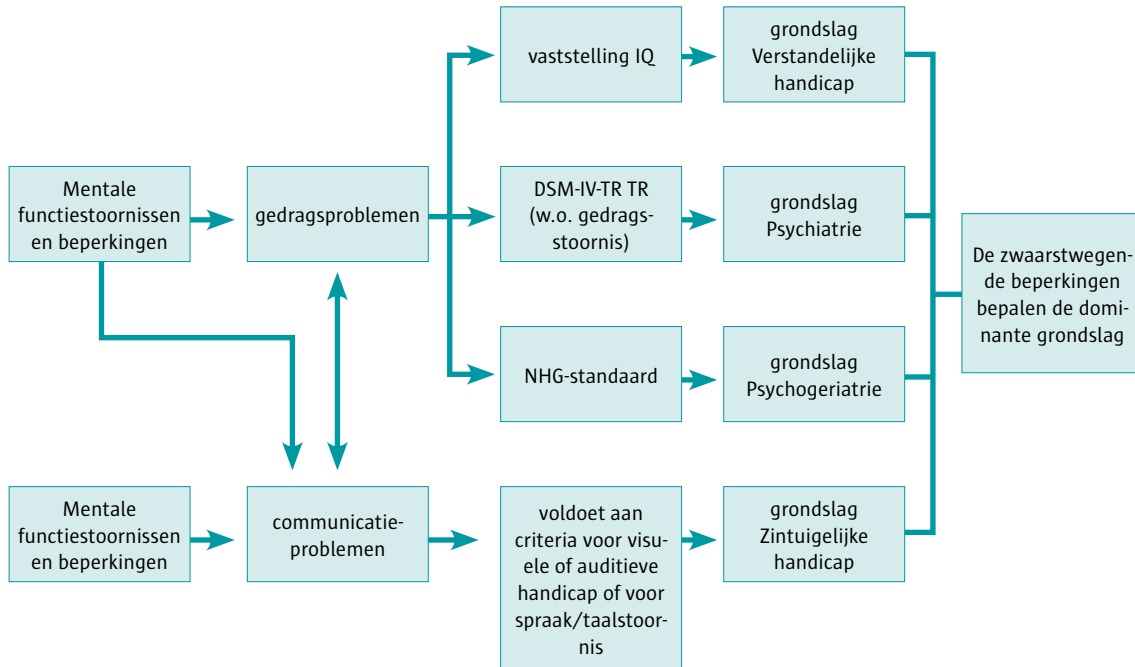
Een aanvraag van zorg vanwege gedrags- en communicatieproblemen verwijst naar een breed spectrum van achterliggende problematiek. Dit vereist grondig onderzoek naar de precieze oorzaak en verwacht mag worden dat dit onderzoek op het juiste deskundigheidsniveau is verricht. Doorgaans leiden mentale functiestoornissen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

---

19 Een gedragsprobleem kan (o.a.) gevolg zijn van een gedragsstoornis (DSM-IV-TR). Van een gedragsstoornis is sprake 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 meest 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 wordt ervaren. De omgeving is vaak de voornaamste hulpvrager.

20 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 van 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 dienen de functiestoornissen en beperkingen die iemand heeft, goed te zijn onderzocht en gedefinieerd om tot de juiste grondslag te kunnen komen. Voor de grondslag Verstandelijke handicap gaat het dan om de vaststelling van het IQ<sup>21</sup>, 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. Aangezien zowel gedrags- als communicatieproblemen vaak samenhangen met stoornissen van de mentale functies, wordt eerst nader ingegaan op wat de ICF onder mentale functies verstaat.

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

# Hoofdstuk 4

## Gebruikelijke zorg

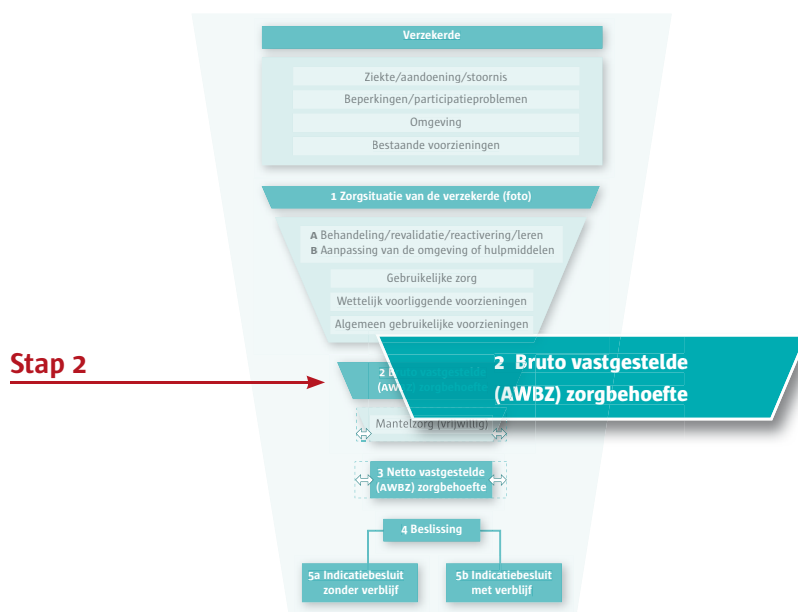
### Inhoudsopgave

<b>4.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>54</b>
<b>4.2</b>	<b>Wettelijk kader</b>	<b>55</b>
<b>4.3</b>	<b>Gebruikelijke zorg</b>	<b>55</b>
<b>4.4</b>	<b>Gebruikelijke zorg per functie</b>	<b>57</b>
	Gebruikelijke zorg bij ouders aan kinderen	57
	Gebruikelijke zorg bij partners onderling	57
	4.4.1 Persoonlijke Verzorging	57
	4.4.2 Verpleging	58
	4.4.3 Begeleiding	58
<b>4.5</b>	<b>Gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg bij kinderen tot 18 jaar</b>	<b>59</b>
<b>4.6</b>	<b>Richtlijnen voor onderzoeken overbelasting</b>	<b>60</b>
	<b>Bijlage bij hoofdstuk 4</b>	<b>61</b>

## 4.1 Inleiding

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

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



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

In paragraaf 4.2 wordt de wettelijke basis van Gebruikelijke zorg beschreven en uitgelegd. In paragraaf 3 wordt in het kort de inhoud van gebruikelijke zorg weergegeven. In paragraaf 4 wordt de gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg per functie beschreven, in paragraaf 5 de gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg bij kinderen en in paragraaf 6 de richtlijnen naar overbelasting gebruikelijke zorgder/mantelzorgder.

## 4.2 Wettelijk kader

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

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

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

## 4.3 Gebruikelijke zorg

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

*In een kortdurende situatie zijn de hoofdregels:*

Bij partners onderling:

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

Bij ouders aan kinderen:

- alle PV
- alle VP
- alle BG

Bij volwassen kinderen en/of elke andere volwassen huisgenoot onderling:

- alle BG

*In langdurende situaties zijn de hoofdregels:*

Bij partners onderling:

- de gebruikelijke BG

Bij ouders aan kinderen:

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

Bij volwassen kinderen en/of elke andere volwassen huisgenoot onderling:

- de gebruikelijke BG

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

### *Afweging gebruikelijk/bovengebruikelijk*

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

### *Bovengebruikelijke zorg bij kinderen in langdurige situaties*

Uit bijlage 3 bij de Beleidsregels; Gebruikelijke zorg:

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

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

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



## 4.4 Gebruikelijke zorg per functie

### *Gebruikelijke zorg bij ouders aan kinderen*

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

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

### *Gebruikelijke zorg bij partners onderling*

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

#### 4.4.1 *Persoonlijke Verzorging*

##### **Partners onderling**

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

Persoonlijke Verzorging bij Gebruikelijke zorg valt buiten de aanspraken van de AWBZ en is geen onderdeel van het verzekerde pakket. 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: partners die erg veel ruzie hebben. Als vanaf de start van de zorgsituatie duidelijk is dat de zorgsituatie een langdurig karakter heeft, is er geen sprake van gebruikelijke zorg. Er hoeft dan dus niet eerst 3 maanden 'gebruikelijke zorg' door partners geleverd te worden, alvorens AWBZ-zorg kan worden geïndiceerd. Persoonlijke Verzorging van volwassen huisgenoten, anders dan partners onderling, is geen gebruikelijke zorg.

##### **Ouders aan kinderen**

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

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

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

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

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

#### 4.4.2 Verpleging

##### **Ouders aan kinderen**

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

Voor ouders van verzekerden tot 18 jaar gaat het aanleren van de VP-handeling (voor zover geen sprake van Zvw-zorg: zie bijlage Beleidsregels, Bijlage 5 Verpleging) voor op het langdurig overnemen van de VP-zorg vanuit de AWBZ.

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

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

#### 4.4.3 Begeleiding

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

Wanneer sprake is van een kortdurende zorgsituatie is Begeleiding binnen het gezamenlijke huishouden Gebruikelijke zorg, ook als dit (tijdelijk) de 'normale' (volgens richtlijnen) Begeleiding overschrijdt. Begeleiding van de verzekerde (zowel volwassen als kind) die naar algemeen aanvaarde maatstaven door partner, ouder, volwassen kind en/of andere volwassen huisgenoot aan de verzekerde moet worden geboden, is ook in langdurende situaties gebruikelijke zorg. Het gaat hierbij in ieder geval om de volgende vormen van begeleiding aan een verzekerde:

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

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

## 4.5 Gebruikelijke/bovengebruikelijke zorg bij kinderen tot 18 jaar

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

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

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0. Om volledig te zijn voor wat betreft de beschrijving van Gebruikelijke zorg bij kinderen, is daarom nu ook de richtlijn die onderdeel is van bijlage 3 van de Beleidsregels, in dit hoofdstuk opgenomen.

## 4.6 Richtlijnen voor onderzoeken overbelasting

### *Algemeen*

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

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

Mogelijke symptomen van overbelasting zijn:

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

### *Onderzoek naar de draaglast-draagkracht*

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

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

## Bijlage bij hoofdstuk 4

Richtlijnen voor Gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel bij verschillende leeftijden in relatie tot AWBZ-zorg (Paragraaf 3 van bijlage 3 bij de Beleidsregels: Gebruikelijke zorg).

### Kinderen van 0 tot 3

- hebben volledige Persoonlijke Verzorging en Begeleiding van een ouder nodig. Bovengebruikelijke PV en BG bij kinderen tot 3 jaar komt daarom zelden voor.

### Kinderen van 3 tot 5

- kunnen niet zonder toezicht van volwassenen;
- 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.

### Kinderen van 5 tot 12

- kinderen vanaf 5 jaar hebben een reguliere dagbesteding op school;
- kunnen niet zonder toezicht van volwassenen;
- 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 zindelijkheidsstraining van de ouders/verzorgers;
- hebben begeleiding van een volwassene nodig in het verkeer wanneer zij van en naar school of activiteiten ter vervanging van school gaan;
- hebben een reguliere dagbesteding op school, oplopend van 22 tot 25 uur/week.

### Kinderen van 12 tot 18 jaar

- hebben geen voortdurend toezicht nodig van volwassenen;
- 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 (bv. huiswerk of het zelfstandig gaan wonen).

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0. Om volledig te zijn voor wat betreft de beschrijving van Gebruikelijke zorg bij kinderen, is daarom nu ook de richtlijn die onderdeel is van bijlage 3 van de Beleidsregels, in dit hoofdstuk opgenomen.



# Hoofdstuk 5

## Persoonlijke Verzorging

### Inhoudsopgave

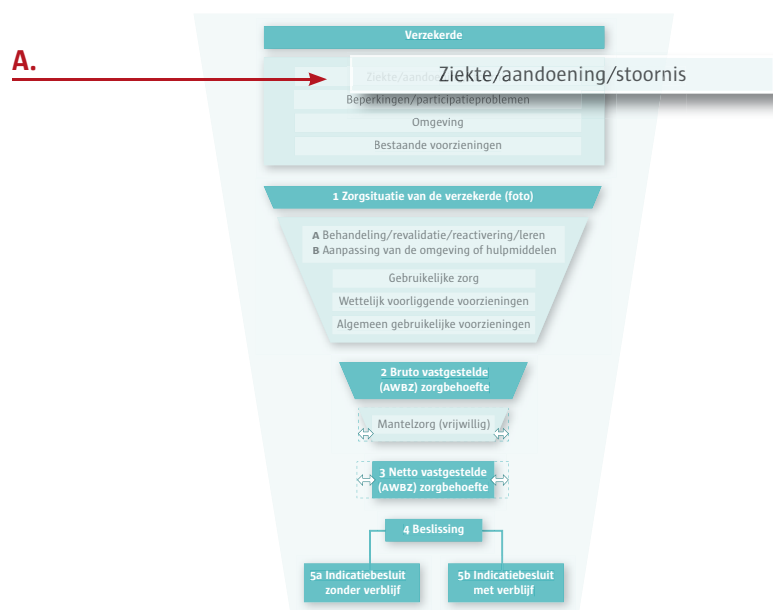
<b>5.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>64</b>
<b>5.2</b>	<b>Afbakeningskader Persoonlijke Verzorging op basis van het trechtermodel</b>	<b>64</b>
	A. Grondslagen	64
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	64
	C. Behandeling/revalidatie	65
	D. Aanpassingen van de omgeving	66
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	66
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	68
	G. Gebruikelijke zorg	69
	H. Mantelzorg	69
<b>5.3</b>	<b>De functie Persoonlijke Verzorging</b>	<b>70</b>
	A. Omvang	70
	B. Geldigheidsduur	72
	C. Gemiddelde tijden per PV-handeling	72
	D. Leveringsvorm	73
	E. Leveringsvoorwaarden	73
<b>5.4</b>	<b>Specifieke punten</b>	<b>74</b>
	Zorg met de handen op de rug	74
	Anti-revaliderend	74
	Aanleren en begeleiden	74
	Respijtzorg	75
	Zorg door twee zorgverleners	75
	Peritoneaaldialyse en hemodialyse	75
	Hulp bij eten en drinken	76
	<b>Bijlage bij hoofdstuk 5</b>	<b>77</b>

## 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, Persoonlijke Verzorging, maar ook de inhoud van de andere delen van de Beleidsregels van VWS zijn van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie PV.

## 5.2 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 limitatieve lijst):

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



- het schoonhouden en verzorgen van natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (stoma, tracheostoma, insteekopening PEG-sonde) bij een lokaal intacte huid.

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

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

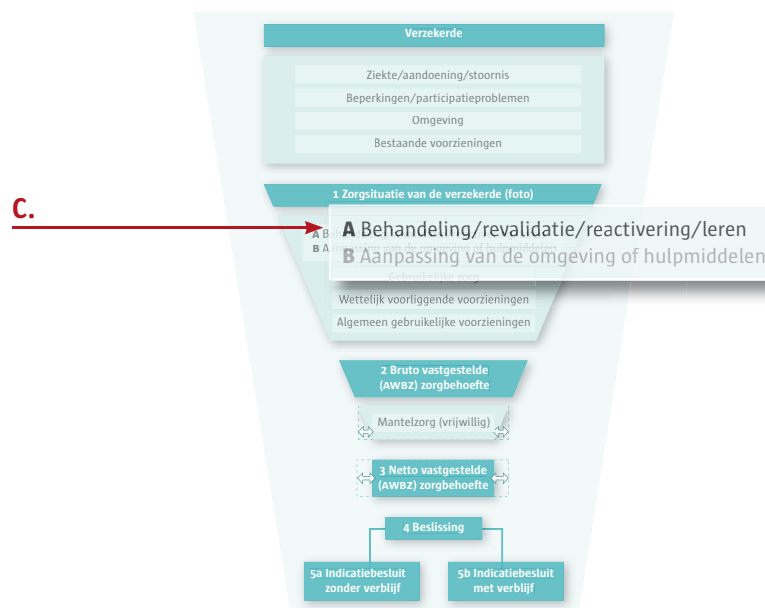
Een indicatie voor PV kan ook worden gegeven voor het aanleren<sup>22</sup> van de activiteiten door de verzekerde, gebruikelijke zorgverzorger of mantelzorger.

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

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

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

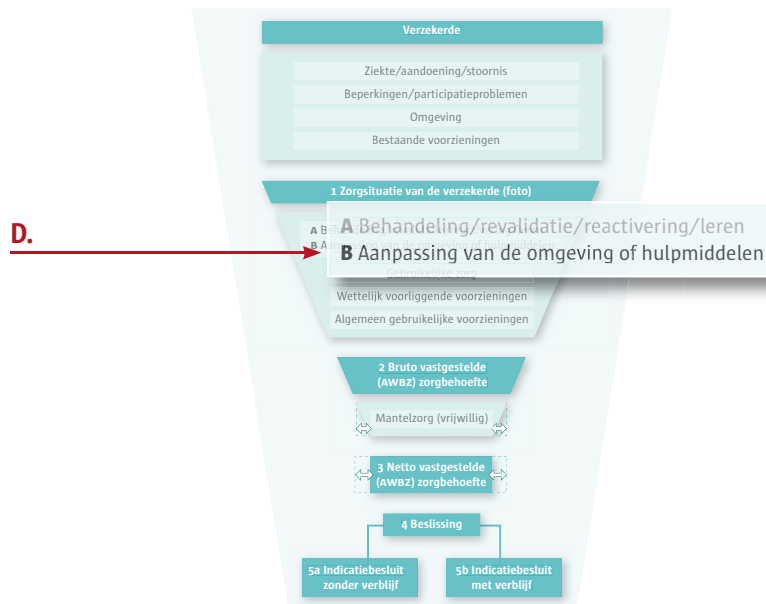
### C. Behandeling/revalidatie



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

<sup>22</sup> In paragraaf 5.4 wordt 'het aanleren' van activiteiten beschreven.

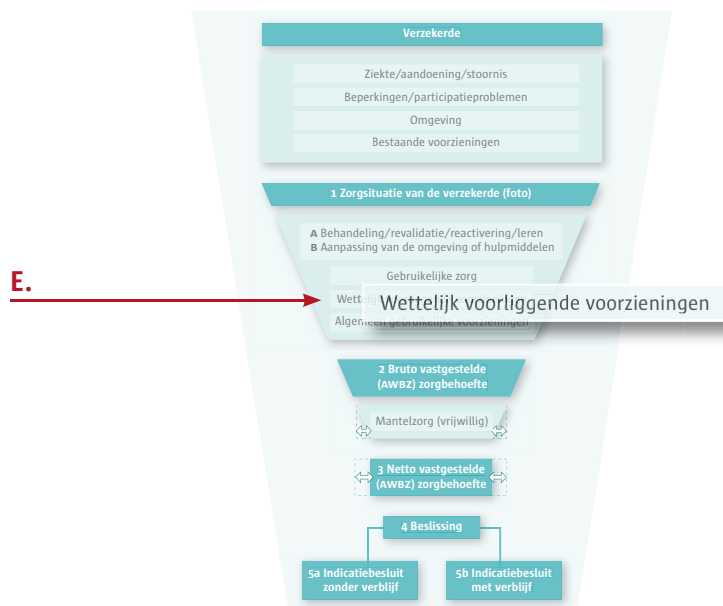
D. *Aanpassingen van de omgeving*



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

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

E. *Wettelijk voorliggende voorzieningen*



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

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

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

Als wordt vastgesteld dat verzekerde de PV-activiteit geheel zelfstandig kan uitvoeren met behulp van een hulpmiddel of voorziening (score 0<sup>23</sup>), dan is het solitair verstrekken van het hulpmiddel of de voorziening vanuit de wettelijk voorliggende voorziening aangewezen. Bij de scores 1-3 kan het een combinatie zijn van een hulpmiddel en het leveren van zorg vanuit de AWBZ waarbij er sprake is van toezicht/stimuleren, dan wel gehele of gedeeltelijke overname.

#### **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.

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

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

#### **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.

---

23 Scores volgens Formulierenset voor indicatiestelling AWBZ/B-formulier.

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

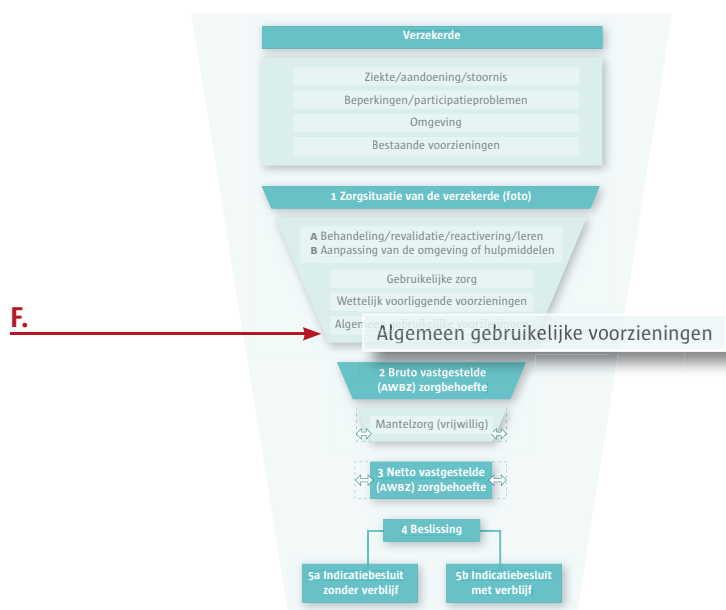
- b. Een openbaar apotheker kan een verzoek om uitzetten in een patiëntspecifieke distributievorm per medicijn en/of per inname-moment niet afwijzen, als het medicijn is voorgeschreven door een arts of valt onder de apotheekverstrekking van de Zvw. Hij kan het uitzetten eventueel uitbesteden aan een andere apotheek of aan de thuiszorg. Een uitzondering geldt voor medicijnen die niet in een patiëntspecifiek distributiesysteem af te leveren zijn (bijvoorbeeld vloeistoffen, crèmes/zalven, middelen die in de koelkast moeten worden bewaard, middelen met een sterk wisselend gebruik (zo nodig medicatie of antistolling). In deze gevallen kan een AWBZ-indicatie voor de functie PV aangevraagd worden. Het betreft hier de activiteit: 1.9: Medicatie: Medicatie aanreiken.
- c. Het aanleren van zorg die voortvloeit uit voorgeschreven behandeling van een medisch specialist, zoals stomazorg, toedienen sondevoeding enzovoort behoren niet tot de aanspraken van de AWBZ. Het aanleren van deze handelingen dient vanuit de Zvw geboden te worden. Indien de verzekerde, of de gebruikelijke zorgverlener niet in staat is de zorg (aan te leren en) zelfstandig uit te voeren, kan AWBZ-zorg aangewezen zijn.

### Afbakening met onderwijs

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

Zie verder paragraaf 5.3.

### F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid

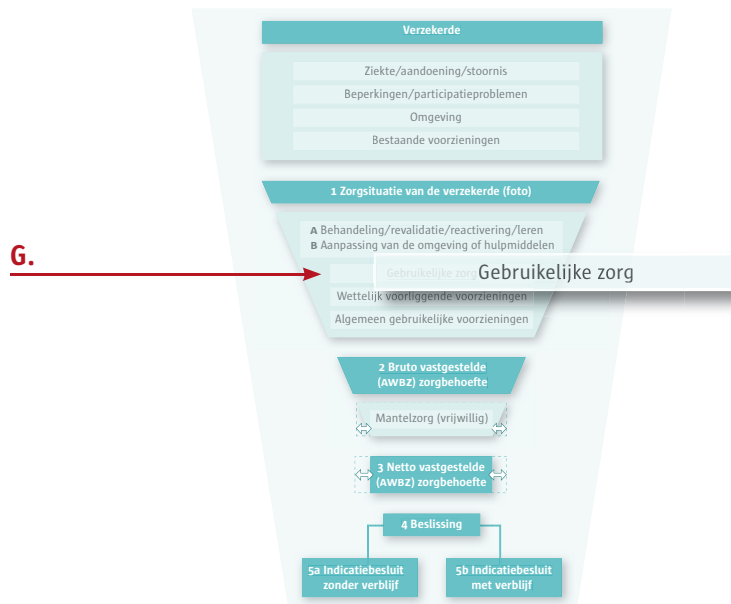


Algemeen gebruikelijke voorzieningen zijn niet bij wet gecreëerde voorzieningen, die buiten de AWBZ om, in de zorgbehoefte voorzien, zijn:

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

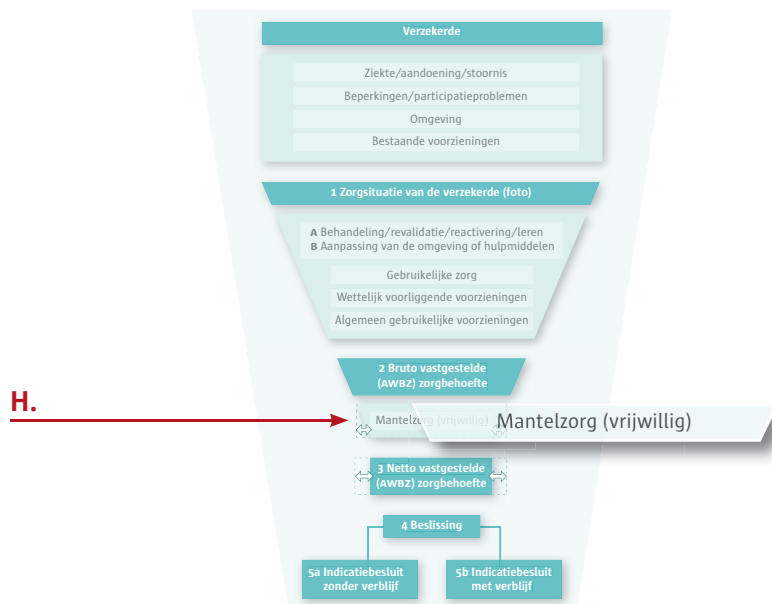
Deze voorzieningen gaan voor op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van verzekerde. Zoals een kinderoppas. Van verzekerden die daartoe in staat zijn, wordt op basis van de eigen verantwoordelijkheid ook actie en initiatief verwacht om hun eigen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

G. Gebruikelijke zorg



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

H. Mantelzorg



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

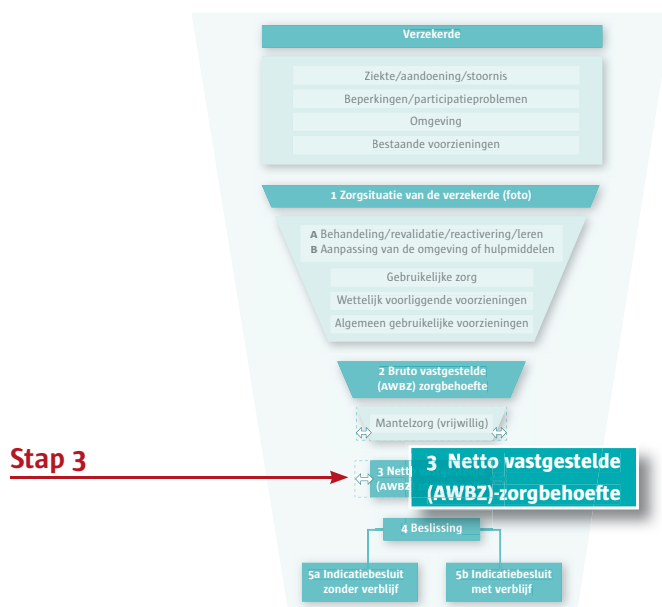
Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte (bovengebruikelijke zorg) levering van zorg. Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat er aanspraak op AWBZ-zorg. Ouders die bovengebruikelijke zorg bieden aan hun kind (zonder dat zij overbelast zijn of dreigen te worden),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

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

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

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

### 5.3 De functie Persoonlijke Verzorging



#### A. Omvang

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

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

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

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

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

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

### **Omvang van de zorg in relatie tot het onderwijs**

Voor de omvang van PV wordt 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 hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm vermeld; de omvang. 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).

Op de omvang PV in de thuissituatie gedurende de schoolweken (40 weken per jaar) en gedurende de vakanties (12 weken per jaar) is hetgeen beschreven is in het hoofdstuk Gebruikelijke zorg van toepassing.

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 clusterindicatie<sup>24</sup>. In het indicatiebesluit wordt naast de totale omvang PV zichtbaar gemaakt welk deel van de aanspraak is bedoeld tijdens het onderwijs en welk deel daarbuiten.

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0 vanwege een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep. De strekking van deze uitspraak in relatie tot de eerdere werkwijze gaat erover dat in het indicatiebesluit inzichtelijk moet worden gemaakt welk onderdeel van de AWBZ-PV bestemd is tijdens de schooluren en welk onderdeel voor in de thuissituatie. Deze wijziging werkt ook door in hoofdstuk 12 'AWBZ-zorg in het onderwijs'. In dat hoofdstuk wordt deze wijziging niet apart inzichtelijk gemaakt.

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

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

### B. Geldigheidsduur

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

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

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

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

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

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

De omvang van de indirecte tijd, 3,5 minuut, is ontleend aan het onderzoeksrapport van bureau HHM<sup>25</sup>.

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

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

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

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



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

Bij samenvallende activiteiten:

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

Niet-limitatief overzicht van factoren 'meer tijd':

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

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

#### *D. Leveringsvorm*

De verzekerde kan kiezen uit de leveringsvormen:

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

De leveringsvorm is een verplicht<sup>26</sup> te registreren item, waarbij de voorkeur van de verzekerde genoemd wordt in de beschikking. Het maakt geen juridisch onderdeel uit van het indicatiebesluit. De verzekerde kan het bij het zorgkantoor aangeven als hij de leveringsvorm gewijzigd wil hebben.

#### *E. Leveringsvoorwaarden*

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

---

<sup>26</sup> Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

## 5.4 Specifieke punten

### *Zorg met de handen op de rug*

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

### *Anti-revaliderend*

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

### *Aanleren en begeleiden*

#### **Aanleren**

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

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

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

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

Na deze drie maanden wordt bezien of de leerbaarheid juist is ingeschat.

Het hangt af van de leerbaarheid van een verzekerde of gebruikelijkezorger of deze een handeling kan aanleren.

Wanneer twijfel bestaat over de mogelijkheid tot aanleren van de verzekerde of de gebruikelijkezorger, is onderzoek door de CIZ-arts noodzakelijk.

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

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

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

Na deze aanleerperiode wordt geen indicatie gesteld voor de handelingen:

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

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

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

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

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

### *Respijtzorg*

Als is vastgesteld dat de ouder(s) of partner of andere huisgenoten in de thuissituatie overbelast is/zijn, of dit ten gevolge van het bieden van PV dreigt/dreigen te raken en daarom niet meer in staat is/zijn de gebruikelijke zorg te leveren, dan zijn eerst eigen mogelijkheden en/of voorliggende voorzieningen om de overbelasting op te heffen, aangewezen. Als dit onvoldoende oplossing biedt, dan kan er tijdelijk een AWBZ-indicatie gesteld worden voor het overnemen van de PV-taken. Indien er al een AWBZ-indicatie PV is, en 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 bijvoorbeeld bij verzekerden met gedragsproblematiek onvoldoende oplossing biedt, dan kan 'toezicht' in de vorm van (tijdelijk) Verblijf, BG groep of BG individueel worden geïndiceerd. Zie de Beleidsregels van VWS.

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

### *Zorg door twee zorgverleners*

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

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

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

### *Peritoneaaldialyse en hemodialyse*

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

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

Bij peritoneaaldialyse (ongeacht of het gaat om CAPD of APD), gaat het om zorg waarvoor geen specifieke deskundigheid noodzakelijk is. De te verrichten handelingen zijn eenvoudig uit te leggen en uit te voeren. Onder normale omstandigheden is een verzekerde goed in staat om dit zelf te doen. Als de verzekerde hier vervolgens niet toe in staat is en de gebruikelijkezorger of mantelzorger<sup>27</sup> dit niet kan overnemen, kan dit leiden tot een indicatie voor AWBZ-zorg.

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

### *Hulp bij eten en drinken*

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

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

---

<sup>27</sup> Mantelzorg is zorg, die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, door personen uit diens directe omgeving. Waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie.

## **Bijlage bij hoofdstuk 5**

### *Gemiddelde tijden*

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

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

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

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

## Frequentie

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

**Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie PV-activiteiten**

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

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

1 De nummering van de activiteiten sluit niet altijd aan. Dit vanwege het aansluiten van deze nummering op de nummering zoals deze binnen de AWBZ brede-ZorgRegistratie (AZR) is opgenomen.

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

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

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

Overzicht van te adviseren activiteiten <sup>1</sup> als onderdeel van de functie Persoonlijke Verzorging	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit	Gemiddelde tijd per keer <sup>2</sup>	Frequentie per dag
1.9 Medicatie	Medicijnen aanreiken <sup>5</sup>	5	Naar noodzaak
	Medicijnen toedienen (oraal)	5	Naar noodzaak
	Aanbrengen medicinale pleister	5	Naar noodzaak
	Toedienen oog-, oor- of neusdruppels of ooggel, medicatie toedienen (vaginaal of rectaal.)	10	Naar noodzaak
	Vernevelen	20	Naar noodzaak
2.1 Persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid	Zorg voor tanden	5	2x
	Zorg voor haren	5	1x
	Zorg voor nagels	5	1x (per week)
	Inspectie van de intacte huid op (dreigende) vervormingen, ontstekingen en/of infecties	10	Naar noodzaak
	Zalven van de intacte huid		
	Verzorging van smetplekken (roodheid en irritaties van de huid)	10 10	Naar noodzaak Naar noodzaak
	Verzorging van de intacte huid rondom natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (zoals PEG-katheter, suprapubiskatheter, tracheostoma <sup>6</sup> , sonde)	10	Naar noodzaak
2.2 Aanbrengen/verwijderen van ledemaatprothese	Aanbrengen ledemaatprothese	15	1x
	Verwijderen ledemaatprothese	15	1x
2.5 Aanleren en begeleiden van PV-activiteiten	Aanleren van verzekerde, gebruikelijke zorgverlener en mantelzorgverlener gekoppeld aan activiteiten 1.1 tot en met 2.2  Begeleiden van verzekerde, gebruikelijke zorgverlener en mantelzorgverlener bij de uitvoering van de activiteiten 1.1 tot en met 2.2 Het gaat om het onderhouden en borgen van de kwaliteit van de door verzekerde, gebruikelijke zorgverlener of mantelzorgverlener 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.	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 30 minuten per week	Gelijk aan een of meer van de aan te leren activiteiten 1.1. tot en met 2.2.  gemiddelde tijd naar eigen inzicht verdelen over de week
<p>1 De nummering van de activiteiten sluit niet altijd aan. Dit vanwege het aansluiten van deze nummering op de nummering zoals deze binnen de AWBZ brede-ZorgRegistratie (AZR) is opgenomen.</p> <p>2 Deze gemiddelde tijden zijn inclusief indirecte zorg (3,5 minuut).</p> <p>5 Inclusief uit de koelkast, weekdoos/baxter pakken, inschenken enzovoort.</p> <p>6 Bij het verwisselen van de tracheacanule (onderdeel VP) maakt de verzorging van de huid rondom de tracheostoma onderdeel uit van deze handeling. De verzorging wordt dan ook niet geïndiceerd bij het verwisselen van de tracheacanule.</p>			





# Hoofdstuk 6

## Verpleging

### Inhoudsopgave

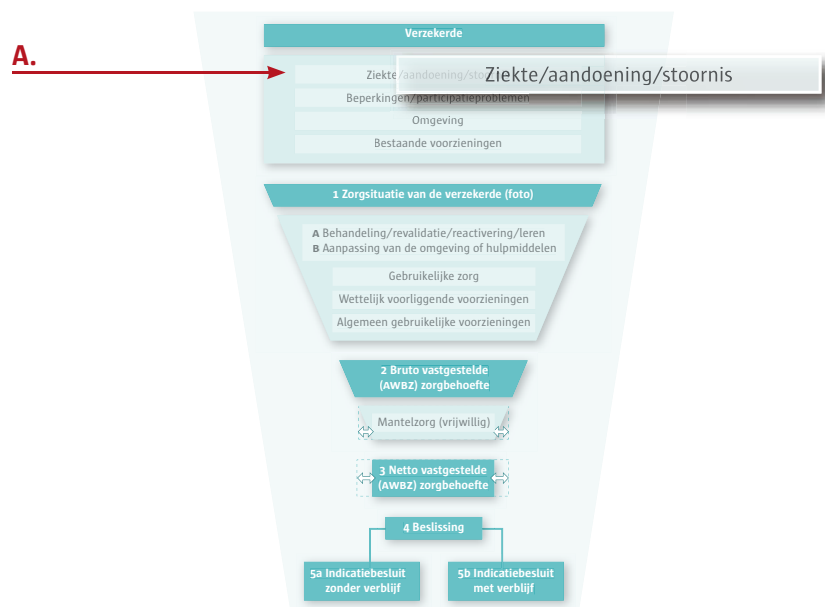
<b>6.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>82</b>
<b>6.2</b>	<b>Afbakeningskader Verpleging op basis van het trechtermodel</b>	<b>82</b>
	A. Grondslagen	82
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	82
	C. Behandeling/revalidatie	84
	D. Aanpassing van de omgeving	84
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	85
	F. Algemeen gebruikelijke voorzieningen	88
	G. Gebruikelijke zorg	89
	H. Mantelzorg	89
<b>6.3</b>	<b>De functie Verpleging</b>	<b>90</b>
	A. Omvang	90
	B. Geldigheidsduur	91
	C. Gemiddelde tijden	91
	D. Leveringsvorm	92
	E. Leveringsvoorwaarden	92
<b>6.4</b>	<b>Specifieke punten</b>	<b>92</b>
	• Aanleren	92
	• Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg	93
	• Zorg zoals een Verpleegkundige die pleegt te bieden	93
	• Respijtzorg	94
	• Advies, instructie, voorlichting (AIV) – niet indicatieplichtig	94
	• Zorg door twee zorgverleners	94
	<b>Bijlagen bij hoofdstuk 6</b>	<b>95</b>
	Bijlage 1 Stroomschema afbakening Zvw-AWBZ-Verpleging	95
	Bijlage 2 Gemiddelde tijden	98

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

## 6.2 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. Indien een verzekerde met één van deze dominante grondslagen VP nodig heeft, zal dat zijn op basis van een andere, bijkomende grondslag. De grondslag psychiatrische aandoening/beperking geeft toegang tot de functie Verpleging in geval van voortgezet Verblijf. Zie artikel 13 lid 2 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 uitvoeren van directe handelingen die tot de functie Verpleging horen, die in opdracht van een arts uitgevoerd worden;

2. het aanleren van die activiteiten waar een aanspraak is op de functie Verpleging en het begeleiden bij de juiste uitvoering van deze activiteiten wanneer de verzekerde (gebruikelijke zorgverlener of mantelzorgverlener) de zorg zelf uitvoert.

#### **Indicatiecriteria**

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

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

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

Gelet op artikel 2, tweede lid 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.

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

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

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

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

#### **Ad 2. De verzekerde (gebruikelijke zorgverlener) is beperkt in zijn mogelijkheden om voor eigen gezondheid te zorgen.**

Om in aanmerking te komen voor VP moet zijn vastgesteld, dat de verzekerde beperkt is in zijn mogelijkheden om voor de eigen gezondheid te zorgen. De verzekerde, of gebruikelijke zorgverlener mist de vaardigheden of kennis om activiteiten op het gebied van de verpleging zelfstandig uit te voeren en kan deze vaardigheden ook niet aanleren<sup>28</sup>.

Voor handelingen waarbij sprake is van zelfzorg wordt in beginsel geen AWBZ-zorg geïndiceerd. Gelet op de doelmatigheid moeten deze handelingen, zeker als die gedurende langere tijd (vanaf 3 maanden) noodzakelijk zijn, zoveel mogelijk worden aangeleerd, zodat zij door verzekerde of gebruikelijke zorgverlener (zelf) kunnen worden uitgevoerd. Voor het gedegen aanleren<sup>29</sup> van en het begeleiden<sup>30</sup> bij de uitvoering van VP-handelingen (niet zijnde Zvw of VP), kan wel een AWBZ-indicatie worden afgegeven.

---

28 In paragraaf 6.4 van dit document wordt 'het aanleren' van activiteiten beschreven.

29 Zie onder specifiek punt 'aanleren', 6.4.

30 Zie onder specifiek punt 'verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg', 6.4.

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

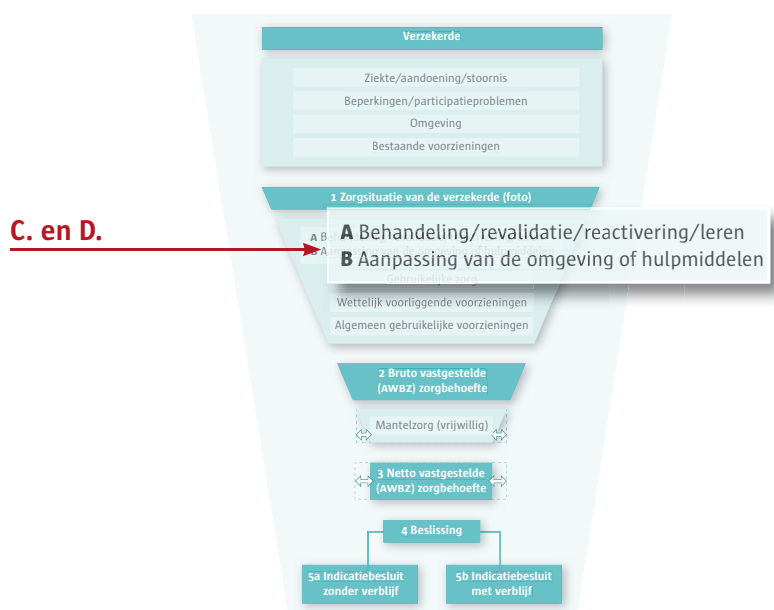
**Ad 3 De verzekerde heeft beperkingen en/of mist de vaardigheden/kennis om de verpleegkundige handeling zelfstandig uit te voeren**

Indien de verzekerde of de gebruikelijke zorgverlener niet in staat is de VP<sup>31</sup>-handeling zelfstandig uit te voeren, kan AWBZ-zorg aangewezen zijn.

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

*C. Behandeling/revalidatie*

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

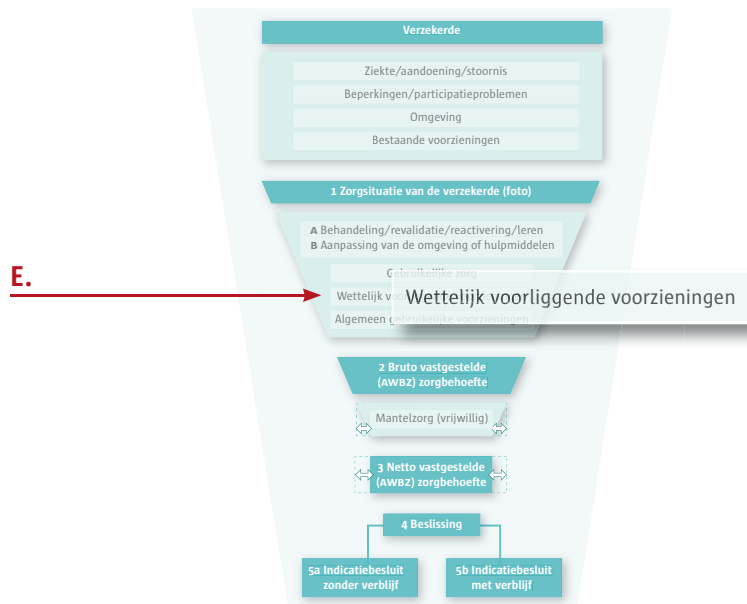


*D. Aanpassing van de omgeving*

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

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

## E. Wettelijk voorliggende voorzieningen



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

### Indiceren van AWBZ-zorg in geval van samenloop

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

### Afbakening Zorgverzekeringswet/AWBZ

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

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

Er zijn vier categorieën te onderscheiden:

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

#### *Toelichting bij categorieën 1, 2 en 3*

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

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

Een niet-limitatieve lijst van voorbeelden:

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

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

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

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

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

Nu kan een specialist VP-handelingen voorschrijven die mogelijk ook door een huisarts<sup>32</sup> voor te schrijven zijn. Dan is de mate van bemoeienis van de medisch specialist doorslaggevend bij het bepalen of hier sprake is van Zvw of AWBZ. Denk hierbij aan VP-handelingen zoals:

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

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

#### *Toelichting bij categorie 4*

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

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

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

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

- de verpleegkundige handeling die 1 keer per dag (of vaker) plaats moet vinden (ook bij een mobiele verzekerde) behoort tot de aanspraak van de AWBZ;
- zorg die minder frequent (minder dan 1 keer per week) plaatsvindt behoort tot de aanspraken van de Zvw;
- als de verzekerde ten gevolge van zijn beperkingen<sup>33</sup> niet in staat is de huisarts te bezoeken, dan kan AWBZ-zorg aangewezen zijn indien de zorg 1 keer per week of vaker moet plaatsvinden.

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

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

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

---

<sup>32</sup> Op de website van het NHG staan de NHG-standaarden beschreven. Hierbij wordt aangegeven wanneer een verzekerde doorverwezen wordt naar een specialist. De huisartsenzorg staat niet per handeling beschreven.

<sup>33</sup> Beperkingen zijn in de verzekerde zelf gelegen.

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

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

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

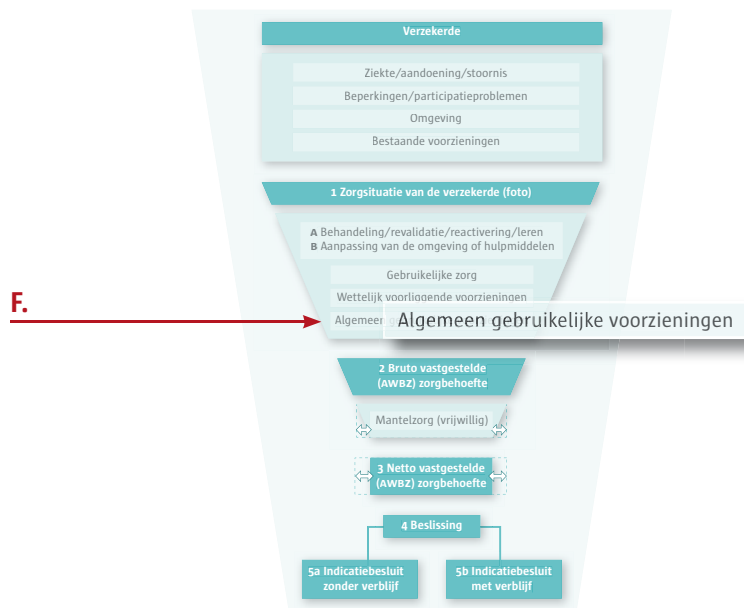
### Preventie

Op grond van meerdere wettelijke regelingen kan aanspraak worden gemaakt op vaccinaties. Dit kunnen vaccinaties zijn op grond van artikel 18 van het 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 VP handelingen die een kind tijdens schooltijd nodig heeft kunnen worden geïndiceerd voor zover er geen sprake is van een clusterindicatie. Zie verder paragraaf 6.3A: Omvang.

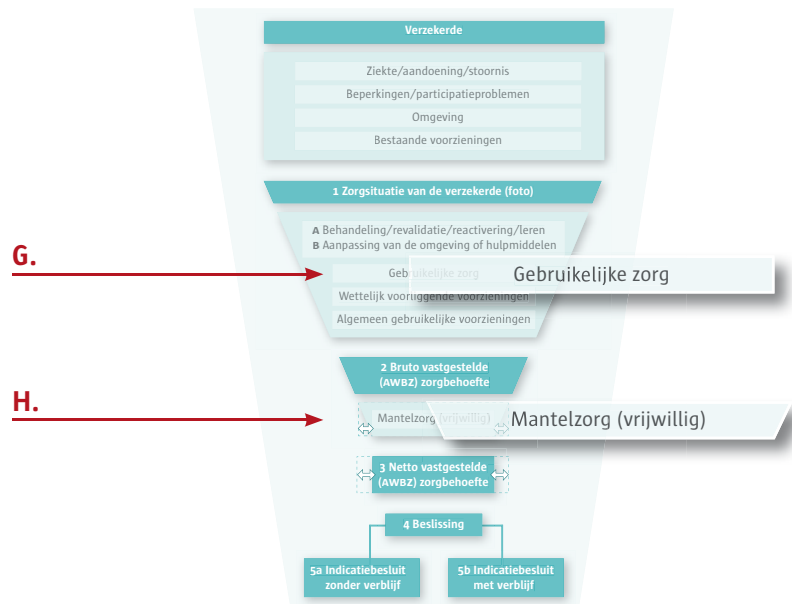
### F. Algemeen gebruikelijke voorzieningen



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



## G. Gebruikelijke zorg



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

## H. Mantelzorg

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

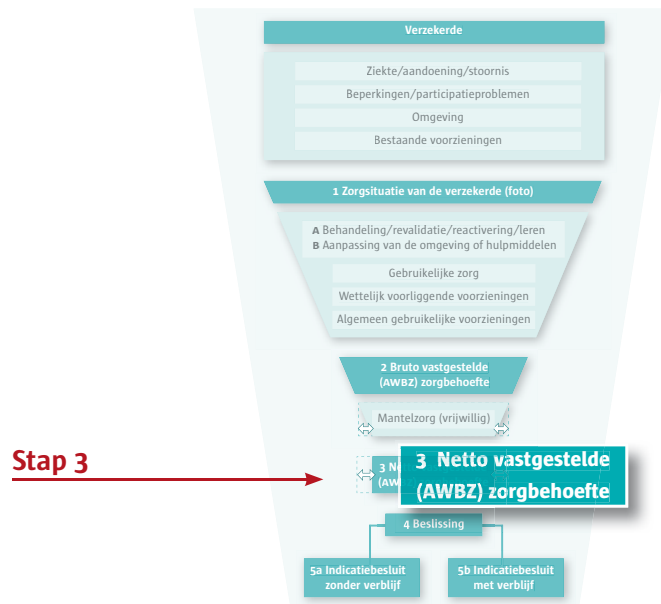
Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte levering van indiceerbare AWBZ-zorg.

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

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

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

### 6.3 De functie Verpleging



#### A. Omvang

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

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

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

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

De klassen zijn als volgt bepaald:

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

Zie de beschrijving op de volgende pagina.

#### Omvang van de zorg in relatie tot het onderwijs

Voor de omvang van VP 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 hoeveelheid zorg in tijd per zorgvorm vermeld; de omvang. 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).

Op de omvang VP in de thuissituatie gedurende de schoolweken (40 weken per jaar) en gedurende de vakanties (12 weken per jaar) is hetgeen beschreven is in het hoofdstuk 4, Gebruikelijke zorg van toepassing.

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 clusterindicatie<sup>34</sup>. In het indicatiebesluit wordt naast de totale omvang VP zichtbaar gemaakt welk deel van de aanspraak is bedoeld tijdens het onderwijs en welk deel daarbuiten.

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

## B. Geldigheidsduur

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

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

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

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

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

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

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

<sup>34</sup> Dit volgens de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep d.d. 29-01-2009 (07/5273 AWBZ).

De omvang van de indirecte zorg is, op basis van het onderzoeksrapport van HHM: 'Onderzoek naar tijdnormen voor activiteiten en handelingen van de functies PV en VP', oktober 2007<sup>35</sup>, gesteld op 3,5 minuut per VP-handeling.

Deze tijd wordt als volgt berekend:

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

bij samenvallende activiteiten:

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

Niet-limitatief overzicht van factoren 'meer tijd':

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

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

#### *D. Leveringsvorm*

De verzekerde kan kiezen uit de leveringsvormen:

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

De leveringsvorm is een verplicht<sup>36</sup> te registreren item, waarbij de voorkeur van de verzekerde genoemd wordt in de beschikking. Het maakt juridisch gezien geen verplicht onderdeel uit van het indicatiebesluit. De verzekerde kan bij het zorgkantoor aangeven dat hij de leveringsvorm gewijzigd wil hebben.

#### *E. Leveringsvoorwaarden*

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

## **6.4 Specifieke punten**

### **Aanleren**

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

---

<sup>35</sup> HHM heeft in samenwerking met CIZ en acht thuiszorginstellingen de gemiddelde tijden van de activiteiten en handelingen bij PV en VP onderzocht.

<sup>36</sup> Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

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

- Wanneer professionele zorg nodig is zodat de verzekerde zelf, de gebruikelijkzorger of de mantelzorger de activiteit kunnen 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 CIZ-arts 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. Het aantal minuten te indiceren tijd ten behoeve van het aanleren van de onder de functie Verpleging geïndiceerde handelingen, bedraagt maximaal 45 minuten per week.

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

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

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

*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.*

### **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 horen op het juiste niveau te houden, komt bijvoorbeeld een keer per week een zorgverlener die hen daarin begeleidt. Hetzelfde is van toepassing, wanneer de verzekerde aangeeft deze handelingen zelfstandig te willen uitvoeren, maar hierbij controle/begeleiding vraagt van een verpleegkundige.

### **Zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden**

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

De voorlichtende taak, gericht op (het voorkomen van) de gevolgen van (lichamelijke of geestelijke) ziekteprocessen behoort ook tot de functie Verpleging. Hieronder vallen ook activiteiten als het geven van leefstijladviezen bij chronische aandoeningen. Voor deze voorlichtende activiteiten stelt het CIZ echter geen indicatie. De signalerende taak is inherent aan het uitvoeren van de VP-taak en hier wordt niet apart voor geïndiceerd, behalve wanneer er sprake is van hetgeen onder verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg wordt bedoeld.

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

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

### **Respijtzorg**

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

Als dit onvoldoende oplossing biedt, dan kan er tijdelijk een AWBZ-indicatie gesteld worden voor het overnemen van de VP-taken. Indien er al een AWBZ-indicatie VP is en 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/in te kopen.

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

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

### **Advies, instructie, voorlichting (AIV) – niet indicatieplichtig**

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

### **Zorg door twee zorgverleners**

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

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

## Bijlagen bij hoofdstuk 6

### Bijlage 1 Stroomschema afbakening Zvw-AWBZ-Verpleging

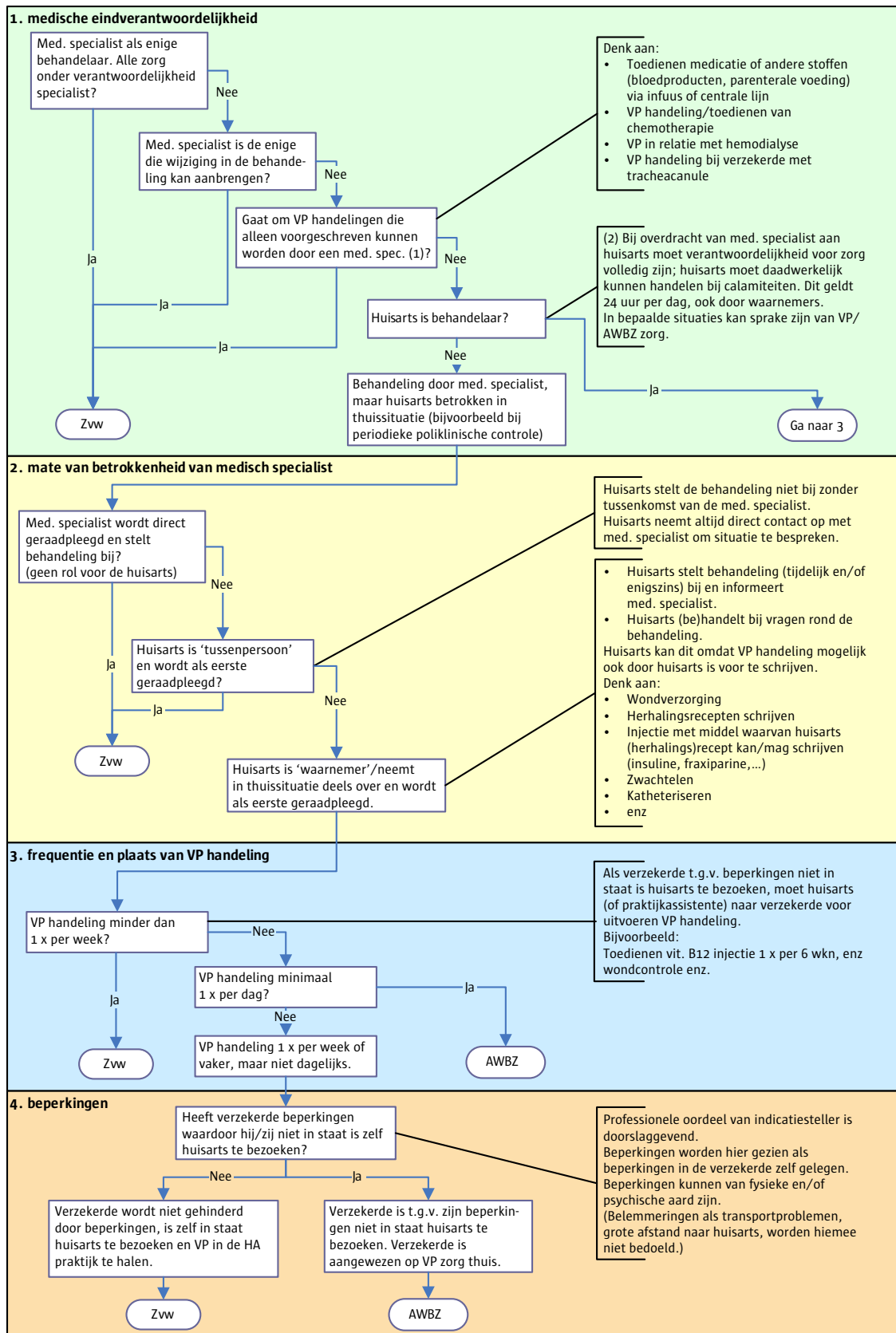
Stroomschema afbakening Zvw-AWBZ-Verpleging <sup>1</sup>		
<b>1. Wie is medisch eindverantwoordelijk?</b>		
Vindt de voorgeschreven zorg plaats in opdracht van en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist en is alleen deze in staat eventuele wijzigingen in de behandeling aan te brengen?		
Zvw		
Ja: <ul style="list-style-type: none"> <li>– De medisch specialist is de <b>enige behandelaar</b>. Alle zorg vindt plaats onder zijn/haar verantwoordelijkheid. En/of</li> <li>– De medisch specialist is de enige die wijzigingen in de behandeling kan aanbrengen. En/of</li> <li>– Er zijn VP-handelingen die alleen voorgeschreven kunnen worden door een medisch specialist. Denk hierbij aan de VP-handelingen i.v.m.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toedienen van medicatie of andere stoffen (bijv. bloedproducten, parenterale voeding enzovoort) via een Infuus of centrale lijn</li> <li>• VP-handelingen/toedienen van chemotherapie</li> <li>• VP in relatie met hemodialyse</li> <li>• VP-handelingen bij een verzekerde met een tracheacanule</li> </ul> </li> </ul> <p>Het toedienen van injecties met een middel dat alleen door de medisch specialist kan worden voorgeschreven (speciale hormoonbehandeling, EPO, enz)</p>	Nee: <p>De verzekerde wordt weliswaar behandeld door de medisch specialist, maar <b>de huisarts is in de thuissituatie betrokken</b> bij de behandeling. Dit is bijvoorbeeld het geval indien een verzekerde alleen nog voor periodieke poliklinische controle naar de specialist gaat.</p>	Ga naar 2 in deze tabel
	Nee <p>De huisarts<sup>2</sup> is de behandelaar.</p> <p>Bij overdracht van de medisch specialist aan de huisarts behoort de verantwoordelijkheid over de zorg volledig te zijn, maar de huisarts moet daadwerkelijk kunnen handelen bij calamiteiten'. Dit geldt 24 uur per dag, dus ook door de waarnemers.</p> <p>In bepaalde situaties kan er sprake zijn van VP/AWBZ-zorg.</p>	Ga naar 3 in deze tabel
<b>2. Wat is de mate van betrokkenheid van de medisch specialist?</b>		
Wie wordt in geval van (acute) complicaties geraadpleegd? En wie stelt de behandeling bij?		
Zvw		
<b>Medisch specialist</b> wordt direct geraadpleegd en is degene die de behandeling bijstelt. De huisarts heeft geen enkele rol in de behandeling.	<b>Huisarts 'neemt' rol van de specialist 'waar'/in de thuissituatie deels over.</b> De huisarts wordt als eerste geraadpleegd. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Huisarts stelt de behandeling (tijdelijk en/of enigszins) bij en informeert de medisch specialist over de bijstelling van de behandeling.</li> <li>– De huisarts (be)handelt bij vragen rond de behandeling.</li> </ul> <p>De huisarts is hiertoe in staat omdat de VP-handeling mogelijk ook door een huisarts voor te schrijven is. Denk hierbij aan bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wondverzorging;</li> <li>– het schrijven van herhalingsrecepten van medicatie van de specialist.</li> </ul>	Ga naar 3 in deze tabel
<p>1 Bij palliatieve terminale zorg en thuisbeademing is ook ingeval van complexe VP aanspraak op AWBZ- verpleging.</p> <p>2 Het uitvoeren van onderzoek, het afnemen van een anamnese, het stellen van een diagnose en het bijstellen van een therapie, het voorschrijven van medicatie zijn taken zoals de huisarts die pleegt te bieden (zie toelichting bijlage VP) en behoort tot het domein van de Zvw. Indien alle zorg rond een verzekerde plaatsvindt onder zijn/haar verantwoordelijkheid, wordt de zorg in de avonden en weekenden waargenomen door collega huisartsen. Het is zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden.</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Injectie met een middel waarvan de huisarts een (herhalings)recept kan/mag schrijven (insuline, fraxiparine, ...)</li> <li>- Zwachtelen</li> <li>- Katheteriseren</li> <li>- Enzofoort</li> </ul>	
Zvw		
<b>Huisarts als 'tussenpersoon'</b>		
De huisarts wordt als eerste geraadpleegd. De huisarts stelt de behandeling niet bij, zonder tussenkomst van de medisch specialist. De huisarts wordt als eerste geraadpleegd en deze neemt altijd direct contact op met de medisch specialist om de situatie te bespreken.		
<b>3. Wat is de frequentie waarin de VP-handeling moet plaatsvinden</b>		
De door de huisarts voorgeschreven VP-handeling vindt <b>minder dan 1 keer per week</b> plaats	De VP-handeling vindt <b>minimaal 1 keer per dag</b> plaats	
Zvw	AWBZ	
De voorgeschreven verpleegkundige zorg dient minder frequent plaats te vinden dan 1 keer per week.  Indien de verzekerde door beperkingen niet in staat is de huisarts te bezoeken, zal de huisarts zelf (of zijn praktijkassistent) de verzekerde moeten bezoeken om de VP-handeling uit te voeren. Bijvoorbeeld: het toedienen van vitamine B12-injectie 1x per 6 weken enzofoort. Vrijwel altijd: minder dan 1 keer per week noodzakelijk, wondcontrole, enzofoort.	De voorgeschreven verpleegkundige zorg moet minimaal 1 keer per dag plaatsvinden.	
De VP-handeling vindt <b>1 keer per week of vaker, maar niet dagelijks</b> plaats.		
De verpleegkundige zorg moet vaker dan 1 keer per week, maar niet dagelijks plaatsvinden.		Ga naar 4 in deze tabel
<b>4. Is de verzekerde in staat om de huisarts zelf te bezoeken?<sup>3</sup></b>		
Ondervindt de verzekerde beperkingen waardoor hij/zij niet in staat is zelf de huisarts te bezoeken? Beperkingen worden in dit kader gezien als beperkingen in de verzekerde zelf gelegen. Beperkingen kunnen van fysieke en/of psychische aard zijn. (Belemmeringen als transportproblemen, of grote afstand tot de arts worden hiermee niet bedoeld).		
Zvw	AWBZ	
De verzekerde wordt <b>niet gehinderd door beperkingen</b> en is daarom zelf in staat de huisarts te bezoeken en de benodigde/voorgeschreven VP in de HA praktijk te halen.	De verzekerde is ten gevolge van zijn beperkingen (ondanks passende hulpmiddelen) niet in staat de huisarts te bezoeken. De verzekerde is in dat geval aangewezen op VP-zorg thuis.	
3 Het professionele oordeel van de indicatiesteller is hierbij doorslaggevend.		

Het bovenstaande is op de volgende pagina schematisch weergegeven.



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



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

## Bijlage 2 Gemiddelde tijden

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

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

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

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

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

Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie van VP-activiteiten		
Overzicht van te adviseren activiteiten <sup>1</sup> als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit. * VP-handelingen, die voortvloeien uit de zorg zoals een medisch specialist en/of huisarts, die pleegt te bieden	Gemiddelde tijd <sup>2</sup> 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 t.b.v. dagcurve)	10
1.3 Wond- en/of stomaverzorging	- Verzorging wonden en de niet-intacte huid rondom onnatuurlijke lichaamsopeningen	15
	- Wondverzorging	25
	- Zalven van niet-intacte huid	10
	- Aanleggen druk/steunverband na wondverzorging	15
	- Decubitus: risico bepalen, preventieplan op- en bijstellen	20
	- Advies m.b.t. preventieve maatregelen geven	10
	- Stomaverzorging bij een lokaal niet-intacte huid	20
1.4 Ondersteuning bij uitscheiding	- Manueel faeces verwijderen	15
	- Inbrengen rectum canule	15
	- Klysma geven (hoog)	30
	- Klysma microlax	15
	- Katheteriseren (eenmalig)	15
	- Katheter inbrengen (verblijfs)	30
	- Blaasspoelen via nog aan te brengen katheter	20
- Spoelen nefrostomiecatheter*	20	
1.5 Medicatie	- Toedienen medicatie in een lokaal niet-intacte huid, via injecteren (of via infuus*)	20
	- Subcutane medicatietoediening via de pomp	45
<p>1 De nummering van de activiteiten sluit niet altijd aan. Dit vanwege het aansluiten van deze nummering met de nummering zoals deze binnen de AWBZ brede Zorg Registratie (AZR) is opgenomen.</p> <p>2 Deze tijd is inclusief de indirecte zorg (3,5 minuut).</p>		

Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie van VP-activiteiten		
Overzicht van te adviseren activiteiten <sup>1</sup> als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit. * VP-handelingen, die voortvloeien uit de zorg zoals een medisch specialist en/of huisarts, die pleegt te bieden	Gemiddelde tijd <sup>2</sup> per keer
1.7 Verpleegkundige begeleiding bij uitvoeren zelfzorg <sup>3</sup>	Dit betreft het observeren, signaleren, controleren van de activiteiten 1.2 tot met 1.5 en 1.10 tot en met 2.1 (binnen deze tabel). Het gaat om het compenseren van de kwaliteit van de door verzekerde, gebruikelijke zorgverlener of mantelzorgverlener uitgevoerde AWBZ-zorg. Om de kwaliteit van de handelingen die onder verpleging horen op het juiste niveau te houden, komt een zorgverlener langs, die daarin begeleidt. Bij het 'vertellen' van een diagnose van een ernstige ziekte van een behandelaar uit de eerste lijn aan de verzekerde hoort een stuk begeleiding bij het verwerken/accepteren van deze diagnose en het omgaan met de ziekte. Wanneer er sprake is van acceptatieproblemen die niet door de behandelaar zijn te ondervangen, kan de inzet van maatschappelijk werk of een psycholoog aangewezen zijn. Hiervoor is geen indicatie VP mogelijk.	Tot 60 minuten per week
1.9 Aanleren van VP-activiteiten	Aanleren van VP-activiteiten aan verzekerde, gebruikelijke zorgverlener en mantelzorgverlener gekoppeld aan activiteiten 1.2 tot en met 1.5 en 1.10 tot en met 2.1	Gelijk aan een of meer van de aan te leren activiteiten plus 'aanleertijd' afhankelijk van de aan te leren activiteit tot een maximum van 45 minuten per week
1.10 Niet nader gespecificeerd verpleegkundig handelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compressief zwachtelen een been</li> <li>- Compressief zwachtelen twee benen</li> <li>- Zuurstof toedienen*</li> <li>- Inbrengen sonde</li> </ul>	<p>15</p> <p>25</p> <p>10</p> <p>30</p>
2.1 Gespecialiseerd verpleegkundig handelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inbrengen infuus*</li> <li>- Epidurale/spinale pijnbestrijding*</li> <li>- Intraveneuze medicatietoediening*</li> <li>- Intraveneuze vocht- en voedingtoediening*</li> <li>- Drainage maag/thorax*</li> <li>- Fototherapie*</li> <li>- Uitzuigen trachea, mond/keelholte*</li> <li>- Verwisselen van de buitencanule*</li> <li>- Bronchiaal toilet (sprayen NaCl)*</li> </ul>	<p>20</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>20</p> <p>30</p> <p>15</p>
<p>1 De nummering van de activiteiten sluit niet altijd aan. Dit vanwege het aansluiten van deze nummering met de nummering zoals deze binnen de AWBZ brede Zorg Registratie (AZR) is opgenomen.</p> <p>2 Deze tijd is inclusief de indirecte zorg (3,5 minuut).</p> <p>3 Dit is andere zorg dan AIV. De omschrijving van AIV is opgenomen onder 5.3F 'specifieke punten'</p>		

Tabel: Gemiddelde tijd en frequentie van VP-activiteiten		
Overzicht van te adviseren activiteiten <sup>1</sup> als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit. * VP-handelingen, die voortvloeien uit de zorg zoals een medisch specialist en/of huisarts, die pleegt te bieden	Gemiddelde tijd <sup>2</sup> per keer
4.1 Toezicht vanwege thuisbeademing bij kinderen tot 18 jaar	Toezicht in geval van thuisbeademing bij kinderen tot 18 jaar *	Zie bijlage 5 van de Beleidsregels VWS en hoofdstuk 11 van de CIZ Indicatie-wijzer.
<p>1 De nummering van de activiteiten sluit niet altijd aan. Dit vanwege het aansluiten van deze nummering met de nummering zoals deze binnen de AWBZ brede Zorg Registratie (AZR) is opgenomen.</p> <p>2 Deze tijd is inclusief de indirecte zorg (3,5 minuut).</p>		

# Hoofdstuk 7

## Begeleiding

### Inhoudsopgave

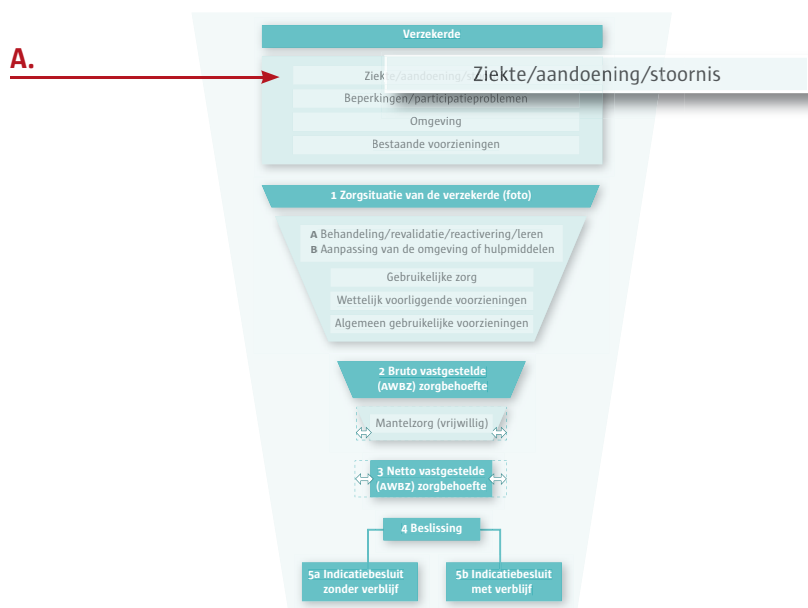
<b>7.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>102</b>
<b>7.2</b>	<b>Afbakeningskader Begeleiding op basis van het trechtermodel</b>	<b>102</b>
	A. Grondslagen	102
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	102
	C. Behandeling/revalidatie	108
	D. Aanpassingen van de omgeving	110
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	110
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	114
	G. Gebruikelijke zorg	115
	H. Mantelzorg	115
<b>7.3</b>	<b>De functie Begeleiding</b>	<b>116</b>
	A. Omvang	116
	B. Geldigheidsduur	119
	C. Gemiddelde tijden per BG handeling	119
	D. Leveringsvorm	119
	E. Leveringsvoorwaarden	120
<b>7.4</b>	<b>Specifieke punten</b>	<b>120</b>
	<b>Bijlage bij hoofdstuk 7</b>	<b>122</b>

## 7.1 Inleiding

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

## 7.2 Afbakeningskader Begeleiding (BG) op basis van het trechtermodel

### A. Grondslagen



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

### B. Doelstelling/indicatiecriteria

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

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

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

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

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

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

- 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 in:*

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

*Matige beperkingen houden in:*

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

*Zware beperkingen houden in:*

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

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

- 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:*

- verzekerde kan niet meer zelf fietsen of autorijden en kan zich buitenshuis niet meer zonder hulpmiddel (bijvoorbeeld een rollator) voortbewegen. Met het gebruik van hulpmiddelen kan er nog veel, maar niet alles. Daarnaast kan verzekerde geen zware voorwerpen tillen. Het optillen van lichte voorwerpen levert soms problemen op, maar met wat hulp en eenvoudige aanpassingen lukt dit nog wel. Verzekerde kan de genoemde beperkingen in voldoende mate compenseren door hulp uit de omgeving en zo nodig door de inzet van hulp bij het huishouden en/of voorzieningen uit de Wmo.

*Matige beperkingen houden dan in:*

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

*Zware beperkingen houden dan in:*

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

Bij *gedragsproblemen* gaat het om de volgende aspecten:

- 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:*

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

*Matige beperkingen houden dan in:*

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

*Zware beperkingen houden dan in:*

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

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

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



*Lichte beperkingen houden dan in:*

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

*Matige beperkingen houden dan in:*

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

*Zware beperkingen houden dan in:*

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

Bij *oriëntatiestoornissen* gaat het om de volgende aspecten:

- oriëntatie in persoon;
- oriëntatie in ruimte;
- oriëntatie in tijd;
- oriëntatie naar plaats.

*Lichte beperkingen houden dan in:*

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

*Matige beperkingen houden dan in:*

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

*Zware beperkingen houden dan in:*

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

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

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

*Het bevorderen, behouden of compenseren van zelfredzaamheid*

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

In de eerste plaats kan het gaan om het compenseren en actief herstellen van het beperkte of afwezige regelvermogen van verzekerde, waardoor hij onvoldoende of geen regie over het eigen leven kan voeren. Het gaat dan om zaken als het helpen plannen van activiteiten, regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten en het structureren van de dag. Omdat de grens tussen de persoonsgebonden sociale omgeving en participatie niet altijd scherp te trekken is, zal voor verzekerden met matige en zware beperkingen binnen de functie Begeleiding

ook ondersteuning mogelijk zijn in de vorm van het stimuleren tot en het voorbereiden van gesprekken met instanties op het terrein van wonen, school, werk, et cetera.

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

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

Onder Begeleiding vallen de volgende activiteiten.

Tabel: activiteiten Begeleiding	
Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Begeleiding	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit
<p>1.<sup>1</sup> Het ondersteunen bij het aanbren- gen van <b>structuur</b>, c.q. het voeren van <b>regie</b>.</p> <hr/> <p>Deze activiteit richt zich met name op de beperkingen en stoornissen in de sociale redzaamheid, oriënta- tiestoornissen, probleemgedrag en psycho-sociale functies.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hulp bij initiëren of compenseren van eenvoudige of complexe taken, beslui- ten nemen en gevolgen daarvan wegen;</li> <li>- 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 instanties<sup>2</sup> (dit betreft niet het meegaan naar/aanwe- zig zijn bij het gesprek);</li> <li>- hulp bij plannen, stimuleren en voorbespreken van activiteiten;</li> <li>- hulp bij initiëren of compenseren van op/bijstellen van dag/weekplanning; dagelijkse routine<sup>3</sup>;</li> <li>- inzicht geven in (mogelijke) gevolgen van besluiten;</li> <li>- hulp bij zich aan regels/afspraken houden, corrigeren van besluiten of gedrag;</li> </ul>
<p>2.<sup>4</sup> Het ondersteunen bij <b>praktische vaardigheden/handelingen</b> ten behoefte van zelfredzaamheid.</p> <hr/> <p>Deze activiteit richt zich met name op de beperkingen in de sociale redzaamheid en het zich bewegen en verplaatsen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hulp bij uitvoeren of overnemen van eenvoudige of complexe taken/acti- viteiten, of bij oplossen van praktische problemen die buiten de dagelijkse routine vallen;</li> <li>- hulp bij uitvoeren van vaardigheden die geleerd zijn tijdens AWBZ- of GGZ- behandeling, zoals sociale vaardigheden<sup>5</sup>;</li> <li>- hulp bij het beheren van (huishoud)geld;</li> <li>- hulp bij de administratie (alleen in de zin van oefenen);</li> <li>- hulp bij gebruik openbaar vervoer (alleen in de zin van oefenen);</li> <li>- hulp bij of overnemen van post openmaken, voorlezen en regelen, afhande- ling praktische zaken;</li> <li>- 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 dergel- ijke;</li> <li>- hulp bij plannen en stimuleren van contact in persoonsgebonden sociale omgeving;</li> <li>- hulp bij communicatie in de persoonsgebonden omgeving bij bijvoorbeeld afasie;</li> </ul>
<p>1 Deze activiteit staat gelijk aan activiteit b art. 6, Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza): het ondersteunen bij of oefenen met het aanbren- gen 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, Besluit zorgaanspraken 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>	

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
3. <sup>6</sup> Het bieden van toezicht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toezicht op- en het aansturen van gedrag ten gevolge van een stoornis, thuis of elders (bijvoorbeeld tijdens onderwijs);</li> <li>- toezicht gericht op het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig in kan worden gegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar, of complicaties bij een ziekte.</li> </ul>
4. <sup>7</sup> Oefenen met het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of het uitvoeren van handelingen die zelfredzaamheid tot doel hebben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oefenen door de verzekerde zelf: oefenen met vaardigheden (al dan niet aangeleerd tijdens AWBZ- of GGZ-behandeling) zoals gebruik geleidestok en gebruik hulpmiddelen voor communicatie<sup>8</sup>, stimuleren van wenselijk gedrag, inslijpen van gedrag;</li> <li>- oefenen van de mantelzorger/gebruikelijkezorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de verzekerde.</li> </ul>
6 Deze activiteit staat gelijk aan activiteit c art. 6, Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza): het overnemen van toezicht op de verzekerde.	
7 Deze activiteit staat gelijk aan activiteiten a en b art. 6, Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza).	
8 Het gaat hier om het oefenen in het gebruik van de apparatuur (telefoon/computer) zelf.	

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

### Zelfredzaamheid

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

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

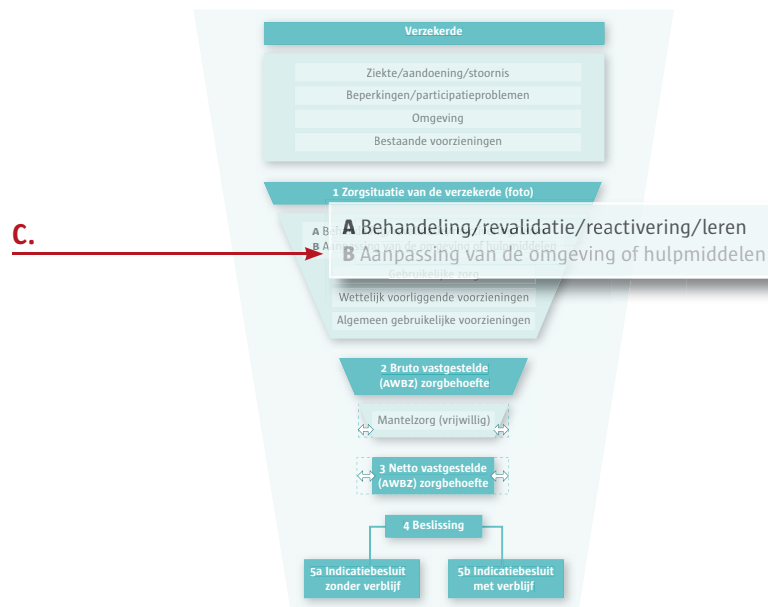
Hieronder wordt een logisch verband gelegd tussen de terminologie van de internationale classificatie van het menselijk functioneren en zelfredzaamheid.

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

- leren en toepassen van kennis (d1)
- algemene taken en eisen (d2)
- communicatie (d3)
- mobiliteit (d4)
- zelfverzorging (d5)
- huishouden (d6)
- tussenmenselijke interacties en relaties (d7)
- belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven, waaronder ook vrijwilligerswerk) (d8)
- maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven (d9)

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

### C. Behandeling/revalidatie



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

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

#### Onderscheid Begeleiding en Behandeling

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

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

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

### **Aanleren en oefenen**

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

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

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

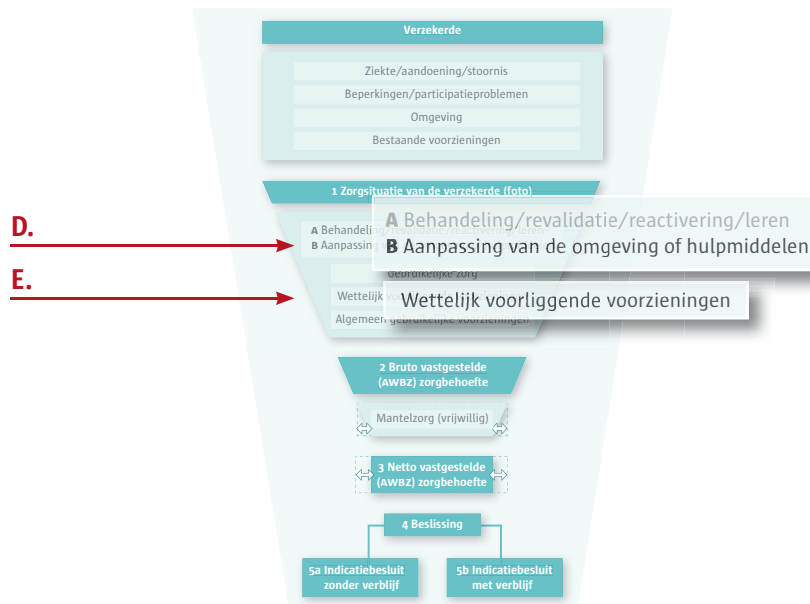
Notabene: tot de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zvw hoort ook een basale uitleg en training om met het hulpmiddel om te kunnen gaan. Als intensieve en langdurige training nodig is, kan AWBZ-zorg in de vorm van Begeleiding aan de orde zijn.

### *Naast elkaar indiceren*

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

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

D. *Aanpassingen van de omgeving*



Bijvoorbeeld een pictogrammenbord voor de dagstructurering en domotica.

E. *Wettelijk voorliggende voorzieningen*

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

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

**Wmo**

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

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

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

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

### *Afbakening Wmo Hulp bij het Huishouden en de functie Begeleiding*

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

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

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

### **Zorgverzekeringswet**

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

De aanvullende verzekering is geen Zvw en is hiermee ook geen wettelijk voorliggende voorziening. Het staat mensen vrij zich aanvullend te verzekeren of niet. Als mensen deze verzekering hebben dan heeft dit een algemeen gebruikelijk karakter. De inhoud van deze verzekering en het gebruik hiervan door verzekerde kan van invloed zijn op de soort en omvang van de indicatie. Een voorbeeld van een aanvullende verzekering is mantelzorgvervangende, bijvoorbeeld Handeninhuus.

### **Wet op de kinderopvang**

De Wet kinderopvang gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ouders, overheid en werkgevers. Het ministerie van OCW<sup>37</sup> is verantwoordelijk voor het kinderopvangbeleid. De overheid regelt sinds 2007 de werkgeversbijdrage voor kinderopvang. Ouders kunnen een kinderopvangtoeslag ontvangen. Het gaat om werkende ouders en ouders die een studie of traject volgen om aan het werk te gaan en die gebruik maken van formele kinderopvang. Het gebruik van deze regeling is voorliggend op kinderopvang en de zorg voor gezonde kinderen en kinderen met beperkingen vanuit de AWBZ, bij uitval van (een van) de ouders. De BG die buiten dit werk/onderwijs om als gebruikelijke zorg wordt beschouwd, kan gedurende de tijd dat de ouders werken/onderwijs volgen niet worden geïndiceerd.

### **Wet op de jeugdzorg**

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 (zie hiervoor). 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 CIZ aanvullend worden geïndiceerd op de jeugdhulp die door het Bureau Jeugdzorg wordt geïndiceerd<sup>38</sup> (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 Kinderdagverblijf<sup>39</sup> (MKD) en pleegzorg.

37 OCW: onderwijs, cultuur en wetenschap.

38 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.

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

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0 op advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0 voor een duidelijker beschrijving van het verschil in aangrijpingspunt tussen de hulp vanuit de Wet op de jeugdzorg en de AWBZ.



## Onderwijs

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

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

In algemene zin geldt daarbij het volgende.

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

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

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

Er kan, ten laste van de AWBZ-functie BG, ook (3) toezicht worden geïndiceerd voor de tijd dat het kind deelneemt aan onderwijs (zie hiervoor paragraaf 7.3 van dit hoofdstuk en het hoofdstuk AWBZ-zorg in het onderwijs).

## Overblijven

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

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

## Buitenschoolse opvang

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

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

## Wsw

De Wet sociale werkvoorziening voorziet in de mogelijkheid aangepast werk te verrichten voor mensen die niet aan het reguliere arbeidsproces kunnen deelnemen. De toelatingscriteria voor de sociale werkvoorziening hebben betrekking op de volgende vragen:

1. heeft de betrokkene beperkingen van lichamelijke, verstandelijke of psychische aard;
2. is de betrokkene vanwege deze beperkingen aangewezen op werken onder aangepaste omstandigheden;
3. is de betrokkene met deze beperkingen en onder aangepaste omstandigheden in staat om regelmatig te werken.

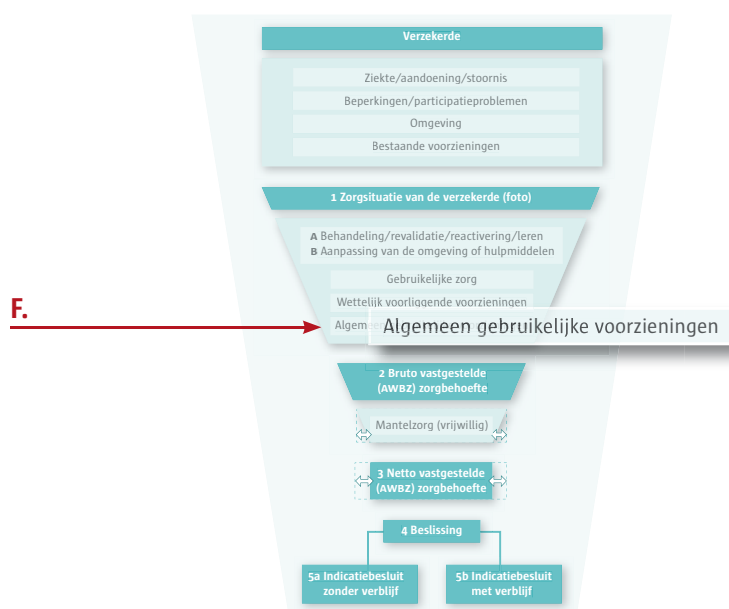
Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0 om volledig te zijn.

Dit betekent in beginsel dat als een verzekerde beschikt over een geldige Wsw-indicatie en beschikbaar is voor Wsw-arbeid, er ten laste van de AWBZ geen aanspraak is op dagbesteding in de vorm van de functie BG (groep). Verder behoort de begeleiding die is gericht op het uitvoeren van het werk tot de Wsw. De beoordeling of een verzekerde tot de doelgroep van de Wsw behoort, ligt bij het UWV.

Bij de beoordeling of de gevraagde BG vanwege de zorgbehoefte van de verzekerde kan worden geïndiceerd, ofwel sprake is van Wsw arbeid als voorliggende voorziening op de AWBZ, onderzoekt het CIZ of de verzekerde in aanmerking komt voor de functie BG. Dit op grond van de voor deze functie van toepassing zijnde indicatiecriteria en de doelstellingen voor BG groep. In geval van twijfel of de verzekerde behoort tot de doelgroep van de sociale werkvoorziening, wordt contact opgenomen met het UWV.

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

#### F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid

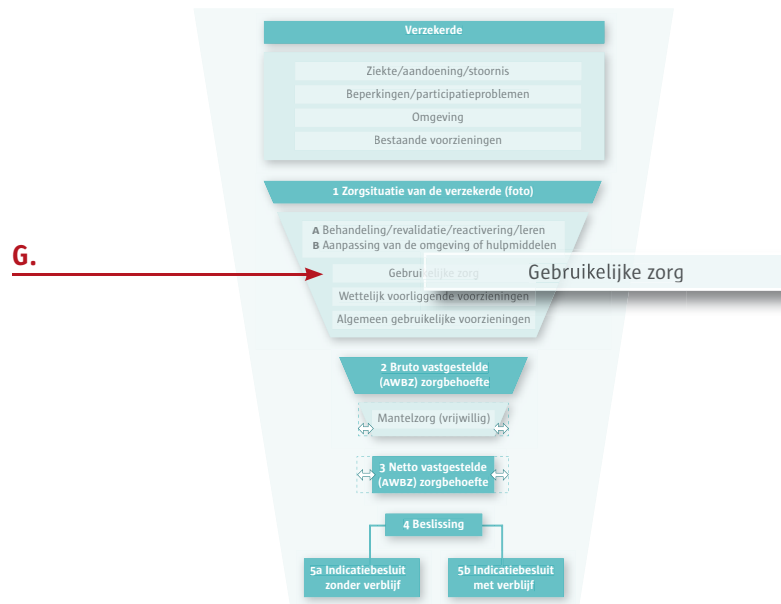


Niet bij wet gecreëerde voorzieningen buiten de AWBZ om in de zorgbehoefte te voorzien, zijn:

- 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'

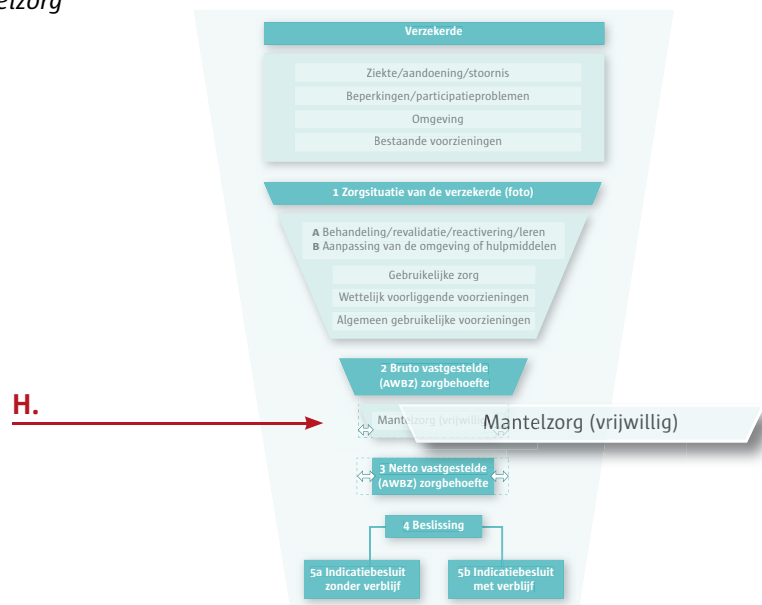
Deze voorzieningen gaan voor op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van verzekerde. Het gaat bijvoorbeeld om activiteiten die mensen normaal gesproken zelf betalen, zoals taallessen en computercursussen. Van verzekerden die daartoe in staat zijn,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

## G. Gebruikelijke zorg



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

## H. Mantelzorg



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

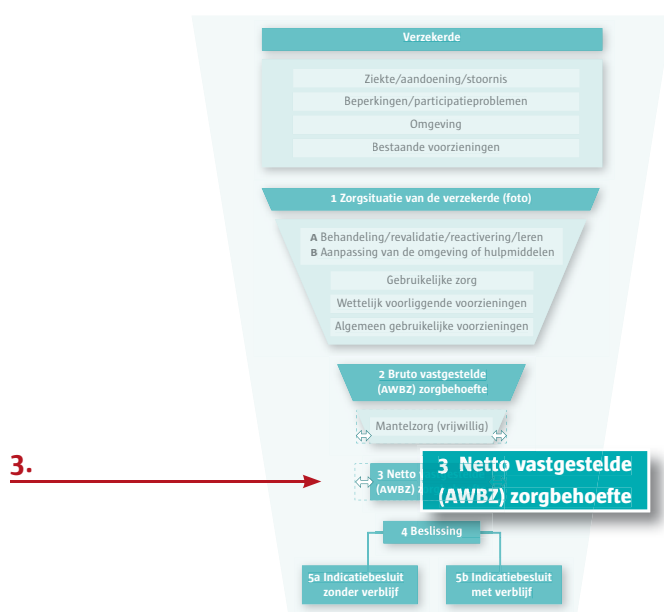
Het gaat bij mantelzorg om niet-verplichte zorg. Als de mantelzorger aangeeft de zorg niet (meer) te willen leveren, bestaat aanspraak op AWBZ-zorg. Dit geldt ook voor ouders die bovengebruikelijke zorg bieden aan hun kind. AWBZ-zorg is dan ook mogelijk, zonder dat ouders overbelast zijn of dreigen te worden. Ze zijn immers niet

verplicht de bovengebruikelijke zorg te leveren. Bij de beoordeling van bovengebruikelijke zorg, wordt gebruikt gemaakt van de richtlijn die opgenomen is in de bijlage 3 van de Beleidsregels van VWS Gebruikelijke zorg.

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

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

### 7.3 De functie Begeleiding



#### A. Omvang

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

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

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

De omvang 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 hierna). 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 BG in een bepaalde klasse; deze omvang kan per combinatie van activiteiten nooit meer bedragen dan de in de onderstaande tabel genoemde maxima.

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

### 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: alleen bij Palliatief Terminale Zorg kan sprake zijn van additionele zorg. De eventuele, benodigde additionele zorg wordt berekend vanaf klasse 8.

### Begeleiding tijdens het onderwijs

In paragraaf 7.2 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. In geval van zeer ernstige gedragsproblemen (zie definitie zeer ernstige gedragsproblemen verderop in deze paragraaf) kan de totale omvang van de functie Begeleiding met één klasse worden verhoogd.

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Begeleiding <sup>1</sup>	Maximale omvang per week <sup>2</sup>
(4.) Oefenen	3 uur <sup>3</sup>
1. Het ondersteunen bij het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of	Klasse 4
2. Het ondersteunen bij vaardigheden/handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid	
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 <sup>4</sup>	Klasse 5
1. en/of 2. + 3. + oefenen <sup>5</sup>	Klasse 6
1. en/of 2. + 3. + 3.1 + oefenen <sup>6</sup>	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>	

### **Zeer ernstige gedragsproblematiek**

Er is sprake van zeer ernstige gedragsproblematiek als op tenminste drie van de volgende vijf terreinen gemiddeld een 3<sup>40</sup> 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.

In geval BG gericht op toezicht tijdens onderwijs aan de orde is, wordt dit meegenomen als onderdeel van de aanspraak BG ind. Indien 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.

### **Begeleiding in groepsverband**

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

De klassen zijn als volgt bepaald:

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

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

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

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

De dagactiviteiten zoals hiervoor vermeld onder 1 en 2 moeten programmatisch/methodisch zijn, gericht op het structureren van de dag, op praktische ondersteuning en op het oefenen van vaardigheden die de zelfredzaamheid bevorderen.

---

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

Tijdens deze dagactiviteiten kan wel of niet kortdurende Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden/gedrag nodig zijn. Wanneer deze behandeling nodig is, wordt naast Begeleiding in groepsverband Behandeling geïndiceerd.

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

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

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

#### *B. Geldigheidsduur*

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

1. veranderlijkheid (prognose) van de beperkingen van de verzekerde op basis van de diagnose, die is vastgesteld door een daartoe bevoegd persoon;
  2. veranderlijkheid van de woonomstandigheden en de samenstelling van het huishouden van verzekerde;
  3. het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak.
- Daarnaast geldt een maximum van 1 jaar in geval van 'oefenen' per (gedrags)vaardigheid.

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

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

#### *D. Leveringsvorm*

De verzekerde kan kiezen uit de leveringsvormen:

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

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

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

## *E. Leveringsvoorwaarden*

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

### **7.4 Specifieke punten**

#### **Toezicht bij vervoer**

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

Wanneer reguliere alarmering tekort schiet bij leerlingenvervoer, zal altijd sprake zijn van medisch specialistische verpleging. Het noodzakelijk toezicht/leveringsvoorwaarde is dan ook onderdeel van de Zvw. Een uitzondering hierop is thuisbeademing. Deze uitzonderingsmogelijkheid is beschreven in hoofdstuk 11 Thuisbeademing.

#### **Respijtzorg**

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

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

#### *BG*

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

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

#### *PV/VP*

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

#### *Omvang en geldigheidsduur*

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

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



**Zorgmijders (definitie vanuit het indicatiem perspectief):**

Zorgmijders zijn sociaal kwetsbare mensen met een (voorlopige) AWBZ-grondslag<sup>41</sup> en beperkingen (meerdere punten zijn aan de orde):

- die niet of onvoldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien (dak boven het hoofd, voedsel, inkomen, sociale contacten, zelfverzorging);
- meerdere problemen tegelijkertijd hebben, waaronder bijvoorbeeld sociaal isolement, verwaarlozing van eigen lichamelijk functioneren en dat van eventuele kinderen, vervuiling van de woonruimte en of van woonomgeving, overlastgevend gedrag, schulden, psychische problemen en verslavingsproblemen;
- vanuit het perspectief van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven;
- geen hulpvraag stellen waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft. Familie, burens en omstanders vragen meestal om hulp, waardoor vaak sprake is van ongevraagde bemoeienis van hulpverlening.
- waarbij de hulpvraag ontbreekt, omdat de verzekerde de hulpvraag niet durft te stellen, niet kan stellen, niet wil stellen of niet weet dat het nodig is om de vraag te stellen.

Is de verzekerde een zorgmijder en heeft de weigering tot hulpverlening te maken met de psychiatrische problematiek en als gevolg hiervan de behandeling wordt geweigerd, dan kan de functie BG worden ingezet om verwaarlozing te voorkomen.

Deze tekst is ten opzichte van versie 1.0 toegevoegd. De bij CIZ in gebruik zijnde definitie is nu ook, voor de volledigheid en ter informatie aan verzekerden en instanties, in de Indicatiewijzer opgenomen.

---

<sup>41</sup> Zie voor uitleg over het invullen van de bepaling 'voorlopige grondslag' hoofdstuk 3 Grondslagen, paragraaf 3.3.2.

## Bijlage bij hoofdstuk 7

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

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

Navolgende tabel is een verdere uitwerking van de tabel 'Te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Begeleiding'. Deze tabel is in dit hoofdstuk opgenomen onder paragraaf 7.3, 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 <sup>1</sup>	
1. Het ondersteunen bij het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van <b>regie</b> en/of 2. Het ondersteunen bij <b>praktische vaardigheden/handelingen</b> ten behoeve van zelfredzaamheid	1 x per week	60 - 180 minuten	1 - 3 uur	Klasse 1 - 2
	2 x per week	60 - 180 minuten	2 - 6 uur	Klasse 2 - 3
	3 x per week	30 - 90 minuten	1,5 - 4,5 uur	Klasse 1 - 3
	4 x per week	30 - 90 minuten	2 - 6 uur	Klasse 2 - 3
	5 x per week	15 - 90 minuten	1,25 - 7,5 uur	Klasse 1 - 4
	6 x per week	15 - 90 minuten	1,5 - 9 uur	Klasse 1 - 4
	1 x per dag	15 - 90 minuten	1,75 - 9,9 uur	Klasse 1 - 4
	2 x per dag	15 - 45 minuten	3,5 - 9,9 uur	Klasse 2 - 4
	3 x per dag	15 - 30 minuten	5,25 - 9,9 uur	Klasse 3 - 4
	4 x per dag	15 - 20 minuten	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 hieronder): gemotiveerd toekennen			6,9 uur	Klasse 3
1. en/of 2. + 3. <sup>2</sup>			12,9 uur	Klasse 5
1. en/of 2. + 3. + oefenen <sup>3</sup>			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 hieronder): gemotiveerd toekennen (wel of niet incl. oefenen)			19,9 uur	Klasse 7
1. en/of 2. + 3. + 3.1 + zeer ernstige gedragsproblematiek (zie hieronder): 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, inclusief klasse 8)	Klasse 8 en mogelijk additionele uren
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.				
2 en 3 Door samenvallende activiteiten wordt voor de maximale omvang naar beneden afgerond.				

# Hoofdstuk 8

## Behandeling

### Inhoudsopgave

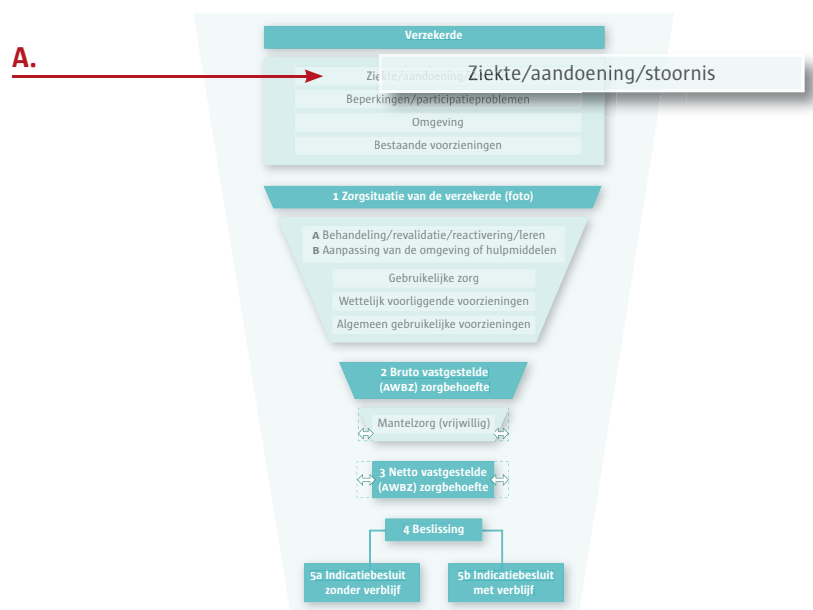
<b>8.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>124</b>
<b>8.2</b>	<b>Afbakeningskader Behandeling op basis van het trechtermodel</b>	<b>124</b>
	A. Grondslagen	124
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	124
	C. Behandeling/revalidatie in het kader van de Zvw	129
	D. Aanpassingen van de omgeving	131
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	131
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen	133
	G. Gebruikelijke zorg	133
	H. Mantelzorg	133
<b>8.3</b>	<b>De functie Behandeling</b>	<b>134</b>
	A. Omvang/vormen van Behandeling	134
	B. Geldigheidsduur	134
	C. Leveringsvorm	134
	D. Leveringsvoorwaarden	135
<b>8.4</b>	<b>Specifieke punten</b>	<b>135</b>

## 8.1 Inleiding

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

## 8.2 Afbakeningskader Behandeling (BH) op basis van het trechtermodel

### A. Grondslagen



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

### B. Doelstelling/indicatiecriteria

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

Behandeling, hetzij vanuit het tweede compartiment (Zvw), hetzij vanuit het eerste compartiment (AWBZ), verdient de voorkeur boven het inzetten van andere zorg. Het verbeteren van een aandoening, stoornis of

beperking bevordert het optimaal functioneren van de verzekerde. Dit geniet de voorkeur vanuit de kwaliteit van de zorg, en kan er ook toe leiden dat de vraag naar andere zorg afneemt.

Het gaat bij AWBZ-behandeling om:

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

Als er sprake is van Behandeling gepaard gaande aan Verblijf in dezelfde instelling, dan heeft verzekerde ook aanspraak op de aanvullende voorzieningen, zoals geformuleerd in artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ. Als er sprake is van het consulteren, door een huisarts of medisch specialist, van een aan de instelling verbonden verpleeghuisarts of een arts verstandelijk gehandicapten ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde, dan valt dit buiten de indicatiestelling door het CIZ.

#### **Aanvullende functionele diagnostiek**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Ad b. Er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn*

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

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

*Ad d. De verzekerde dient leerbaar/trainbaar te zijn*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Chronische aandoeningen*

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

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

behandeling voor CSLM-zorg in verband met de chronische aandoening, is het niet nodig de indicatie aan te passen als ook kortdurende behandeling nodig is. Het CIZ indiceert immers niet voor de omvang van Behandeling.

### **Consultatie**

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

In dit geval gaat het wel om monodisciplinaire zorg.

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

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

### **Medebehandeling**

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

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

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

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

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

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

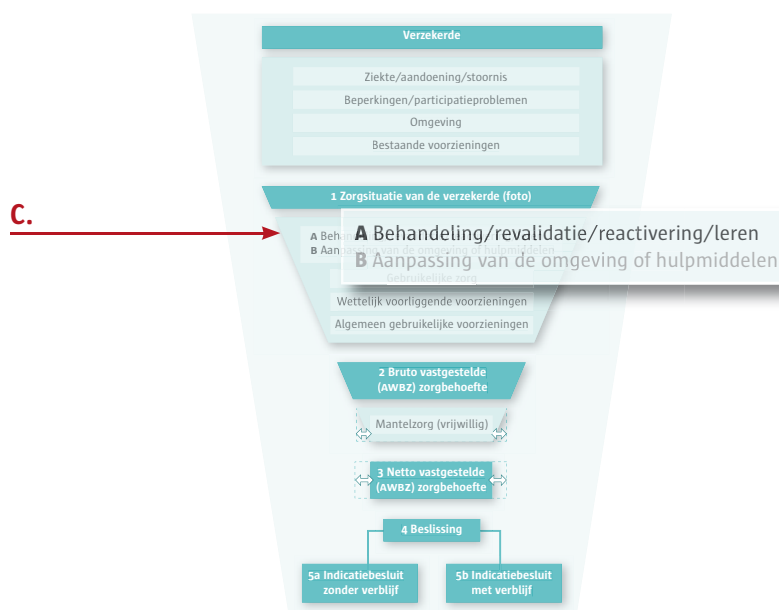


Doelstelling van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg is veelal niet meer het werken naar herstel, maar het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis (voorkomen of vertragen verergering).

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

- a. het moet gericht zijn op het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis of het handhaven van aanwezige mogelijkheden;
- b. en er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn, waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht;
- c. en er moet een behandelplan zijn<sup>42</sup>;
- d. en er dient van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake te zijn gecoördineerd door een hoofdbehandelaar;
- e. en de te geven behandeling dient een door de beroepsgroep geaccepteerde methode te zijn;
- f. en de te geven behandeling dient programmatisch en doelmatig te zijn;
- g. en voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk een AWBZ-behandelaar;
- h. en naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen.

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



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

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

### **Onderscheid Behandeling en Begeleiding**

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

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

Dat begeleiden houdt qua activiteiten in:

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

#### *Aanleren en oefenen*

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

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

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

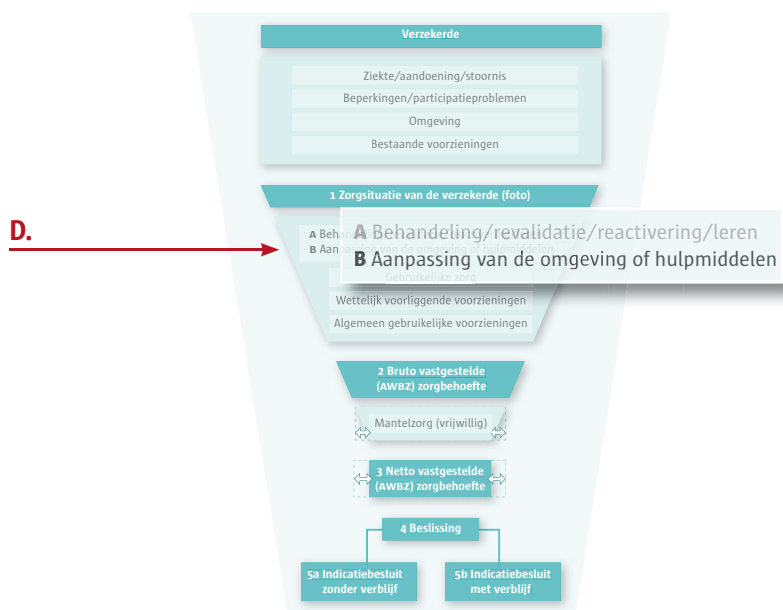
Notabene: tot de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg in de Zvw hoort ook een basale uitleg en training om met het hulpmiddel om te kunnen gaan. Als intensieve en langdurige training nodig is, kan AWBZ-zorg in de vorm van Begeleiding aan de orde zijn.

*Naast elkaar indiceren*

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

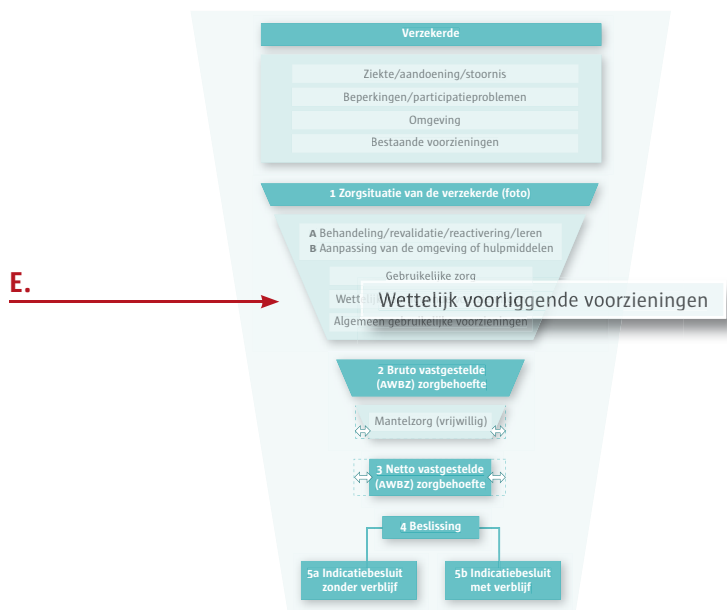
Begeleiding en Behandeling – in de zin van het aanleren/oefenen - kunnen niet naast elkaar worden geïndiceerd als het aanleren (BH) en het oefenen (BG) gericht zijn op dezelfde vaardigheid. Eerst moet een vaardigheid worden aangeleerd (BH) en vervolgens kan deze vaardigheid worden geoefend (BG). Herhaling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

**D. Aanpassingen van de omgeving**



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

**E. Wettelijk voorliggende voorzieningen**



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

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

### Zorgverzekeringswet

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

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

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

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

### Onderwijs

Zie richtlijn afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs.

### Wet op de jeugdzorg

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 (zie hierboven). 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 CIZ aanvullend worden geïndiceerd op de jeugdhulp die door het Bureau Jeugdzorg wordt geïndiceerd<sup>43</sup> (bijvoorbeeld als er AWBZ-zorg nodig is tijdens verblijf in een pleeggezin).

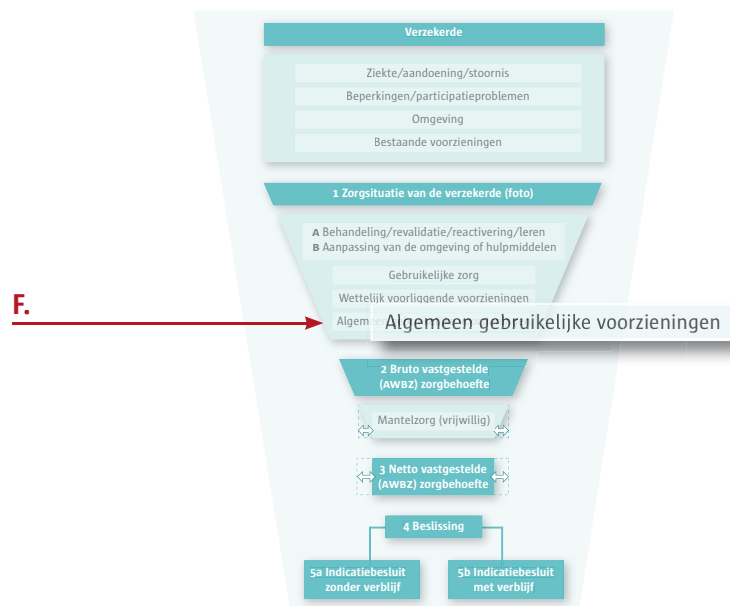
Jeugdhulp kan bijvoorbeeld geboden worden in de vorm van opvoedingsondersteuning, zorg in een Medisch Kinderdagverblijf<sup>44</sup> (MKD) en pleegzorg.

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0 voor een duidelijkere beschrijving van het verschil in aangrijpingspunt tussen de Wet op de jeugdzorg en de AWBZ.

43 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.

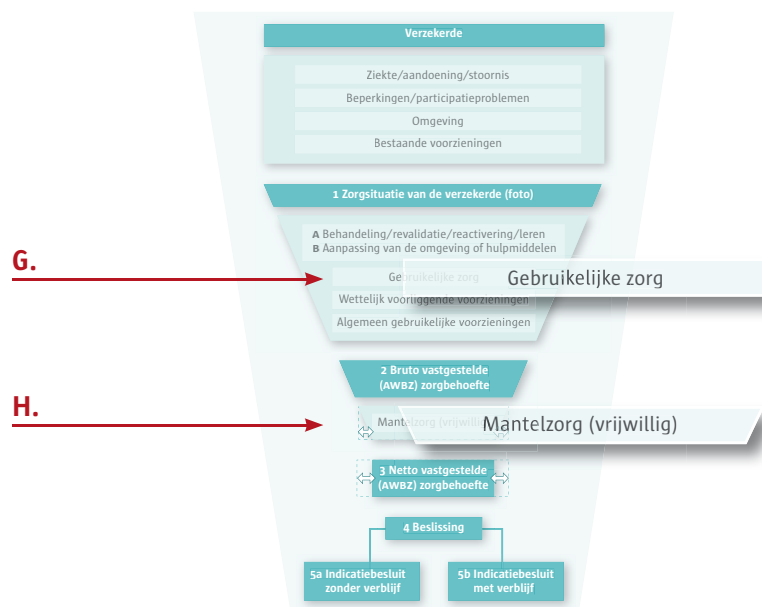
44 In een MKD kan zowel geïndiceerde AWBZ-zorg als geïndiceerde jeugdhulp worden geleverd.

F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen



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

G. Gebruikelijke zorg

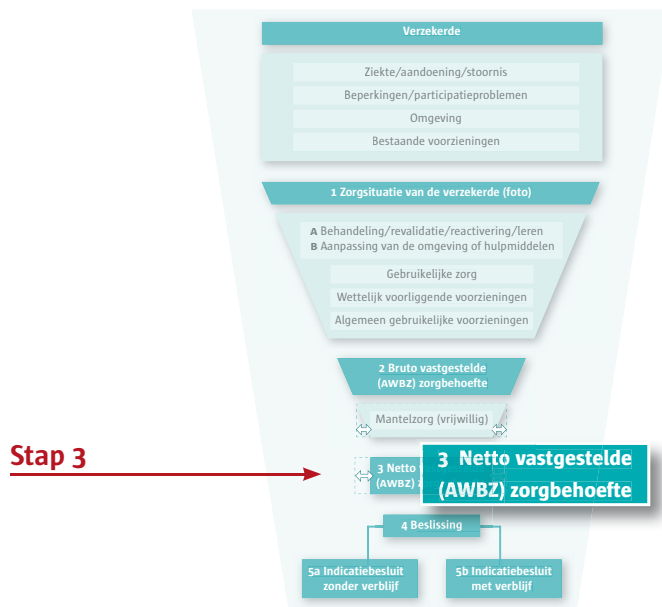


Gebruikelijke zorg is niet van toepassing op Behandeling.

H. Mantelzorg

Mantelzorg is niet van toepassing op Behandeling.

### 8.3 De functie Behandeling



#### A. Omvang/vormen van Behandeling

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

#### B. Geldigheidsduur

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

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

Daarnaast geldt het volgende.

De geldigheidsduur voor een indicatie die gericht is op:

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

De geldigheidsduur betreft de effectieve duur die voor de Behandeling nodig is.

Als sprake is van het behandelingsgericht op een andere stoornis of beperking kan een nieuwe indicatie met een nieuwe geldigheidsduur worden afgegeven.

#### C. Leveringsvorm

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

#### D. Leveringsvoorwaarden

Leveringsvoorwaarden zijn niet van toepassing op Behandeling.

### 8.4 Specifieke punten

#### Grondslagcriterium

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

#### AWBZ-behandelaar

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

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

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

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

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

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

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

Paramedische zorg die niet is gericht op de specifieke AWBZ-problematiek (de grondslag), maar op andere problematiek, bijvoorbeeld een tenniselleboog bij een zintuiglijke handicap, behoort niet tot de AWBZ, maar valt onder de prestatie paramedische zorg in het kader van de Zvw. Paramedische zorg is overigens beperkt verzekerd in de basisverzekering. Het feit dat bepaalde zorg, zoals fysiotherapie en dieetadvisering, in de basisverzekering is beperkt, betekent niet dat er een aanspraak bestaat op de AWBZ. De kosten komen voor eigen rekening of ten laste van een aanvullende verzekering.

### Behandeldoel en behandelplan

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

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

### Specifiek

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

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

### Behandeling in combinatie met Verblijf

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

### Kinderen

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

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

Als sprake is van meerdere kortdurende trajecten achter elkaar, omdat kinderen nu eenmaal steeds nieuwe vaardigheden of gedrag wordt geleerd, wordt gesproken van behandeling in de vorm van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg.

De functie Behandeling verhoudt zich in zijn algemeenheid niet tot onderwijsdoelen en wordt los van onderwijs gewogen. Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 12 AWBZ-zorg en het onderwijs<sup>45</sup>.

### Artikel 15 Besluit zorgaanspraken AWBZ

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

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
- farmaceutische zorg;

<sup>45</sup> Dit volgens de richtlijnen ‘Afbakening en Reikwijdte AWBZ en Onderwijs’ (VWS, 2004).

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0 om de definitie te laten aansluiten bij de definitie zoals is opgenomen in het hoofdstuk AWBZ-zorg in het onderwijs. Dit op basis van de richtlijn ‘afbakening, en reikwijdte AWBZ en onderwijs’.



- hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling;
- het individueel gebruik van een rolstoel.

#### **Behandeling in combinatie met Begeleiding in groepsverband**

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

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

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

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



# Hoofdstuk 9 Verblijf

## Inhoudsopgave

<b>9.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>140</b>
<b>9.2</b>	<b>Wettelijk kader</b>	<b>140</b>
<b>9.3</b>	<b>Afbakeningskader Verblijf op basis van het trechtermodel</b>	<b>141</b>
	A. Grondslagen	141
	B. Doelstelling/indicatiecriteria	142
	C. Behandeling/revalidatie	147
	D. Aanpassingen van de omgeving	148
	E. Wettelijk voorliggende voorzieningen	148
	F. Algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen/eigen verantwoordelijkheid	150
	G. Gebruikelijke zorg	151
	H. Mantelzorg	151
<b>9.4</b>	<b>De functie Verblijf</b>	<b>153</b>
	A. Omvang	153
	B. Geldigheidsduur	155
	C. Leveringsvorm	155
	D. Leveringsvoorwaarden	156
<b>9.5</b>	<b>Specifieke punten</b>	<b>157</b>
	Wijziging van de grondslag, 'sectorvreemde Zorgzwaartepaketten'	157
	Compensatie van beperkingen door een setting	157
	Dagbesteding (BG groep)	157
	Afstandsindicatie	158
	Het niet effectueren van een indicatie voor Verblijf in specifieke situaties	158
	Verblijf en de Wet Bopz	158
	Extreme zorgbehoefte	158
	ADL-clusterwoning, afbakening met ZZP	159
	Verblijf en overbruggingszorg	159
	Partneropname	159
	Wet Maatschappelijke Ondersteuning en indicatie voor zorg met VB	160
	<b>Bijlagen bij hoofdstuk 9</b>	<b>162</b>
	Bijlage 1 De vier leveringsvoorwaarden	162
	Bijlage 2 Afwegingskader leefklimaten	164
	Bijlage 3 Verblijf en de rol van het CIZ bij de uitvoering van de Wet Bopz	166

## 9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor de functie Verblijf (VB) beschreven. Dit hoofdstuk is met name gebaseerd op bijlage 8 (VB) van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009. Ook de inhoud van de andere bijlagen bij de Beleidsregels is van belang bij het indicatieonderzoek naar een aanspraak op de functie VB.

## 9.2 Wettelijk kader

Artikel 9 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

1. Verblijf omvat het verblijven in een instelling, noodzakelijkerwijs gepaard gaande met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.
2. 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 dan wel na het vertrek van zijn echtgenoot naar een andere instelling.

Artikel 13 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

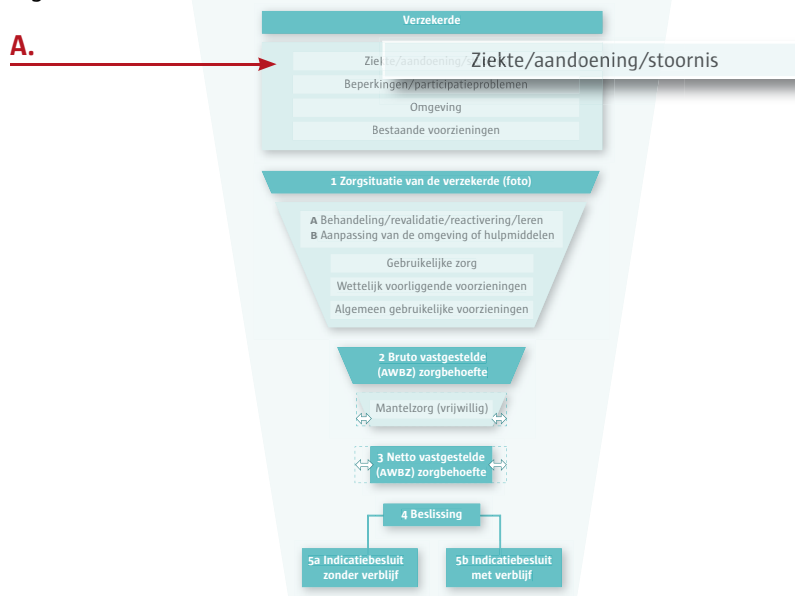
1. Voortgezet verblijf omvat verblijf in een instelling gepaard gaande met medisch noodzakelijke geneeskundige zorg in aansluiting op verblijf als bedoeld in het Besluit zorgverzekering voor zover dit verblijf een ononderbroken periode van 365 dagen te boven gaat, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
2. In afwijking van het eerste lid gaat het voortgezet verblijf, indien er sprake is van een psychiatrische aandoening, gepaard met behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van de psychiatrische aandoening en al dan niet met persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding.
3. Voor de berekening van de 365 dagen geldt een onderbreking niet langer dan dertig dagen niet als 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 13, eerste lid, onderdeel b Zorgindicatiebesluit:

“De hoeveelheid zorg per zorgvorm dan wel, indien verzekerde is aangewezen op verblijf als bedoeld in artikel 9, eerste lid, of op voortgezet verblijf als bedoeld in artikel 13, tweede lid, van het besluit, de hoeveelheid zorg voor de zorgvormen tezamen.”

### 9.3 Afbakeningskader Verblijf (VB) op basis van het trechtermodel

#### 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. Een zorgzwaartepakket (ZZP) 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.

Als de verzekerde naast zorg ook aangewezen is op de functie Verblijf 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).

Het CIZ kent hiervoor onderstaande grondslagen met aanvullend daarop zogenoemde verbijzonderingen naar een specifieke setting. Deze leiden naar de daarbij vermelde sets van zorgzwaartepakketten.

Sector*	Grondslag	Verbijzondering naar setting	Set ZZP's
Verpleging & Verzorging	Somatische aandoening/beperking (SOM)	-	VV
Verpleging & Verzorging	Psychogeriatrische aandoening/beperking (PG)	-	VV
Gehandicaptenzorg	Verstandelijke handicap (VG)	-	VG
Gehandicaptenzorg	Verstandelijke handicap (VG)	Licht Verstandelijk Gehandicapt	LVG
Gehandicaptenzorg	Verstandelijke handicap (VG)	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt	SGLVG
Gehandicaptenzorg	Lichamelijke handicap (LG)	-	LG
Gehandicaptenzorg	Zintuiglijke handicap (ZGaud)	Auditief en Communicatief	ZGaud
Gehandicaptenzorg	Zintuiglijke handicap (ZGvis)	Visueel	ZGvis
GGZ	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. Zorgaanbieders hebben op dit moment over het algemeen voor het bieden van zorg op basis van één of enkele grondslagen verbijzonderingen, maar niet voor alle acht.

Vaststelling van het juiste ZZP voor de verzekerde vindt plaats door het in kaart brengen van ziekte/aandoening/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 volgt toeleiding naar een zorgzwaartepakket. Het CIZ beoordeelt op basis van het beschreven cliëntprofiel bij dit ZZP of deze het best passend is om de vastgestelde zorgbehoefte van de verzekerde te compenseren. Het CIZ indiceert het best passende ZZP voor de verzekerde.

### **Verbijzonderingen**

Behalve de dominante grondslag die leidend is voor de toeleiding naar een zorgzwaartepakket (respectievelijk naar één van de drie AWBZ-sectoren) 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-behandelinstellingpakket.<sup>46</sup>

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 handicap<sup>47</sup>*

Bij de zintuiglijke handicap moet een keuze worden gemaakt uit twee soorten 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 verzekerde niet adequaat of niet doelmatig geleverd kan worden. Daarbij gaat het om het verblijven in een instelling als de zorg voor verzekerde noodzakelijkerwijs gepaard gaat met:

1. een beschermende woonomgeving
2. en/of een therapeutisch leefklimaat
3. en/of permanent toezicht

“Deze opsomming (‘beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht’) duidt op drie zelfstandige en gelijkwaardige condities die aan de orde kunnen zijn. In de nota van toelichting (bij het Bza AWBZ) valt te lezen ‘bij verblijf wordt de verzekerde een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is’. Hier lijkt sprake te zijn van een zekere rangorde van condities, namelijk dat de toezichtfunctie wordt gekoppeld aan de therapeutische of beschermende woonomgeving. Geconstateerd moet worden dat een scherp onderscheid tussen de drie condities, zoals verwoord in het huidige Besluit zorgaanpak AWBZ in de praktijk moeilijk is te maken. Vaak zal het toch gaan om een combinatie.” (Tangram, 2004)

Dat neemt niet weg, dat het Verblijf ook aangewezen is als de verzekerde behoefte heeft aan slechts één van de drie condities. De condities, ook wel leefklimaten genaamd, houden het volgende in.

#### **Beschermende woonomgeving<sup>48</sup>**

Een beschermende woonomgeving is een beschutte 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.

---

<sup>46</sup> Zie voor indicatiecriteria hoofdstuk 9.3, B in dit hoofdstuk.

<sup>47</sup> Zie voor toekenning grondslag Zintuiglijke handicap Hoofdstuk 3, Grondslagen onder paragraaf 3.4.5.

<sup>48</sup> 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 bij voorbeeld niet aan de levensfase, zoals bij kinderen.

De verzekerde is aangewezen op een beschermende woonomgeving, wanneer hij:

1. afhankelijk is van anderen als het gaat om oordeelsvorming over essentiële zaken in het dagelijkse bestaan. Deze verzekerde heeft vaak regieproblemen en/of
2. remmingen of vaardigheden mist om zich staande te houden in een individuele, zelfstandige woonomgeving en/of
3. 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.

### **Therapeutisch leefklimaat**

Een therapeutisch leefklimaat is een verblijfsomgeving 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 structurerende omgeving.

De verzekerde heeft te maken met een somatische, psychogeriatrische, 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 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.

### **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 bij 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;
4. (therapeutische) verbetering van de gedragsstoornis of aanleren van ander gedrag;
5. (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 ook te maken hebben met ernstige fysieke beperkingen waarbij meer of minder ernstig gevaar onverwacht kan optreden. Naast planbare zorg, heeft de verzekerde ook regelmatig ongeplande zorg nodig, zowel overdag als 's nachts. De verzekerde erkent en/of onderkent niet, of niet op essentiële momenten, de noodzaak van zijn behoefte aan de directe inzet van zorg. Verzekerde is fysiek, psychisch en/of verstandelijk niet in staat een zorgverlener op te roepen.

Er kan elk moment iets al dan niet ernstig 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 vorm worden gegeven. 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 etcetera.

De uiterlijke vorm die de functie Verblijf heeft gekregen is divers. Intramurale instellingen bieden hun cliënten over het algemeen (zie ook Tangram, 2004<sup>49</sup>) 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.

### **Bijkomende indicatiecriteria voor specifieke ZZP's**

#### *Zorgzwaartepakketten Verpleging en Verzorging*

##### *ZZP VV 09 (niet zijnde SIP<sup>50</sup> 1 en 2)*

Bij het bepalen of sprake is van AWBZ revalidatie, doorgaans aansluitend aan een klinische opname, worden de criteria gehanteerd zoals beschreven in hoofdstuk 8 Behandeling, paragraaf 8.2 B. AWBZ revalidatie in combinatie met leveringsvoorwaarde B2, C of D en een therapeutisch leefklimaat leidt tot ZZP VV 09.

Hieronder een korte opsomming van de criteria:

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

De behandeldoelen zijn gericht op het herstel van een zodanig niveau van functioneren dat de verzekerde kan terugkeren naar woonsituatie van voor de ziekenhuisopname.

##### *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 in het terminale stadium, dat wil zeggen een levensverwachting heeft van niet langer dan drie maanden, en wanneer de zorgvraag aan alle onderstaande criteria voldoet:

---

49 Zie: 'De functie verblijf nader beschouwd' drs J. Spek, Tangram organisatie-advies (27 oktober 2004).

50 SIP staat voor Standaard IndicatieProtocol. Met het beantwoorden van kernvragen wordt getoetst of de verzekerde in aanmerking komt voor een standaard indicatieprotocol of dat een reguliere indicatiestelling op zijn plaats is. SIP 1:

Revalidatie na ziekenhuisopname in verband met CVA. SIP2: Kortdurend herstelgerichte verpleging en verzorging in verband met reactivering na operatie heup/knie in een instelling.



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

Als aan deze voorwaarden is voldaan wordt ZZP VV10 geïndiceerd.

### **Zorgzwaartepakketten Gehandicaptensector**

#### *Zorgzwaartepakketten Verstandelijke handicap*

##### *ZZP VG 07*

Indicatiecriteria die beide van toepassing zijn op VG07:

1. Een onderbouwde conclusie dat er sprake is van chronische ernstige gedragsproblematiek die niet met reguliere middelen kan worden behandeld of begeleid.
2. CEP score  $\geq 3$ .

Om vast te stellen of verzekerde voldoet aan bovenstaande criteria is aanlevering van onderstaande zorginhoudelijke informatie noodzakelijk:

1. Een actueel of geactualiseerd (maximaal 1 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 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 1 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;
- leeftijd waarop de indicatie wordt gesteld: doorgaans tussen 4 en 23 jaar. Toelichting: 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. Toelichting: 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 danwel continue 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/of door psychiatrische problemen en gedragsproblemen. 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 doorgaans 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 dient op het niveau van de verzekerde plaats te vinden.

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 doorgaans 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

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 behandelaar<sup>51</sup> integraal verantwoordelijk is voor behandelplan en verblijf. Het verblijf is noodzakelijk omdat de integrale multidisciplinaire behandeling alleen in een verblijfssetting gegeven kan worden. Indien de aanvraag zich richt op een B-pakket dan geldt daarbij dat de verantwoordelijk behandelaar moet 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.

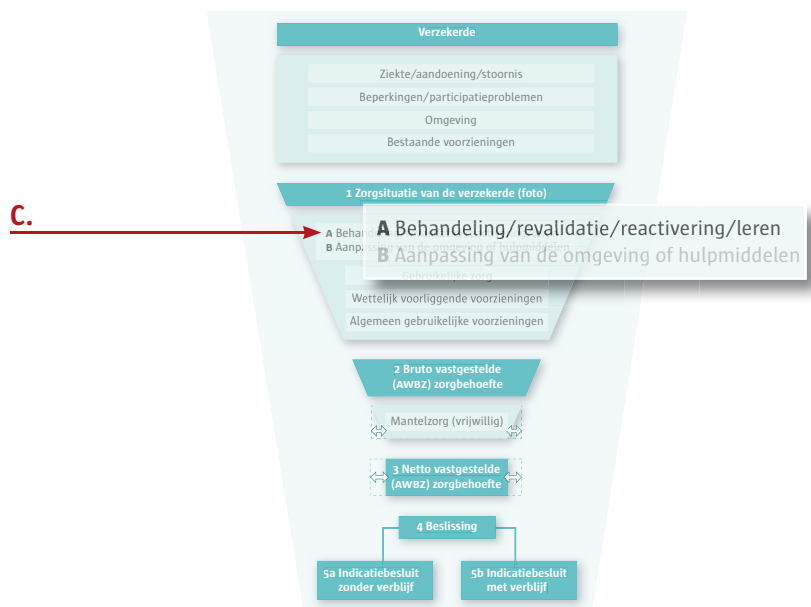
Er hoeft geen sprake te zijn van actieve psychiatrische problematiek die voortdurend ingrijpen noodzakelijk maakt.

### ZZP GGZ C-pakketten

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 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.

## C. Behandeling/revalidatie



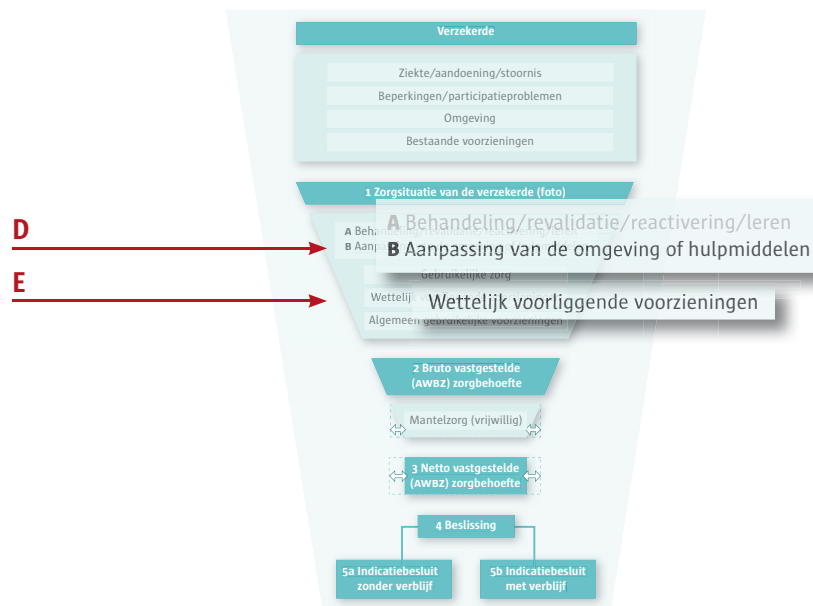
Behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet is voorliggend op de AWBZ-behandeling, zie onder E. Wettelijke voorliggende voorzieningen. Behandeling kan niet worden afgedwongen als de lichamelijke integriteit in het geding komt (bijvoorbeeld bij een operatie).

51 Met de term behandelaar wordt zowel de medische, paramedische als gedragswetenschappelijke beroepsgroep bedoeld.

#### 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 in geval van 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 planbare 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

Wettelijk voorliggende voorzieningen zijn wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg, waarop verzekerde is aangewezen of een voorziening waarmee de verzekerde de (zelf)zorg weer kan uitvoeren, kan worden bekostigd. Verzekerden die onder deze regelingen vallen, maken geen aanspraak op de AWBZ. Het gaat er hierbij om, dat een bepaalde vorm van zorg tot een ander domein behoort. Hieronder valt een niet limitatieve 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 Handeninhuus.

### **Zorgverzekeringswet**

De eerste 365 dagen aaneengesloten verblijf op basis van een psychiatrische aandoening, al of niet met bijkomende problematiek, in een psychiatrische instelling, is ten laste van de Zvw.

Opname in een revalidatiecentrum of ziekenhuis komt 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.

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 te bieden.

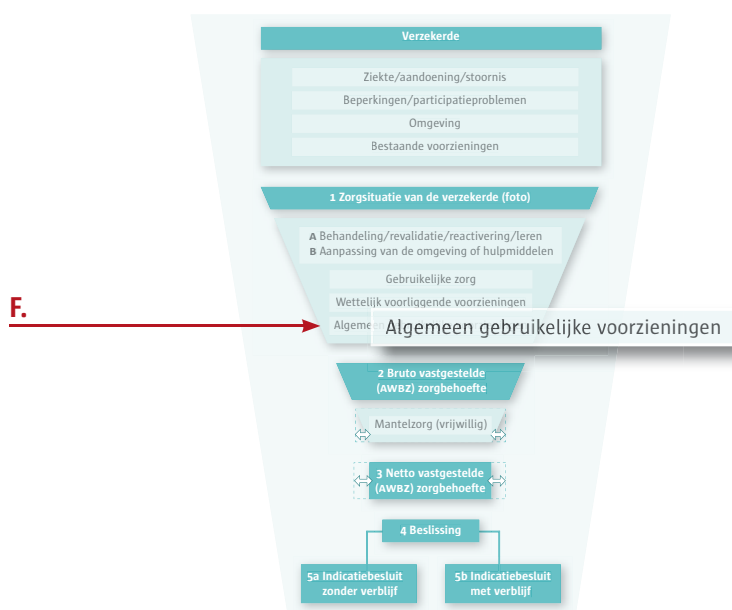
Bij (volledig of deeltijd) verblijf bij een pleeggezin is de reden voor verblijf niet gelegen in de stoornissen en beperkingen van het kind, maar in de (on)mogelijkheden en opvoedingsonmacht van ouders.

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, dan wel 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, dan wel een psychiatrische of somatische aandoening of beperking of;
  - c. 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 zoal: 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. Zie 9.3 E. Wettelijk voorliggende voorzieningen.

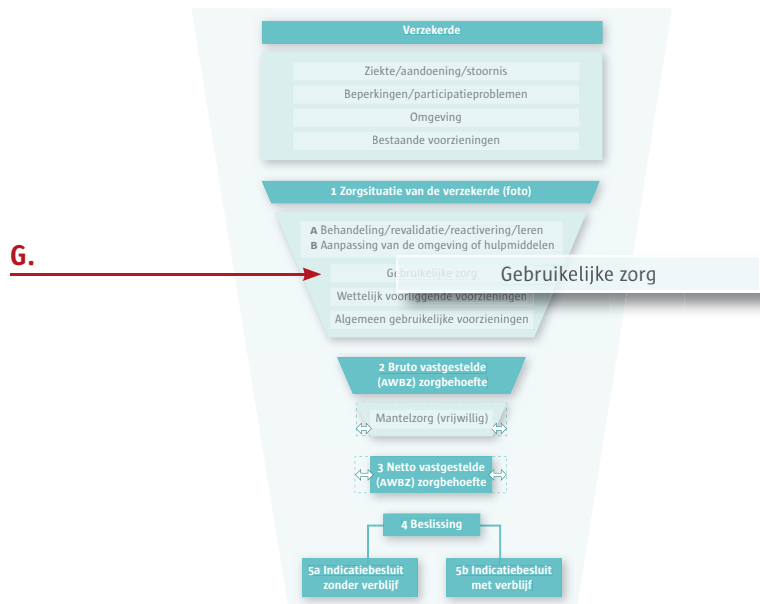
Deze voorzieningen gaan vóór op AWBZ-zorg als ze beschikbaar zijn en in redelijkheid een oplossing bieden voor de zorgbehoefte van een verzekerde. Van verzekerden die daartoe in staat zijn, wordt ook actie en initiatief verwacht om hun netwerk in te schakelen en zo te voorzien in hun vraag naar zorg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

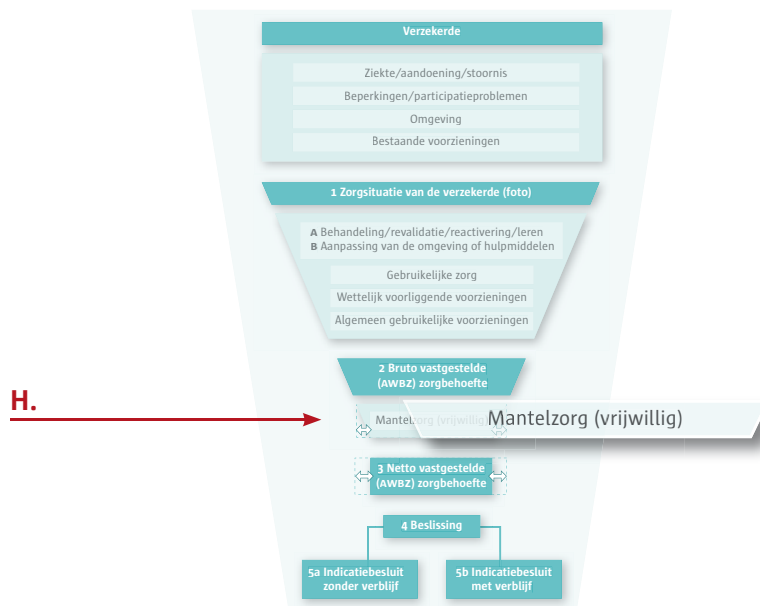
Overigens speelt de mantelzorg in deze situaties dezelfde rol. Als de verzekerde, die bijvoorbeeld in een serviceflat woont, voldoende mantelzorg heeft, dan heeft hij geen indicatiebesluit voor zorg met de functie Verblijf nodig. Zie ook onder H van deze paragraaf.

G. Gebruikelijke zorg



Voor zover het gebruikelijk<sup>52</sup> is dat partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten elkaar bepaalde zorg bieden, is verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg. Zie ook de beschrijving in deze paragraaf H, zorg van ouders aan kinderen.

H. Mantelzorg



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

52 Zie hiervoor de bijlage Gebruikelijke zorg en de toelichting bij de bijlage Gebruikelijke zorg.

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 gebruikt gemaakt van de richtlijn die opgenomen is in de bijlage 3 van de Beleidsregels van VWS Gebruikelijke zorg.

Wanneer voor de zorgvrager mantelzorg vrijwillig beschikbaar is, 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.

### **Zorg van ouders aan kinderen**

Bij zorg van ouders aan kinderen kan sprake zijn van Gebruikelijke zorg en mantelzorg. Bij de paragraaf Gebruikelijke zorg is naar deze paragraaf verwezen. Voor een complete beschrijving van de zorg van de ouders aan hun kinderen in relatie tot de functie Verblijf, is er voor gekozen om zowel het onderwerp Gebruikelijke zorg als mantelzorg bij deze subparagraaf te beschrijven.

Uit bijlage 3 Gebruikelijke zorg van de Beleidsregels van VWS:

“Een kind is aangewezen op AWBZ-zorg als het gaat om een chronische situatie, waarbij de gebruikelijke begeleiding in vergelijking tot gezonde kinderen van dezelfde leeftijdscategorie substantieel wordt overschreden”. In het geval van toezicht gaat het om kinderen waar in meer of mindere mate sprake is van tenminste leveringsvoorwaarde B2 zoals genoemd in de bijlage Beleidsregels van VWS Algemeen. Het referentiekader is dat het kind met dezelfde beperkingen na zijn 18e jaar op toezicht / Verblijf in het kader van de AWBZ zal zijn aangewezen. Van ouders wordt verwacht dat ze de gebruikelijke bijdrage aan de begeleiding (waaronder ook het toezicht) bieden aan het (minderjarige) kind. De gebruikelijke bijdrage wordt gesteld op de omvang van het toezicht en de Begeleiding die voor een kind van die leeftijd noodzakelijk is binnen de bandbreedte van het normale ontwikkelingsprofiel, indien er voor dat kind geen grondslag is voor een AWBZ-indicatie.

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:

1. de zorg voor het kind letterlijk of figuurlijk te zwaar en/of te complex wordt in relatie tot de draagkracht van de ouders;
2. en/of er sprake is van (ernstige) gedragsproblematiek van het kind;
3. en/of andere gezinsleden onacceptabel gaan lijden onder de aanwezigheid van het kind.

De mate van de zorgbehoefte in relatie tot de door de ouders geleverde zorg is van invloed op de uiteindelijke beslissing AWBZ-zorg met of zonder Verblijf (stap 4 van het indicatieonderzoek). Zie hiervoor ook hoofdstuk 2 Algemene uitgangspunten.

In deze situaties gaat het CIZ zorgvuldig na of het in het belang van het kind en de ouders is of het kind thuis opgroeit. Het CIZ heeft over deze situaties, 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.

### **Enige ondoelmatigheid**

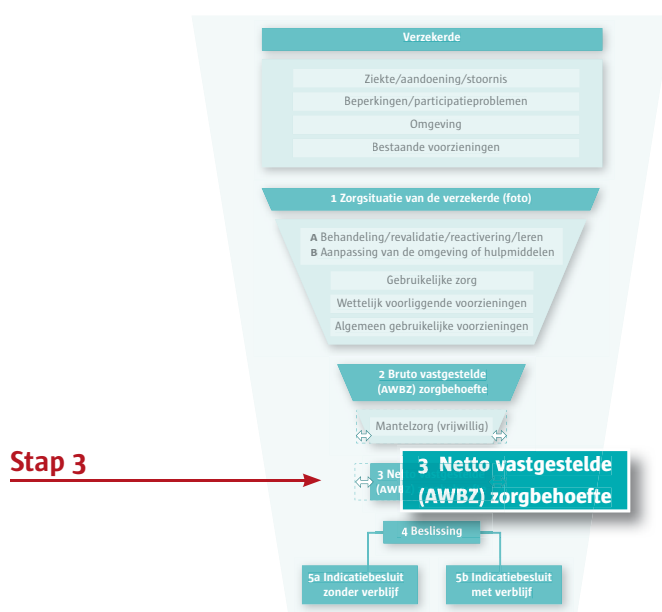
Alleen in die zorgsituatie waarvoor is vastgesteld dat enige ondoelmatigheid acceptabel is, zal leveringsvoorwaarde C of D niet noodzakelijkerwijs leiden tot Verblijf. Bijvoorbeeld bij kinderen met thuisbeademing richt de ondoelmatigheid zich met name op het kunnen indiceren van individueel verpleegkundig toezicht in plaats van een ZZP. Ook bij terminale zorg en bij zorg voor kinderen tot 18 jaar is enige ondoelmatigheid acceptabel (zie Beleidsregels bijlagen 5 Verpleging en 6 Begeleiding) en zal leveringsvoorwaarde



C of D niet noodzakelijkerwijs leiden tot Verblijf. Als op verzoek de mantelzorg in mindering is gebracht die een zodanig deel van de zorg omvat dat dientengevolge verzekerde niet meer op Verblijf is aangewezen, kan, als dat leidt tot een doelmatige en verantwoorde oplossing, er sprake zijn van AWBZ-zorg zonder Verblijf. In dat geval is er tot maximaal 3 etmalen per week ondersteuning mogelijk van de mantelzorger.

Wanneer Verblijf (tijdelijk), Begeleiding groep en/of Begeleiding individueel wordt geïndiceerd, kan dit voor maximaal 3 etmalen (=18 dagdelen) per week. In deze 3 etmalen per week moeten ook de dagdelen (dagbesteding ter vervanging van) school en (medisch) kinderdagverblijf worden meegerekend. Wanneer een kind 40 weken per jaar 9 dagdelen per week naar school gaat, staat dit gelijk aan 7 dagdelen per week per 52 weken<sup>53</sup>.

## 9.4 De functie Verblijf



### A. Omvang

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

Het CIZ bepaalt het (gemiddelde) aantal etmalen<sup>54</sup> 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.

<sup>53</sup> Zie Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ bijlage 1 paragraaf 3.2.

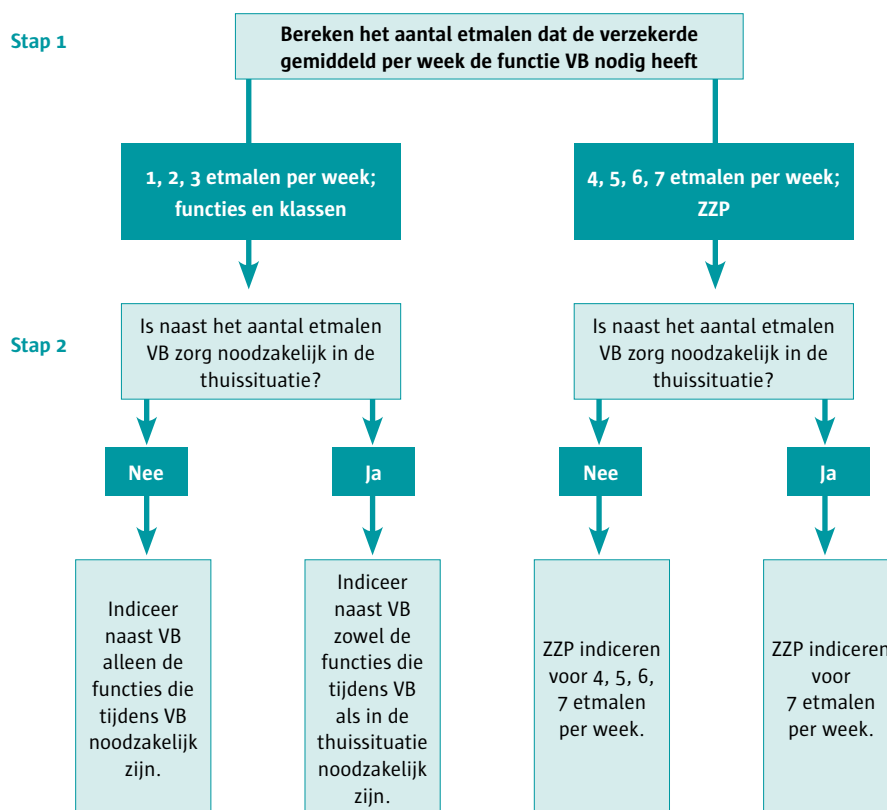
<sup>54</sup> Een etmaal is 24 uur.

### Zorg met de functie Verblif al dan niet in combinatie met zorg zonder de functie Verblif gedurende één indicatieperiode

Zoals hiervoor staat, is de vorm/omvang waarin Verblif wordt geïndiceerd (in functies en klassen of een ZZP) afhankelijk van het te indiceren aantal etmalen per week. Dit onderscheid ziet er dus als volgt uit:

- gemiddeld aantal etmalen per week is 1, 2 of 3: indicatie in functies en klassen. Ook wel tijdelijk verblif genoemd (VBtijd)
- gemiddeld aantal etmalen per week is 4, 5, 6 of 7: indicatie in ZZP.

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 (bv. 0,4 etmalen wordt gemiddeld 1 etmaal per week; 1,6 etmalen wordt gemiddeld 2 etmalen per week). Aan de hand van de uitkomst verder bij A of B.

*A: Gemiddeld aantal etmalen per week is 1, 2 of 3: Indicatie in functies en klassen*

De zorg met de functie VB tijd kan worden afgewisseld met zorg zonder de functie VB, zoals bij vakantie en/of weekendopnames. Denk bijvoorbeeld aan kinderen die 4 of 5 dagen per week thuis wonen en 3 of 2 dagen logeren in een AWBZ-instelling. Of denk daarbij aan verzekerden die thuis wonen en 1 keer per maand gaan logeren in een AWBZ-instelling zodat de mantelzorger de zorg langer kan blijven volhouden.

*Stap 2: Is naast het aantal etmalen VB tijd zorg noodzakelijk in de thuissituatie?*

Nee: indiceer naast VB tijd alleen de onderliggende functies en omvang die tijdens VB noodzakelijk zijn.

Notabene: let op: Wanneer er voor kinderen Verblif tijdelijk wordt geïndiceerd, moet er rekening mee worden gehouden dat alle gebruikelijke en bovengebruikelijke AWBZ-zorg die in de thuissituatie worden gegeven, indiceerbare zorg is. Met uitzondering van het toezicht.

Ja: indiceer naast VB tijd de functies en omvang die zowel tijdens VB tijd als in de thuissituatie noodzakelijk zijn.

In de toelichting bij de geïndiceerde aanvullende functies wordt de tijdsverdeling benoemd tussen thuissituatie en VB tijd.

*B: Gemiddeld aantal etmalen is 4, 5, 6 of 7: Indicatie in 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 4, 5, 6, 7 etmalen kan zorg buiten de AWBZ-instelling tijdens de overige etmalen noodzakelijk zijn.

*Stap 2: Is zorg noodzakelijk in de thuissituatie naast het aantal etmalen ZZP?*

Nee: ZZP indiceren voor 4, 5, 6, 7 etmalen per week.

Ja: ZZP indiceren voor 7 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.

*B. Geldigheidsduur*

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

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

Daarbij geldt het volgende:

1. 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.

*C. Leveringsvorm*

De leveringsvorm is een verplicht<sup>55</sup> te registreren item, waarbij de voorkeur van de verzekerde genoemd wordt in het indicatiebesluit. Het maakt juridisch geen onderdeel uit van het indicatiebesluit. 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'. AWBZ instellingen zijn er in vele soorten en maten.

Naast bijvoorbeeld een groot, klassiek verpleeghuis zijn er onder andere ook AWBZ-instellingen voor kinderen met een verstandelijke handicap, die het gewone gezin zoveel mogelijk benaderen.

De verzekerde kan kiezen uit de volgende twee leveringsvormen:

*1. Zorg in Natura (ZIN)*

Verzekerde ontvangt zorg van een erkende AWBZ-zorgaanbieder.

*Volledig pakket thuis*

De verzekerde kan besluiten om zich niet op te laten nemen, maar in een eigen woonsituatie thuis 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. Dat is bijvoorbeeld de woning waar hij zijn hele leven al woont. Hij kan ook kiezen voor wonen in een geclusterde woon-/zorgsetting, zoals een woonzorgcomplex. Een woning die hoort bij een extramuraliseringsproject behoort eveneens tot de mogelijkheden. Een aanbieder levert daar de zorg voor de verzekerde. Dit omvat alle zorg die passend is binnen het geïndiceerde zorgzwaartepakket voor de verzekerde, inclusief huishoudelijke verzorging.

---

55 Verplicht als onderdeel van gemaakte ketenafspraken.

## 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. 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 verzekerde, inclusief de huishoudelijke verzorging.

### D. Leveringsvoorwaarden

De leveringsvoorwaarde 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.

Officiële omschrijving leveringsvoorwaarden*	
A	Volgens afspraak, op geplande tijden
B1	Volgens afspraak + direct oproepbaar
B2	Volgens afspraak + direct oproepbaar Daarnaast heeft de verzekerde behoefte aan 'een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat' (verblijf).
C	Voortdurend in de nabijheid
D	24 uur per dag direct aanwezig

\* Zie hoofdstuk 2, Algemene uitgangspunten.

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 vastgestelde leveringsvoorwaarde voor de zorgbehoefte van de verzekerde.

In geval de zorgbehoefte van de verzekerde bepaalt dat leveringsvoorwaarde A aan de orde is dan stelt het CIZ vast dat de zorg waarop de 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 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 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 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, dan wel permanent toezicht. Er is sprake van AWBZ-zorg met Verblijf.

Bij de leveringsvoorwaarden speelt de vraag of de verzekerde naast planbare 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. Hij kan die zelf immers niet (altijd) oproepen.

Notabene: het kan zijn dat de verzekerde behoefte heeft aan leveringsvoorwaarde A of B1 en niet aan B2, C of D. Hij heeft echter tijdelijk wel behoefte aan observatie en functionele diagnostiek of AWBZ behandeling door een multidisciplinair team vanuit een beschermende woonomgeving en/of een therapeutisch leefklimaat. Daarom is hij wel tijdelijk aangewezen op zorg met Verblijf.

## 9.5 Specifieke punten

### 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 en blijft het uitgangspunt dat het CIZ de grondslag los van het bestaande zorgaanbod vaststelt. CIZ houdt dus noch rekening met de instelling waar verzekerde verblijft noch met toevallig bij de verzekerde in de buurt aanwezige zorginstellingen die in een bepaald zorgaanbod voorzien.

Het kan zijn dat het CIZ in het kader van 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.

### 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 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 indien 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 set V&V, LVG en SGLVG. Dagbesteding is geen integraal onderdeel van de pakketten uit de set VG, LG, ZGaud, ZGvis en GGZ.

Dit betekent dat het CIZ bij de pakketten van deze sets (VG, LG, ZGaud, ZGvis en GGZ) voor dagbesteding moet indiceren. Het CIZ indiceert voor dagbesteding als een verzekerde tenminste 1 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. Indien een verzekerde vanuit een voorliggende voorziening geen volledige werkweek school of (aangepaste vormen van) arbeid heeft, is dagbesteding binnen het ZZP aan de orde.  
Bij dagbesteding middels 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 en 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. Indien 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 'medisch noodzakelijk' is het gebrek aan zelfredzaamheid van de verzekerde. Uitzondering: voor kinderen tot twaalf jaar die zijn aangewezen op Begeleiding in groepsverband, wordt aangenomen dat er een medische noodzaak is voor vervoer naar BG groep en daarom wordt altijd<sup>56</sup> een indicatie gesteld voor vervoer.

#### **Afstandsindicatie**

Er kan eveneens 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 reistijd van één uur (enkele reis) is in principe acceptabel.

Bij kinderen kan die grens lager zijn, maar 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.

#### **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 dan wel 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.

#### **Verblijf en de Wet Bopz**

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 op 'personen van twaalf jaar of ouder' met een psychogeriatrische ziekte of aandoening en mensen met een verstandelijke beperking. Het CIZ stelt in voorkomende gevallen naast een indicatie voor zorg met de functie Verblijf ook vast wat de Artikel 60 BOPZ-opnamestatus van verzekerde is. Zie voor meer informatie over de rol van het CIZ bij het vaststellen van deze Bopzstatus, bijlage 3 bij dit hoofdstuk.

#### **Extreme zorgbehoefte**

Bij enkele verzekerden is de te compenseren zorgbehoefte groter dan passend in het geïndiceerde ZZZP-cliëntprofiel. De afspraken betreffende financiering van deze zorg worden gemaakt tussen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zorgkantoren en zorgaanbieders.

Voor de intramurale gehandicaptenzorg is het mogelijk om extra financiering aan te vragen als de te compenseren zorgbehoefte zo extreem is dat deze het hoogst geïndiceerde ZZZP-cliëntprofiel overstijgt (ZZP 07 LG, ZZZP 07 VG, ZZZP 05 LVG, ZZZP SGLVG, ZZZP 04 ZGaud/comm en ZZZP 05 ZGvis). De aanvraag voor deze extra financiering gebeurt in onderling overleg tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Hierbij is het noodzakelijk dat er door het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) een positief advies gegeven wordt betreffende de vaststelling dat er bij de verzekerde sprake is van een extreme zorgbehoefte.

Dit geldt alleen voor zorg met leveringsvorm Zorg in Natura. Het CCE heeft geen rol bij het bepalen van de extreme zorgzwaarte voor PGB gefinancierde zorg. Verzekerden en/of wettelijk vertegenwoordigers moeten zich dan wenden tot het zorgkantoor.

---

<sup>56</sup> Ook als de dagbesteding aanwezig is op het terrein van de instelling wordt de noodzaak voor vervoer op basis van medische noodzaak vastgesteld.

### **ADL-clusterwoning, afbakening met ZZP**

Indien de zorgbehoefte van de verzekerde zodanig is, 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).

Het onderzoek sluit samenloop met een ZZP binnen het ADL-clusterconcept uit. Immers, omdat de verzekerde volgens de criteria voor bewoning van een ADL-clusterwoning aangewezen moet zijn op zorg op afroep en in staat moet zijn om zelfstandig te wonen zal er sprake zijn van leveringsvoorwaarde B1.

Bij leveringsvoorwaarde B2 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. Het is echter wel de taak van het CIZ om alle aanvragen in behandeling te nemen en te onderzoeken. Is het zo dat een verzekerde met een ZZP toch op de wachtlijst wil komen voor bewoning van een ADL-clusterwoning, dan zal het adviesformulier ADL-assistentie te zien geven dat de verzekerde niet aan alle benodigde criteria voldoet. Het adviesformulier wordt dan wel ingevuld en opgestuurd. Het uiteindelijke besluit ligt dan bij het CVZ als subsidieverstrekker van de Regeling subsidies AWBZ.

### **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 moeten nadat ze zijn uitgerevalideerd / behandeld, soms wachten op het aanpassen van de woning of op geschikte woonruimte. Zonder deze aanpassing of de beschikbaarheid van geschikte woonruimte is het voor de betreffende cliënt niet mogelijk om zelfstandig te wonen. Het is wel een moment waarop de verzekerde een nieuwe indicatie moet krijgen omdat zijn/haar zorgsituatie is veranderd. Verblijf is immers niet meer aan de orde.

Er is geen aanspraak op AWBZ-verblijf als overbruggingszorg, indien de verzekerde moet wachten op een woningaanpassing of op het vrijkomen van een geschikte woning (bijvoorbeeld een ADL-clusterwoning). De reële zorgbehoefte van de verzekerde dient geïndiceerd te worden en over een eventuele verlenging van het verblijf dient de zorgaanbieder contact op te nemen met het zorgkantoor. Er is hierbij sprake van een woonprobleem. Gemeente en/of woningcorporatie hebben hier de verantwoordelijkheid om tot een oplossing te komen.

### **Partneropname**

Artikel 9 lid 2 Besluit zorgaanpakken 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.

Bepalend is de grondslag. 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 huishouding<sup>57</sup> 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 de zoon of dochter van een verzekerde waarmee hij of zij een gezamenlijke huishouding voerde niet. Als een gehuwde duurzaam gescheiden leeft van degene waarmee hij is getrouwd, wordt hij als ongehuwd aangemerkt.

---

57 Zie voor de definitie van een gezamenlijke huishouding, Hoofdstuk 2 Algemene uitgangspunten, paragraaf 2.2.1 Definities.

Als de verzekerde, waarvan de partner is meeverhuisd naar de instelling, weer moet verhuizen (bijvoorbeeld omdat zijn zorgvraag is veranderd of toegenomen), 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 andere instelling te verhuizen.

Indien 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. Indien 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.

### Wet Maatschappelijke Ondersteuning en indicatie voor zorg met VB

#### Hulp bij het Huishouden

- Verzekerden in afwachting van opname hebben tijdens de overbrugging naar opname een aanspraak op Wmo HH (overbruggingszorg).
- Thuiswonende verzekerden die de aanspraak op de functie Verblijf niet verzilveren en ZIN ontvangen van een zorgaanbieder hebben een aanspraak op Wmo HH.
- Thuiswonende verzekerden die de aanspraak op Verblijf verzilveren via een PGB, moeten de HH bekostigen uit het AWBZ-budget.
- Thuiswonende verzekerden die bij een intramurale zorgaanbieder een Volledig Pakket Thuis (VPT) afnemen, ontvangen de HH vanuit de AWBZ.

Schema: Hulp bij het Huishouden en het verantwoordelijk domein:

	Overbruggingszorg	Niet verzilveren	PGB	Bij opname	VPT
Hulp bij het Huishouden	Wmo	Wmo	AWBZ	AWBZ	AWBZ

#### Woningaanpassingen

Als een verzekerde met een indicatie voor zorg met de functie Verblijf zich niet op wil laten nemen in een AWBZ-instelling, dan zijn noodzakelijke woningaanpassingen in het kader van de Wmo mogelijk. Hierover bestaat Wvg-jurisprudentie: (Centrale Raad van Beroep, 22 februari 2006, 04/3745 WVG) "Het uitsluiten van gehandicapten die niet in AWBZ-instellingen verblijven, maar waarvoor het in de AWBZ bedoelde indicatieorgaan heeft vastgesteld dat zij voor opname in zulk een instelling in aanmerking komen, komt de facto neer op een categorale beperking van de zorgplicht van het gemeentebestuur. Een dergelijke beperking verdraagt zich niet met de hiervoor weergegeven omgrenzing van die zorgplicht."

Met de Wmo wordt niet beoogd om de omvang van de onder de Wvg geregelde zorgplicht in te krimpen of uit te breiden, deze uitspraak is ook van toepassing op de Wmo.

Het is van belang waar de verzekerde zijn hoofdverblijf heeft. Artikel 19 lid 1 van de Wmo-modelverordening van de VNG bepaalt:

"Een woonvoorziening wordt slechts verleend indien de aanvrager zijn hoofdverblijf heeft of zal hebben in de woonruimte waaraan de voorziening wordt getroffen."

Het hoofdverblijf is de woonruimte waar de verzekerde in de gemeentelijke basisadministratie staat ingeschreven. In artikel 19 lid 2 t/m 5 wordt verder bepaald dat:

1. In afwijking van het gestelde in het eerste lid kan een woonvoorziening getroffen worden voor het bezoekbaar maken van één woonruimte indien de aanvrager zijn hoofdverblijf heeft in een AWBZ-instelling.
2. De aanvraag voor het bezoekbaar maken wordt ingediend in de gemeente waar de aan te passen woning staat.
3. De woonvoorziening betreft slechts het bezoekbaar maken van de in het tweede lid bedoelde woonruimte met een door het college in het Besluit maatschappelijke ondersteuning gemeente vast te leggen maximumbedrag.



4. Onder 'bezoekbaar maken' wordt uitsluitend verstaan, dat de aanvrager de woonruimte, de woonkamer en een toilet kan bereiken.

Als de verzekerde zijn hoofdverblijf heeft op het thuisadres, dan is het mogelijk om woningaanpassingen in het kader van de Wmo te treffen om de woning te kunnen gebruiken. Heeft de verzekerde zijn hoofdverblijf in een AWBZ-instelling, dan is het slechts mogelijk om een woning bezoekbaar te maken.

## Bijlagen bij hoofdstuk 9

### Bijlage 1 De vier leveringsvoorwaarden

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

1. *Zorgbehoefte*: De verzekerde heeft alleen zorg nodig op planbare 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 etcetera). De verzekerde kan daarnaast behoefte hebben aan alarmopvolging vanwege ongeplande zorg in noodsituaties. Die situaties doen zich echter weinig voor. Het kan variëren van weinig gebruik (bijvoorbeeld een keer per jaar in verband met sporadisch voorkomend valrisico) tot ‘niet dagelijks’. Iets intensievere 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 in eerste instantie van de verzekerde uit. 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 zorgverlener en verzekerde kan (relatief) groot zijn.
5. *Verhouding tot de drie leefklimaten van Verblijf*: De verzekerde die behoefte heeft aan leveringsvoorwaarde A heeft geen behoefte aan minstens één van de drie leefklimaten. Hij is niet aangewezen op AWBZ-zorg met Verblijf.

#### Leveringsvoorwaarde B: volgens afspraak en direct oproepbaar (toezicht op afstand)

1. *Zorgbehoefte*: De verzekerde heeft zorg nodig op planbare 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 etcetera). De verzekerde heeft (onder andere) behoefte aan assistentie bij de dagelijkse ADL<sup>58</sup>. In verband met meer of minder risicovolle situaties, zoals assistentie bij valrisico, angstaanvallen, is er noodzaak voor verpleegkundige interventies. 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 responsetijd en er ontstaat tijdens de wachttijd geen onaanvaardbare problematiek, zoals direct gevaar, voor hem.
3. *Initiatief*: Het initiatief voor de zorginzet gaat in eerste instantie van de verzekerde uit: de zorgverlener verleent zorg volgens afspraak op geplande tijden. Daarnaast reageert de zorgverlener op de dagelijks voorkomende alarmoproepen.
4. *Afstand tussen verzekerde en zorgverlener*: Een niet te grote afstand tussen verzekerde en 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 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.

---

58 Hiertoe behoren activiteiten als transfers en toiletgang, maar ook relatief eenvoudige handelingen als 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 planbare 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 planbare 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, maar die niet permanent nodig is. 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 verzekerde en zorgverlener kan de doelmatigheid van de zorgverlening bevorderen. Te denken valt bijvoorbeeld 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. Hij is daarom aangewezen op AWBZ-zorg met Verblijf.

### **Leveringsvoorwaarde D: permanent toezicht (toezicht steeds actief)**

1. *Zorgbehoefte*: De verzekerde heeft zorg nodig op planbare 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 over het algemeen het initiatief voor zorgverlening, zeker 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 verzekerde en 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.

## Bijlage 2 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 ondersteunende 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 bij het zo zelfstandig mogelijk richting en organisatie 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 (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, inclusief eventueel corrigerende en/of opvoedende acties.		

**Permanent toezicht (toezicht steeds actief)**

De verzekerde heeft behoefte aan permanent toezicht, als één of meer van de onderstaande items met ja is 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.		
Een vorm van toezicht 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 gedragsituaties voor verzekerde en/of omgeving worden voorkomen.		

### *Bijlage 3 Verblijf en de rol van het CIZ bij de uitvoering van de Wet Bopz*

#### **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' instelling<sup>59</sup>. 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)<sup>60</sup>. Het CIZ heeft met name een taak waar het gaat om:

1. verzekeren met een stoornis van de geestvermogens die een gevaar opleveren voor zichzelf en/of hun omgeving;
2. waarbij opname in een Bopz-aangemerkte instelling, met name een psychogeriatrisch verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten of de Bopz-aangemerkte afdeling van een verzorgingshuis, noodzakelijk blijkt.

Voor psychiatrische patiënten (de categorie waar de Wet Bopz oorspronkelijk voor bedoeld was) heeft het CIZ geen taak. In dat geval is de psychiater de aangewezen deskundige om een Bopz-status vast te stellen. De reden hiervoor is dat deze mensen niet voor opname in een Bopz-aangemerkte verpleeghuis (of een als zodanig aangeduide afdeling in een verzorgingshuis), of voor opname in een instelling voor verstandelijk gehandicapten in aanmerking komen.

#### **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 met een psychogeriatrische ziekte of aandoening en mensen met een verstandelijke beperking, 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.

#### **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 opneming speelt het gevaarscriterium een belangrijke rol, waarbij een oorzakelijk verband tussen de geestesstoornis en het gevaar vereist is. Voor een nadere uitwerking van het gevaarscriterium 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

---

<sup>59</sup> 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 VWS 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 VWS, augustus 2007).

<sup>60</sup> Zib, de artikelen 3 en 17.

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, dan wel of 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 blijkt zich tegen die opname te gaan verzetten terwijl deze wel noodzakelijk blijft. In zo'n situatie beoordeelt het CIZ desgevraagd nadrukkelijk niet of er middelen en maatregelen mogen worden toegepast, maar alleen hoe de houding van de verzekerde tegen de voortgezette opname is.

### **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 CIZ<sup>61</sup> 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 een of meer daartoe bevoegde deskundige(n), zoals een arts, een psycholoog of andere daartoe door het CIZ aangewezen deskundigen.

### **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 diens 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. Daar staat onder meer in dat hij of zij 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.

#### *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;

---

61 Verbliffsindicaties, al of niet met Bopz dienen conform het ZIB behandeld te worden door een team van Deskundigen. Bij het CIZ wordt dit team gevormd door het MDO: Multidisciplinair Overleg.

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). In deze commissie zit in ieder geval een arts.

**Revisie van de Wet Bopz**

Inmiddels is een revisie van de Wet Bopz in gang gezet die een scherper onderscheid zal gaan maken tussen een wettelijke regeling voor de toegang tot Bopz-aangemerkte instellingen enerzijds en, wanneer iemand reeds 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.



# Hoofdstuk 10

## Palliatief Terminale Zorg

### Inhoudsopgave

10.1	Inleiding	170
10.2	Enmalige standaard indicatie	170
10.3	Medische verklaring	170
10.4	Wens van de verzekerde en/of zijn naasten	170
10.5	Omvang en duur van de indicatie	171
10.6	Mantelzorg	171
10.7	Indicatieonderzoek	171
10.8	Indicatie Palliatief Terminale Zorg zonder Verblijf	172
10.9	Indicatie Palliatief Terminale Zorg met Verblijf	172
10.10	Indicatie Palliatief Terminale Zorg met Verblijf, indien Verblifindicatie in vorm Verblijf Idu of ZZP al aanwezig is	173

## 10.1 Inleiding

In de terminale fase van hun leven kunnen mensen met een levensbedreigende ziekte een beroep doen op Palliatief Terminale Zorg (PTZ) vanuit de AWBZ<sup>62</sup>. Deze verzekerden verblijven niet (meer) in een ziekenhuissetting en krijgen geen (medische) behandeling meer die gericht is op herstel of levensverlenging. Ze hebben wel baat bij intensieve palliatieve zorg in de vorm van zorg, pijnbestrijding en behoud van kwaliteit van leven.

## 10.2 Eenmalige standaard indicatie

Om de verzekerde in zijn laatste levensfase en zijn naasten zo min mogelijk te belasten is een standaard ontwikkeld waarmee een uniforme en eenmalige indicatie kan worden gesteld.<sup>63</sup> Bij een zorgbehoefte die niet binnen deze standaard past, wordt deze regulier beoordeeld en geïndiceerd.

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

## 10.3 Medische verklaring

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

## 10.4 Wens van de verzekerde en/of zijn naasten

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

De indicatie PTZ zonder Verblijf is bedoeld om PTZ, wanneer de verzekerde dit wil en wanneer dit ook mogelijk is, in een (bijna) thuissituatie<sup>64</sup> mogelijk te maken. Verzekerden die niet thuis kunnen of willen verblijven, krijgen een indicatie voor PTZ met Verblijf.

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

---

62 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.

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

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

## 10.5 Omvang en duur van de indicatie

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

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

### *Nota bene*

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

## 10.6 Mantelzorg

Volgens definitie in bijlage 1 'Algemeen' van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ:

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

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

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

## 10.7 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

## 10.8 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/vrijwilligerszorg<sup>65</sup> aanwezig en bereid is om het noodzakelijke toezicht te bieden als er geen professionele hulpverlener bij de verzekerde is. Er wordt als volgt geïndiceerd.

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

### Normering PTZ zonder Verblijf

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

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

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

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

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

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

## 10.9 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.

---

<sup>65</sup> Onder vrijwilligerszorg wordt naast de zorg aan huis ook de vrijwilligerszorg in een hospice, bijna thuishuis enzovoort verstaan.

### 10.10 Indicatie Palliatief Terminale Zorg met Verblijf, indien Verbljfsindicatie in vorm Verblijf langdurig of ZZP al aanwezig is

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

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

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

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



# Hoofdstuk 11

## Thuisbeademing

### Inhoudsopgave

11.1	Inleiding en ontwikkelingen	176
11.2	Wat is beademing/soorten beademing en bij welke aandoeningen komt dit voor?	177
11.3	Instructie indicatiestelling thuisbeademing op grond van de AWBZ	179
11.4	Uitzonderingen indicatiestelling bij kinderen tot 18 jaar bij leveringsvoorwaarden B2, C en D in relatie tot Verblijf	183
11.5	Procedure	186
	Bijlage bij hoofdstuk 11	187

## 11.1 Inleiding en ontwikkelingen

### *Inleiding*

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

In dit hoofdstuk wordt de indicatiestelling voor zowel volwassenen als kinderen (< 18 jaar) toegelicht. Dit voor de directe handelingen alsmede ook voor de beslissing met en zonder Verblijf. Voor kinderen zijn er binnen de aanspraken meer mogelijkheden gecreëerd om geen ZZP te hoeven indiceren. Dit vanwege de maatschappelijke acceptatie dat kinderen bij hun ouders moeten kunnen opgroeien. Daarnaast vanwege het niet beschikbaar zijn van alternatieve woon-/verblijfssituaties 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.

### **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.

### *Ontwikkelingen*

Het CIZ beziet in overleg met de Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA)<sup>66</sup> en het CVZ de mogelijkheid om verzekerden met thuisbeademing te categoriseren in een beperkt aantal standaardprofielen en voor deze groep een realistisch zorgpakket te formuleren. Tot die tijd is hetgeen in de bijlagen bij de beleidsregels en in deze toelichting is opgenomen van kracht.

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

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

---

<sup>66</sup> Zie voor een uitleg over de VSCA het onderwerp 'betrokken organisaties'.



## Betrokken organisaties

### De Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA)

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

### Centra voor thuisbeademing (CTB's)

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

## 11.2 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'<sup>67</sup> (automatische inschakeling van de apparatuur bij het wegvallen van de ademhaling bij de verzekerde). (Mechanische) beademing met behulp van apparatuur kan plaatsvinden via een tracheostoma (invasief) of via een mond-/neuskap (non-invasief). Bij beide vormen is voor de uiteindelijke indicatiestelling van de AWBZ-zorg de responstijd, maar ook de aan-/afwezigheid van de handfunctie van belang. Het aan-/afwezig zijn van de handfunctie is enerzijds van belang voor wat betreft het zelf kunnen uitvoeren van handelingen rondom de beademing (zelfzorg). Anderzijds kan dit een risico zijn bij het ongewenst verwijderen van de tracheacanule of mond-/neuskap, iets wat regelmatig bij met name jonge kinderen wordt gezien. Dit vanwege de onwetendheid van verzekerde voor de consequenties van het 'losmaken' van de canule of mond-/neuskap. Aandoeningen waarbij vaak beademing wordt toegepast zijn: spierziekten, ernstige kyfo-scoliose, een 'hoge' dwarslaesie en neurologische ziektebeelden (bijvoorbeeld ALS). Uitgebreide informatie over (thuis)beademing staat op de website van de VSCA ([www.vsca.nl](http://www.vsca.nl)). Hier is ook een brochure met algemene informatie en informatie over de basisverzorging te downloaden.

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

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

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

<sup>67</sup> Doordat de apparatuur voorziet in een ingestelde ademfrequentie zal bij een terugval of het wegvallen van de ademhaling van de verzekerde de ademhaling volgens de noodzakelijke frequentie doorgang vinden.

## Andere AWBZ-functies dan Verpleging

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

### *Thuisbeademing op andere locaties dan de eigen woning*

#### **Begeleiding in groepsverband en Verblijf Tijdelijk**

Het is mogelijk dat kinderen met beademing die thuis wonen in staat zijn om zorg of dagbesteding te ontvangen buiten de thuissituatie. Deze zorg zou dan als BG groep of Verblijf tijdelijk kunnen worden geïndiceerd. De indicatiestelling geschiedt dan hier ook volgens de algemeen geldende criteria en uitgangspunten. Bij beademing is er, net als bij alle andere indicaties, bij BG groep sprake van integrale pakketten. Dit dus ook voor de (medisch specialistische) verpleegkundige handelingen. Bij Verblijf Tijdelijk worden de (medisch specialistische) verpleegkundige handelingen naar noodzaak en volgens de in deze toelichting opgenomen normeringen op basis van de functie Verpleging geïndiceerd. Een indicatie voor verpleegkundig toezicht<sup>68</sup> (activiteit 4.1) kan niet worden gesteld gedurende het tijdelijk Verblijf.

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

#### **Thuisbeademing in een Fokuswoning (ADL-cluster)**

Het komt voor dat verzekerden beademd worden in een Fokuswoning. De 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 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 leveringsvoorwaarde die indicatiestelling voor verpleegkundig toezicht rechtvaardigt<sup>69</sup>.

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

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

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

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

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0. In opdracht van VWS maakt Verpleging in en rond de ADL-woning geen onderdeel meer uit van de betreffende subsidie-regeling. Daarmee is Verpleging in die situaties onderdeel geworden van de algemeen geldende AWBZ-aanspraken.

### 11.3 Instructie indicatiestelling thuisbeademing op grond van de AWBZ

#### Activiteiten en handelingen

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

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

Handeling	Functie/ Activiteit	Handeling omvat	Gemiddelde tijd <sup>1</sup>	Standaard frequentie <sup>2</sup>	Bijzonderheden
Bronchiaal toilet Ook wel druppelen/sprayen/spoelen met NaCl genoemd	VP 2.1	Afkoppelen beademingsmachine, uitzuigen, balloneren (indien aan de orde), druppelen/spoelen van de NaCl en het aankoppelen van de beademingsmachine	15 minuten per keer	3 à 4 x per dag	Het gebruik van een hoestmachine (coughlator) is een mechanisch alternatief voor deze handeling. Deze handeling wordt dan ook in plaats van het bronchiaal toilet uitgevoerd. Dit betekent dat de frequenties van beide handelingen op elkaar moeten worden afgestemd.
Uitzuigen trachea of mond-/keelholte	VP 2.1	Afkoppelen beademingsmachine, 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.  Notabene: redenen voor afwijken normtijd beleidsregel VP (20 minuten per keer) zijn: de uitzuigapparatuur (uitzuigkatheter) ligt altijd klaar voor gebruik en er is sprake van gewenning bij het uitvoeren van de handeling, de meestal hoge frequentie is van invloed op de hoeveelheid uit te zuigen slijm.
<p>1 Ook hier betreft het basisminuten voor verzekerden die zich ‘normaal’ kunnen bewegen, meewerken, geen gedragsproblemen hebben, enzovoort.</p> <p>2 Met ‘standaard frequentie’ wordt de frequentie bedoeld die meestal aan de orde is.</p>					

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

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

### **Verpleegkundig toezicht**

Naast directe verpleegkundige handelingen kan sprake zijn van noodzakelijk verpleegkundig toezicht. Wanneer de mantelzorg niet in staat en bereid is om dit toezicht te leveren en dit netto leidt tot leveringsvoorwaarden B2, C of D en er geen sprake is van een terminale situatie zoals beschreven in het hoofdstuk Palliatieve Terminale Zorg, zal in deze situaties bij verzekerden van 18 jaar en ouder 'Verblijf' zijn aangewezen. En ook als zodanig in de vorm van een ZZP worden geïndiceerd. Voor kinderen tot 18 jaar kan op deze regel een uitzondering worden gemaakt. De criteria en mogelijkheden hiertoe worden in paragraaf 11.4 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 et cetera. Vervolgens wordt de omvang van de resterende zorg, te verlenen door twee zorgverleners, berekend en meegeteld bij de totale omvang van de indicatie. De volledige tijd van de handeling wordt dubbel geïndiceerd en niet alleen het gedeelte dat door twee personen moet worden uitgevoerd. Wanneer bijvoorbeeld de verzekerde voor het wassen en aankleden door twee personen moet worden gedraaid, maar de daadwerkelijke verzorging door een persoon kan plaatsvinden, wordt toch de volledige (gemiddelde)tijd dubbel geïndiceerd vanwege de noodzakelijke aanwezigheid van die tweede persoon. Als er sprake is van 'Gebruikelijke Zorg', dan wordt dit toegepast op de te leveren zorg door de eerste persoon. Voor de door de tweede persoon te leveren zorg wordt de (gemiddelde)tijd volledig geïndiceerd.

### **Gebruikelijke zorg/Persoonlijke Verzorging**

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

### **Airstacking**

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

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

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

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

### *Het beleidskader/verantwoordelijkheden*

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

- a het is de wens van de ouders om het kind thuis te laten wonen en
- b het centrum voor thuisbeademing draagt hiervoor de verantwoordelijkheid en
- c de mantelzorgers neemt een deel van de zorg over. Met het deel wordt die zorg bedoeld die overblijft na de indicatiestelling van de direct benodigde zorg en de in die situatie (maximaal) mogelijke omvang van het te indiceren toezicht. De voorwaarden en mogelijkheden van de directe zorg zijn in voorgaande paragrafen beschreven, en
- d dit leidt tot doelmatige zorgverlening.<sup>70</sup>

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

### **Algemene voorwaarden voor het afgeven van een besluit voor extramurale zorg in plaats van ‘Verblijf’ voor kinderen tot 18 jaar bij thuisbeademing**

Zoals in paragraaf 11.1 is aangegeven, is het beademingscentrum eindverantwoordelijke voor de beademing in de thuissituatie. Bij beademing in de thuissituatie verklaart het beademingscentrum dat hiermee een veilige en doeltreffende oplossing wordt geboden. En heeft het beademingscentrum het vertrouwen dat de ouders in staat en bereid zijn om de zorg aan hun kind thuis te bieden. Een aandachtspunt hierbij is dat de ouder (hulpverlener) binnen de responstijd<sup>71</sup> 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 ook te kunnen dragen en om aan door de inspectie gestelde veiligheidseisen te kunnen voldoen. Als de draagkracht/draaglast uit balans raakt moet binnen de grenzen van de mogelijkheden van de AWBZ worden bezien of aanvullende ondersteuning vanuit de AWBZ kan worden geboden. Gaat dit de mogelijkheden te boven en/of wordt er een onveilige situatie geconstateerd, dan wordt er contact opgenomen met het CTB. Wanneer de zorg thuis niet meer haalbaar is, is het uiteindelijk aan het CTB om te regelen dat de zorg in een andere setting wordt geboden. Hierbij moet worden aangetekend dat er nauwelijks alternatieven zijn.

---

<sup>70</sup> Zorg is doelmatig als het in ieder geval het gewenste effect sorteert (doeltreffend is), en daarbij ook efficiënt is: het te behalen doel moet met de minst mogelijke kosten worden bereikt.

<sup>71</sup> Hiermee wordt de tijd bedoeld dat de verzekerde in levensgevaar komt wanneer hij niet met behulp van de apparatuur wordt beademd. Deze tijd kan variëren tussen 15 seconden en een aantal uren.

### Omschrijving leveringsvoorwaarden C en D bij thuisbeademing

(voor een beschrijving van de overige leveringsvoorwaarden, zie bijlage 1 Algemeen bij de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.)

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

D	24 uur per dag direct aanwezig (volgens bijlage Algemeen)	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die 24 uur per dag dichtbij de verzekerde is. De hulpverlener moet direct zorg kunnen leveren, als dat nodig is, aangezien anders gevaar ontstaat.
	Bij thuisbeademing ter bepaling mogelijkheden tot indiceren van verpleegkundig toezicht	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die 24 uur per dag dichtbij de verzekerde is. De verzekerde kan zelf alarmeren of de vitale lichaamsfuncties worden bewaakt door apparatuur en de hulpverlener moet binnen 5 minuten zorg kunnen leveren, als dat nodig is, aangezien anders gevaar ontstaat. De verzekerde kan niet zelf alarmeren en de vitale lichaamsfuncties zijn niet te bewaken door apparatuur en de hulpverlener moet binnen 15 minuten zorg kunnen leveren, als dat nodig is, aangezien anders gevaar ontstaat.

### Criteria en mogelijkheden voor het indiceren van individueel verpleegkundig toezicht

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

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

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



## 1. Gedurende de nacht bij leveringsvoorwaarde B2 en C

### Criteria

- Er is sprake van een langdurige en zeer frequente zorgbehoefte (meer dan twee keer per nacht). Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met andere kinderen binnen het gezin waarbij ook sprake is van interventies<sup>72</sup> gedurende de nacht<sup>73</sup>, die niet gelijk lopen met de interventie van de verzekerde.

### Mogelijkheden

- De maximale hoeveelheid te compenseren nachten in de vorm van indiceren van verpleegkundig toezicht (V.P. 4.1) gedurende de nacht, betreft voor een twee-ouder gezin drie nachten (6 dagdelen) per week. Voor een één-oudergezin<sup>74</sup> is dit maximaal vijf nachten (10 dagdelen) per week. Het aantal te indiceren uren VP 4.1 bedraagt per dagdeel (lees nachtdeel) maximaal vier uur. Op deze vier uur wordt de geïndiceerde tijd voor alle directe zorg in mindering gebracht;
- Verpleegkundig toezicht in de vorm van VP 4.1 kan niet buiten de nachten om worden geïndiceerd. Naar noodzaak worden de andere mogelijke vormen van toezicht zoals BG groep en Verblijf tijdelijk geïndiceerd.

## 2. Gedurende de nacht en dag bij leveringsvoorwaarde D

### Criteria

Zie omschrijving leveringsvoorwaarde D.

### Mogelijkheden

- De maximaal te compenseren nachten in de vorm van het indiceren van verpleegkundig toezicht (4.1) gedurende de nacht, betreft zeven nachten (14 dagdelen) per week. Dit voor zowel een één-ouder als een twee-ouder gezin. Het aantal te indiceren uren VP 4.1 bedraagt per dagdeel maximaal vier uur. Op deze vier uur wordt de geïndiceerde tijd voor alle directe zorg in mindering gebracht;
- Naast de compensatie in de zorg voor de nachten kan een één-ouder gezin nog vier dagdelen per week gecompenseerd worden door het indiceren van individueel verpleegkundig toezicht wanneer andere vormen van toezicht geen adequate oplossing zijn. De berekening hiervan gebeurt volgens de voorwaarden als omschreven bij de te compenseren nachten. Aan de ouder wordt gevraagd welke dagdelen per week hij/zij naast de nachten vrij van zorg wenst te zijn. De berekening van het aantal uren individueel verpleegkundig toezicht wordt hierop aangepast;
- Naast de compensatie in de zorg voor de nachten kan een twee-ouder gezin<sup>75</sup> 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.

---

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

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

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

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

## 11.5 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 1 jaar na het ontstaan van de aandoening;
- Bij een eerste aanvraag waarbij sprake is van individueel verpleegkundig toezicht, is de maximaal te indiceren periode een half jaar. Gedurende deze periode kunnen de draaglast/draagkracht en vaardigheden van de ouders voor het leveren van een bijdrage aan de zorg voor het kind worden onderzocht. Gestreefd wordt naar een maximale zelfredzaamheid van het gezin;
- Voortzetting van indicaties met activiteit VP 4.1 is alleen mogelijk bij handhaving van leveringsvoorwaarden. Voor de bepaling van de geldigheidstermijn na deze periode wordt het gestelde in paragraaf 2.5 'Geldigheidsduur' van bijlage 1 Algemeen van de Beleidsregels toegepast.

## Bijlage bij hoofdstuk 11

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

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

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

#### Maandag:

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

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

#### Totaal berekening maandag

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

#### Totaaltijd maandag functies PV en VP

PV: 355 minuten

VP: 820 minuten

### **Vervolg berekenmethode**

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

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



# Hoofdstuk 12

## AWBZ-zorg in het onderwijs

### Inhoudsopgave

<b>12.1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>192</b>
<b>12.2</b>	<b>Specifieke aandachtspunten bij het onderzoek</b>	<b>192</b>
<b>12.3</b>	<b>Aandachtspunten bij de bepaling van voorliggende voorzieningen</b>	<b>193</b>
<b>12.4</b>	<b>De aanspraak op AWBZ-zorg</b>	<b>197</b>
<b>12.5</b>	<b>Functies, omvang en geldigheidsduur</b>	<b>197</b>
<b>Bijlagen bij hoofdstuk 12</b>		<b>199</b>
	Bijlage 1 Tabel aftrek aantal minuten reguliere zorg, per week, per schoolsoort en per functie	199
	Bijlage 2 Achtergrondinformatie	200
	Bijlage 3 'Stages' in centra voor dagbesteding	201

## 12.1 Inleiding

Met deze toelichting op de indicatiestelling van AWBZ-zorg bij kinderen/leerlingen<sup>76</sup> die AWBZ-zorg nodig hebben tijdens hun deelname aan het onderwijs, wordt standaardisatie/uniformering van de indicatiestelling beoogd. Hetgeen hier specifiek voor indicatiestelling bij kinderen die onderwijs volgen wordt beschreven is gebaseerd op de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009. De Richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs', waarop deze toelichting mede is gebaseerd, is nog niet aangepast aan de beleidsregels indicatiestelling AWBZ geldend op 1 juli 2009. Daar waar de Richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs' afwijkt van de Beleidsregels Indiciestelling AWBZ geldend op 1 juli 2009, zijn deze Beleidsregels van toepassing.

Deze toelichting 'AWBZ-zorg in het onderwijs'<sup>77</sup>, 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.

## 12.2 Specifieke aandachtspunten bij het onderzoek

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

### Rapportage

Omdat het beoordelen van AWBZ-zorg in het onderwijs tamelijk complex is, is voor het indicatieonderzoek de volgende informatie van belang: aanvraagformulier, informatie over de (medische) diagnose, individueel zorgplan van de school inclusief een beschrijving van de activiteiten en welke begeleiding/zorg daarbij gewenst is. Indien aanwezig een kopie van de REC beschikking<sup>78</sup>, en een individueel zorgplan voor de thuish situatie bij reeds ingezette zorg.

### Grondslag/functies

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

### Beperkingen

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

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

---

<sup>76</sup> Waar in dit hoofdstuk over kinderen wordt gesproken kan ook jongeren of leerlingen worden gelezen.

<sup>77</sup> 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.

<sup>78</sup> 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 die de intensiteit of omvang van de begeleidingsbehoefte van het kind op school doen vergroten. Met andere woorden, of de beperkingen van het kind duidelijker naar voren komen vanwege de onmogelijkheden van de schoolomgeving.

### **Gebruikelijke zorg**

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

### **Wettelijk voorliggende voorzieningen**

In de tabel in bijlage 1 bij dit hoofdstuk wordt benoemd wat de mate van voorliggendheid van het onderwijs is voor de functies PV en VP. Deze wordt uitgedrukt in een minutentabel. Voor de functie BG individueel is de minutentabel niet van toepassing<sup>79</sup>. Dit omdat de in deze tabel opgenomen minuten begeleiding aangemerkt zijn als schoolactiviteiten. Hiermee kan deze tijd ten opzichte van de AWBZ- functie Begeleiding niet als wettelijk voorliggende voorziening worden beschouwd.

## **12.3 Aandachtspunten bij de bepaling van voorliggende voorzieningen**

### *Algemeen*

#### **De mate van voorliggendheid van het onderwijs**

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

De Richtlijn veronderstelt een gelijkwaardigheid van het speciaal onderwijs en het regulier onderwijs mét Rugzak<sup>80</sup>. De aftrek in minuten PV en VP zorg is in beide gevallen hetzelfde.

---

79 Dit volgens bijlagen 4 (PV), bijlage 5 (VP) en bijlage 6 (BG) van de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ.

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

Als een kind, vanwege een aandoening, stoornis en beperkingen, gedrag heeft dat het *leren* bemoeilijkt, valt de daarbij behorende begeleiding al dan niet in combinatie met een clusterindicatie onder het onderwijs. Het gaat daarbij om activiteiten die te maken hebben met de lessen, het leren, de vakinhoud, de pedagogische en didactische omgang en alle activiteiten gedurende schooltijd, die onder de behandelvorm kortdurende behandeling, gericht op het herstel en/of aanleren van vaardigheden of gedrag<sup>81</sup>, vallen. Als er sprake is de noodzaak tot het leveren van toezicht dat bovengebruikelijk is, kan dit wel tot een AWBZ-aanspraak leiden.

Notabene: de functie Behandeling verhoudt zich in zijn algemeenheid niet tot onderwijsdoelen en wordt los van onderwijs gewogen.<sup>82</sup>

Het CIZ betreft in het onderzoek naar de voorliggende voorzieningen niet alleen de omvang van de zorg die binnen het onderwijs geboden dient te worden (zie tabel '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 onderwijs<sup>83</sup>.

### **De leerplicht en de voorliggendheid van het onderwijs**

Kinderen gaan verplicht naar school vanaf 5 jaar tot en met het schooljaar waarin ze 16 worden (volledige leerplicht). Daarna start, voor jongeren die nog geen startkwalificatie hebben, de kwalificatieplicht<sup>84</sup>. Dat houdt in dat alle jongeren tot hun 18e verjaardag onderwijs moeten volgen, gericht op het halen van een startkwalificatie. Dit is een HAVO-, VWO- of MBO2-diploma. Heeft een leerling met succes HAVO of VWO afgerond of een diploma van een opleiding op niveau 2 van het MBO, dan is de kwalificatieplicht niet van toepassing.

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

Kinderen van 4 jaar zijn nog niet leerplichtig. Als voor kinderen van deze leeftijd AWBZ-zorg in het onderwijs wordt gevraagd en het kind heeft nog geen clusterindicatie, dan kan het onderwijs niet als voorliggende voorziening worden gezien (het kind is immers niet leerplichtig<sup>85</sup>). Als kinderen van 4 jaar wel in het bezit zijn van een clusterindicatie is er sprake van onderwijs als niet-wettelijke maar als algemeen gebruikelijke voorziening. In deze situaties wordt de minutenaftrek tevens gehanteerd (zie tabel 'aftrek aantal minuten reguliere zorg per week, per schoolsoort en per functie', in bijlage 1 bij dit hoofdstuk).

---

81 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.

82 Dit volgens de richtlijn 'Afbakening en reikwijdte AWBZ en onderwijs (VWS 2004).

83 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.

84 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.

85 Onderwijs wordt bij kinderen vanaf 4 jaar, voor wat betreft kinderopvang (oppas/toezicht), als wettelijk voorliggende voorziening beschouwd. Dit geldt voor de schooluren. Een (niet leerplichtig) kind tussen de 4 en 5 jaar kan aangewezen zijn op Begeleiding groep als het op grond van zijn beperkingen niet aan het onderwijs kan deelnemen.

## *Specifieke aandachtspunten*

### **Remedial teaching en huiswerkbegeleiding**

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

### **(Begeleiding bij) vervoer naar onderwijs**

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

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 Zorgverzekeringswet. Een uitzondering hierop is thuisbeademing. Deze uitzonderingsmogelijkheid is beschreven in hoofdstuk 11 Thuisbeademing, van deze Indicatiewijzer.

### **Overblijven**

Scholen voor basisonderwijs moeten zorgen voor een voorziening voor leerlingen om onder toezicht de middagpauze te kunnen doorbrengen. Als er tijdens de overblijftijd PV of VP noodzakelijk is, kan AWBZ-zorg hiervoor worden ingezet<sup>86</sup>.

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 continuïrooster. Dit betekent dat leerkrachten in de pauze tussen de middag verantwoordelijk zijn voor toezicht bij het eten. Hiervoor kan de functie BG individueel niet worden aangesproken.

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

### **Onderwijs en AWBZ-dagbesteding**

Het onderwijs is een wettelijk voorliggende voorziening voor AWBZ-dagbesteding. AWBZ-dagbesteding (BG groep) is alleen mogelijk als er een vrijstelling is voor het volgen van onderwijs ('leerplichtonthefing'). Voor stages in centra voor dagbesteding is de handelwijze beschreven in bijlage 3 van dit hoofdstuk.

---

86 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) .

### **Buitenschoolse opvang**

Met ingang van 1 augustus 2007 zijn basisscholen verantwoordelijk voor het organiseren van buitenschoolse opvang. Scholen voor speciaal onderwijs hebben niet de verplichting om buitenschoolse opvang te organiseren. Voor de buitenschoolse opvang van leerlingen van scholen voor speciaal onderwijs is een indicatie in de vorm van de functie BG groep alleen mogelijk, voor zover BG groep een ander doel dient dan kinderopvang<sup>87</sup>.

### **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 ind 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 in op deze scholen in omvang beperkt kunnen zijn.

Kinderen van het speciaal basisonderwijs komen meestal niet in aanmerking voor de Rugzak. Helemaal uitgesloten is dit overigens niet. Voor een kind met Rugzak in het speciaal basisonderwijs geldt dat er rekening gehouden moet worden met de minutenaftrek op basis van de indicatie speciaal onderwijs (de clusterschool). De Rugzak is dan de voorliggende voorziening waarvan de omvang in minuten is vastgelegd.

### **AWBZ-zorg in het MBO**

Onder het MBO-onderwijs wordt verstaan het middelbaar beroepsonderwijs op een regionaal opleidingscentrum (ROC), een agrarisch opleidingscentrum (AOC) of een vakschool. Daarbinnen kan voor de beroepsopleidende leerweg (BOL) of de beroepsbegeleide leerweg (BBL) worden gekozen.

Er is geen speciaal onderwijs op MBO-niveau. Het speciaal onderwijs is geen voorliggende voorziening voor het MBO.

In het MBO-onderwijs is vanaf 2006 een wel een Rugzakregeling ingevoerd. De Rugzak is de voorliggende voorziening waarbij het uitgangspunt is dat leerlingen recht hebben op de benodigde AWBZ-zorg minus de tijd zoals aangegeven in de tabel '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 VSO betreft. Een rugzak in het MBO wordt toegekend door de Commissie van Indicatiestelling van het REC. Een indicatie van het Cvl is nodig om de extra hulp/zorg daadwerkelijk te kunnen ontvangen<sup>88</sup>.

### **AWBZ-zorg in HBO en WO**

Een student in het HBO- en WO-onderwijs kan aanspraak maken op de functies PV, VP en BG. Er is voor deze onderwijssoorten geen voorliggende voorziening. Om aanspraak te kunnen maken op de functie BG moet er sprake zijn van matig of zware beperkingen die niet onderwijsgerelateerd zijn<sup>89</sup>.

---

87 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.

88 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.

89 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).

## 12.4 De aanspraak op AWBZ-zorg

### Welke begeleiding behoort tot het onderwijs en welke tot de AWBZ?

Ten aanzien van de functie BG geldt het volgende:

als een kind, vanwege een aandoening, stoornis en beperkingen, gedrag heeft dat het leren bemoeilijkt, valt de daarbij behorende begeleiding onder het onderwijs. Het gaat daarbij om begeleiding die te maken heeft met de lessen, het leren, de vakinhoud, de pedagogische en didactische omgang en alle activiteiten gedurende schooltijd, die onder de behandelvorm kortdurende behandeling gericht op herstel en/of aanleren van vaardigheden of gedrag<sup>90</sup>. Een concentratieprobleem van een kind leidt op zich dus niet tot een indicatie voor de functie BG individueel tijdens onderwijs. Als er sprake is de noodzaak tot het leveren van toezicht dat bovengebruikelijk is, kan dit wel tot een AWBZ-aanspraak leiden.

### De clusterindicatie in relatie tot de functie Begeleiding AWBZ

Een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs voorziet in begeleiding van leerlingen tijdens het onderwijs. In relatie tot de functie Begeleiding betreft het de activiteiten (1) ondersteunen en aanbrengen van structuur c.q. het voeren van regie en (2) ondersteuning bij praktische vaardigheden en handelingen ten behoeve van zelfredzaamheid en (4) oefenen met het aanbrengen van structuur, c.q. het voeren van regie en/of het uitvoeren van handeling die de zelfredzaamheid tot doel hebben Deze activiteiten zijn in het speciaal onderwijs onderdeel van de clusterindicatie en daarmee een voorliggende voorziening op AWBZ-zorg. Wanneer de ouders van kinderen met een zorgvraag kiezen voor regulier onderwijs krijgt deze clusterindicatie de vorm van een Rugzak.

### Bovengebruikelijk toezicht

Als het gedrag de omgang met andere leerlingen bemoeilijkt kan BG individueel in de vorm van toezicht zijn aangewezen. Dit volgens de beleidsregels indicatiestelling AWBZ.<sup>91</sup> Te denken valt hierbij aan begeleiding bij ‘vrije’ of praktijklessen als schoolzwemmen of schoolgym. Bij dit type lessen/activiteiten is sprake van een minder strakke structuur en een ander type (leer)omgeving. Dit is vaak van invloed op het gedrag van het kind met een zorgvraag. Essentieel is dat het leren voor iedereen doorgang kan vinden. Ook bij de omgang met andere kinderen en/of bij spel kan het gedrag om toezicht en/of interventie vragen. Dit bovengebruikelijke toezicht en eventuele interventies komen in beide hiervoor genoemde situaties ten goede aan het kind zelf als ook aan zijn omgeving. De BG ind op titel van toezicht tijdens de schooluren, wordt naast de Begeleiding in uren thuis apart bepaald.

### Ten aanzien voor 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 bijlagen Persoonlijke Verzorging en Verpleging.

## 12.5 Functies, omvang en geldigheidsduur

### 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, kunnen er daarnaast geen losse functies worden geïndiceerd. Een ZZP bevat immers de volledige 24-uurs zorg.

Een AWBZ-indicatie voor het verblijf voor het volgen van passend onderwijs op grote afstand van de thuissituatie (de ‘afstandsindicaties’) is niet mogelijk.

---

<sup>90</sup> 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.

<sup>91</sup> Zie voor de maximumomvang ‘omvang BG’ onder paragraaf 5 van dit hoofdstuk.

### **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 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. Indien het aantal minuten PV of VP dat op school noodzakelijk is minder is dan de in de minutentabel per functie opgenomen minuten PV en VP, 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 clusterindicatie<sup>92</sup>. In het indicatiebesluit wordt naast de totale omvang PV/VP zichtbaar gemaakt welk deel van de aanspraak is bedoeld voor tijdens het onderwijs 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 van de gedragsproblemen die de omvang met andere leerlingen bemoeilijkt. De omvang per week is maximaal klasse 2. In geval van zeer ernstige gedragsproblemen<sup>93</sup> kan de totale omvang van de functie BG met één klasse worden verhoogd.

In geval BG gericht is op toezicht tijdens het onderwijs, wordt dit meegenomen als onderdeel van de aanspraak BG individueel. Indien 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.

Voor activiteit 3 van de functie Begeleiding Individueel (het overnemen van toezicht), geldt dat deze activiteit wordt geïndiceerd conform de voorwaarden zoals die in dit hoofdstuk zijn opgenomen. De Tabel in bijlage 1 is voor de functie Begeleiding niet van toepassing<sup>94</sup>.

### **Geldigheidsduur**

De geldigheidsduur wordt beoordeeld volgens hetgeen hierover is opgenomen in bijlage 1 'Algemeen' van de beleidsregels indicatiestelling AWBZ. De maximale geldigheidsduur is hiermee 5 jaar. Voor de bepaling van de geldigheidsduur bij kinderen met AWBZ-zorg tijdens het onderwijs is de prognose (veranderlijkheid) en het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak, van belang. Enerzijds gaat het om Gebruikelijke zorg in relatie tot gezonde kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel; anderzijds om de mate van voorliggendheid van de zorg.

Deze tekst is gewijzigd ten opzichte van versie 1.0 vanwege aanpassing van de Beleidsregels, bijlage 6: Begeleiding. De activiteit toezicht van de functie Begeleiding is nu naast in de thuisituatie ook tijdens de schooluren mogelijk.

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

93 Zie voor de definitie van zeer ernstige gedragsproblemen hoofdstuk 7, paragraaf 7.3 onder A.

94 Zie paragraaf 12.2 'Wettelijk voorliggende voorzieningen'.

## Bijlagen bij hoofdstuk 12

### Bijlage 1

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 12.5				

\* Hiermee wordt bedoeld op meervoudig gehandicapte kinderen (LG/ZMLK MG). De REC beschikkingen voor MG-leerlingen betreffen leerlingen met zowel een lichamelijke als een verstandelijke handicap en leerlingen met een zeer ernstige verstandelijke handicap (IQ tot 34).

\*\* Doof/slechthorend ZMLK: in de indicatiebeschikking van het REC heet dit doof/MG en slechthorend/MG.

## *Bijlage 2: Achtergrondinformatie*

### **Soorten onderwijs voor kinderen met een handicap of stoornis**

Een kind met een handicap of stoornis kan op de volgende manieren onderwijs krijgen:

- in het regulier onderwijs, bijvoorbeeld de gewone basisschool of middelbare school;
- in het regulier onderwijs (basis en voortgezet onderwijs) mét Rugzak. Een Rugzak is de alledaagse benaming voor Leerling Gebonden Financiering. Een Rugzak bestaat uit mogelijkheden tot extra begeleiding van het kind en de leerkracht en geld 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 (onder andere zeer moeilijk opvoedbare kinderen);
- in scholen voor speciaal basisonderwijs (SBO). Dit zijn de scholen die vroeger LOM, MLK of IOBK werden genoemd.

### **Indicatiestelling binnen het onderwijs**

Voor het onderwijs indiceert de Commissie voor Indicatiestelling (CvI) van het REC. Het ministerie van OCW stelt de criteria voor toelating tot de scholen voor speciaal onderwijs vast. Zie hiervoor [www.minocw.nl](http://www.minocw.nl), (dossier speciaal onderwijs).

Als een kind nog geen indicatie heeft voor het speciaal onderwijs (een clusterindicatie), maar volgens het CIZ daar wel voor in aanmerking komt dan wordt eerst verwezen naar het CvI<sup>95</sup>.

Om te voorkomen dat de ouders onnodig 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 Rugzak extra AWBZ-zorg nodig heeft. Een aandachtspunt hierbij is dat een behoefte aan PV en VP voor kinderen in het regulier onderwijs vaak niet tot een clusterindicatie leidt.

---

<sup>95</sup> Voor een kind dat gebruik maakt van het basisonderwijs en voor wie een indicatie voor speciaal onderwijs wordt aangevraagd, kan voor de periode totdat dit besluit genomen wordt een AWBZ-indicatie worden afgegeven.



### *Bijlage 3: 'Stages' in centra voor dagbesteding*

Het komt voor dat leerlingen in de laatste jaren van het speciaal onderwijs 'stage lopen' bij een dagbestedingcentrum. De vraag daarbij is of het dan gaat om een onderwijsprogramma waarbij de begeleiding ten laste komt van het onderwijs of dat er tijdelijk AWBZ-zorg kan worden geïndiceerd voor deze leerlingen om de overstap van school naar zorginstelling te overbruggen.

Er zijn situaties waarbij er sprake is van begeleiding in dagdelen (BG groep), waardoor deze vorm van zorg ten laste van de AWBZ kan worden gebracht. Het College voor Zorgverzekeringen heeft in een advies de onderstaande voorwaarden aangegeven:

- “Het komt voor dat kinderen met een handicap dermate beperkt zijn dat er geen uitzicht is op een reguliere arbeidsplek. Zij zijn dan voor de rest van hun leven aangewezen op een dagactiviteitencentrum. Ter voorbereiding daarop nemen deze leerlingen tijdens hun schoolperiode al deel aan het dagactiviteitencentrum. De bedoeling daarvan is om het kind en/of ouders alvast kennis te laten maken met de situatie daar of om de acceptatie van de beperkingen van het kind wat makkelijker te maken. Hoewel dit door betrokkenen als 'stagelopen' wordt aangeduid, gaat het feitelijk om deelname aan een zorgprogramma. In tegenstelling tot reguliere stages is geen sprake van enige productiviteit voor de 'stage-instelling'. De betrokkene heeft dezelfde, (wellicht) zelfs meer, begeleiding nodig als andere deelnemers. Het gaat in principe om een gewenningsfase van korte duur. Het CVZ is dan ook van mening dat in dergelijke situaties sprake is van begeleiding in dagdelen, en dat deze zorg ten laste van de AWBZ kan worden gebracht, mits het indicatieorgaan hiervoor een indicatie geeft. Uiteraard zal het CIZ op basis van de geldende criteria moeten beoordelen of en in welke mate de verzekerde is aangewezen op deze begeleiding (RZA, 2005, 14).”
- Het CIZ stelt voor de indicatiestelling de volgende beleidslijn vast:
  - doelgroep: het gaat om leerlingen in de laatste schooljaren van een school voor speciaal onderwijs. Deze leerlingen zijn niet aangewezen op de Wsw, of (nog niet) op een reguliere arbeidsplaats;
  - doelstelling: er is geen sprake van productiviteit voor de instelling waar deze leerling tijdelijk verblijft. Dat neemt niet weg dat de doelstelling van de 'stages' kan verschillen. Het kan een oriëntatie betreffen op verschillende onderdelen van het aanbod binnen een dagcentrum voor volwassenen. Ook kan er gericht worden toegewerkt naar voorbereiding op arbeid;
  - informatie bij de aanvraag: een rapportage van de school. Het kan hierbij gaan om een evaluatie van eerdere stages, en/of een inschatting van de mogelijkheden en kansen van deze leerling op de arbeidsmarkt;
  - grondslag: VG, LG of ZG;
  - functie: BG groep;
  - omvang en duur indicatiebesluit: de geldigheidsduur is afhankelijk van de doelstelling. In algemene zin wordt de periode begrensd tot een schooljaar, tenzij gemotiveerd kan worden aangetoond dat een langere periode wenselijk is. Voor een oriëntatie op een dagcentrum, zal een jaar in het algemeen volstaan, waarbij de omvang variabel is binnen de begrenzing van een jaar. Bijvoorbeeld:
    - drie maanden en zes dagdelen per week;
    - zes maanden en twee dagdelen per week;
    - een jaar en een dagdeel per week.

Maximaal zes weken voor het aflopen van de 'stageperiode' wordt een nieuwe aanvraag ingediend zodat de overgang naar dagbesteding vanwege de AWBZ aansluitend kan plaatsvinden.

## **CIZ Indicatiewijzer**

Versie: 2.0  
juli 2009

## **Colofon**

Dit is een uitgave van het Centrum indicatiestelling zorg

*Redactie:*  
Afdeling Communicatie en het Expertisecentrum CIZ

*Vormgeving:*  
Maarten Slooves grafische vormgeving, Grave

*Foto omslag:*  
Zorginbeeld / Frank Muller

*Druk:*  
RotoSmeets Grafiservices, Eindhoven

CIZ Hoofdkantoor  
Postbus 232  
3970 AE Driebergen  
T 088 - 789 67 00  
[www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)