

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 1**

**Algemeen**

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Algemeen</b>	<b>4</b>
2.1	Definities	4
2.2	Grondslagen	5
2.3	Functies	5
2.4	Omvang	5
2.5	Geldigheidsduur	6
2.6	Advies bij besluit	7
<b>3</b>	<b>Afwegingskader</b>	<b>9</b>
3.1	Stap 1: Probleemanalyse: zorgsituatie van de verzekerde ('foto')	10
3.2	Stap 2: Oplossingsanalyse: bruto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte	11
3.3	Stap 3: Oplossingsanalyse: netto vastgestelde (AWBZ-)zorgbehoefte	11
3.4	Stap 4: Beslissing: AWBZ-zorg met of zonder verblijf	12
3.5	Stap 5: Indicatiebesluit	13

## **1 Inleiding**

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 t/m 10 en 13 tweede lid van het Besluit Zorgaanspraken (Bza) en de wijze waarop deze indicatiestelling plaats moet vinden.

Een nadere uitwerking van de vraag hoe moet worden vastgesteld of een verzekerde is aangewezen op deze vormen van zorg, is vastgesteld in artikel 2 lid 1 en 2 van het Bza. Hierin staat dat de verzekerde aanspraak heeft op deze zorg, behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling. 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.

### **Leeswijzer**

Bijlage 1 bevat, in de vorm van beleidsregel Algemeen, een nadere uitwerking van punten die op alle beleidsregels van toepassing zijn.

Bijlage 2 bevat de beleidsregel Grondslagen; bijlage 3 bevat de beleidsregel Gebruikelijke Zorg. gegeven artikel 2 lid 1 en 2 van het Bza.

De bijlagen 4 tot en met 9 hebben betrekking op de artikelen 4 tot en met 10 en artikel 13 lid 2 van het Bza:

- bijlage 4: beleidsregel Persoonlijke Verzorging (artikel 4 Bza);
- bijlage 5: beleidsregel Verpleging (artikel 5 Bza);
- bijlage 6: beleidsregel Ondersteunende Begeleiding (artikel 6 Bza) inclusief Vervoer (artikel 10 Bza);
- bijlage 7: beleidsregel Activerende Begeleiding (artikel 7 Bza) inclusief Vervoer (artikel 10 Bza);
- bijlage 8: beleidsregel Behandeling (artikel 8 Bza);
- bijlage 9: beleidsregel Verblijf (artikel 9) inclusief voortgezet verblijf (artikel 13 lid 2 Bza).

De beleidsregels treden in werking op 1 januari 2008 en werken terug tot die datum indien de bekendmaking ervan in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.

## **2 Algemeen**

### **2.1 Definities**

Onderstaande definities zijn op alle beleidsregels van toepassing.

**1. Algemeen gebruikelijke voorzieningen<sup>1</sup>**

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) indien voorhanden en in redelijkheid een oplossing voor de zorgbehoefte van de verzekerde.

**2. Doelmatigheid**

De zorg die het goedkoopst adequaat is.

**3. 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.

**4. Gebruikelijke zorg**

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

**5. Huisgenoten**

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

**6. 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 beleidsregels gaat het bij mantelzorg om AWBZ-zorg waarop de verzekerde kan zijn aangewezen.

**7. Ouder**

Degene die feitelijk de dagelijkse verzorging en/of opvoeding van een minderjarige op zich heeft genomen.

**8. Partner**

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

---

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

## **Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

### **Bijlage 1**

#### **Algemeen**

#### **9. Wettelijke voorliggende voorzieningen**

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

## **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, handicap of probleem 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',
3. een 'psychosociaal probleem'.

Het verschilt per functie (zie 2.3) van welke grondslag sprake moet zijn om toegang te kunnen verkrijgen tot die functie.

In de beleidsregel Grondslagen wordt weergegeven op welke manier het CIZ de grondslag van een verzekerde bepaalt.

## **2.3 Functies**

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

1. Persoonlijke Verzorging;
2. Verpleging;
3. Ondersteunende Begeleiding;
4. Activerende Begeleiding;
5. Behandeling;
6. Verblijf en voortgezet verblijf op psychiatrische grondslag;

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

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

## **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 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."

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 1

#### Algemeen

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

1. directe zorg<sup>2</sup> (minuten per zorgmoment<sup>3</sup> x aantal malen per dag/week), waarbij in bepaalde gevallen ook de aanwezigheid om interventies te kunnen verrichten kan worden meegenomen (zie pg. 12 onder 3.4). ;
2. zorg in groepsverband (gedurende een of meer dagdelen);
3. zorg in Verblijf (gedurende een of meer etmalen).

#### *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, (individuele) Ondersteunende Begeleiding en (individuele) Activerende Begeleiding.
2. Klassen op basis van dagdelen per week. Deze zijn van toepassing op Ondersteunende Begeleiding in groepsverband (OB-dag) en Activerende Begeleiding in groepsverband (AB-dag).
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 Ondersteunende Begeleiding in groepsverband en Activerende 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 paragrafen '4.1 omvang' in de beleidsregels Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Ondersteunende Begeleiding en Activerende Begeleiding zijn alleen van toepassing op de omvang voor zorg zonder verblijf.

#### *Zorg met verblijf*

De omvang van zorg met verblijf wordt uitgedrukt in termen van een zorgzwaartepakket, gegeven de hoeveelheid zorg voor de zorgvormen tezamen. Daarbij wordt tevens vermeld (in klassen) gedurende hoeveel etmalen per week verzekerde is aangewezen op zorg met verblijf.

## 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.

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

<sup>2</sup> Directe zorg is de zorg die verzekerde nodig heeft, waarbij er sprake is van daadwerkelijke (zorg)interventies van de zorgverlener.

<sup>3</sup> Op een dag kunnen meerdere zorgmomenten plaatsvinden.

## **Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

### **Bijlage 1**

#### **Algemeen**

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 voor 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 eerdere identieke indicatiestelling betreft.

## **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).

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 1

#### Algemeen

#### 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) Ondersteunende Begeleiding.

Officiële omschrijving		Uitleg
A	volgens afspraak, op geplande tijden	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd zorg te verlenen op tijden die vooraf met de verzekerde zijn afgesproken.
B	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).
C	voortdurend in de nabijheid	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die in de buurt van de verzekerde is. De hulpverlener is in de nabijheid van de verzekerde en biedt zorg, als dat nodig is.
D	24 uur per dag direct aanwezig	Aan de zorgaanbieder wordt geadviseerd deze zorg te laten verlenen door een zorgverlener die 24 uur per dag dichtbij de verzekerde is. De hulpverlener moet direct zorg kunnen leveren, als dat nodig is, aangezien anders gevaar ontstaat.

#### Ad.2 Leveringsvorm

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

#### Ad.3 Activiteiten

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



### 3 Afwegingskader

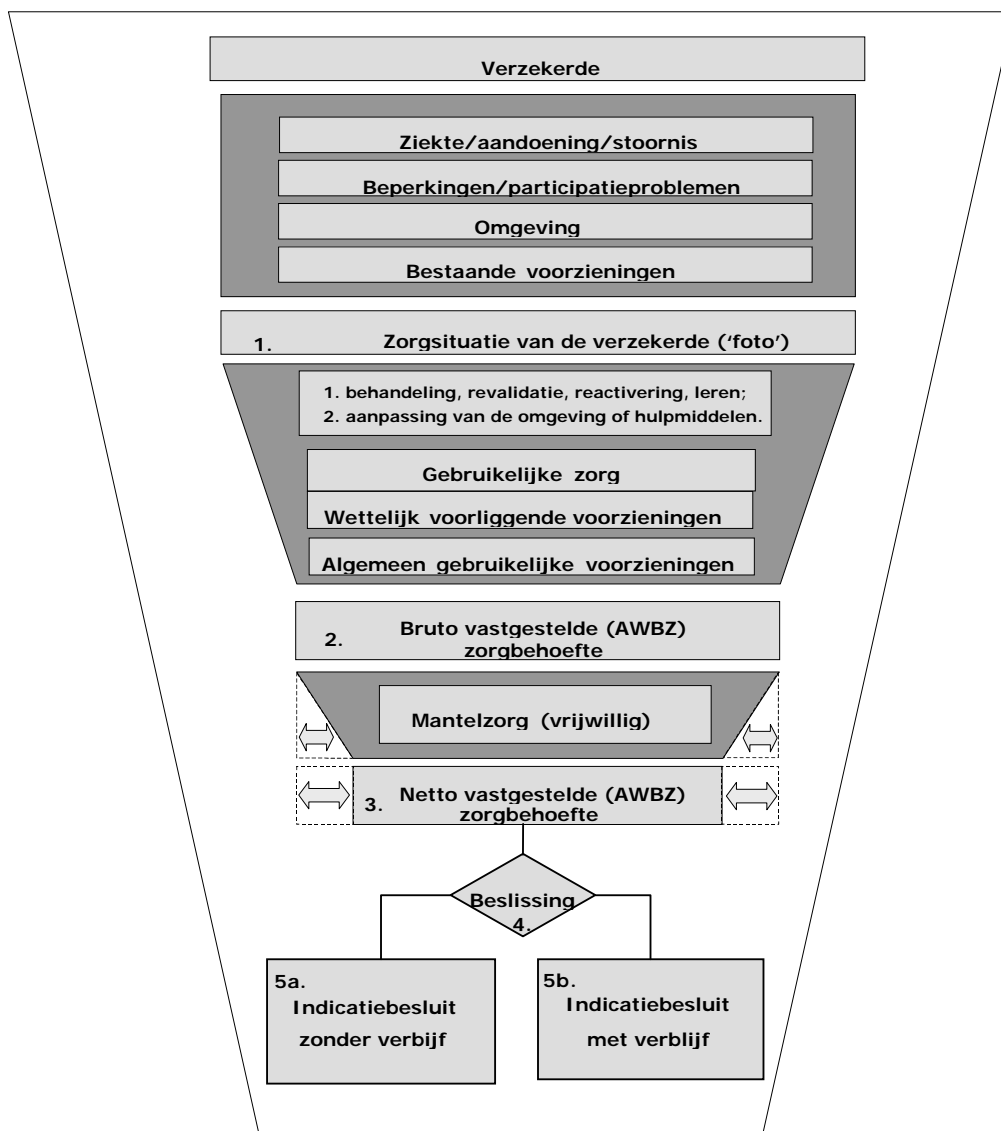
Het CIZ toetst of een verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg. Artikel 6 van het Zib schrijft het volgende voor wat betreft het onderzoek:

“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 of een psychosociaal probleem;
- 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:



## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 1

#### Algemeen

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.

### 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. Het CIZ onderzoekt de gevolgen van de beperkingen op de maatschappelijke participatie van de verzekerde, bijvoorbeeld inzake de leer- of werkomgeving. Wat de verzekerde wil bereiken en wat hij nodig vindt, zoals hulpmiddelen, omgevingsaanpassing, hulp etc, maakt ook deel uit van het onderzoek.  
Aan de hand van het onderzoek naar ziekte/aandoening/stoornis en de beperkingen bepaalt het CIZ de grondslag.
3. de omgeving van de verzekerde. Daarbij gaat het om:
  - a. de aard en omvang van de zorgactiviteiten waarin wordt voorzien door de gebruikelijke zorg en eventueel de mantelzorg;
  - b. de gezondheid, belasting en toekomstige zorgmogelijkheden van de gebruikelijke zorg en de eventuele mantelzorg;
  - c. de huidige woonsituatie van de verzekerde, zijn eventuele problemen met de woning, woonomgeving en woongedrag en zijn eventuele verhuismwens;
4. de voorzieningen waar de verzekerde al gebruik van maakt op het gebied van wonen, welzijn, zorg, arbeid en onderwijs.

#### *Resultaat:*

Bepaling van de zorgsituatie van de verzekerde ('foto') inclusief tenminste één grondslag, uitgedrukt in scores op de onderzochte stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De stoornissen, beperkingen en participatieproblemen van de verzekerde worden gescoord op onderstaande vierpuntsschaal:

- a. *"Kan deze activiteit zelf/er is geen hulp van een ander nodig" (score 0)*  
Deze score wordt geregistreerd als verzekerde geen beperkingen heeft ten aanzien van de betreffende activiteit.
  - b. *"Kan deze activiteit zelf maar een ander moet toezien of stimuleren" (score 1)*  
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.
  - c. *"Kan deze activiteit slechts met veel moeite/een ander moet helpen" (score 2)*  
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,
-

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 1

#### Algemeen

waarbij de resterende zelfredzaamheid van verzekerde gerespecteerd en/of zoveel mogelijk bevorderd wordt.

d. *“Kan deze activiteit niet zelfstandig/een ander moet dit overnemen” (score 3)*

Deze score wordt geregistreerd als verzekerde de activiteit in het geheel niet zelf kan uitvoeren. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen.

### 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;
2. aanpassing van de omgeving of hulpmiddelen.

Daarnaast kunnen op een drietal 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.
2. Wettelijke voorliggende voorzieningen: wettelijke regelingen, anders dan de AWBZ, waarmee zorg kan worden bekostigd waarop verzekerde is aangewezen.
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 cliënt.

#### *Resultaat:*

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

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

#### *Actie:*

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

In stap 1 is de aard en omvang van de aanwezige mantelzorg geïnventariseerd. Daarnaast is onderzocht of de mantelzorg deze zorg in de toekomst (vrijwillig) kan en wil blijven geven en of de verzekerde de mantelzorg wil blijven ontvangen. Mantelzorg in de vorm van zorg, die valt binnen de aanspraken van het Bza, is zorg waarvoor een indicatie mogelijk is. Daarvoor wordt geïndiceerd, tenzij de verzekerde en de 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. In het geval van respijtzorg kan het ontlasten van de mantelzorger inhouden het opheffen van het toezicht gedurende een aantal dagdelen.

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 1

#### Algemeen

“Uitruil” van functies bij “boven gebruikelijke” zorg

Het is mogelijk dat degene, die gebruikelijke zorg biedt, aanzienlijk meer zorg levert dan gebruikelijk is. Voorzover dit het geval is, is “uitruil” met een andere functie mogelijk. Als maximum geldt de omvang van zorg die zónder uitruil aan de orde zou zijn. Deze uitruil is alleen mogelijk als de “boven gebruikelijke zorg” door degene, die ook de gebruikelijke zorg biedt, wordt geleverd.

*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.

### 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 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; is dat niet het geval dan is er sprake van AWBZ-zorg zonder Verblijf

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 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.

## **Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

### **Bijlage 1**

#### **Algemeen**

*Resultaat:*

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

### **3.5 Stap 5: Indicatiebesluit**

*Actie:*

Vaststellen of en op welke AWBZ-zorg 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 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.

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 2**

**Grondslagen**

versie 1 januari 2008

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Aandachtspunten</b>	<b>4</b>
2.1	Grondslagen en functies	4
2.2	Vaststellen grondslag	5
2.3	Eén of meerdere grondslag(en)	5
2.4	Veranderende grondslag	6
<b>3</b>	<b>De 7 grondslagen</b>	<b>7</b>
3.1	Somatische aandoening of beperkingen en lichamelijke handicap	7
3.2	Psychogeriatrische aandoening of beperkingen	7
3.3	Psychiatrische aandoening of beperkingen	7
3.4	Verstandelijke handicap	7
3.5	Zintuiglijke handicap	8
3.6	Psychosociaal probleem	9

## **1 Algemeen**

1. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Grondslagen'.
2. Op deze beleidsregel is de beleidsregel 'Algemeen' van toepassing.

### **Wettelijk kader**

Het Besluit zorgaanspraken geeft aan, dat er toegang tot AWBZ-zorg kan zijn op basis van "een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem" (art. 4 t/m 10 en 13 tweede lid Bza).

De volgende omschrijving van het begrip grondslag is hieruit af te leiden:

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



## **2 Aandachtspunten**

### **2.1 Grondslagen en functies**

Niet alle grondslagen leiden tot alle functies. In onderstaand schema wordt de koppeling zichtbaar tussen de grondslagen en de functies, afgeleid uit de artikelen 4 tot en met 9 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

<b>Grondslag</b>	<b>Functies</b>
Somatische aandoening/beperking	Geeft toegang tot alle functies (zie toelichting I hieronder)
Psychogeriatrische aandoening/beperking	Geeft toegang tot alle functies
Psychiatrische aandoening/beperking	Geeft toegang tot Persoonlijke Verzorging, Ondersteunende Begeleiding en, zie toelichting II hieronder, tot Activerende Begeleiding. Geeft geen toegang tot de functies Verpleging en Behandeling. In combinatie met Verblijf: zie toelichting II hieronder.
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
Psychosociaal probleem	Geeft toegang tot de functies Persoonlijke Verzorging en Ondersteunende Begeleiding (zie toelichting I hieronder)

#### Toelichting I

*Grondslag somatische aandoening/beperking en Grondslag psychosociaal probleem:*

Op basis van de grondslagen 'somatische aandoening/beperking' en 'psychosociaal probleem' stelt het CIZ alleen een indicatie voor de functie Ondersteunende Begeleiding als het gaat om ondersteunende activiteiten:

- gedurende een dagdeel in een instelling;
- als onderdeel van palliatief terminale zorg, of
- indien tevens verblijf is geïndiceerd.

#### Toelichting II

*Grondslag psychiatrische aandoening/beperking:*

- Activerende Begeleiding: betreft, met ingang van 1 januari 2008, in verband met een psychiatrische aandoening alleen activerende begeleiding met een niet-geneeskundig doel.
- Verblijf (en bijbehorende functies):
  - Vanaf de eerste dag: Verblijf, waarop de verzekerde is aangewezen anders dan vanwege de noodzaak van geneeskundige GGZ-zorg. De bijkomende functies kunnen dan zijn Persoonlijke Verzorging en Ondersteunende Begeleiding;
  - Na 365 dagen: voortgezet Verblijf, waarop de verzekerde aangewezen is vanwege de noodzaak van geneeskundige GGZ-zorg die de verzekerde van diezelfde instelling ontvangt (inclusief Behandeling). De bijkomende functies kunnen dan zijn: Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Ondersteunende Begeleiding of Activerende Begeleiding.

## **2.2 Vaststellen grondslag**

Het CIZ stelt vast welke grondslag een verzekerde heeft en maakt daarbij gebruik van informatie zoals diagnostiek, die wordt verstrekt door een terzake deskundige.

### **Medisch moeilijk objectiveerbare aandoeningen.**

Bij 'medisch moeilijk objectiveerbare 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 geobjectiveerde informatie over een achterliggende ziekte of aandoening.

Beperkingen ten gevolge van een MMOA moeten, net als in andere situaties, altijd worden geobjectiveerd. Het oordeel van een arts is bij MMOA noodzakelijk. Het hiertoe noodzakelijke onderzoek behoort plaats gevonden te hebben in het reguliere medische circuit (2<sup>e</sup> compartiment) voordat er sprake kan zijn van AWBZ zorg.

Het zichtbare beperkingenbeeld van de MMOA's ligt vrijwel altijd op het somatische vlak. Bij het ontbreken van nadere diagnostiek kan daarom voorlopig voor een somatische grondslag worden gekozen. Op basis daarvan is een kortdurende indicatie mogelijk. Indien de behandelaar aangeeft dat de situatie onomkeerbaar is en de beperkingen blijvend, dan is een langdurige indicatie mogelijk op basis van een somatische grondslag.

Bij een verzekerde met een MMOA of een vermoeden daarvan, dient bij zorginzet op basis van een niet (volledig) geobjectiveerd beperkingenbeeld het eventuele anti-revaliderende effect van de zorg zorgvuldig in overweging te worden genomen.

Bij een verzekerde met een MMOA of het vermoeden van een MMOA wordt altijd de CIZ arts geraadpleegd.

## **2.3 Eén of meerdere grondslag(en)**

Om in aanmerking te komen voor toegang tot AWBZ-zorg, moet een verzekerde in elk geval beschikken over één grondslag. Sommige verzekerden hebben echter meerdere grondslagen. Voor een compleet inzicht in de problematiek van de verzekerde en de onderlinge samenhang van de meerdere aanwezige grondslagen is het van belang om deze te vermelden.

Als er sprake is van meer dan één grondslag stelt het CIZ vast welke van die grondslagen de 'dominante' grondslag is. De dominante grondslag is de basis, de constante factor, de rode draad in de aandoeningen, stoornissen, beperkingen van de verzekerde. Het is de meest zwaarwegende grondslag. De dominante grondslag wordt in het dossier als eerste vermeld. De andere grondslagen zijn 'bijkomend'. Bijkomende grondslagen zijn tijdelijk of structureel aanwezig.

Het kan zijn dat het CIZ bij een onderzoek naar het recht op AWBZ-zorg een andere dominante grondslag vaststelt, dan op basis waarvan de verzekerde nu zorg ontvangt.

In geval bijvoorbeeld aanvankelijk somatiek de dominante grondslag was kan dat later wijzigen wanneer een tweede grondslag dominant wordt, bijvoorbeeld de grondslag psychogeriatrische aandoening/beperking. Deze situatie kan zich voordoen bij een verzekerde, die al vele jaren zorg ontvangt binnen een bepaalde zorgsector. Vanwege het feit dat het wijzigen van de grondslag ingrijpende gevolgen kan hebben voor de verzekerde onderbouwt het CIZ deze keus terdege.

#### **2.4 Veranderende grondslag**

Het is mogelijk dat de gezondheidsproblemen van de verzekerde veranderen in de loop van de tijd. Zo'n verandering is mogelijk bij de verbijzondering licht verstandelijke handicap, de grondslagen somatische aandoening, psychogeriatrische aandoening, lichamelijke handicap, zintuiglijke handicap of de grondslag psychiatrische aandoening bij passieve psychiatrische problematiek. Het CIZ gaat dan na of de essentie van het zorgdoel is veranderd. Als dat zo is, dan kan de verzekerde behoefte hebben aan andere specifieke zorg op basis van een andere grondslag.

### **3 De 7 grondslagen**

#### **3.1 Somatische aandoening of beperkingen en lichamelijke handicap**

Conform de notitie Care en Cure van de Raad voor de Volksgezondheid behoren 'vroeg-gehandicapten' historisch gezien tot de sector Gehandicaptenzorg (GZ) en 'chronisch zieken en ouderen' tot de sector Verpleging en Verzorging (V&V). Bij vroeg-gehandicapten is over het algemeen sprake van gezondheidsproblematiek waarbij een eindtoestand is bereikt. Er is dan geen (verder) herstel mogelijk. Chronisch zieken en ouderen kunnen te maken hebben met een veranderende gezondheidssituatie. Die veranderingen kunnen sneller of langzamer gaan. Ze kunnen ook meer of minder zichtbaar zijn.

Bovenstaande speelt vooral een rol als het CIZ moet vaststellen of er sprake is van de (dominante) grondslag 'somatische aandoening/beperking' of 'lichamelijke handicap'. In die situaties, waarbij het onderscheid tussen beide grondslagen inhoudelijk moeilijk te maken is, vertrekt het CIZ vanuit de vraag of de verzekerde een 'vroeg-gehandicapte' of een 'chronisch zieke of oudere' is. Daarbij zijn twee zaken van belang:

1. de leeftijd van de verzekerde. Een harde leeftijdsgrens is echter niet te trekken: bij 'ouderen' gaat het vaak om mensen van 55 jaar en ouder;
2. en/of de vraag of een eindtoestand is bereikt.

Als de verzekerde is aangewezen op verblijf geldt aanvullend het volgende:

3. Als het CIZ niet kan vaststellen of er sprake is van een somatische aandoening/beperking of lichamelijke handicap dan past het CIZ een 'vergelijking' toe. Daarbij gaat het CIZ na tot welk advies voor een cliëntprofiel beide grondslagen leiden. Beide cliëntprofielen worden vervolgens vergeleken. Het meest passende cliëntprofiel wordt vastgesteld. De grondslag, die de basis vormt voor het vastgestelde cliëntprofiel, is dan de vastgestelde grondslag.

#### **3.2 Psychogeriatrische aandoening of beperkingen**

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

Dementie is een verzamelnaam voor een aantal ziekteverschijnselen die allemaal veroorzaakt worden door niet-aangeboren afwijkingen in de hersenen, ook wel dementieel syndroom genoemd.

#### **3.3 Psychiatrische aandoening of beperkingen**

Psychiatrische ziektebeelden/aandoeningen worden veroorzaakt door in de psyche gelegen factoren. Deze uiten zich in psychische stoornissen. Ook een somatische aandoening kan leiden tot een psychiatrisch beeld.

#### **3.4 Verstandelijke handicap**

Er is conform de DSM IV classificatie sprake van een verstandelijke handicap als de verzekerde cognitief/intellectueel beneden gemiddeld scoort op een algemene intelligentietest (norm: IQ 70

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 2

#### Grondslagen

of lager) **en** er blijvende beperkingen zijn op het gebied van de sociale redzaamheid **en** dit voor het 18<sup>e</sup> levensjaar is ontstaan.

In de DSM IV is de mate van verstandelijke handicap ingedeeld op basis van de niveau's 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) |            |

#### *Licht verstandelijk gehandicapten (LVG)*

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 I.Q. score tussen 70 en 85 eveneens mag worden opgevat als een licht verstandelijke handicap. In dat geval kan het CIZ een verzekerde als zodanig ook onder de grondslag verstandelijke handicap indiceren voor AWBZ-zorg.

#### *Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG)*

De sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapte verzekerden worden, hoewel er ook sprake is van sterke gedragsstoornissen, onder de grondslag verstandelijke handicap geïndiceerd. Hierbij is de problematiek die voortvloeit uit de verstandelijke handicap in combinatie met ernstige gedragsproblemen, alsmede bijkomende psychiatrische problemen, dominant.

### 3.5 Zintuiglijke handicap

De grondslag zintuiglijke handicap wordt in de regel toegekend aan alle verzekerden die een visuele<sup>1</sup> of auditief-communicatieve<sup>2</sup> handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem<sup>3</sup> (of -stoornis) hebben.

#### **<sup>1</sup>Visuele stoornissen en beperkingen**

Van een visuele handicap is sprake als er ernstige stoornissen in het gezichtsvermogen zijn vastgesteld in combinatie met beperkingen in het dagelijks functioneren.

Van een ernstige visuele beperking is sprake als bij de gezichtsscherpte van het beste oog ondanks een optimale brilcorrectie een waarde is vastgesteld tussen:

1. 0 (geen lichtperceptie) en 6/60 (slechtziend);
2. of minder dan 30% zicht aan het beste oog;
3. of ernstige gezichtsveldproblemen (een gezichtshoek van minder dan 10% zoals bij kokervisus).

De diagnostiek vindt plaats door middel van metingen met hulpmiddel (bril).

#### **<sup>2</sup>Auditief-communicatieve handicap**

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.

Er is sprake van een auditieve stoornis en daarmee 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

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 2

#### Grondslagen

dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz..

De auditieve beperking kan voorkomen met ermee samenhangende communicatieve beperkingen, ernstige sociaal emotionele problematiek, ernstige spraak/taal stoornis en/of leerachterstand. Van communicatieve beperking is sprake als een verzekerde als gevolg van een medische oorzaak zodanige problemen in de communicatie ondervindt, dat hij in het contact met anderen afhankelijk is van ondersteunende communicatiemiddelen.

#### <sup>3</sup>Spraak-/taalprobleem (of-stoornis)

Kern van het vaststellen van een spraak-/taalprobleem (of –stoornis) onder de grondslag van de zintuiglijke handicap is of 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 hieronder 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).

### 3.6 Psychosociaal probleem

De oorzaak van een psychosociaal probleem ligt over het algemeen binnen één of meerdere van de andere grondslagen.

Een indicatie met als grondslag Psychosociaal probleem is aan de orde:

1. Wanneer er sprake is van ernstige beperkingen in de sociale redzaamheid en er nog geen duidelijkheid is over de aanwezigheid van één of meerdere van de overige grondslagen. Het is dan mogelijk om op basis van de grondslag psychosociaal probleem kortdurend een indicatie te stellen voor de functie persoonlijke verzorging en/of (zie de toelichting bij het schema op pagina 4) voor de functie ondersteunende begeleiding. Gedurende die tijd zal een diagnose moeten worden gesteld als voortzetting van AWBZ-zorg wordt gewenst. Deze diagnostiek dient plaats te vinden in het tweede compartiment en kan onder de grondslag psychosociaal **niet** plaatsvinden met een indicatie voor de functie Behandeling.
2. Wanneer er sprake is van een ernstige (psychische) ontwrichting van de cliëntsituatie in relatie tot zijn sociale omgeving en deze ontwrichting kan leiden tot ernstige participatieproblemen voor deze cliëntsituatie. De beperkingen moeten ernstig zijn en zich afspelen met name op het terrein van de zelfredzaamheid. Het is dan mogelijk om op basis van de grondslag psychosociaal probleem een indicatie te stellen voor de functie persoonlijke

## **Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

### **Bijlage 2**

#### **Grondslagen**

verzorging en/of (zie de toelichting bij het schema op pagina 4) voor de functie ondersteunende begeleiding.

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 3**

**Gebruikelijke zorg**

versie 1 januari 2008



## **Inhoudsopgave**

<b>1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Toepassing op de functies Persoonlijke Verzorging en Ondersteunende Begeleiding</b>	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>Gebruikelijke Persoonlijke Verzorging</b>	<b>4</b>
<b>2.2</b>	<b>Gebruikelijke Ondersteunende Begeleiding</b>	<b>4</b>
<b>2.3</b>	<b>Uitzonderingen</b>	<b>5</b>
<b>3.</b>	<b>Richtlijnen voor gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen</b>	<b>6</b>

## **1 Algemeen**

1. Deze beleidsregel is gebaseerd op het Besluit zorgaanpak, artikel 2, lid 1 en 2 en is van toepassing op de beleidsregels Persoonlijke Verzorging en Ondersteunende Begeleiding.
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Gebruikelijke zorg'.
3. Op deze beleidsregel is de beleidsregel 'Algemeen' van toepassing.

### **Het wettelijk kader**

Artikel 2, lid 2 Besluit zorgaanpak luidt:

"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."

Dit om expliciet tot uitdrukking te brengen dat een verzekerde alleen aanspraak heeft op zorg die voor hem doelmatig is.

---

## **2 Toepassing op de functies Persoonlijke Verzorging en Ondersteunende Begeleiding**

Voorzover het gebruikelijk is dat partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar bepaalde zorg bieden, is verzekerde niet aangewezen op AWBZ-zorg wat betreft de functies Persoonlijke Verzorging en/of Ondersteunende Begeleiding<sup>1</sup>.

### **2.1 Gebruikelijke Persoonlijke Verzorging**

1. Persoonlijke Verzorging van de verzekerde door zijn partner is gebruikelijke zorg als er sprake is van een kortdurende zorgsituatie met uitzicht op een dusdanig herstel van het gezondheidsprobleem en de daarmee samenhangende zelfredzaamheid van de verzekerde, dat AWBZ-zorg daarna niet langer is aangewezen. Daarbij gaat het over het algemeen over een periode van maximaal drie maanden. Van partners wordt in die situatie verwacht, dat zij elkaar persoonlijke verzorging bieden. De zorgplicht van partners onderling betreft persoonlijke, lichaamsgebonden zorg in de vorm van assistentie bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen, maar ook aandacht en begeleiding bij ziekte en psychosociale problemen.
2. De gebruikelijke bijdrage<sup>2</sup> van een ouder aan de Persoonlijke Verzorging van een minderjarig kind wordt gesteld op de omvang van de Persoonlijke Verzorging 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. Het kind is aangewezen op AWBZ-zorg als het gaat om een chronische situatie, waarbij de gebruikelijke zorg in vergelijking tot gezonde kinderen van dezelfde leeftijdscategorie substantieel wordt overschreden.

### **2.2 Gebruikelijke Ondersteunende Begeleiding**

1. Enige Ondersteunende Begeleiding van de verzekerde door partner, ouder, volwassen kind en/of andere volwassen huisgenoot in het sociale verkeer is gebruikelijke zorg.
2. De gebruikelijke bijdrage<sup>3</sup> van een ouder aan de Ondersteunende Begeleiding van een minderjarig kind wordt gesteld op de omvang van de Ondersteunende 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. Het kind is aangewezen op AWBZ-zorg als het gaat om een chronische situatie, waarbij de gebruikelijke zorg in vergelijking tot gezonde kinderen van dezelfde leeftijdscategorie substantieel wordt overschreden.

---

<sup>1</sup> Zie Richtlijn 'Afbakening en reikwijdte onderwijs en AWBZ' d.d. 1 augustus 2004 voor toepassing gedurende de tijd dat verzekerde onderwijs ontvangt.

<sup>2</sup> Zie hoofdstuk 3 'Richtlijnen ten aanzien van gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen bij verschillende leeftijden'

<sup>3</sup> Zie vorige voetnoot

### **2.3 Uitzonderingen**

1. Voorzover een partner, ouder, volwassen kind en/of elke andere volwassen huisgenoot beperkingen heeft en/of kennis/vaardigheden mist om deze handelingen ten behoeve van verzekerde uit te voeren en deze vaardigheden niet kan aanleren wordt van hen geen bijdrage verwacht.
2. Voorzover een partner, ouder, volwassen kind en/of andere volwassen huisgenoot overbelast is of dreigt te raken wordt van hem of haar geen bijdrage verwacht. Daarbij geldt het volgende:
  - a. Eventuele (dreigende) overbelasting staat toepassing van deze beleidsregel niet in de weg, wanneer er voor de partner, ouder, volwassen kind en/of andere volwassen huisgenoot eigen mogelijkheden zijn om de overbelasting op te heffen.
  - b. Voorzover de (dreigende) overbelasting wordt veroorzaakt door maatschappelijke activiteiten buiten de gebruikelijke zorg in combinatie met een fulltime<sup>4</sup> school- of werkweek, gaat het verlenen van gebruikelijke zorg voor op die maatschappelijke activiteiten.
3. Voorzover 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.
4. Voorzover gebruikelijke zorg van niet uitstelbare aard is en degene die de gebruikelijke zorg moet verlenen is niet beschikbaar wegens reguliere school- of werkweek<sup>5</sup>, kan hiervoor een indicatie worden gesteld.

<sup>4</sup> Conform de vigerende wet- en regelgeving

<sup>5</sup> Zie vorige voetnoot

---

### 3 Richtlijnen ten aanzien van gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen bij verschillende leeftijden

#### Kinderen van 0 tot 5

- kunnen niet zonder toezicht van volwassenen;
- hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotore ontwikkeling;
- zijn tot 4 jaar niet zindelijk;
- moeten volledig verzorgd worden: aan- en uitkleden, eten, wassen;
- hebben begeleiding nodig bij hun sport/spel/vrijtijdsbesteding;
- sport- en hobbyactiviteiten niet in verenigingsverband;
- zijn niet in staat zich zonder begeleiding in het verkeer te begeven.

#### Kinderen van 5-12

- 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 psychomotore ontwikkeling;
- zijn overdag zindelijk, en 's nachts merendeels ook;
- hebben bij hun vrijetijdsbesteding alleen begeleiding nodig in het verkeer wanneer zij van en naar hun activiteiten gaan;
- hebben een reguliere dagbesteding op school, olopend van 22 tot 25 uur/week;
- sport- en hobbyactiviteiten in verenigingsverband, ongeveer 2 maal per 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 geen begeleiding nodig van en naar hun vrijetijdsactiviteiten;
- sport- en hobbyactiviteiten in verenigingsverband, een onbekend aantal keren per week;
- hebben tot 16 jaar een reguliere dagbesteding op school;
- hebben begeleiding en stimulans nodig bij ontplooiing en ontwikkeling (bv. huiswerk).

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 4**

**Persoonlijke Verzorging**

versie 1 januari 2008

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**  
**Bijlage 4**  
**Persoonlijke Verzorging**

**Inhoudsopgave**

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Doelstelling functie</b>	<b>4</b>
2.1	Algemeen	4
2.2	Onderscheid tussen Verpleging en Persoonlijke Verzorging	4
<b>3</b>	<b>Indicatiecriteria</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Omvang en geldigheidsduur van de indicatie</b>	<b>6</b>
4.1	Omvang	6
4.2	Geldigheidsduur	6

## **Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

### **Bijlage 4**

#### **Persoonlijke Verzorging**

##### **1 Inleiding**

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Persoonlijke Verzorging, zoals bedoeld in artikel 4 van het Besluit zorgaanspraken (Bza).
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Persoonlijke Verzorging'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregels 'Algemeen', 'Grondslagen' en 'Gebruikelijke zorg' van toepassing.

##### **Wettelijk kader**

1. Artikel 4 Besluit zorgaanspraken:  
"Persoonlijke Verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de Persoonlijke Verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling."
2. De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 bij dit artikel in het Besluit zorgaanspraken:  
"Bij de Persoonlijke Verzorging gaat het om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Daaronder is tevens zorg begrepen die in directe relatie staat tot de Persoonlijke Verzorging, bijvoorbeeld het opmaken van het bed tijdens het wassen van een bedlegerige verzekerde. Bij deze zorg kan gedacht worden aan het wassen en het kleden van de verzekerde al dan niet op bed, het douchen of baden van de verzekerde, de verzekerde opmaken, scheren, tanden poetsen, het verzorgen van de huid, inclusief decubitus preventie en het aanbrengen van protheses, hulp bij de toiletgang, hulp bij eten en drinken en hulp bij beweging en houding (wisselgging, oefenen van ledematen, tillen, ondersteunen bij verplaatsen of houdingcorrectie, vervoeren in rolstoel). Ook het stimuleren van de zelfredzaamheid en het zo mogelijk aanleren van ADL-activiteiten behoort tot deze functie."



## **2 Doelstelling functie<sup>1</sup>**

### **2.1 Algemeen**

De functie Persoonlijke Verzorging is gericht op activiteiten op het gebied van de dagelijkse levensverrichtingen in de vorm van persoonlijke zorg. Daarbij kan het gaan om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten, het stimuleren om de activiteiten zelf te doen of het aanleren van de activiteiten.

### **2.2 Onderscheid tussen Verpleging en Persoonlijke Verzorging**

Bij het onderscheid tussen de AWBZ-functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging hanteert het CIZ het uitgangspunt dat activiteiten die verzekerden gebruikelijk zelf uitvoeren, zoals ADL-activiteiten<sup>2</sup>, vallen onder persoonlijke verzorging.

Naast de reguliere ADL-activiteiten zijn er nog een aantal andere activiteiten die onder de functie Persoonlijke Verzorging thuishoren.

Activiteiten die onder de functie Persoonlijke Verzorging thuishoren zijn:

1. het uitzetten van medicijnen voorzover dit geen verstrekking is op grond van de Zorgverzekeringswet (apotheekverstrekking);
2. het toedienen van orale, vaginale of rectale medicatie bij een lokaal intacte huid, het zalven van de lokaal intacte huid, het druppelen van oog, oor of neus bij een lokaal intacte huid;
3. het inbrengen buiten de bloedbaan, en af laten vloeien van (vloeistof) via sondes, katheters, ed.;
4. het in laten lopen en af laten vloeien van vloeistof bij peritoneaaldialyse;
5. 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.

<sup>1</sup> Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

<sup>2</sup> ADL-activiteiten: algemene dagelijkse levensverrichtingen

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**  
**Bijlage 4**  
**Persoonlijke Verzorging**

**3 Indicatiecriteria**

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

Om in aanmerking te komen voor de functie Persoonlijke Verzorging dient tevens te zijn vastgesteld dat de verzekerde beperkingen heeft op het gebied van persoonlijke zorg.

## **4 Omvang en geldigheidsduur van de indicatie**

### **4.1 Omvang**

De omvang van de functie Persoonlijke Verzorging wordt bepaald door het per aangewezen handeling vermenigvuldigen van de normtijd met de frequentie (zie 4.3 voor een overzicht ) en het optellen van de uitkomst van de vermenigvuldigingen. Deze som leidt vervolgens tot klassen.

#### **Klassen**

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

klasse 1: gemiddeld 0 – 1,9 uur per week

klasse 2: gemiddeld 2 – 3,9 uur per week

klasse 3: gemiddeld 4 – 6,9 uur per week

klasse 4: gemiddeld 7 – 9,9 uur per week

klasse 5: gemiddeld 10 – 12,9 uur per week

klasse 6: gemiddeld 13 – 15,9 uur per week

klasse 7: gemiddeld 16 – 19,9 uur per week

klasse 8: gemiddeld 20 – 24,9 uur per week

### **4.2 Geldigheidsduur**

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Persoonlijke Verzorging gelden de algemene criteria (zie de beleidsregel 'Algemeen').

Daarnaast geldt het volgende. De geldigheidsduur voor een indicatie die is gericht op 'aanleren en begeleiden' van de cliënt zelf of gebruikelijke-/mantelzorger, is maximaal 6 weken.

### **4.3 Normtijden**

De normtijden 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 frequentie, waarmee de persoonlijke zorg wordt geïndiceerd, is basaal en niet meer dan nodig om verantwoorde zorg (in hygiënisch, medisch, gedragswetenschappelijk etc opzicht) te bieden.

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 4

#### Persoonlijke Verzorging

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Persoonlijke Verzorging	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit	Normtijden:	Frequentie per dag
		basis minuten per keer	
1.1 Zich wassen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Delen van het lichaam</li> <li>Gehele lichaam</li> </ul>	10	1x
		20	1x
1.2 Zich kleden: aankleden en uitkleden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volledig aankleden/uitkleden</li> <li>Gedeeltelijk uitkleden (vanwege middagrust)</li> <li>Gedeeltelijk aankleden (vanwege middagrust)</li> <li>Steunkousen aantrekken</li> <li>Steunkousen uittrekken</li> </ul>	15	1x
		10	1x
		10	1x
		10	1x
		5	1x
1.3 In en uit bed gaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hulp bij uit bed komen<sup>3</sup></li> <li>Hulp bij in bed gaan<sup>1</sup></li> <li>Hulp bij middagrust (bijv. op de bank)</li> <li>Hulp bij middagrust (bijv. van de bank)</li> </ul>	10	1x
		10	1x
		10	1x
		10	1x
1.4 Zich verplaatsen in zit- of lighouding (hulp bij beweging, houding)		20	Naar noodzaak
1.5 Ondersteuning bij uitscheiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>Naar toilet gaan en zich reinigen</li> <li>Stomaverzorging bij een lokaal intacte huid</li> </ul>	15	Naar noodzaak
		20	Naar noodzaak
1.6 Eten en drinken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helpen bij het nuttigen van de broodmaaltijd (excl. drinken)</li> <li>Helpen bij het nuttigen van warm eten (excl. drinken)</li> <li>Drinken</li> <li>Sondevoeding toedienen</li> <li>Sondevoeding bij kinderen en PEG</li> <li>Aanreiken en/of toedienen (oraal, vaginaal of rectaal) van medicijnen</li> <li>Medicijnendoos vullen en klaarzetten</li> </ul>	10	2x
		15	1x
		10	6x
		20	Naar noodzaak
		40	Naar noodzaak
		10	Naar noodzaak
2.1 Persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels, huid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorg voor tanden</li> <li>Zorg voor haren</li> <li>Zorg voor nagels</li> <li>Inspectie van de intacte huid op (dreigende) vervormingen, ontstekingen en/of infecties</li> <li>Zalven van de intacte huid</li> <li>Toedienen oog-, oor- of neusdruppels of</li> </ul>	5	2x
		5	1x
		5	1x (per week)
		10	Naar noodzaak
		10	Naar noodzaak
		10	Naar noodzaak

<sup>3</sup> Hier wordt de hulp bedoeld bij het uit bed komen naar uiteindelijk bijvoorbeeld een stoel en visa versa.

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 4

#### Persoonlijke Verzorging

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Persoonlijke Verzorging	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit	Normtijden: basis minuten per keer	Frequentie per dag
	<ul style="list-style-type: none"> <li>ooggel</li> <li>• Verzorging van smetplekken (roodheid en irritaties van de huid)</li> <li>• Verzorging van de intacte huid rondom natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (zoals PEG-katheter, suprapubiskatheter, tracheastoma, sonde)</li> <li>• Stomazakje wisselen</li> <li>• Katheterzak legen/wisselen</li> <li>• Blaasspoelen via bestaande katheter</li> <li>• CAPD/CCPD</li> <li>• Uritip aanbrengen</li> <li>• Vernevelen</li> </ul>	<p style="text-align: center;">10</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p style="text-align: center;">15</p> <p style="text-align: center;">30</p> <p style="text-align: center;">15</p> <p style="text-align: center;">20</p>	<p style="text-align: center;">Naar noodzaak</p> <p style="text-align: center;">Naar noodzaak</p> <p style="text-align: center;">Naar noodzaak</p> <p style="text-align: center;">Naar noodzaak</p> <p style="text-align: center;">Naar noodzaak</p> <p style="text-align: center;">Naar noodzaak</p> <p style="text-align: center;">Naar noodzaak</p>
2.2 Aanbrengen/verwijderen van ledemaatsprothese	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanbrengen ledemaatsprothese</li> <li>• Verwijderen ledemaatsprothese</li> </ul>	<p style="text-align: center;">15</p> <p style="text-align: center;">15</p>	<p style="text-align: center;">1x</p> <p style="text-align: center;">1x</p>
2.3 Aanleren en begeleiden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adviestaak gekoppeld aan een of meer van de aan te leren/te begeleiden activiteiten 1.1. tot en met 2.2.</li> <li>• Instrueren van de verzekerde of mantelzorger in het uitvoeren van de persoonlijke zorg.</li> </ul>	Gelijk aan een of meer van de aan te leren/te begeleiden activiteiten 1.1. tot en met 2.2 plus 30 minuten per week	Gelijk aan een of meer van de aan te leren/te begeleiden activiteiten 1.1. tot en met 2.2.

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 5**

**Verpleging**

versie 1 januari 2008

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Doelstelling functie</b>	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>4</b>
<b>2.2</b>	<b>Onderscheid tussen Verpleging en Persoonlijke Verzorging</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Indicatiecriteria</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>Omvang en geldigheidsduur van de indicatie</b>	<b>6</b>
<b>4.1</b>	<b>Omvang</b>	<b>6</b>
<b>4.2</b>	<b>Geldigheidsduur</b>	<b>6</b>
<b>4.3</b>	<b>Normtijden</b>	<b>6</b>

## **1 Inleiding**

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Verpleging, zoals bedoeld in artikel 5 van het Besluit zorgaanspraken (Bza).
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Verpleging'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregel 'Algemeen' en de beleidsregel 'Grondslagen' van toepassing.

### **Wettelijk kader**

1. Artikel 5 Besluit zorgaanspraken:  
"Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling."
2. Uit de toelichting bij de invoering op 1 april 2003 bij dit artikel in het Besluit zorgaanspraken blijkt dat het bij verpleging gaat het om het herkennen en analyseren van gezondheidsproblemen en het uitvoeren van de daarmee samenhangende verpleegtechnische handelingen. Ook gaat het om het oefenen met de verzekerde om zelf bepaalde handelingen uit te voeren zoals injecties geven en omgaan met zuurstof. Verder omvat verpleging onderzoek naar de gezondheid alsmede het geven van advies, instructie en voorlichting hoe om te gaan met ziekte, preventie en hulpmiddelen en dergelijke.  
De term 'voorkoming van verergering' houdt ook in dat het kan gaan om palliatieve zorg. Aangezien verpleging niet aangewezen is in verband met een zintuiglijke of verstandelijke handicap staan deze handicaps niet in de omschrijving genoemd.

Uit de toelichting bij de wijziging per 1 januari 2008 van dit artikel in het Besluit zorgaanspraken blijkt dat per die datum bij verpleging de grondslag psychiatrische aandoening of beperking is vervallen behalve, zie artikel 13 tweede lid van het Besluit zorgaanspraken, als het gaat om verpleging in combinatie met behandeling en verblijf na de eerste 365 dagen.



## 2 Doelstelling functie<sup>1</sup>

### 2.1 Algemeen

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

1. voorbehouden handelingen en andere activiteiten die tot de functie Verpleging horen, die in opdracht van de huisarts uitgevoerd worden;
2. een zelfstandige activiteit op eigen gezag en verantwoordelijkheid van de verpleegkundige. Daartoe behoren met namen signalerende (observeren, herkennen, analyseren en controleren), begeleidende en voorlichtende taken, evenals het bieden van bijstand bij ziekte en het oefenen in zelfzorg (het aanleren van eenvoudige verpleegkundige handelingen). Activiteiten die gericht zijn op (het voorkomen van) de gevolgen van (lichamelijke en/of geestelijke) ziekteprocessen, zoals het geven van leefstijladviezen bij chronische aandoeningen behoren ook tot de functie Verpleging. Voor deze activiteiten stelt het CIZ echter geen indicatie.

### 2.2 Onderscheid tussen Verpleging en Persoonlijke Verzorging

Bij het onderscheid tussen de AWBZ-functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging kan worden uitgegaan van een aantal algemene uitgangspunten.

Activiteiten die onder de functie Verpleging thuishoren zijn:

1. het toedienen van medicatie bij lokaal *niet intacte* huid, zoals het geval is bij injecteren en het aanbrengen van medicatie in een wond;
2. het schoonhouden en verzorgen van natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen (stoma, tracheastoma) bij een lokaal *niet intacte* huid;
3. het inbrengen en verwijderen van sondes, katheters e.d.;
4. het toedienen van vloeistoffen in de bloedbaan (infuus);
5. het uitvoeren van voorbehouden handelingen, mits de zorg tot de AWBZ-zorg behoort en is voldaan aan de vereisten van de Wet BIG.

<sup>1</sup> Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

### **3 Indicatiecriteria**

De verzekerde kan toegang verkrijgen tot de functie Verpleging als er sprake is van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap. Een verstandelijke of zintuiglijke handicap levert geen grondslag op voor Verpleging. Een psychiatrische aandoening of beperking levert alleen een grondslag voor Verpleging in combinatie met verblijf en behandeling na de eerste 365 dagen.

Om in aanmerking te komen voor de functie Verpleging dient tevens onderstaande te zijn vastgesteld:

1. er is een medische noodzaak voor de verpleegkundige handeling volgens een daartoe bevoegde behandelaar;
2. en de verzekerde heeft beperkingen en/of mist de vaardigheden/kennis om de verpleegkundige handeling zelfstandig uit te voeren en kan deze vaardigheden/kennis niet aanleren;
3. en de ouder(s) van verzekerde tot 18 jaar, die bij deze ouder(s) woont, heeft/hebben beperkingen en/of mist/missen de vaardigheden/kennis om, in geval het een eenvoudige handeling betreft, deze ten behoeve van verzekerde uit te voeren en kan/kunnen deze vaardigheden/kennis niet aanleren.

De beperkingen kunnen gelegen zijn in:

- a. de persoon zelf,
- b. de technische onmogelijkheid om de handeling zelf uit te voeren (bijvoorbeeld het zichzelf injecteren op een moeilijk bereikbare plaats),
- c. of de onmogelijkheid van het verlenen van zorg door ouders aan kinderen tijdens reguliere arbeids- en schooluren.

## 4 Omvang en geldigheidsduur van de indicatie

### 4.1 Omvang

De omvang van de functie Verpleging wordt bepaald aan de hand van normtijden (zie 4.3 hieronder), die vervolgens leiden tot klassen.

#### Klassen

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

klasse 0: gemiddeld 0 – 0,9 uur per week

klasse 1: gemiddeld 1 – 1,9 uur per week

klasse 2: gemiddeld 2 – 3,9 uur per week

klasse 3: gemiddeld 4 – 6,9 uur per week

klasse 4: gemiddeld 7 – 9,9 uur per week

klasse 5: gemiddeld 10 – 12,9 uur per week

klasse 6: gemiddeld 13 – 15,9 uur per week

klasse 7: gemiddeld 16 – 19,9 uur per week

### 4.2 Geldigheidsduur

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Verpleging gelden de algemene criteria (zie de beleidsregel 'Algemeen').

Daarnaast geldt het volgende. De geldigheidsduur voor een indicatie die is gericht op 'aanleren en begeleiden' is maximaal 6 weken.

### 4.3 Normtijden

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

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit.	Basis minuten per keer
1.1 Overig verpleegtechnisch handelen <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compressief zwachtelen 1 been</li><li>• Compressief zwachtelen 2 benen</li><li>• Zuurstof toedienen</li><li>• Injecteren</li><li>• Inbrengen sonde</li><li>• Inbrengen infuus</li></ul>	15 25 10 15 30 20

<sup>2</sup> Met overig verpleegkundig handelen wordt het handelen bedoeld dat niet is beschreven in de rest van de tabel.

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 5

#### Verpleging

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit.	Basis minuten 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/dagcurve prikken	10
1.3 Wond en/of stomaverzorging	• Verzorging wonden en de niet-intacte huid rondom onnatuurlijke lichaamsopeningen	15
	• Wondverzorging inclusief wondinspectie/-evaluatie/- anamnese	25
	• Zalven van niet-intacte huid	10
	• Wondtampons verwisselen/verwijderen	20
	• Spoelen wonden	20
	• Stomp verzorgen	20
	• Aanleggen druk/steunverband na wondverzorging	15
	• Decubitusrisico bepalen, preventieplan op- en bijstellen	20
	• Advies met betrekking tot preventieve maatregelen geven	10
	• Open decubitusverzorging	20
	• Stomaverzorging bij een lokaal niet intacte huid	20
• Vacuümtherapie	40	
1.4 Ondersteuning bij uitscheiding	• Manueel faeces verwijderen	15
	• Inbrengen rectum canule	15
	• Klysma geven (hoog)	30
	• Klysma microlax	15
	• Katheteriseren (1 malig)	15
	• Katheter inbrengen (verblijfs)	30
	• Blaasspoelen via nog aan te brengen katheter	20
• Spoelen nefrostomiekatheter	20	
1.5 Medicijnen klaarzetten en toedienen	• Toedienen medicatie in een lokaal niet intacte huid, via injecteren of via infuus	20
	• Subcutane medicatietoediening via de pomp	45
1.6 Vervallen		
1.7 Verpleegkundige begeleiding bij omgaan met ziekte	Veelal in combinatie met het leveren van een of meer van de activiteiten 1.1 tot en met 1.5. Als dit niet voldoet, kan verwijzing naar algemeen maatschappelijk werk aangewezen zijn.	Tot 60 minuten per week.

## Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

### Bijlage 5

#### Verpleging

Overzicht van te adviseren activiteiten als onderdeel van de functie Verpleging.	Overzicht van handelingen die deel uit kunnen maken van de activiteit.	Basis minuten per keer
1.8 Aanleren en begeleiden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gekoppeld aan een of meer van de aan te leren/te begeleiden activiteiten 1.1 tot en met 1.5. en epidurale/spinale pijnbestrijding als aan te leren/te begeleiden activiteit onder 2.1.</li> <li>• Instrueren van de verzekerde of mantelzorger in gebruik medische hulpmiddelen, injecteren, wondverzorging, leefregels ed.</li> </ul>	Gelijk aan een of meer van de aan te leren/te begeleiden activiteiten 1.1 tot en met 1.5 plus begeleidingsminuten afhankelijk van de aan te leren activiteit.
2.1 Gespecialiseerd verpleegkundig handelen	<ul style="list-style-type: none"> <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> </ul>	<p style="text-align: right;">30</p> <p style="text-align: right;">20</p> <p style="text-align: right;">20</p> <p style="text-align: right;">20</p> <p style="text-align: right;">30</p> <p style="text-align: right;">20</p> <p style="text-align: right;">30</p>
3.1 Verpleegkundige begeleiding/ ziekenverzorging: voortdurend aanwezig	Activiteit 3.1 en 3.2 zijn voor palliatieve terminale zorg en voor thuisbeademing.	Naar noodzaak
3.2 Verpleegkundige begeleiding/ ziekenverzorging: vaak langskomen per dagdeel		

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 6**

**Ondersteunende Begeleiding**

versie 1 januari 2008

## Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Doelstelling functie	5
2.1	Algemeen	5
2.2	Het handhaven of bevorderen van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving	5
2.3	Het bieden van een dagprogramma ter vervanging van onderwijs, arbeid of andersoortige dagstructurering	5
2.4	Het bieden van nachtopvang	6
3	Indicatiecriteria	7
4	Omvang en geldigheidsduur van de indicatie	8
4.1	Omvang	8
4.2	Geldigheidsduur	9

## **1 Inleiding**

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Ondersteunende Begeleiding, zoals bedoeld in artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken (Bza) en voor Vervoer zoals bedoeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken (Bza).
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Ondersteunende Begeleiding'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregel 'Algemeen', de beleidsregel 'Grondslagen' en de beleidsregel 'Gebruikelijke zorg' van toepassing.

### **Wettelijk kader**

1. Artikel 6 Besluit zorgaanspraken:

"1. Ondersteunende Begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling."

2. In afwijking van het eerste lid omvat ondersteunende begeleiding in geval van een somatische aandoening of beperking of een psychosociaal probleem slechts ondersteunende activiteiten

- a. gedurende een dagdeel in een instelling,
- b. als onderdeel van palliatieve terminale zorg, of
- c. indien tevens verblijf is geïndiceerd.

De toelichting bij de wijziging van dit artikel in het Besluit zorgaanspraken geeft aan dat met ingang van 1 januari 2008 er geen aanspraak meer bestaat op ondersteunende begeleiding op basis van een somatische of psychosociale grondslag. Het gaat daarbij niet om de ondersteunende begeleiding in de vorm van dagopvang in een instelling of als onderdeel van de verblijfszorg, zoals geregeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, waaronder de verblijfszorg die op grond van artikel 14 van dat besluit ten huize van de verzekerde kan worden geleverd. Ook gaat het daarbij niet om ondersteunende begeleiding in het kader van de palliatieve terminale zorg. Dat de aanspraak op ondersteunende begeleiding in geval van een somatische aandoening of beperking of een psycho-sociale probleem tot deze situaties beperkt is, is met dit besluit in artikel 1 geregeld door het toevoegen van een nieuw lid aan artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. In die situaties is de aanspraak dus gehandhaafd. Zorginhoudelijk heeft het schrappen van de grondslagen tot gevolg dat betrokkenen voor bedoelde begeleiding geen beroep meer zal kunnen doen op de AWBZ. Zij zullen als voorheen aangewezen zijn op hun sociaal netwerk, vrijwilligerswerk, de MEE-organisaties, het algemeen maatschappelijk werk en dergelijke. De groep met de grondslag psychosociaal zal bovendien veelal een beroep gaan doen op de maatschappelijke opvang die door de centrumgemeenten beschikbaar wordt gesteld.

De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 van dit artikel in het Besluit zorgaanspraken luidde:

"Ondersteunende Begeleiding neemt de aandoening, beperking of handicap voor gegeven aan en bouwt daarop verder. De begeleiding gaat dus uit van de (rest)mogelijkheden van de verzekerde. Bij Ondersteunende Begeleiding gaat het om activiteiten die de verzekerde ondersteunen bij zijn dagindeling en zijn participatie in de maatschappij bevorderen. Daarbij



## **Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

### **Bijlage 6**

#### **Ondersteunende Begeleiding**

kan gedacht worden aan het structureren van de dag, het geven van praktische hulp, het in het kader van de doelstelling van de zorg vergezellen van de verzekerde, het bieden van ondersteuning bij het voeren van de regie over het leven en, met name als er sprake is van een verstandelijke handicap, het bieden van een gezinsstructuur. De Ondersteunende Begeleiding vindt onder andere plaats door middel van ondersteunende of structurerende gesprekken en non-verbale communicatie, het oefenen van dagelijkse vaardigheden en het stimuleren van gedrag dat al bij de verzekerde aanwezig is.

Afhankelijk van de situatie kan de zorg zowel individueel als in groepsverband geboden worden.

Bij deze zorg gaat het derhalve ook om dag- of nachtopvang in een instelling.”

2. Artikel 10 Besluit zorgaanpakken:

“Indien de verzekerde zorg als bedoeld in de artikelen 6 en 7 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.”

3. De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 bij dit artikel in het Besluit zorgaanpakken:

“[...] Bij zijn indicatiebesluit moet het indicatieorgaan oordelen of er sprake is van zo'n medische noodzaak. Daarbij gaat het om het oordeel of de verzekerde in staat is gebruik te maken van een eigen vervoersvoorziening dan wel in staat is gebruik te maken van openbaar vervoer. Beperking in het lopen, instappen, staan of desoriëntatie kan met zich brengen dat het indicatieorgaan oordeelt dat vervoer vanuit de AWBZ medisch noodzakelijk is.”

## **2 Doelstelling functie<sup>1</sup>**

### **2.1 Algemeen**

De functie Ondersteunende Begeleiding is gericht op de bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving.

De functie Ondersteunende Begeleiding kan (deels) zijn aangewezen als is vastgesteld dat Behandeling of Activerende Begeleiding geen adequate oplossing biedt om de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving van de verzekerde te bevorderen of te handhaven.

Als verbetering van de beperkingen door Behandeling en/of Activerende Begeleiding mogelijk is, is de verzekerde daarop in eerste instantie aangewezen. Tijdens die behandeling kan, in overleg met de behandelaar, zondig tijdelijk Ondersteunende Begeleiding worden geïndiceerd.

De verzekerde kan zijn aangewezen op Ondersteunende Begeleiding in de vorm van individuele begeleiding of in groepsverband.

### **2.2 Het handhaven of bevorderen van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving**

De functie Ondersteunende Begeleiding kan aangewezen zijn vanwege het handhaven of bevorderen van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving van de verzekerde. In de eerste plaats kan het gaan om het compenseren 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, structureren van de dag en het organiseren van sociale participatie.

In de tweede plaats kan het gaan om toezicht en interventie in de vorm van correctie van het gedrag bij gedragsstoornissen die hun oorsprong vinden in een van de grondslagen: een psychiatrische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een somatische aandoening of een verstandelijke handicap. Deze interventies kunnen ook activerend van aard zijn, zoals het stimuleren om bepaalde activiteiten te ondernemen of sociale contacten te onderhouden. Het verschil met Activerende Begeleiding is dat er geen sprake is van een programmatische benadering om een specifiek doel te bereiken, maar van een voortdurende situatie, waarin nog bestaande (of door Behandeling of Activerende Begeleiding herwonnen) functionaliteit wordt onderhouden.

Ten derde kan Ondersteunende Begeleiding de vorm aannemen van praktische hulp en ondersteuning bij het uitvoeren van handelingen. De grondslag is dan meestal een lichamelijke of zintuiglijke handicap.

### **2.3 Het bieden van een dagprogramma ter vervanging van onderwijs, arbeid of andersoortige dagstructurering**

De functie Ondersteunende Begeleiding in de vorm van een dagprogramma kan aangewezen zijn omdat verzekerde vanwege de aard, omvang en duur van zijn beperkingen niet in staat is gebruik te maken van reguliere of speciale vormen van onderwijs of arbeid ter voorziening in een

---

<sup>1</sup> Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**  
**Bijlage 6**  
**Ondersteunende Begeleiding**

inkomen, of omdat verzekerde niet in staat is een andersoortige vorm van dagstructurering te regelen.

**2.4 Het bieden van nachtopvang**

De functie Ondersteunende Begeleiding in de vorm van nachtopvang in een instelling kan aangewezen zijn vanwege het compenseren van verloren regelvermogen, het bieden van toezicht en interventie en/of het bieden van praktische hulp en ondersteuning.

### **3 Indicatiecriteria**

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

De verzekerde kan, als er sprake is van een somatische aandoening of beperking of een psychosociaal probleem alleen toegang verkrijgen tot de functie Ondersteunende Begeleiding als het gaat om ondersteunende activiteiten gedurende een dagdeel in een instelling, of als onderdeel van palliatief terminale zorg, of indien tevens verblijf is geïndiceerd.

Om in aanmerking te komen voor de functie Ondersteunende Begeleiding dient dan tevens te zijn vastgesteld:

1. dat de verzekerde beperkingen heeft die leiden tot sociale redzaamheidsproblemen in de vorm gebrek aan regievoering, beperkingen ten aanzien van het plannen van activiteiten, regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten, structureren van de dag en/of het organiseren van sociale participatie en dergelijke;
2. en/of dat de verzekerde gedragsstoornissen heeft die hun oorsprong vinden in een van de grondslagen: psychiatrische aandoening, psychogeriatrische aandoening, somatische aandoening of verstandelijke handicap waarvoor toezicht en interventie in de vorm van correctie van het gedrag nodig zijn;
3. en/of dat de verzekerde beperkingen heeft bij het zelfstandig uitvoeren van handelingen, die hun oorsprong meestal vinden in een lichamelijke of zintuiglijke handicap of een somatische aandoening en waarvoor praktische hulp en ondersteuning nodig zijn.

## **4 Omvang en geldigheidsduur van de indicatie**

### **4.1 Omvang**

Of de verzekerde is aangewezen op individuele Ondersteunende Begeleiding of Ondersteunende Begeleiding in groepsverband wordt bepaald door de afweging wat zorginhoudelijk het meest doelmatig is.

Op basis van het zorgdoel kunnen individuele Ondersteunende Begeleiding en Ondersteunende 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 plaats kunnen vinden.

De omvang van de functie Ondersteunende Begeleiding wordt vastgesteld in klassen.

#### **Individuele Ondersteunende Begeleiding**

Voor individuele Ondersteunende Begeleiding hebben de klassen een bandbreedte in uren. De klassen zijn als volgt bepaald:

klasse 1: gemiddeld 0 – 1,9 uur per week

klasse 2: gemiddeld 2 – 3,9 uur per week

klasse 3: gemiddeld 4 – 6,9 uur per week

klasse 4: gemiddeld 7 – 9,9 uur per week

klasse 5: gemiddeld 10 – 12,9 uur per week

klasse 6: gemiddeld 13 – 15,9 uur per week

klasse 7: gemiddeld 16 – 19,9 uur per week

klasse 8: gemiddeld 20 – 24,9 uur per week

Doelmatige zorgverlening houdt (naast effectiviteit) ook in dat de verzekerde zodanige ondersteuning ontvangt dat hij op een basisniveau kan functioneren. De omvang van de Ondersteunende Begeleiding is zodanig dat de verzekerde in staat is op een aanvaardbaar niveau te functioneren en/of in staat is te voorkomen dat hij in een sociaal isolement komt te verkeren. Daartoe heeft de verzekerde de mogelijkheid om naar school te gaan, arbeid te verrichten of zelf een andersoortige vorm van dagstructurering te regelen ofwel hij is aangewezen op vervanging daarvan. Daarnaast wordt het deelnemen aan een sociale activiteit gedurende een dagdeel per week (dit is gelijk aan maximaal 4 uur individuele ondersteunende begeleiding) voldoende geacht om een sociaal isolement verder te voorkomen.

De omvang van de indicatie voor individuele Ondersteunende Begeleiding wordt bepaald aan de hand van de uren/minuten per week, tijd die gemoeid zijn met de duur en de frequentie van de benodigde (zorg)interventies en/of het toezicht in relatie tot genoemd basisniveau.

Wanneer er sprake is van palliatieve terminale zorg wordt tot maximaal 7 maal 8 uur geïndiceerd.

#### **Ondersteunende Begeleiding in groepsverband**

Voor Ondersteunende Begeleiding in groepsverband zijn de klassen vastgesteld in termen van dagdelen. 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

## **Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

### **Bijlage 6**

#### **Ondersteunende Begeleiding**

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 Ondersteunende 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- of schoolactiviteiten te vervangen gedurende maximaal 9 dagdelen per week, gedurende de tijd dat de verzekerde niet is aangewezen op Activerende Begeleiding in groepsverband, of;
2. het bieden van activiteiten met als doel zelf geregelde vormen van dagstructurering te vervangen en tevens sociale en cognitieve capaciteiten en vaardigheden zoveel mogelijk te handhaven en/of gedragsproblematiek te reguleren gedurende maximaal 9 dagdelen;
3. nachtopvang in een instelling gedurende maximaal 7 nachten per week.

Indien de verzekerde is aangewezen op Ondersteunende Begeleiding in groepsverband gedurende een dagdeel in een instelling, omvat de zorg tevens Vervoer naar en van de instelling indien medisch noodzakelijk.

Ondersteunende Begeleiding in groepsverband is een integraal pakket. Hiermee wordt bedoeld dat alle AWBZ-zorg die tijdens de ondersteunende begeleiding in groepsverband moet worden gegeven tot het pakket behoort. Indien de verzekerde op basis van zijn dominante grondslag 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.

#### **4.2 Geldigheidsduur**

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Ondersteunende Begeleiding gelden de algemene criteria (zie de beleidsregel 'Algemeen').

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 7**

**Activerende Begeleiding**

versie 1 januari 2008

## **Inhoudsopgave**

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Doelstelling functie</b>	<b>5</b>
2.1	Algemeen	5
2.2	Programmatische aanpak	5
2.3	Directe omgeving	5
<b>3</b>	<b>Indicatiecriteria</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Omvang en geldigheidsduur van de indicatie</b>	<b>8</b>
4.1	Omvang	8
4.2	Geldigheidsduur	9



## 1 Inleiding

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Activerende Begeleiding, zoals bedoeld in artikel 7 van het Besluit zorgaanspraken en voor de functie Vervoer zoals bedoeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken.
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Activerende Begeleiding'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregel 'Algemeen' en de beleidsregel 'Grondslagen' van toepassing.

### Wettelijk kader

1. Artikel 7 Besluit zorgaanspraken:  
Activerende Begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op het omgaan met de gevolgen van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming of verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening of beperking of handicap.
2. De toelichting bij de wijziging per 1 januari 2008 van artikel 7 Besluit Zorgaanspraken:  
Met ingang van 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) van het aansprakenpakket op grond van de AWBZ overgeheveld naar de prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw).  
Op 7 november 2007 is met de Tweede Kamer der Staten-Generaal overlegd over de overheveling van de geneeskundige ggz. In dat algemene overleg is aan de orde geweest dat door de integrale overheveling van de activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening van de AWBZ naar de Zvw een lacune lijkt te ontstaan voor mensen die een persoonsgebonden budget (pgb) hebben voor activerende begeleiding en voor chronische patiënten in onder meer regionale instellingen voor beschermd wonen. Het gaat daarbij om activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening met een niet-geneeskundig doel. Dit betreft een klein deel van de activerende begeleiding. Niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening valt niet onder de Zvw-prestaties. Omdat de overheveling pakketneutraal is, is besloten de niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening alsnog in het Besluit zorgaanspraken AWBZ te regelen. Dit is op 13 november 2007 aan de Kamer meegedeeld (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 167). Met onderhavig besluit wordt dit in artikel I, onderdeel B, geregeld door in artikel 7 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ de grondslag psychiatrische aandoening toe te voegen. Zo blijft de niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening onder de AWBZ vallen. Het gaat om die activerende begeleiding zoals die bijvoorbeeld door instellingen voor beschermd wonen wordt geleverd. Te denken valt dan aan vaardigheidstraining om zelfstandig te kunnen wonen. Voor de niet-geneeskundige activerende begeleiding in verband met een psychiatrische aandoening blijft ook de mogelijkheid voor een pgb op grond van de AWBZ bestaan.  
De juridische afbakening tussen de geneeskundige activerende begeleiding in de Zvw en de niet-geneeskundige activerende begeleiding in de AWBZ volgt uit artikel 2, eerste lid, aanhef, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Daarin is geregeld dat geen aanspraak bestaat op AWBZ voor zover die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling.

Activerende begeleiding als onderdeel van geneeskundige zorg heeft een geneeskundig doel en valt onder artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Deze activerende begeleiding die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van de psychiatrische aandoening, valt onder de verantwoordelijkheid van de behandelaar. De AWBZ is dan niet aan de orde. Een pgb op grond van de AWBZ daarvoor ook niet.

3. Artikel 10 Besluit zorgaanspraken:

“Indien de verzekerde zorg als bedoeld in de artikelen 6 en 7 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van de instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.”

4. De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 van dit artikel in het Besluit zorgaanspraken:

“[...] Bij zijn indicatiebesluit moet het indicatieorgaan oordelen of er sprake is van zo'n medische noodzaak. Daarbij gaat het om het oordeel of de verzekerde in staat is gebruik te maken van een eigen vervoersvoorziening dan wel in staat is gebruik te maken van openbaar vervoer. Beperking in het lopen, instappen, staan of desoriëntatie kan met zich brengen dat het indicatieorgaan oordeelt dat vervoer vanuit de AWBZ medisch noodzakelijk is.”

## 2 Doelstelling functie<sup>1</sup>

### 2.1 Algemeen

Activerende begeleiding is gericht op het omgaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis en/of bestaande beperkingen. Met behulp van vaardigheids- of gedragstraining leert de verzekerde hoe hij met zijn beperkingen zo goed mogelijk kan functioneren.

Bij Activerende Begeleiding gaat het om zorg die deel uitmaakt van continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM). In het algemeen gaat het om complexe problematiek, waarvoor specifieke deskundigheid nodig is. Met "specifiek" wordt bedoeld op de doelgroepen waar het bij de AWBZ om gaat. CSLM-zorg is gericht op complexe (multi)-problematiek waarbij specifieke deskundigheid zoals van een verpleeghuisarts, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis noodzakelijk is. De problematiek is dermate complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk zijn. Er is voortdurend afstemming nodig over hetgeen de verschillende disciplines doen. Dit onderscheidt zich van monodisciplinaire behandeling, bijvoorbeeld voor lymfedrainage en dyslexie, waarvoor in principe AWBZ-zorg niet aangewezen is.

Bij Activerende Begeleiding kan er sprake zijn van individuele zorg of zorg in groepsverband. Als er sprake is van activerende begeleiding in groepsverband gaat het om zorg in dagdelen.

### 2.2 Programmatische aanpak

Bij Activerende Begeleiding is er sprake van een programmatische aanpak volgens een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode, gericht op het behalen van een specifiek (van tevoren vastgelegd) doel. Activerende begeleiding is daarom in principe in de tijd begrensd. Daarbij is niet uitgesloten dat tijdens of na afloop van het programma nieuwe of bijgestelde doelstellingen worden geformuleerd die leiden tot een ander of nieuw programma.

Activerende Begeleiding richt zich op die beperkingen waarvan te verwachten valt dat door een doelgerichte en methodische aanpak (blijvende) verbeteringen in het functioneren kunnen worden bereikt, of verergering kan worden voorkomen. De interventie is gestructureerd, programmatisch en richt zich op een specifiek doel. De verzekerde moet hiervoor gemotiveerd, leerbaar en trainbaar zijn.

Activerende Begeleiding kan gericht zijn op het leren van vaardigheden, die in principe overgenomen zouden kunnen worden door bijvoorbeeld de partner van verzekerde, zoals het structureren van het huishouden.

### 2.3 Directe omgeving

Activerende Begeleiding kan zich ook richten op mantelzorg in de directe omgeving van verzekerde, zoals zijn ouders, hetgeen indirect ten goede komt aan een verzekerde. De Activerende Begeleiding is dan gericht op het leren omgaan van de mantelzorg met de gevolgen

<sup>1</sup> Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 7

Activerende Begeleiding

van de aandoening, stoornis of beperking van de verzekerde. Desalniettemin is de indicatie gesteld op naam van verzekerde en niet op naam van degene op wie de vaardigheids- of gedragstraining zich direct richt.

### 3 Indicatiecriteria

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

Als er sprake is van een psychiatrische aandoening of beperking kan verzekerde toegang verkrijgen tot de functie Activerende Begeleiding als het gaat om activerende begeleiding met een niet-geneeskundig doel.

Om in aanmerking te komen voor de functie Activerende Begeleiding dient tevens te zijn vastgesteld:

1. dat er bij verzekerde sprake is van een aandoening/stoornis, waarbij het leren omgaan met de gevolgen daarvan en/of het leren omgaan met bestaande beperkingen (blijvend) bijdraagt aan zijn zo goed mogelijk functioneren en/of verergering kan worden voorkomen;
2. en dat verzekerde gemotiveerd, leerbaar en trainbaar is om het gestelde onder 3.1 te bereiken;
3. en/of dat mantelzorg in de directe omgeving van de verzekerde gemotiveerd, leerbaar en trainbaar is om het gestelde onder 3.1 te bereiken.

Het CIZ beoordeelt de noodzaak voor Activerende Begeleiding op basis van informatie van de behandelaar.

De informatie van de behandelaar dient te bestaan uit een plan van aanpak waarin te behalen doelen, stappen en acties zijn omschreven. Er dient sprake te zijn van een programmatische aanpak volgens een door de beroepsgroep als effectief geaccepteerde methode gericht op het behalen van een specifiek van te voren vastgelegd doel. Tevens moeten de omvang en de frequentie van de zorginterventies aangegeven te zijn, evenals een onderbouwing of het om individuele zorg dan wel om zorg in groepsverband gaat.

Als het gaat om een nieuw of bijgesteld programma, dient een evaluatie van het voorgaande programma bijgevoegd te zijn.

Dit plan van aanpak moet het CIZ ook voldoende inzicht geven om te kunnen beoordelen of de problematiek, waarop de activiteiten zich richten, daadwerkelijk tot het AWBZ-domein behoort.

## 4 Omvang en geldigheidsduur van de indicatie

### 4.1 Omvang

Om de omvang te kunnen vaststellen wordt de informatie van de behandelaar, zoals omschreven in paragraaf 3, beoordeeld. Hierbij wordt betrokken wat gebruikelijk en geaccepteerd is in de beroepsgroep.

Op basis van het zorgdoel kunnen individuele Activerende Begeleiding en Activerende Begeleiding in groepsverband gecombineerd zijn aangewezen, waarbij deze vormen van zorg niet op hetzelfde moment van de dag plaats kunnen vinden.

De omvang van de functie Activerende Begeleiding wordt vastgesteld in klassen.

#### **Individuele Activerende Begeleiding**

Voor individuele Activerende Begeleiding hebben de klassen een bandbreedte in uren. De klassen zijn als volgt bepaald:

- klasse 1: gemiddeld 0 – 1,9 uur per week
- klasse 2: gemiddeld 2 – 3,9 uur per week
- klasse 3: gemiddeld 4 – 6,9 uur per week
- klasse 4: gemiddeld 7 – 9,9 uur per week

#### **Activerende Begeleiding in groepsverband**

Voor Activerende Begeleiding in groepsverband zijn de klassen vastgesteld in termen van dagdelen. 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 Activerende Begeleiding in groepsverband wordt bepaald door het doel van de zorg.

In geval er sprake is van Activerende Begeleiding ter vervanging van regulier (speciaal) onderwijs geldt hiervoor een maximum van 9 dagdelen per week.

In geval er sprake is van Activerende Begeleiding ter vervanging van regulier (aangepast) werk geldt ook hier een maximum van 9 dagdelen per week (een 'fulltime' week<sup>2</sup>).

Indien de verzekerde is aangewezen op Activerende Begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling, omvat de zorg tevens Vervoer naar en van de instelling indien medisch noodzakelijk.

Activerende Begeleiding in groepsverband is een integraal pakket. Hiermee wordt bedoeld dat alle AWBZ-zorg die tijdens de Activerende Begeleiding in groepsverband moet worden gegeven tot

<sup>2</sup> Conform de vigerende wet- en regelgeving c.q. CAO

het pakket behoort. Indien de verzekerde op basis van zijn dominante grondslag wettelijk gezien geen toegang heeft tot de functie Verpleging kan, op basis van een bijkomende grondslag die wel toegang geeft tot de functie Verpleging, deze indien noodzakelijk aanvullend op dit pakket worden geïndiceerd.

## **4.2 Geldigheidsduur**

Om de duur te kunnen vaststellen wordt de informatie van de behandelaar, zoals omschreven in paragraaf 3, beoordeeld. Hierbij wordt betrokken wat gebruikelijk en geaccepteerd is in de beroepsgroep. Daarbij worden de volgende normen gehanteerd:

1. bij verzekerden die niet meer leerplichtig zijn geldt een maximum van 1 jaar;
2. bij leerplichtige verzekerden geldt een duur van maximaal 5 jaar of totdat de leerplicht is afgelopen, wanneer dit binnen 5 jaar na de datum van het indicatiebesluit valt;
3. in geval van leerplichtontheffing geldt een duur van maximaal 5 jaar of totdat de leerplichtontheffing is afgelopen, wanneer dit binnen 5 jaar na de datum van het indicatiebesluit valt.

**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 8**

**Behandeling**

versie 1 januari 2008



## **Inhoudsopgave**

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Doelstelling functie</b>	<b>5</b>
2.1	Algemeen	5
2.2	Medebehandeling	5
2.3	Kortdurende revalidatie en reactivering	6
2.4	Functionele diagnostiek	6
2.5	Chronisch complexe zorg	6
2.6	Paramedische behandeling	6
<b>3</b>	<b>Indicatiecriteria</b>	<b>8</b>
3.1	Grondslagen	8
<b>4</b>	<b>Omvang en geldigheidsduur van de indicatie</b>	<b>9</b>
4.1	Omvang	9
4.2	Geldigheidsduur	9

## 1 Inleiding

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Behandeling, zoals bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken.
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Behandeling'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregel 'Algemeen' en de beleidsregel 'Grondslagen' van toepassing.

### Wettelijke kader

1. Artikel 8 Besluit zorgaanspraken:

"Behandeling omvat behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling."

De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 bij dit artikel in het Besluit zorgaanspraken (onderdelen die niet relevant zijn voor de indicatiestelling zijn weggelaten):

Behandeling onderscheidt zich van activerende begeleiding in die zin dat bij activerende begeleiding de diagnose is gesteld en het bijbehorende onderzoek is verricht. De begeleiding richt zich op het leren omgaan met de (gevolgen) van de aandoening of handicap. Voor behandeling is kenmerkend dat de diagnose nog niet is gesteld en het onderzoek ten behoeve daarvan nog moet worden verricht. De behandeling is vervolgens gericht op het herstel of voorkomen van verergering van de aandoening of handicap, niet op het leren omgaan met de (gevolgen van de) aandoening of handicap. Dit laatste vormt onderdeel van de functie Activerende Begeleiding. In de praktijk zullen behandeling en activerende begeleiding vaak hand in hand gaan. Toch is het zaak behandeling en activerende begeleiding goed uit elkaar te houden. Het feit dat activerende begeleiding, zeker in de geestelijke gezondheidszorg, vaak wordt gegeven door personen die in hun beroepsgroep bekend staan als behandelaar, maakt van de te verrichten activiteit nog geen behandeling in de zin van de functie Behandeling. Net zo min als uit de naam sociaal psychiatrische verpleegkundige kan worden afgeleid dat wat deze persoon doet, het bieden van de functie Verpleging is. Onder Behandeling in dit artikel valt ook behandeling van een verzekerde met verslavingsproblematiek.

Zoals het CVZ opmerkt, vormt audiotechnische ondersteuning onderdeel van behandeling aan doven en slechthorenden."

De toelichting bij de wijziging, van kracht per 1 januari 2008 (zie Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet artikel 1.10 onderdeel D) vermeldt dat niet meer wordt gesproken van "medisch-specialistische" en "specialistisch-paramedisch". In plaats daarvan is de term "specifiek" gebruikt. Hiermee is de aanbeveling die het CVZ in zijn rapport van 28 juli 2005, getiteld "Ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling in de AWBZ" op dit punt heeft gedaan, overgenomen. Met het gebruiken van het woord "specifiek" wordt bedoeld op de gerichtheid van de deskundigheid op specifieke doelgroepen waar het bij de AWBZ om gaat. Daarmee komt de afbakening met de Zorgverzekeringswet beter tot uitdrukking. Besloten is deze technische aanbeveling alvast over te nemen.

2. Artikel 13 lid 2 Besluit zorgaanspraken:

“In afwijking van het eerste lid gaat 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, ondersteunende begeleiding of activerende begeleiding.”

Toelichting:

Het eerste lid heeft betrekking op het verblijf anders dan verblijf in verband met een psychiatrische aandoening. Hier valt het voorheen geregelde ziekenhuisverblijf na een jaar en het verblijf in een revalidatie-instelling onder.

In het tweede lid is gekozen voor een omschrijving van de intramurale ggz die afwijkt van de omschrijving in het eerste lid. De reden daarvoor is dat naar de mening van het CVZ en GGZ-Nederland anders de beoogde bekostiging die hoort bij de vraaggestuurde aanpak in de gemoderniseerde AWBZ, niet voor de intramurale ggz kan worden uitgevoerd.

## 2 Doelstelling functie<sup>1</sup>

### 2.1 Algemeen

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 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 zoals van een verpleeghuisarts, een arts verstandelijk gehandicapt, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis noodzakelijk is. Het doel is meestal niet herstel, maar het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis. De problematiek is dermate complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk zijn. Er is voortdurend afstemming nodig over hetgeen de verschillende disciplines doen, zodat monodisciplinaire behandeling in principe geen AWBZ-zorg is. Uitzondering hierop is Behandeling in verband met een psychiatrische aandoening.

Behandeling, hetzij vanuit het tweede, hetzij vanuit het eerste compartiment, 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:

- Consultatie
- Medebehandeling
- Kortdurende revalidatie en reactivering
- Functionele diagnostiek
- Chronisch complexe zorg
- Paramedische zorg

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

### 2.2 Consultatie en Medebehandeling

Doel van het consulteren door huisarts of medisch specialist van een AWBZ-behandelaar kan bijvoorbeeld zijn om advies te krijgen over de behandeling, de aanpak of om een zorgplan op te stellen. De huisarts of specialist blijft medisch verantwoordelijk. De AWBZ-behandelaar is incidenteel betrokken.

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 AWBZ-behandelaar behandelt het specifieke AWBZ-probleem.

<sup>1</sup> Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

### **2.3 Kortdurende revalidatie en reactivering**

Het is historisch zo gegroeid dat bepaalde zorg die naar zijn aard niet vanzelfsprekend tot de AWBZ hoort, daar toch is ondergebracht. Het gaat dan vooral om kortdurende hersteltrajecten na een ziekenhuisopname bijvoorbeeld na een CVA of na implantatie van een heup- of knie-operatie waarbij complicaties zijn opgetreden. Er is dan meestal wel sprake van co-morbiditeit waarvoor de specifieke deskundigheid van de verpleeghuisarts noodzakelijk is.

### **2.4 Functionele diagnostiek**

AWBZ-behandeling kan aangewezen zijn ten behoeve van functionele diagnostiek. Deze onderscheidt zich van klinische basisdiagnostiek.

1. Klinische basisdiagnostiek hoort thuis in de tweede lijn van het tweede compartiment. De klinische basisdiagnostiek is gericht op het stellen van de medische diagnose, inclusief het stadium van de ziekte, de stoornissen en een indruk van de beperkingen, en inclusief sociale context. De uitkomst ervan is de diagnose en een (globale) indruk van het functioneren van de patiënt.
2. Na de klinische basisdiagnostiek kan nadere functionele diagnostiek nodig zijn, in het bijzonder bij complexe problematiek (CSLM). Deze functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren voorzover mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid). Deze nadere functionele diagnostiek is AWBZ-zorg. Dit kan bij alle grondslagen aan de orde zijn. Het gaat om multidisciplinaire zorg, die specifiek is gericht op de vastgestelde grondslag. Daarbij is er vaak sprake van co-morbiditeit, die van invloed is op de behandeling.

### **2.5 Chronisch complexe zorg**

Het gaat bij AWBZ-behandeling vooral om Continue, Systematische, Langdurige en Multidisciplinaire zorg. CSLM-zorg is gericht op complexe (multi)-problematiek waarbij specifieke deskundigheid zoals van een verpleeghuisarts, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis noodzakelijk is. Het doel is:

1. (gedeeltelijk) herstel van de aandoening/stoornis;
2. het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening ;
3. of het voorkomen van een met de aandoening gerelateerde stoornis.

De problematiek is dermate complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk zijn. Er is voortdurend afstemming nodig over hetgeen de verschillende disciplines doen. Dit onderscheidt zich van monodisciplinaire behandeling, bijvoorbeeld voor lymfedrainage en dyslexie, waarvoor in principe AWBZ-zorg niet aangewezen is.

### **2.6 Paramedische behandeling**

De paramedische behandeling staat, behalve als onderdeel van functionele diagnostiek, niet op zichzelf, maar maakt onderdeel uit van de multidisciplinaire zorg onder verantwoordelijkheid van een (AWBZ-)arts of gedragswetenschapper:

1. Als onderdeel van functionele diagnostiek kan sprake zijn van enkelvoudige specifieke paramedische behandeling.
2. Als onderdeel van de specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, multidisciplinaire, langdurige zorg) bestaat de paramedische behandeling uit gerichte interventies, die deel uitmaken van het zorgplan 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.

### **3 Indicatiecriteria**

#### **3.1 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.

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

1. consultatie door een behandelaar niet zijnde een verpleeghuisarts of een arts verstandelijk gehandicapten;
2. medebehandeling door een AWBZ-behandelaar ten behoeve van een huisarts of specialist in het 2<sup>e</sup> compartiment;
3. of kortdurende revalidatie en reactivering met een multidisciplinaire en specifieke aanpak in verband met kortdurende complexe problematiek;
4. of functionele diagnostiek;
5. of chronische complexe zorg;
6. of paramedische behandeling.

## **4 Omvang en geldigheidsduur van de indicatie**

### **4.1 Omvang**

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

### **4.2 Geldigheidsduur**

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Behandeling gelden de algemene criteria (zie beleidsregel 'Algemeen').

Daarnaast geldt het volgende.

De geldigheidsduur voor een indicatie die gericht is op:

1. functionele diagnostiek is maximaal drie maanden;
2. consultatie is maximaal 1 jaar;
3. medebehandeling is maximaal 1 jaar;
4. kortdurende multidisciplinaire of specifieke aanpak is maximaal 1 jaar.



**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 9**

**Verblijf**

versie 1 januari 2008

## **Inhoudsopgave**

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Doelstelling functie</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>Algemeen</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Beschermende woonomgeving</b>	<b>5</b>
<b>2.3</b>	<b>Therapeutisch leefklimaat</b>	<b>5</b>
<b>2.4</b>	<b>Permanent toezicht</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Indicatiecriteria</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>Verbijzonderingen van de grondslag Verstandelijke handicap</b>	<b>7</b>
<b>3.2</b>	<b>Voortgezet Verblijf met Behandeling op psychiatrische grondslag</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Omvang en geldigheidsduur van de indicatie</b>	<b>8</b>
<b>4.1</b>	<b>Aantal etmalen Verblijf per week</b>	<b>8</b>
<b>4.2</b>	<b>Geldigheidsduur</b>	<b>8</b>

## 1 Inleiding

1. Deze beleidsregel is van toepassing op de indicatiestelling voor de functie Verblijf, zoals bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken en voor de aanspraak op voortgezet verblijf op psychiatrische grondslag zoals bedoeld in artikel 13 lid 2 van het Besluit Zorgaanspraken .
2. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'beleidsregel Verblijf'.
3. Op deze beleidsregel zijn de beleidsregel 'Algemeen' en de beleidsregel 'Grondslagen' van toepassing.

### Wettelijk kader

1. Artikel 9 Besluit zorgaanspraken:
  1. "Verblijf omvat het verblijven in een instelling indien de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6, 7 of 8, noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht.
  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."
2. De toelichting bij de invoering op 1 april 2003 bij dit artikel in het Besluit zorgaanspraken:

"Bij verblijf wordt de verzekerde een therapeutische of beschermende leefomgeving geboden waarin toezicht beschikbaar is. Het verblijf kan tijdelijk of duurzaam zijn. Gaat het om tijdelijk verblijf dan staan herstel en het draaglijk maken van de gevolgen van de aandoening of handicap centraal, dan wel het ontlasten van de mantelzorg. Bij mensen die langdurig op verblijf in een instelling zijn aangewezen en die op grond van hun aandoening of handicap ook behoefte hebben aan toezicht, staat het garanderen van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven centraal.

De in het eerste lid opgenomen voorwaarden 'indien een therapeutische of een beschermende leefomgeving dan wel permanent toezicht is aangewezen' brengen met zich dat de verzekerde geen indicatiebesluit voor verblijf kan krijgen, als hij ook niet voor een of meer van de andere functies geïndiceerd wordt. Het is immers niet de bedoeling dat de verzekerde de functie verblijf los van een of meer andere zorgonderdelen kan krijgen. De omschrijving houdt ook in dat het altijd om een instelling moet gaan die voor meer functies dan alleen verblijf is toegelaten. Immers, anders kan een instelling het leveren van een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht niet waarmaken.

Onder dit verblijf valt niet de dagzorg of de dag- en nachtopvang. Die zorg valt onder de twee begeleidingsfuncties die, in het kader van de indicatiestelling en bekostiging, naast de indeling gebaseerd op uren ook nog een indeling gebaseerd op dagdelen kent. 'Logeren' in de zin dat de verzekerde gedurende de dag en nacht een plaats in de instelling bezet, valt onder artikel 9. Indien het gaat om 'logeren' louter als nachtopvang dan valt deze onder begeleiding".

Het schoonhouden van zowel verzekerdes appartement of kamer als ook de gemeenschappelijke en openbare ruimten maakt onderdeel uit van het verblijf. De instelling dient dus, als onderdeel van de functie verblijf, te zorgen voor het schoonhouden van de kamer van de verzekerde.

3. 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 het herstel of voorkoming van verergering van de psychiatrische aandoening en al dan niet met persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding of activerende begeleiding.

3. Voor de berekening van de 365 dagen geldt een onderbreking niet langer dan dertig dagen niet als een onderbreking, doch deze dagen tellen voor de berekening van de 365 dagen evenmin mee. Indien de periode van 365 dagen is verstreken en binnen dertig dagen opnieuw verblijf nodig is, is er evenmin sprake van een onderbreking.

Toelichting

In het gewijzigde artikel 13 Besluit Zorgaanspraken AWBZ is het voortgezette verblijf in een instelling omschreven in de situatie dat een verzekerde al 365 dagen voor rekening van de zorgverzekering in een instelling heeft verbleven. Indien de verzekerde langer dan 365 dagen is aangewezen op dat verblijf, bestaat voor dat verblijf aanspraak op grond van de AWBZ. Het eerste lid heeft betrekking op het verblijf anders dan verblijf in verband met een psychiatrische aandoening. Hier valt het voorheen geregelde ziekenhuisverblijf na een jaar en het verblijf in een revalidatie instelling na een jaar onder.

In het tweede lid is gekozen voor een omschrijving van de intramurale geestelijke gezondheidszorg die afwijkt van de omschrijving in het eerste lid. De reden daarvoor is dat, naar de mening van het CVZ en GGZ-Nederland, anders de beoogde bekostiging die hoort bij de vraaggestuurde aanpak in de gemoderniseerde AWBZ, niet voor de intramurale geestelijke gezondheidszorg kan worden uitgevoerd.

4. 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.”

Toelichting bij dit artikel:

‘Om de invoering van financiering door middel van zorgzwaartepakketten mogelijk te maken, is het noodzakelijk dat vastgesteld wordt op welk pakket de verzekerde is aangewezen. Daartoe moest het Zorgindicatiebesluit aangepast worden. Immers, in dit besluit is bepaald wat het indicatieorgaan, in casu het CIZ in zijn indicatiebesluit aangeeft. Tot nu toe gaf het CIZ per zorgvorm (functie) aan op welke klasse de verzekerde was aangewezen. De zorgzwaartepakketten gaan uit van een gemiddeld aantal uren per week aan zorg, waarbij niet meer relevant is hoeveel uren per zorgvorm aangewezen zijn. Wel blijft relevant op welke zorgvormen de verzekerde is aangewezen. Het Zorgindicatiebesluit is hierop aangepast. Dit besluit heeft geen gevolgen voor reeds afgegeven indicatiebesluiten’.

## 2 Doelstelling functie<sup>1</sup>

### 2.1 Algemeen

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.

### 2.2 Beschermende woonomgeving

Een beschermende woonomgeving is een veilige en afgeschermdde 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.

### 2.3 Therapeutisch leefklimaat

Een therapeutisch leefklimaat is een woon- en leefomgeving waar, gelet op de beperkingen van de verzekerde een adequate infrastructuur aan therapie- en zorgfuncties aanwezig is in de vorm van:

1. specifieke voorzieningen in de directe nabijheid, zoals oefenruimten, behandelruimten, snoezelruimten, specifieke badruimten, omdat de zorg frequent en intensief of specifiek is;
2. een specifiek woon- en leefklimaat, zoals een specifiek dagritme, specifieke omgangsvormen of sociale omgeving;
3. een structurerende omgeving.

### 2.4 Permanent toezicht

Permanent toezicht kan verschillende doelen hebben en verschillen in intensiteit. Afhankelijk daarvan kan de toezichtsfunctie op verschillende manieren vorm krijgen. Het toezicht kan gericht zijn op:

1. het bieden van fysieke zorg, zodat tijdig in kan worden gegrepen bij bijvoorbeeld valgevaar, of complicaties bij een ziekte;
2. het verlenen van zorg op onregelde en/of frequente tijden, omdat de verzekerde zelf niet (meer) in staat is om hulp in te roepen;
3. het ingrijpen bij gedragsproblemen:
  - a. therapeutisch: gericht op verbetering van de gedragsstoornis of aanleren van ander gedrag;
  - b. of preventief: voorkomen van escalatie en gevaar.

---

<sup>1</sup> Gebaseerd op het AWBZ-kompas van CVZ

### 3 Indicatiecriteria

Om in aanmerking te komen voor de functie Verblijf dient, gegeven hetgeen is bepaald in de beleidsregel 'Algemeen' onder punt 3.4, te zijn vastgesteld:

1. dat de verzekerde is aangewezen op zorg (Persoonlijke Verzorging, Verpleging, Ondersteunende Begeleiding, Activerende Begeleiding en/of Behandeling);
2. en dat deze zorg noodzakelijkerwijs gepaard gaat met:
  - a. een beschermende woonomgeving;
  - b. en/of een therapeutisch leefklimaat;
  - c. en/of permanent toezicht.

De afwegingen om Verblijf te indiceren zijn als volgt:

Verblijf	Afwegingen
Beschermende woonomgeving	De verzekerde is gezien zijn zorgbehoefte aangewezen op een omgeving die: <ul style="list-style-type: none"> <li>• qua bouw en inrichting adequaat is vanwege zijn beperkingen/hulpmiddelen/gedragingen, zodat zijn fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd.</li> <li>• hem behoedt voor risico's waaronder misbruik, manipulatie, bedreiging en verleiding.</li> <li>• bijdraagt aan zijn fysieke of sociale veiligheid.</li> <li>• 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.</li> <li>• hem ondersteunt om zelfstandig richting en organisatie te geven aan zijn leven / hem ondersteunt, structureert bij zijn regie- en/of uitvoeringsproblematiek.</li> <li>• zijn afwijkend gedrag kan hanteren.</li> </ul>
Therapeutisch leefklimaat	De verzekerde is gezien zijn zorgbehoefte aangewezen op: <ul style="list-style-type: none"> <li>• een omgeving die qua bouw en inrichting adequaat is vanwege zijn beperkingen/hulpmiddelen/gedragingen.</li> <li>• een therapeutisch leefklimaat als dagelijkse leefomgeving in de vorm van adequate therapie- en zorgfuncties.</li> <li>• een clustering van (para)medische en/of gedragswetenschappelijke deskundigheid, zodat de noodzakelijke interventies optimaal (zo nodig direct en continu) gepleegd kunnen worden met als doel zijn zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.</li> <li>• een context van structurerende begeleiding in sociale relaties, met ritme en regels. Waar nodig is er sprake van een corrigerend en/of opvoedend klimaat.</li> </ul>
Permanent toezicht	De verzekerde is gezien zijn zorgbehoefte aangewezen op een omgeving die een vorm van toezicht biedt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• op regelmatige en onregelmatige momenten, zodat de zorgverlening goed kan inspelen op de (frequent voorkomende) al dan niet geëxpliciteerde zorgvraag.</li> <li>• die geboden wordt op basis van actieve observatie, die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie</li> </ul>

Verblijf	Afwegingen
	vroegtijdig te signaleren, waardoor tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor verzekerde kan worden voorkomen.

Er kan eveneens een indicatie voor verblijf worden afgegeven als de verzekerde gedurende een bepaalde periode vrijwel dagelijks is aangewezen op AWBZ-gefinancierde zorg die alleen op grote afstand van zijn huis te verkrijgen is en het reizen een te grote belasting voor verzekerde vormt. De thuissituatie kan dan redelijkerwijs niet voorzien in de nodige toezicht en bescherming. Een reistijd van één uur (enkele reis) is in principe acceptabel<sup>1</sup>.

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.

### 3.1 Verbijzonderingen van de grondslag Verstandelijke handicap

In geval de verblijfsindicatie zich richt op specifiek noodzakelijke behandeling gedurende een afgebakende periode in een specifieke setting (maximaal 3 jaar), zal het CIZ dit middels een verbijzondering van de grondslag Verstandelijke handicap aangeven. Er zijn twee verbijzonderingen mogelijk, te weten LVG (licht verstandelijk gehandicapt) en SGLVG (sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt).

### 3.2 Voortgezet Verblijf met Behandeling op psychiatrische grondslag

In geval ook na 365 dagen voor verzekerde verblijf noodzakelijk blijft in verband met een psychiatrische behandeling kan het CIZ, op basis van de grondslag psychiatrische aandoening, een indicatie afgeven voor voortgezet verblijf. De omvang van de aanspraak wordt aangegeven in termen van een zorgzwaartepakket GGZ voor de B-groep (zie appendix). Uit onderzoek blijkt het volgende:

- a. Er is sprake van een psychiatrische aandoening, al of niet met bijkomende problematiek waarvoor verzekerde reeds 365 dagen aaneengesloten in een psychiatrische instelling heeft verbleven.
- b. Een bevoegde behandelaar heeft de noodzaak (verbetering, stabilisatie of voorkomen van achteruitgang) van voortgezet verblijf, inclusief een prognose/ ontwikkeling van de aandoening(en) en de verwachte duur van het verblijf gemotiveerd.

<sup>1</sup> Analoog aan de eisen die de UVW stelt.

## **4 Omvang en geldigheidsduur van de indicatie**

### **4.1 Aantal etmalen Verblijf per week**

Het aantal etmalen per week waarop de verzekerde vanuit zorginhoudelijk perspectief is aangewezen op Verblijf wordt voor één, twee en drie etmalen per week, vastgesteld in functies en klassen.

In geval verzekerde op basis van zijn zorgbehoefte is aangewezen op Verblijf gedurende tenminste 4 etmalen per week, wordt de omvang, zijnde de hoeveelheid zorg voor de geïndiceerde zorgvormen tesamen, uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (zie de bij deze beleidsregel behorende appendix Zorgzwaartepakketten).

Om te bepalen welk zorgzwaartepakket het meest passend is gegeven de zorgbehoefte van verzekerde wordt:

1. de dominante grondslag (of een verbijzondering daarvan) bepaald,
2. beslist op welk zorgzwaartepakket de verzekerde is aangewezen.

Indien een verzekerde is aangewezen op een verblijfsindicatie van vier, vijf of zes etmalen per week en daarnaast gedurende de overige dagen zorg in de thuissituatie nodig heeft, zal het CIZ de verblijfsindicatie vaststellen op zeven etmalen per week.

Naast het vaststellen van het zorgzwaartepakket, specificeert het CIZ of de verzekerde is aangewezen op Ondersteunende Begeleiding/ Activerende Begeleiding in groepsverband.

### **4.2 Geldigheidsduur**

Voor het vaststellen van de geldigheidsduur van de indicatie voor Verblijf gelden de algemene criteria (zie de beleidsregel 'Algemeen').



**Beleidsregels indicatiestelling AWBZ**

**Bijlage 9**

**Verblijf**

**Appendix**

**Zorgzwaartepakketten**

versie 1 januari 2008