

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2010

Bijlage 2

Grondslagen

Inhoudsopgave

1	Algemeen	3
2	Aandachtspunten	4
2.1	Grondslagen en functies	4
2.2	Vaststellen grondslag	4
2.3	Eén of meerdere grondslag(en)	5
3	De 6 grondslagen	6
3.1	Somatische aandoening of beperking en lichamelijke handicap	6
3.2	Psychogeriatrische aandoening of beperkingen	6
3.3	Psychiatrische aandoening of beperkingen	6
3.4	Verstandelijke handicap	7
3.5	Zintuiglijke handicap	7

1 Algemeen

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

Wettelijk kader

Het Besluit zorgaanspraken geeft aan, dat er aanspraak op AWBZ-zorg kan zijn op basis van "een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap" (art. 4 t/m 6, 8, 9 en 13 tweede lid Bza).

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

"een aandoening, beperking, of handicap 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 6, 8 en 9 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

Grondslag	Functies
Somatische aandoening/beperking	Geeft toegang tot alle functies
Psychogeriatrische aandoening/beperking	Geeft toegang tot alle functies
Psychiatrische aandoening/beperking	Geeft toegang tot de functies Persoonlijke Verzorging en Begeleiding. Geeft geen toegang tot de functies Verpleging en Behandeling. In combinatie met Verblijf: zie toelichting I 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

Toelichting I

Grondslag psychiatrische aandoening/beperking:

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 Begeleiding;
- Na 365 dagen: Voortgezet Verblijf¹. Er is sprake van een psychiatrische aandoening die gepaard gaat met behandeling als bedoeld in artikel 8 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. Naast Behandeling kunnen de bijkomende functies zijn: Persoonlijke Verzorging, Verpleging, of Begeleiding.
Artikel 13 lid 1 van het Bza, voortgezet verblijf op een andere grondslag dan psychiatrische grondslag, is niet indicatieplichtig.

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

¹ Artikel 13, lid 2 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 2

Grondslagen

onderzoek behoort plaats gevonden te hebben in het reguliere medische circuit (2^e 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 wordt bepaald door de zwaarstwegende beperkingen in relatie tot de geobjectiveerde zorgbehoefte. 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 wijziging terdege en zorgvuldig.

3 De 6 grondslagen

3.1 Somatische aandoening of beperking en lichamelijke handicap

Somatische aandoening of beperking

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

In sommige situaties bereikt een chronische somatische aandoening op enig moment een 'eindstadium'. Dat wil zeggen, dat bij de somatische aandoening een stabiele toestand is bereikt waarin geen functionele verbetering meer te verwachten is. Verdere behandeling zal niet leiden tot verder herstel en bepaalde beperkingen worden daarmee blijvend. Het vaststellen hiervan is aan de behandelend arts. Een aandoening die gekenmerkt wordt door stabiele fases en bij verergering door medische en/of paramedische behandeling (nog) kan genezen of verbeteren, heeft als grondslag Somatische aandoening of beperkingen, dus niet de grondslag Lichamelijke handicap.

Wanneer sprake is van blijvende beperkingen, niet veroorzaakt door stoornissen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel), dan is de grondslag Somatische aandoening of beperking van toepassing. Dit is ook het geval bij een terminale situatie² (als voorbeeld: verzekerde met een hersentumor).

Lichamelijke handicap

Ook een lichamelijke handicap is op te vatten als een fysieke aandoening. Wanneer sprake is van beperkingen als gevolg van stoornissen van het zenuwstelsel en het bewegingsapparaat (bot-/spierstelsel, gewrichten en bindweefsel) waarbij geen functionele verbetering meer mogelijk is (er kan nog wel sprake zijn van een verslechtering) en er geen sprake is van een terminale situatie³, dan is de grondslag Lichamelijke handicap van toepassing. Het vaststellen van de mogelijkheid tot een functionele verbetering is aan de behandelend arts.

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

² Hiermee wordt niet alleen bedoeld op de termijn van 3 maanden zoals deze in de definitie van terminale levensfase is beschreven en die relevant is bij het indiceren van palliatief terminale zorg, maar ook een situatie waarin geen zicht meer is op herstel of verbetering en die zeker tot het levenseinde zal leiden, zij het dat daarvoor geen precieze termijn is te geven.

³ Idem voetnoot 3.

3.4 Verstandelijke handicap

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

In de DSM IV is de mate van verstandelijke handicap ingedeeld op basis van de niveaus van intellectueel functioneren:

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

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.

3.5 Zintuiglijke handicap

De grondslag zintuiglijke handicap wordt in de regel toegekend aan alle verzekerden die een visuele¹ of auditief-communicatieve² handicap of een (zeer) ernstig spraak-/taalprobleem³ (of -stoornis) hebben.

¹Visuele 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 kokerzien).

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

²Auditief-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 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

Beleidsregels indicatiestelling AWBZ

Bijlage 2

Grondslagen

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.

³Spraak-/taalprobleem (of-stoornis)

Kern van het vaststellen van een spraak-/taalprobleem (of –stoornis) onder de grondslag van de zintuiglijke handicap is dat er een in de persoon gelegen oorzaak is aan te wijzen. Dat kunnen zowel neurobiologisch als neuropsychologische factoren zijn.

Als de genoemde stoornis/beperking zijn oorsprong vindt in omgevingsfactoren dan is er geen sprake van een grondslag voor de AWBZ. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld opvoedingsproblemen of het spreken van een andere taal.

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

Een communicatieprobleem is pas een geobjectiveerde spraak-/taalstoornis wanneer dit is aangetoond door middel van multidisciplinaire diagnostiek verricht in het tweede compartiment. Het is van belang om spraak-/taalstoornissen te onderscheiden van communicatieproblemen die inherent zijn aan ziektebeelden als autisme en verstandelijke handicap.