

Landelijke Vereniging van Indicatie Organen

Lv*i*O



Werkdocument

Gebruikelijke Zorg

Uitgave: Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO), oktober 2003

Postadres: LVIO
Mauritskade 33
2514 HD Den Haag
Tel: 070-311.80.90
E-mail: info@lvio.nl

Bestellen: U kunt deze uitgave telefonisch of per e-mail bij de LVIO bestellen

Prijs: € 12.50 (inclusief verzend- en administratiekosten)

Voorwoord

Dit document is tot stand gekomen op basis van protocollen die in het land door Regionale Indicatieorganen (RIO's) zijn ontwikkeld. Er is gediscussieerd in het Kennisnetwerk indicatiestelling, met de beleidsafdeling van het Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicapten (LCIG), met het Vraag en Antwoord team van VWS, met het College voor zorgverzekeringen (CVZ), met het organisatieadviesbureau Hoeksma, Homans en Menting (HHM), met de vereniging van mantelzorgers LOT en met de Landelijke beroepsvereniging van indicatiestellers (LBI). Recente jurisprudentie en adviezen van het CVZ op bezwaar zijn erin verwerkt. Het document is aanvaard door het bestuur van de LVIO en voorgelegd aan de Regiegroep Indicatiestelling AWBZ. Daarmee heeft het de status verworven van Werkdocument Indicatiestelling.

Echter, niet voor niets heeft het de status "Werkdocument" en niet "Richtlijnen". Als er op één front de laatste jaren veel discussie is geweest met betrekking tot de indicatiestelling dan is het wel over de inzet van mantelzorg.

Het vrijwel overal toepassen van de 'Algemeen Aanvaarde Standaard gezinsVerzorging' van het Verwey-Jonker Instituut (1996) heeft voor veel uniformiteit gezorgd, maar toch constateert ditzelfde instituut in haar nieuwe rapport 'Handreiking voor het betrekken van mantelzorg bij de indicatiestelling' (2003) nog veel verscheidenheid onder RIO's en indicatiestellers.

De materie is voortdurend in ontwikkeling, met name in het licht van de maatschappelijke discussie rond vraagsturing en cliëntsoevereiniteit enerzijds en de houdbaarheid van de AWBZ anderzijds.

Wat centraal staat in dit werkdocument is het onderscheid tussen gebruikelijke zorg en mantelzorg. Wat redelijk is aan de inzet van mantelzorg, moet in iedere situatie afzonderlijk en zorgvuldig vastgesteld worden.

Dit document bevat een eerste poging om tot normering te komen van wat gebruikelijk is in de zorg tussen mensen onderling. Het gaat dan om huisgenoten onderling en om zorg, die het normaal gangbare niet overschrijdt.

Voortschrijdend inzicht

De LVIO presenteert dit document als een hulpmiddel bij de verdere ontwikkeling van uniformering en normering in de indicatiestelling. Maar ook als een hulpmiddel bij het professioneel handelen van indicatiestellers.

Zo zal dit werkdocument moeten worden gezien als een groeidocument.

De toepassing ervan in de weerbarstige praktijk zal worden ondersteund door de afstemming die op centraal niveau plaatsvindt: CVZ, VWS, het Kennisnetwerk LVIO, het Vraag en Antwoordteam, de vragen die aan de helpdesk Kennisnetwerk worden gestuurd, de afstemming binnen RIO's en tussen RIO's onderling hebben hierbij alle een rol.

Voorts zal de advisering van het CVZ rond indicatiegeschieden en de jurisprudentie tot steeds meer eenduidigheid leiden. Met organisaties van patiënten, cliënten en mantelzorgers zullen afspraken worden gemaakt om de zorgvuldigheid van de toepassing te blijven bewaken. Daartoe wordt een monitorproject gestart dat zal worden begeleid door het Julius Centrum van de Universiteit van Utrecht.

Het LVIO dankt al diegenen die zich hebben ingespannen om dit maatschappelijk belangrijke werkdocument te maken. Bijzondere dank gaat uit naar Juul van Ogtrop voor haar geduld en vasthoudendheid.

Ruby E. van Essen

Voorzitter Landelijke Vereniging van Indicatieorganen

Samenvatting

Dit document maakt een start met het normeren van gebruikelijke zorg. Het beoogt de aanzet te geven voor een breed aanvaarde en gehanteerde standaard binnen de indicatiestelling.

1 Plaatsbepaling gebruikelijke zorg

Gebruikelijke zorg betreft de gangbare activiteiten op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van verwanten (c.q. huisgenoten) voor elkaar (van Klinken en Scheepens, LOT, 2001). De gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar speelt zich af binnen de leefeenheid die een gemeenschappelijk huishouden voert.

Gebruikelijke zorg als onderdeel van informele zorg.

Gebruikelijke zorg valt onder het begrip informele, d.w.z. niet-professionele, zorg. Ook mantelzorg valt daaronder.

Mantelzorg is zorg die in zwaarte, duur of intensiteit de gebruikelijke zorg aanmerkelijk overschrijdt. Mantelzorg speelt zich ook niet alleen af binnen de leefeenheid van één gemeenschappelijk huishouden (interne mantelzorg) omdat leden van die leefeenheid ook mantelzorg kunnen krijgen van verwanten of vrienden buiten die leefeenheid (externe mantelzorg). Wat een interne mantelzorger levert bestaat daarmee uit de 'kop' op hetgeen tot de gebruikelijke zorg kan worden gerekend.

Gebruikelijke zorg in relatie tot zorg vanwege de AWBZ.

Bij de AWBZ gaat het om verzekerde zorg. In het BZA zijn aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat nader geregeld. Daarin staat ook (art. 2 lid drie) dat verzekerde alleen recht heeft op zorg (nader omschreven in art. 2 lid één) wanneer hij gelet op zijn behoeften en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs daarop is aangewezen. Verzekerde is redelijkerwijs niet aangewezen op zorg vanwege de AWBZ als het gaat om zorg in de zin van gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar.

Bepalen van gebruikelijke zorg in relatie tot een aanspraak op zorg vanwege de AWBZ.

De aanspraak op zorg vanwege de AWBZ is vastgelegd in een zevental functies:

- huishoudelijke verzorging,
- persoonlijke verzorging,
- ondersteunende begeleiding,
- activerende begeleiding,
- verpleging,
- behandeling en
- verblijf.

Het bepalen van aard en omvang van gebruikelijke zorg in relatie tot een eventuele aanspraak op zorg vanwege de AWBZ geschiedt door het indicatieorgaan AWBZ (RIO) en heeft alleen betrekking op de eerste drie functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding.

2 Algemene uitgangspunten bij het bepalen van gebruikelijke zorg in relatie tot een AWBZ-aanspraak op zorg

Het indicatieorgaan AWBZ (RIO) stelt de beperkingen vast van de zorgvrager en betreft daarbij diens sociale omgeving. Indien de zorgvrager deel uitmaakt van een leefeenheid (meerpersoons-huishouden) moet de indicatiesteller vaststellen wat, gezien de samenstelling van die leefeenheid, in dat geval verstaan wordt onder gebruikelijke zorg

van huisgenoten voor elkaar wil hij kunnen vaststellen op welke AWBZ-zorg de zorgvrager redelijkerwijs is aangewezen.

In geval zorgvrager een éénpersoonshuishouden voert vervalt de grond voor het bepalen van gebruikelijke zorg.

Bij het bepalen van aard en omvang van de gebruikelijke zorg houdt de indicatiesteller altijd rekening met eventuele onevenredige belasting dan wel overbelasting -psychisch en/of fysiek- van een leefeenheid van de zorgvrager. Het leveren van gebruikelijke zorg gaat echter vóór op andere activiteiten van leden van de leefeenheid in het kader van hun maatschappelijke participatie.

Indien een huisgenoot van een zorgvrager meer tijd moet besteden aan betaald werk dan normaal gangbaar (36-40 u/w en 5 uur reistijd per week), dan wordt hiermee bij de indicatiestelling uitsluitend rekening gehouden als dit meerwerk een verplichtend karakter heeft en inherent is aan de aard van de baan en er geen adequate alternatieven voorhanden zijn. Vrijwilligerswerk in georganiseerd verband als alternatief voor betaald werk (bijv. werkervaringsplaats) wordt beschouwd als het verrichten van betaald werk

In geval de zorgvrager een zeer korte, bekende levensverwachting heeft kan ter ontlasting van de leefeenheid van de zorgvrager afgeweken worden van de gebruikelijke normering van gebruikelijke zorg.

In geval een leefeenheid ontwricht is door (het vaststellen van) een ernstige ziekte of overlijden van één van de leden kan éénmalig voor maximaal drie maanden een indicatie worden gesteld op de onderdelen die normaliter tot de gebruikelijke zorg worden gerekend, om de leefeenheid de gelegenheid te geven de onderlinge taakverdeling aan de ontstane situatie aan te passen.

Wanneer het niet evident is voor de zorgvrager dat het op basis van deze richtlijn bepalen van aard en omvang van de gebruikelijke zorg zal leiden tot afwijzing van diens aanvraag dan dient de aanvraag nooit telefonisch afgedaan te worden.

3 Het bepalen van gebruikelijke zorg in relatie tot een AWBZ-aanspraak op huishoudelijke verzorging

De leefeenheid van een zorgvrager die een beroep doet op de AWBZ blijft altijd primair verantwoordelijk voor het functioneren van het huishouden. Dat betekent dat van een leefeenheid wordt verwacht dat, bij uitval van één van de leden van die leefeenheid, gestreefd wordt naar een herverdeling van de huishoudelijke taken binnen die leefeenheid.

Onder huishoudelijke taken vallen zowel de uitstelbare als de niet-uitstelbare taken.

In geval de leefeenheid van de zorgvrager mede bestaat uit volwassen, gezonde huisgenoten al dan niet met full time werk of opleiding, dan gaat de indicatiesteller AWBZ ervan uit dat zowel alle uitstelbare als alle niet-uitstelbare huishoudelijke taken van de zorgvrager worden overgenomen door die huisgenoten. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar sekse, religie, cultuur, vrije tijdsbesteding of wijze van inkomensverwerving van de leefeenheid. Evenmin wordt onderscheid gemaakt naar persoonlijke opvattingen over het verrichten van huishoudelijke taken.

Wèl kan er –alleen als hiervoor motivatie aanwezig is- een indicatie worden gesteld voor 6 weken zorg voor het aanleren van huishoudelijke taken en/of het leren (efficiënter) organiseren van het huishouden.

Alleen voor samenwonende ouderen op hoge leeftijd (> 75 jaar) kan, indien nodig, hulp voor die zwaar huishoudelijke taken worden geïndiceerd die anders tot de gebruikelijke zorg zouden worden gerekend.

In geval de leefeenheid van de zorgvrager mede bestaat uit kinderen, dan gaat de indicatiesteller AWBZ ervan uit, afhankelijk van hun leeftijd en psycho-sociaal functioneren dat zij een bijdrage kunnen leveren aan de huishoudelijke taken. Alleen kinderen tot 5 jaar blijven buiten beschouwing als het gaat om het leveren van een bijdrage aan de huishoudelijke taken.

Kinderen vanaf vijf tot en met 12 jaar kunnen naar hun eigen mogelijkheden worden betrokken bij licht huishoudelijke taken.

Kinderen vanaf 13 jaar kunnen daarnaast tevens hun eigen kamer opruimen.

Kinderen vanaf 18 tot 23 jaar die nog inwonend zijn kunnen die huishoudelijke taken verrichten die behoren bij een eigen éénpersoons huishouden. Ook kunnen zij eventuele jongere gezinsleden verzorgen en begeleiden.

Volwassen huisgenoten (d.w.z. inwonende kinderen ouder dan 22 jaar en andere volwassen leden van het huishouden van de zorgvrager) worden als het gaat om huishoudelijke activiteiten beoordeeld zoals de partner van de zorgvrager wordt beoordeeld.

4 Het bepalen van gebruikelijke zorg in relatie tot een AWBZ-aanspraak op persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding

4.1 Gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen in relatie tot een AWBZ-aanspraak op persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding.

Ouders hebben een zorgplicht voor hun kinderen. Deze zorgplicht strekt zich ook uit tot o.a. begeleiding en persoonlijke verzorging van een kind, inclusief de zorg bij kortdurende ziekte. De gebruikelijke zorg van ouders voor een kind zonder beperkingen houdt per levensfase het volgende in:

Kinderen van 0 tot 5 jaar:

kunnen niet zonder voortdurend toezicht van volwassenen binnen en buiten het huis en in het verkeer.

moeten volledig worden verzorgd: aan- en uitkleden, eten, wassen, toiletgang.

hebben begeleiding nodig bij sport, spel en vrije tijdsbesteding.

Kinderen vanaf 5 tot 12 jaar:

kunnen niet zonder frequent en regelmatig toezicht van volwassenen binnen en buiten het huis.

hebben in afnemende mate toezicht en eventueel hulp nodig bij hun persoonlijke verzorging. Zijn overdag zindelijk en 's nachts merendeels ook.

hebben een reguliere dagbesteding op school.

hebben begeleiding nodig in het verkeer van en naar school, sport, ed.

Kinderen vanaf 12 tot 18 jaar:

hebben frequent en regelmatig begeleiding nodig bij hun persoonlijke ontplooiing en cognitieve ontwikkeling.

hebben alleen incidenteel toezicht nodig bij hun persoonlijke verzorging.

hebben geen begeleiding nodig in het verkeer van en naar school, sport, ed.

Kinderen vanaf 18 tot 23 jaar:

kunnen bijdrage aan die huishoudelijke taken die overeenkomen met een één-persoons huishouden,
kunnen bijdrage aan de persoonlijke verzorging en begeleiding van inwonende jongere kinderen.

Kortdurende zorg en verpleging van zieke kinderen thuis behoort ook tot de gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen. Ook hier geldt dat indicatiestellers alert zullen zijn op signalen die wijzen op dreigende overbelasting van ouders en andere gezinsleden.

Bij uitval van één van de ouders neemt de andere ouder de gebruikelijke zorg voor de inwonende kinderen over. Indien nodig dient de ouder hiervoor gebruik te maken van de voor hem/haar geldende regeling voor zorgverlof. Is dit niet mogelijk dan dient de ouder gebruik te maken van (een combinatie van) crèche, opvang op school, buitenschoolse opvang, ed. (de zogenaamde voorliggende voorzieningen). Zijn deze mogelijkheden naar het oordeel van de indicatiesteller reeds maximaal benut dan is een indicatie voor huishoudelijke verzorging mogelijk voor maximaal drie maanden. Wanneer de uitval naar verwachting meer dan drie maanden gaat duren, moet in die periode door de ouder naar een alternatieve oplossing voor de huishoudelijke verzorging gezocht worden buiten de AWBZ. Hetzelfde geldt voor uitval van de ouder in een één-ouder gezin.

Bij het bepalen van de gebruikelijke zorg van ouders voor een kind met een handicap, chronische ziekte of andere beperkingen in het functioneren wordt gekeken naar wat een kind zonder die beperkingen in vergelijkbare omstandigheden aan gebruikelijke zorg zou krijgen van de ouders. Voor die zorg kan geen beroep gedaan worden op de AWBZ. Wanneer ouders tevens nog een beroep willen doen op de AWBZ vanwege de resterende zorgbehoefte van hun gehandicapt kind kan daarvoor een indicatie worden gesteld. De indicatiesteller zal daarbij alert zijn op de mogelijkheden die voorliggende voorzieningen formeel bieden.

4.2. Gebruikelijke zorg van volwassen huisgenoten voor elkaar in relatie tot een AWBZ-aanspraak op persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding.

Van belang is onderscheid te maken tussen:

- gebruikelijke zorg van partners voor elkaar,
- gebruikelijke zorg van volwassen huisgenoten voor elkaar, en
- gebruikelijke zorg van inwonende volwassen kinderen (> 18 jaar) voor hun ouders.

Van *partners* wordt verwacht dat zij naar vermogen elkaar persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding bieden in kortdurende zorgsituaties (< 3 maanden) met uitzicht op herstel. Alleen als de indicatiesteller apart kan motiveren, in geval van een kortdurende zorgsituatie, dat een partner niet de persoonlijke verzorging kan bieden aan diens zorgbehoevende partner kan er alsnog een AWBZ-indicatie voor persoonlijke verzorging worden gegeven.

De indicatiesteller zal in zorgsituaties > 3 maanden, wanneer gebruikelijke zorg is overgegaan in mantelzorg, onderzoek doen naar de belastbaarheid van de mantelzorgende partner en daarbij in ieder geval diens arbeidssituatie en maatschappelijke participatie meewegen in de indicatiestelling (zie verder handreiking Verweij-Jonker inzake betrekken mantelzorg bij indicatiestelling).

Wanneer er sprake is van zorg in de zin van persoonlijke verzorging van *volwassen huisgenoten voor elkaar*, valt dit buiten de gebruikelijke zorg en is er dus altijd sprake van een vorm van mantelzorg. Daarmee blijft de gebruikelijke zorg van volwassen huisgenoten voor elkaar beperkt tot de onder punt 6 genoemde huishoudelijke verzorging

en de ondersteunende begeleiding alleen in kortdurende situaties (< drie maanden, met uitzicht op herstel). Alleen als de indicatiesteller apart kan motiveren, in geval van een kortdurende zorgsituatie, dat een volwassen huisgenoot niet de ondersteunende begeleiding kan bieden aan diens zorgbehoevende huisgenoot kan er alsnog een AWBZ-indicatie voor ondersteunende begeleiding worden gegeven.

Onder gebruikelijke zorg van *inwonende volwassen kinderen (> 18 jaar) voor hun ouders* wordt, naast de onder punt 6 genoemde huishoudelijke verzorging, alleen verstaan de ondersteunende begeleiding van een ouder in kortdurende situaties (< drie maanden met uitzicht op herstel). Alleen als de indicatiesteller apart kan motiveren, in geval van een kortdurende zorgsituatie, dat een inwonend volwassen kind niet de ondersteunende begeleiding kan bieden aan diens zorgbehoevende ouder kan alsnog daarvoor een AWBZ-indicatie worden afgegeven.

Dit werkdocument heeft zijn basis in de huidige praktijk van de indicatiestelling binnen RIO' s en het LCIG. Daarbij is de Algemeen Aanvaarde Standaard gezinsVerzorging (AASV) van Verwey-Jonker (1996) richtinggevend geweest. Dit document ontwikkelt voort op de uitgangspunten van de AASV.

Hoe de geïndiceerde zorg geleverd zal gaan worden speelt geen rol bij de indicatiestelling. Of de zorg in natura of in de vorm van een persoonsgebonden budget geleverd zal worden is dus niet relevant.

5. Tot slot

Indien er sprake is van een zorgvraag, waarbij het gaat om activiteiten die behoren tot de eigen verantwoordelijkheid van het huishouden of waarbij informele zorg wordt geleverd, kan conform dit document worden vastgesteld of er een AWBZ-indicatie voor zorg is. Wanneer dit tot kennelijke onredelijkheid en/of onbillijkheid leidt, kan en moet er uiteraard (gemotiveerd) van worden afgeweken.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting.....	3
Inhoudsopgave	9
1 Toelichting op de gehanteerde begrippen	11
1.1 Zorgvrager	11
1.2 Informele zorg.....	11
1.3 Leefeenheid of huishouden	11
1.4 Voorliggende voorzieningen.....	11
2 De zorgvrager in zijn leefomgeving	13
2.1 Gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar en mantelzorg.....	13
2.2 Het meewegen van de omgeving	13
2.3 Het vaststellen van de indicatie voor zorg	14
3 Soorten zorg van mensen voor elkaar	17
3.1 Huishoudelijke activiteiten	17
3.2 Zorgplicht van ouders voor kinderen	18
3.3 Zorgplicht van volwassen huisgenoten voor elkaar.....	20
3.4 Zorg door derden.....	21
3.5 Ondersteunende begeleiding	22
4 Algemene aandachtspunten	23
4.1 Belasting - belastbaarheid van de huisgenoten.....	23
4.2 Financiële overwegingen.....	23
4.3 Deelname van huisgenoten / mantelzorgers aan het indicatieonderzoek	24
4.4 Altijd een individuele afweging maken.....	24
4.5 Cliëntsoevereiniteit	24
Bijlagen	25
Bijlage 1 Gebruikte bronnen	27
Bijlage 2 Het expertteam	29
Bijlage 3 Het onderzoeken van overbelasting	31
Bijlage 4 Over wegen en overwegen	35

1 Toelichting op de gehanteerde begrippen

1.1 Zorgvrager

De zorgvrager is degene die een gezondheidsprobleem heeft en daardoor beperkingen ondervindt in de zelfredzaamheid. Ook wanneer ondersteuning wordt gevraagd in het functioneren van het huishouden door een ander dan de zorgvrager (zoals de echtgenote of de ouder), is degene met het gezondheidsprobleem de zorgvrager. De zorgvrager hoeft niet altijd de aanvrager te zijn; hij/zij moet wel altijd instemmen met de aanvraag, tenzij er sprake is van handelingsonbekwaamheid.

1.2 Informele zorg

Informele zorg is de verzamelnaam voor:

- gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar;
- interne en externe mantelzorg.

Gebruikelijke zorg betreft de gangbare activiteiten op basis van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van verwanten -c.q. huisgenoten- voor elkaar (Van Klinken en Scheepens, LOT 2001). De gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar speelt zich af binnen de 'leefeenheid', die een gemeenschappelijk 'huishouden' voert.

Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, door personen uit diens directe omgeving waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (Zorg Nabij, VWS 2001). Bij mantelzorg wordt de normale (gebruikelijke) zorg in zwaarte, duur en/of intensiteit aanmerkelijk overschreden. Mantelzorg vindt plaats op basis van vrijwilligheid, d.w.z. dat de mantelzorger bereid en in staat geacht mag worden deze zorg te leveren. Er wordt onderscheid gemaakt tussen interne mantelzorg en externe mantelzorg. Interne mantelzorg is extra zorg verleend door huisgenoten, medebewoners van dezelfde woning. Externe mantelzorg wordt verleend door mensen die geen deel uitmaken van de leefeenheid van de hulpvrager.

1.3 Leefeenheid of huishouden

De definitie die in dit stuk wordt gehanteerd voor leefeenheid is een uitleg van de definitie van het Besluit Zorgaanspraken art. 1 onder lid b: *"leefeenheid: een eenheid bestaande uit gehuwde verzekerden die al dan niet tezamen met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voeren, dan wel uit een meerderjarige ongehuwde verzekerde die met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden duurzaam een huishouden voert"*, waarbij onder gehuwde verzekerden ook de ongehuwd samenwonenden en andere volwassenen die met elkaar en/of met kinderen samenwonen worden opgevat.

Met deze definitie sluiten wij alle bewoners van één adres in in het begrip leefeenheid. Indien er sprake is van kamerverhuur, wordt de huurder van de betreffende ruimte niet tot het huishouden gerekend¹.

1.4 Voorliggende voorzieningen

De methodiek van de indicatiestelling zoals ontwikkeld in het Breed Indicatie Overleg (BIO protocol 1997) kent de volgende afwegingen: Wanneer er algemene voorzieningen zijn waarvan de hulpvrager gebruik kan maken, dan verdienen die de voorkeur boven het gebruik van bijzondere, (voorheen) sectorale voorzieningen.

Bijvoorbeeld: openbaar vervoer gaat voor bijzonder vraagafhankelijk vervoer, en dit gaat weer voor op collectief aanvullend vervoer, dat weer voor gaat op vervoer gericht op een

¹ Een soortgelijke bijzondere positie wordt ingenomen door mensen die omwille van hun zorgbehoefte gemeenschappelijk (zelfstandig) wonen, denk hierbij aan woongemeenschappen van kloosterlingen, ouderen of gehandicapten.

specifieke doelgroep. Dezelfde redenering gaat op voor arbeid, dagbesteding, onderwijs, welzijnsvoorzieningen, enz.

Voorliggende voorzieningen zijn er in twee soorten: wettelijke en algemeen gebruikelijke. Een **algemeen gebruikelijke voorziening** is een voorliggende voorziening waarvan gebruik moet worden gemaakt als deze voorhanden is en in redelijkheid een oplossing biedt voor de zorgvraag van de zorgvrager. Hierbij moet worden gedacht aan:

- boodschappendienst;
- wasserij;
- crèche, kinderopvang;
- alarmering;
- maaltijdservice;
- financieel-administratieve ondersteuning;
- vrijwilligers;
- hondenuitlaatdienst.

Het gebruik van voorzieningen is weliswaar niet verplicht maar moet wel besproken worden vanwege het algemeen gebruikelijk karakter ervan. De AWBZ is immers aanvullend op de mogelijkheden die de zorgvrager heeft om op eigen kracht zijn probleem op te lossen.

Ook hier moet worden gewezen op artikel 2, lid 3 van het BZA-AWBZ. Recht op AWBZ-zorg bestaat alleen wanneer iemand daar mede uit het oogpunt van doelmatigheid van zorgverlening redelijkerwijs op is aangewezen. Hier geldt wel dat als een dergelijke voorziening niet aanwezig is, of als deze geen redelijke oplossing biedt voor de zorgvraag, AWBZ-zorg kan worden geïndiceerd.

Verskil met een wettelijke voorliggende voorziening is dus dat er bij algemeen gebruikelijke voorzieningen ook moet worden nagegaan of deze voorziening ook werkelijk beschikbaar is en adequaat is in geval van deze zorgvraag.

Wettelijk voorliggende voorzieningen zijn neergelegd in andere regelgeving dan de AWBZ. Op dit moment is de relatie tussen andere wetgeving die betrekking heeft op het domein van zorg, wonen en welzijn en de AWBZ nog niet uitgekristalliseerd².

Wanneer er wettelijke voorliggende voorzieningen zijn, dient de hulpvrager daar gebruik van te maken. Wanneer zo'n voorziening een adequate oplossing voor het probleem van de zorgvrager zou bieden, bestaat er geen aanspraak op AWBZ-zorg. Het is daarbij niet van belang of de voorliggende voorziening daadwerkelijk aanwezig is of niet. Er moet bij de indicatiestelling vanuit worden gegaan dat de voorliggende voorziening beschikbaar is. Het feit dat de instantie die verantwoordelijk is voor de realisatie van de voorziening in gebreke is gebleven, is geen reden dit af te wentelen op de AWBZ.

Voorbeelden zijn: de ziekenfondswet, ziektekostenverzekering, welzijnswet gemeente.

De afweging of voorliggende voorzieningen een adequate oplossing bieden voor het probleem van de zorgvrager is een vraag die de indicatiesteller zich stelt nadat de afweging: "Is hier sprake van gebruikelijke zorg?" heeft plaatsgevonden.

² Er wordt door CVZ en VWS een inventarisatie gemaakt van voorliggende voorzieningen

2 De zorgvrager in zijn leefomgeving

2.1 Gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar en mantelzorg

Het Verwey-Jonker Instituut heeft in maart 2003 een rapport uitgebracht, getiteld "Handreiking voor het betrekken van mantelzorgers bij het indicatieproces". In dit rapport wordt een methodiek aangereikt om mantelzorgers beter te betrekken bij het indicatieonderzoek. Uitgangspunt is dat de inzet van de mantelzorger niet ten koste mag gaan van diens maatschappelijke participatie.

Het onderzoek van Verwey-Jonker richtte zich nadrukkelijk niet op het normeren van gebruikelijke zorg van mensen voor elkaar. Ook geeft het niet aan waar mantelzorg begint en eindigt. De behoefte aan een uniform normstellend kader voor het vaststellen van wat behoort tot gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar is bij indicatiestellers, maar ook bij zorgvragers aanwezig. De bezwaarzaken, waarin het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft geadviseerd, geven dit aan.

In dit werkdocument worden aan de hand van door RIO's gehanteerde protocollen, de CVZ-adviezen op bezwaren en recente jurisprudentie (Leeuwarden, november 2002) landelijke richtlijnen ontwikkeld voor wat moet worden beschouwd als gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar. Indien er sprake is van een zorgvraag, waarbij het gaat om activiteiten die behoren tot de eigen verantwoordelijkheid van het huishouden of waarbij informele zorg wordt geleverd, kan conform dit document worden vastgesteld of er een AWBZ-indicatie voor zorg is. Wanneer dit tot kennelijke onredelijkheid en/of onbillijkheid leidt, kan en moet er uiteraard (gemotiveerd) van worden afgeweken. Ook voor het beoordelen van de uitzonderingen worden in deze richtlijnen -in wording- handvatten aangegeven.

2.2 Het meewegen van de omgeving

Indicatiestellen is het vaststellen van de noodzakelijke zorg. Te bereiken doelstelling hierbij is altijd handhaven of verbeteren van de zelfredzaamheid van de hulpvrager binnen zijn leefomgeving. Het gaat daarbij om de beoordeling van de zorgvraag in de context van de omgeving, waarbij die omgeving zowel in positieve als in negatieve zin wordt meegewogen. Indicatiestellen is vaststellen of er in redelijkheid aanspraak is op AWBZ-zorg, waarbij de bijdrage van huisgenoten wordt meegenomen.

Sinds 1 oktober 2002 is de indicatiestelling van het RIO niet meer een advies aan het zorgkantoor, maar een beschikking in de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht. Vanaf 1 oktober 2002 geeft het RIO besluit direct recht op de in de beschikking genoemde zorg, hetzij in de vorm van Zorg In Natura (ZIN), hetzij in de vorm van een Persoonsgebonden Budget (PGB). Het is de taak van het RIO het recht van de verzekerde vast te stellen. Of dit in natura of in de vorm van een budget zal worden afgenomen doet voor de indicatiestelling niet ter zake.

Het indiceren dient met inachtneming van art. 2, lid 3 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ te gebeuren. In dit artikel staat dat iemand recht heeft op zorg voorzover hij er mede uit het oogpunt van doelmatigheid redelijkerwijs op is aangewezen. Bij de indicatiestelling (het vaststellen van het recht op zorg) moet de aanwezige zorg dus worden meegenomen. Een indicatie die daar geen rekening mee houdt is ondeugdelijk.

Uitgangspunten

Van invloed op de zorgbehoefte van de hulpvrager zijn (ook) factoren vanuit de fysieke en sociale omgeving. Huisgenoten, andere naasten en verwanten van de hulpvrager kunnen zowel in positieve als in negatieve zin de zorgbehoefte beïnvloeden. Zij kunnen zelf zorg behoeven (kleine kinderen, een gehandicapte huisgenoot/familielid), zij kunnen ook verlichting geven en bijdragen aan te verrichten taken (gezonde volwassenen). In het indicatieonderzoek naar beperkingen en participatieproblemen van hulpvragers zal altijd de context van de vrager meegenomen worden in de afweging.

Volgens artikel 2 van het Besluit Zorgaanspraken bestaat de aanspraak op zorg slechts voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

AWBZ-zorg is bedoeld om de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van de hulpvrager in zijn systeem optimaal te bevorderen:

- Bij het vaststellen van de zorgbehoefte wordt gekeken naar de beperkingen van de cliënt in relatie tot het cliëntsysteem.
- Gebruikelijke zorg heeft betrekking op de functies: HV, OB en PV.
- Van gebruikelijke zorg is sprake binnen een leefeenheid, van ouders voor kinderen en/of tussen partners of echtgenoten onderling.
- Bij de indicatiestelling wordt geen rekening gehouden met de leveringsvorm (ZIN, PGB). Wie de zorgvrager, na het stellen van de indicatie, inhuurt voor het leveren van de geïndiceerde zorg, is niet van belang voor de indicatiestelling.
- Mantelzorg overstijgt in duur, intensiteit, belasting en type zorg gebruikelijke zorg.
- Bij het beoordelen van aanspraken op de AWBZ -indien er sprake is van mantelzorg- wordt steeds individueel de bereidheid en de draagkracht-draaglast verhouding, zoals ervaren door de mantelzorger, beoordeeld. Daarbij is de hoofdvraag: hoe kan de mantelzorger worden ondersteund in het blijven volhouden van de zorgtaak.

2.3 Het vaststellen van de indicatie voor zorg

Artikel 6, eerste lid AWBZ luidt:

De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Onder vorenbedoelde zorg zijn begrepen voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld; daarbij kunnen met betrekking tot de inhoud en omvang van de desbetreffende zorg beperkingen worden gesteld. De uitvoeringsorganen dragen zorg dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen.

Die algemene maatregel van bestuur is het Besluit Zorgaanspraken AWBZ (BZA).

Artikel 2, eerste lid van het BZA bepaalt, dat de verzekerde recht heeft op de in het eerste lid benoemde zorgvormen (behoudens voor zover het zorg betreft, die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling), mits (zo bepaalt het derde lid) de verzekerde daar, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs op is aangewezen.

Bij de start van het geïntegreerd indiceren heeft het Breed Indicatie Overleg (BIO) een protocol opgesteld waarin de volgende uitgangspunten zijn neergelegd (BIO 1997):

Uitgangspunt is de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor zijn gezondheidstoestand.

- Van huisgenoten mag worden verwacht dat een zekere mate van normale zorg aan elkaar wordt besteed.
- Mantelzorg is een belangrijk aandachtspunt.
- De grens tussen normale zorg en mantelzorg is niet duidelijk te stellen.
- Mantelzorg is niet afdwingbaar.

Voortbordurend op het BIO-protocol wordt -op basis van een 7-jarige praktijk van geïntegreerd indiceren- in dit werkdocument de grens tussen normale en mantelzorg scherper getrokken.

In de CVZ-handreiking: AWBZ functiegerichte aanspraken in operationele termen, versie 1.0, april 2003, wordt in navolging van het BIO-protocol gesteld:

“ Voor het vaststellen van de aanspraak moet dus een aantal vragen beantwoord worden. Deze vragen zijn:

- Biedt behandeling of revalidatie uitzicht op verbetering van het probleem?*
- Kan de omgeving worden gereorganiseerd of aangepast of is er een passend hulpmiddel om de problematiek te verhelpen?*
- Zijn er voorliggende wettelijke voorzieningen die in de zorgbehoefte kunnen voorzien, bijvoorbeeld op de terreinen van wonen, vervoer, welzijn, onderwijs en arbeid?*
- Zijn er algemene en toegankelijke, landelijk beschikbare voorzieningen waarop hulpvrager een beroep kan doen?*
- Wat is gebruikelijk in de zorg van mensen voor elkaar, rekening houdend met leeftijd en levensfase?”*

De handreiking van het CVZ geeft aan welke de inhoud is van de aanspraken op zorgfuncties. Voor de indicatiestelling is het van belang naast zorginhoudelijke criteria ook de voorwaarden vanuit de omgeving aan te geven, op grond waarvan in redelijkheid een aanspraak kan worden gedaan.

De RIO's hanteren voor de overgrote meerderheid de AASV (“naar een Algemeen Aanvaarde Standaard gezinsVerzorging”, Verwey-Jonker Instituut, 1996) als normerend kader voor de indicatiestelling rond de functies HV en PV. Dit werkdocument beoogt ook voor de functie OB een richtinggevend kader met betrekking tot gebruikelijke zorg te geven.

3 Soorten zorg van mensen voor elkaar

Iedereen heeft een eigen verantwoordelijkheid voor het bevorderen en instandhouden van zijn gezondheid, zijn leefstijl en de wijze waarop hij zijn huishouden voert.

We onderscheiden op vier gebieden zorg van mensen (op niet-professionele wijze) voor elkaar:

- activiteiten van het huishouden;
- zorgplicht van ouders voor kinderen;
- zorgplicht van partners voor elkaar;
- door anderen, binnen en buiten de leefeenheid, geleverde hulp en zorg.

Bij de eerste drie soorten is er (tot op zekere hoogte) sprake van gebruikelijke zorg van mensen voor elkaar.

Het vierde type zorg is mantelzorg, gedefinieerd als extra zorg, per definitie geen gebruikelijke zorg. Deze zorg wordt op basis van vrijwilligheid vanuit een persoonlijke relatie geleverd. Dat wil echter nog niet zeggen, dat er in dat geval altijd een indicatie voor AWBZ-zorg is. De indicatie is aanvullend op de eigen mogelijkheden. Ook bij mantelzorg wordt gekeken naar redelijkheid. Gelukkig is het in Nederland nog steeds wel gebruikelijk dat mensen gewoon iets voor elkaar willen betekenen. De bereidheid en belastbaarheid van de mantelzorger worden bij de indicatiestelling expliciet meegenomen. Is een mantelzorger bereid en in staat tot het geven van mantelzorg, dan zal de indicatiestelling er in die gevallen op gericht zijn de mantelzorger zoveel mogelijk te ondersteunen in het kunnen blijven leveren van de zorg.

3.1 Huishoudelijke activiteiten³

Hierbij gaat het om de functie huishoudelijke verzorging. De leefeenheid van waaruit een beroep op de AWBZ gedaan wordt, blijft altijd primair verantwoordelijk voor het functioneren van het huishouden. Van huisgenoten wordt verwacht dat zij bij uitval van een van de leden van die leefeenheid streven naar een herverdeling van huishoudelijke taken. De volgende taken worden gerekend tot de gebruikelijke zorg voor het huishouden:

- niet-uitstelbare taken, zoals maaltijd verzorgen, de kinderen aan- en uitkleden, in bad doen en naar bed brengen, afwassen en opruimen;
- wel-uitstelbare taken, zoals boodschappen doen, wasverzorging, zwaar huishoudelijk werk: stofzuigen, sanitair, keuken, bedden verschonen.

Van de volwassen, gezonde huisgenoot met of zonder fulltime werk of opleiding wordt verwacht dat zowel niet-uitstelbare als wel-uitstelbare taken worden overgenomen bij uitval van degene die dat meestal deed. Bij het inventariseren van de eigen mogelijkheden van het huishouden wordt geen onderscheid gemaakt op basis van sekse, religie, cultuur, de wijze van inkomensverwerving of persoonlijke opvattingen over het verrichten van huishoudelijke taken. Er is sprake van een pluriforme samenleving waarin een ieder gelijke aanspraken op AWBZ-zorg maakt.

Huishoudelijke hulp zal worden ingezet om de zelfredzaamheid te ondersteunen en te handhaven, een dreigend sociaal isolement te voorkomen of verminderen en wanneer wegens algehele verslechtering van de lichamelijke en/of geestelijke toestand van de cliënt verwaarlozing (van hemzelf of van de van hem afhankelijke huisgenoten) dreigt.

Redenen als 'niet gewend zijn om' of 'geen huishoudelijke werk willen en/of kunnen⁴ verrichten' leiden niet tot een indicatie voor het overnemen van zorg. Er kan -mits hiervoor motivatie aanwezig is- een indicatie gesteld worden voor korte duur voor het aanleren van taken en/of het leren (efficiënter) organiseren en structuren van het huishouden.

Uitzondering op het vorige aandachtspunt: 'het niet gewend zijn' vormt de groep ouderen

³ Deze passage is gebaseerd op "Naar een Algemeen Aanvaarde Standaard gezinsVerzorging", Verwey – Jonker, 1996, een algemeen gebruikte basis voor de vigerende protocollen van Regionale Indicatie Organen.

⁴ In de zin van "niet geleerd hebben"

op hoge leeftijd (> 75 jaar), waarbij indien nodig, hulp voor de zware huishoudelijke werkzaamheden geïndiceerd kan worden.

Evenmin is het beoefenen van vrijetijdsbesteding een reden om een indicatie te geven voor gebruikelijke huishoudelijke taken. Omdat hier sprake is van een verplichtend karakter van de zorg gebiedt de zorgvuldigheid dat bij een niet-evidente claim op overbelasting van de huisgenoot zonodig een arts⁵ wordt ingeschakeld.

Telkens dient ook te worden onderzocht of een leefeenheid door de (chronische) uitval van een gezinslid niet onevenredig belast wordt en overbelasting dreigt.

Bijdrage van kinderen⁶

Afhankelijk van het psychosociale functioneren in relatie tot de leeftijd van de kinderen wordt er op hen een beroep gedaan om een bijdrage te leveren aan huishoudelijke taken. Als richtsnoer kan worden aangehouden:

- Kinderen tot 4 jaar leveren geen bijdrage aan de huishouding.
- Kinderen tussen 5-12 jaar worden naar hun eigen mogelijkheden betrokken bij lichte huishoudelijke werkzaamheden als opruimen, tafel dekken/afruimen, afwassen/afdrogen, boodschap doen, kleding in de wasmand gooien.
- Kinderen vanaf 13 jaar kunnen, naast bovengenoemde taken hun eigen kamer aan kant houden, d.w.z. rommel opruimen, stofzuigen, bed verschonen.
- Kinderen vanaf 18-22⁷ jaar (schoolgaand of betaald werk verrichtend) worden als volwassenen beschouwd en dragen mede verantwoordelijkheid voor de totale zorg voor de leefeenheid. T.a.v. huishoudelijke taken kunnen aan deze inwonende kinderen ook eisen gesteld worden op het gebied van bijdragen aan het huishouden, zij het niet dezelfde als aan een partner. Deze volwassen kinderen kunnen ook verzorgend en begeleidend bezig zijn voor de aanwezige jongere gezinsleden. Redelijk lijkt het een inspanning van een 18-22-jarige te verwachten die overeenkomt met de inspanning die deze zou moeten leveren in een eenpersoonshuishouden.
- Volwassen huisgenoten (kinderen ouder dan 22 jaar die nog thuis wonen en andere volwassenen die gekozen hebben voor een huishouding gemeenschappelijk met de zorgvragers) worden op het gebied van huishoudelijke activiteiten beoordeeld zoals de partner van de zorgvrager.

Zoals steeds geldt ook hier dat het beroep, dat een gezinslid met chronisch ernstige beperkingen doet op de kinderen, niet mag leiden tot overbelasting van leden van de leefeenheid.

3.2 Zorgplicht van ouders voor kinderen

Ouders hebben een zorgplicht voor hun kinderen. Deze zorgplicht strekt zich uit over begeleiding, opvoeding en persoonlijke verzorging die een ouder (of verzorger), onder meer afhankelijk van de leeftijd en verstandelijke ontwikkeling van het kind, normaal gesproken geeft aan een kind, inclusief de zorg bij kortdurende ziekte⁸. De ouders zorgen voor de opvoeding van hun kinderen. Dit houdt in: het zorgen voor hun geestelijk en lichamelijk welzijn en het bevorderen van de ontwikkeling van hun persoonlijkheid (en naar draagkracht voorzien in de kosten van dit alles).

⁵ Advies op bezwaar CVZ, bulletin no 3: " De medisch adviseur merkt op dat beperkingen in de belastbaarheid vanwege de gezondheid van de mantelzorgers dienen te worden beoordeeld door of onder verantwoordelijkheid van een arts. Deze beoordeling kan in voorkomende gevallen ook plaats vinden doordat de RIO-arts contact opneemt met de behandelende sector. Op basis van die informatie kan de RIO-arts mogelijk al een oordeel vormen."

⁶ Ontleend aan "Naar een Algemeen Aanvaarde Standaard gezinsVerzorging" Verwey-Jonker Instituut, 1996

⁷ Bij de leeftijdsgrens van 22 jaar wordt afgeweken van de AASV. De gedachte hierachter is, dat een 18 tot 22-jarige, wanneer hij/zij zelfstandig woont, veelal hooguit een eenpersoonsruimte tot zijn beschikking heeft en dus navenant beperkt huishoudelijke werkzaamheden uitvoert.

⁸ Een aantal recente vragen aan de helpdesk Functiegerichte indicatiestelling heeft betrekking op de indicatiestelling voor verpleging voor ouders die een (chronisch) ziek kind thuis verzorgen. Bij de indicatiestelling moet, zo adviseert de helpdesk, rekening gehouden worden met de verpleegkundige handelingen die de ouder moet verrichten, echter niet met de aanwezigheid en oppasfunctie die dit vereist: dat is gebruikelijke zorg.

Gebruikelijke zorg voor kinderen per levensfase⁹

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;
- sporten en hobby'en 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, oplopend van 22 tot 25 uur/week;
- sporten en hobby'en in verenigingsverband, ongeveer 2 maal per week.

Kinderen van 12 tot 18 jaar

- hebben geen voortdurend toezicht nodig van volwassenen;
- hebben bij hun persoonlijke verzorging geen hulp en maar weinig toezicht nodig;
- hebben geen begeleiding nodig van en naar hun vrijetijdsactiviteiten;
- sporten en hobby'en 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).

Voor de activiteiten die een kind zonder beperkingen niet zelfstandig uitvoert, geldt een zorgplicht van ouders. Het betreft hier dus gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen.

In twee gevallen speelt de vraag naar de (grenzen van de) zorgplicht van ouders voor kinderen een rol:

- bij uitval van (een) van de ouder(s), c.q. beperkingen van de ouder(s) in het vervullen van de ouderrol;
- bij een kind met een extra zorgbehoefte, die de gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen overschrijdt.

Geen rekening wordt gehouden met verschillen in sekse, opvattingen over de zorg voor kinderen, en wijze van inkomensverwerving, noch de hoogte daarvan.

Bij uitval van één van de ouders

Bij uitval van één van de ouders neemt de andere ouder de gebruikelijke zorg voor het kind/de kinderen over. Hiervoor dient indien nodig een aanspraak op zorgverlof te worden gedaan. Is dit niet mogelijk, dan wordt gekeken naar voorliggende voorzieningen (crèche, opvang op school, naschoolse opvang). Voorts wordt gekeken naar wat naar in redelijkheid met mantelzorg kan worden opgevangen. Zijn deze mogelijkheden reeds maximaal gebruikt of afwezig, en is er kortdurend overbrugging nodig, dan kan in noodgevallen de functie huishoudelijke verzorging worden ingezet. Dit is bijvoorbeeld het geval bij overlijden of ernstig ziek worden van één van de ouders. Hetzelfde geldt voor

⁹ Dit stuk is grotendeels ontleend aan J. Stroucken en J. van den Brink, Over wegen en overwegen, afstudeerscriptie opleiding MGZ Hogeschool Arnhem, Nijmegen, 2002

uitval van de ouder in een één-oudergezin. Wanneer de uitval naar verwachting meer dan drie maanden gaat duren, moet naar een alternatieve oplossing buiten de AWBZ worden gezocht.

Leefeenheid met kinderen die extra zorg behoeven

Bij het beoordelen van de extra draaglast van ouders met een kind met een handicap, chronische ziekte of andere beperkingen in het functioneren, wordt gekeken naar wat een kind zonder die beperkingen in vergelijkbare omstandigheden aan zorg nodig zou hebben. Voor die zorg is geen aanspraak op AWBZ-zorg (zie boven).

Wanneer er ondersteuning wordt gevraagd bij de zorg voor kinderen die extra zorg behoeven, bijvoorbeeld vanwege een handicap, een chronische ziekte of andere AWBZ-grondslag, wordt – zoals gebruikelijk¹⁰ - nagegaan:

- of er behandeling, revalidatie of activering mogelijk is;
- of het te verwachten verloop van de aandoening perspectief biedt op mogelijkheden tot zorglevering thuis;
- de ernst en mate van de beperkingen van het kind;
- of er dagbestedingsmogelijkheden zijn – onderwijs, opvang - voor het kind;
- of de woning of hulpmiddelen passend of passend te maken zijn;
- in hoeverre de ouder door het geven van de extra zorg voor het kind op het gebied van zijn maatschappelijke participatie wordt belemmerd¹¹;
- in hoeverre de leefeenheid door de extra zorg aan het kind wordt ontwricht;
- of ondersteuning van de ouders/mantelzorgers mogelijk is door vormen van respijtzorg, gedeeltelijke overname van taken.

Wat de gebruikelijke zorg betreft worden bij het indicatieonderzoek de volgende vragen aan de orde gesteld:

- Hoe lost een persoon in dezelfde levensfase normaal gesproken deze problemen op (algemeen gebruikelijk)?
- Zijn er alternatieve activiteiten die wel adequaat zijn voor iemand met deze beperkingen (aangepaste activiteiten)?
- Betreft het (een) probleem(gedrag) dat gerelateerd is aan de levensfase (tijdelijkheid)?
- Is het geen zorg- maar een onderwijs-welzijn-werk-probleem (voorliggende voorzieningen)?

Daar waar de gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen aanmerkelijk wordt overschreden wordt onderzocht hoe deze taak door de inzet van AWBZ-zorg kan worden verlicht.

Kortdurende zorg en verpleging van zieke kinderen behoort tot de gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen. De indicatiesteller zal steeds alert zijn op signalen die wijzen op overbelasting van ouders en andere gezinsleden. Aanvullend en/of ter ondersteuning kan een indicatie worden gegeven voor AWBZ-zorg.

3.3 Zorgplicht van volwassen huisgenoten voor elkaar

Er moet onderscheid worden gemaakt naar de gebruikelijke zorg van partners voor elkaar en van (inwonende volwassenen) huisgenoten onderling anderzijds.

Van inwonende volwassenen kinderen kan worden verwacht dat zij indien nodig het huishouden op zich nemen en ondersteunende begeleiding bieden, maar persoonlijke verzorging van de ouder is geen gebruikelijke zorg. Of er voor de zorg ook in redelijkheid een AWBZ-indicatie kan worden gegeven is afhankelijk van de vraag naar de verhouding bereidheid, draagkracht-draaglast van de verzorger en zorgvrager. Hetzelfde geldt voor de zorg van ouders aan een volwassen inwonend kind al dan niet met een zorgbehoefte.

¹⁰ BIO-protocol 1997

¹¹ zie: Handreiking voor het betrekken van de mantelzorg bij de indicatiestelling, Verwey-Jonker, 2003

Van partners mag worden verwacht dat zij bereid zijn elkaar naar vermogen enige persoonlijke verzorging te bieden. Voor partners is dat niet geheel vrijblijvend. De grenzen in deze zorg worden bepaald door twee zaken: allereerst is de belastbaarheid van de verzorgende partner van belang. Hierin moeten ook de arbeidssituatie en andere maatschappelijke participatie van de verzorgende partner mee worden gewogen. Daarnaast speelt de duur van de zorg een rol: moet de zorg bijvoorbeeld langer dan 3 maanden¹² geboden worden, dan is er geen sprake meer van gebruikelijke zorg, maar van interne mantelzorg en kan AWBZ-zorg tot de mogelijkheden behoren. De criteria hieronder (is de zorgvrager bereid om zorg te ontvangen en de zorgverlener bereid deze te geven) gaan wel op in een niet-partnerrelatie, maar in een partnerrelatie moet worden gemotiveerd waarom van de partner niet gevraagd kan worden persoonlijke verzorging te bieden.

De zorgplicht van partners onderling betreft de functies persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding: persoonlijke, lichamelijke zorg inclusief assistentie bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen, aandacht en begeleiding bij ziekte en psychosociale problemen (en huishoudelijke verzorging zie 3.1). Dit betreft in ieder geval kortdurende zorgsituaties (tot 3 maanden) met uitzicht op herstel.

Een voorbeeld hiervan is de zorg voor een huisgenoot tijdens een kortdurend gezondheidsprobleem als herstel na een operatie, griep, gekneusde ledematen e.d. Deze vorm van zorg is in principe (afhankelijk van de aard, omvang en duur) gebruikelijk. In voorkomende situaties wordt de huisgenoot gestimuleerd de zorgvrager te (blijven) ondersteunen, ook bij langer durende zorgbehoefte.

Echter: in deze situatie kan de zorg, die de huisgenoot geeft, van 'gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar' naar 'mantelzorg' verschuiven. Dat is zeker het geval als de zorg langdurig, zwaar en intensief is en er geen perspectief op herstel of verlichting is. Waar nodig zal de indicatiesteller zoeken naar mogelijkheden om de mantelzorger te ontlasten en te ondersteunen opdat die deze taak kan volhouden.

Wanneer kortdurende persoonlijke lijfsgebonden verzorging door een partner niet wordt geaccepteerd door de zorgvrager, behoort dat te worden gemotiveerd, om aanspraak te kunnen maken op een AWBZ-indicatie.

Het 'uitruilen' van hulp bij 'persoonlijke verzorging' tegen 'huishoudelijke verzorging' is -zoals boven reeds gesteld- mogelijk. Bijvoorbeeld: een huisgenoot wil de zorgvrager blijven helpen bij het (langdurig) wassen en aankleden en dergelijke, maar het huishoudelijk werk wordt hem te zwaar. In dat geval dreigt overbelasting of is er al sprake van overbelasting. Het RIO kan dan bijvoorbeeld een indicatie stellen voor huishoudelijke verzorging om de situatie te ontlasten, ook al zou die huishoudelijke zorg in principe tot de gebruikelijke zorg behoren.

Het RIO onderzoekt of en hoe de zorg wordt verleend. Met name in langdurige situaties is het volgende van belang:

- Is de huisgenoot bereid en in staat de persoonlijke verzorging te (blijven) geven?
- Is de huisgenoot door het geven van de zorg psychisch/fysiek niet overbelast en kan deze naar tevredenheid maatschappelijk participeren?

3.4 Zorg door derden

Wanneer een zorgvrager hulp krijgt van derden, bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging en/of ondersteuning, zou er altijd sprake moeten zijn van eigen keuze. Dat dit niet altijd het geval is, laten de talloze onderzoeken op het terrein van de mantelzorg zien (SCP 2003, Erasmus/RIVM 2003, Zorg Nabij 2002). De indicatiesteller dient nauwkeurig te onderzoeken of en hoe de zorgverlener (mantelzorger) en zorgvrager deze zorg

¹² De "drie maanden termijn" dient niet te worden gehanteerd als een vorm van "eigen risico": bij uitzicht op een chronische situatie is het niet zo dat een partner eerst drie maanden moet zorgen voordat er sprake is van een mogelijke aanspraak op de AWBZ.

ervaren. In onderstaande tabel worden de aandachtspunten van onderzoek vermeld. In hoofdstuk 4 wordt verder ingegaan op het onderwerp belasting - belastbaarheid.

1	Tijdsduur	Is er sprake van herstelmogelijkheden?
		Wat is het perspectief/wat zijn mogelijke oplossingen?
		Intensiteit en frequentie
2	Maatschappelijke participatie	Werk (36 tot 40 uur + 5 uur reistijd)
		Opleiding/scholing
		Hobby
		Sociale rollen (familie, vrijwilligerswerk) Wonen, consumptie (winkelen) Zorg ¹³
3	Overbelasting	Gezondheid van de zorgverlener (eventueel door arts te beoordelen)
		Situatie van het zorgverlenen
4	Soevereiniteit cliënt	m.b.t. lijfsgebonden zorg. Cliëntsoevereiniteit wordt begrensd door het gebruikelijke karakter van het leveren en accepteren van zorg van partners voor elkaar. Dat wil zeggen dat de zorgvrager te allen tijde de vrije keus heeft om persoonlijke verzorging geboden door derden -dus niet zijnde de partner- te accepteren of niet (zie ook 4.5)

In een dergelijke situatie wordt uitgegaan van de bestaande situatie, namelijk welke zorgtekorten spelen. Mantelzorg wordt NIET als een gegeven aangenomen, maar er wordt onderzocht of het leveren van mantelzorg de zorgverlener niet overbelast. De vraag moet dan zijn: hoe kan het indiceren voor zorgfunctie(s) ertoe bijdragen dat de mantelzorger wordt ondersteund om de zorg te kunnen blijven geven en, wanneer dit niet (meer) kan: dat professionele zorg adequaat en doelmatig wordt ingezet. Het maakt GEEN verschil of de zorg in natura of in PGB-vorm geleverd zal gaan worden.

3.5 Ondersteunende begeleiding

Ook in de functie ondersteunende begeleiding is een deel gebruikelijke zorg van huisgenoten onderling te onderkennen. Ondersteunende begeleiding heeft een tweeledige functie: enerzijds is ondersteunende begeleiding gericht op het handhaven van de zelfredzaamheid, anderzijds op vermindering van de belasting van informele verzorgers (toelichting BZA). Binnen de ondersteunende begeleiding spitst de vraag van ouders van kinderen met beperkingen zich toe op oppasvoorziening en begeleiding bij onderwijs en vrije tijdsactiviteiten. Dit zijn beiden domeinen, waarbij de afweging van wat gebruikelijke zorg en wat extra zorg is, steeds aan de orde is (Stroucken en Van den Brink, zie noot 3). In principe is hier altijd sprake van gebruikelijke zorg. Desalniettemin zal eventuele overbelasting altijd onderzocht en eventueel meegewogen moeten worden. Bij volwassenen onderling kan van partners en andere volwassen huisgenoten ten opzichte van elkaar worden verondersteld dat een groot deel van het sociaal verkeer gezamenlijk plaatsvindt, en begeleiding door onderling dus gebruikelijk is. Bij ondersteunende begeleiding is de afweging voor welke voorliggende voorzieningen wettelijke regelingen bestaan van belang. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de zorgplicht van de gemeente ten aanzien van welzijn, maatschappelijke opvang en vervoer¹⁴.

¹³ Zie Handreiking voor het betrekken van mantelzorgers bij het indicatieproces; Verwey-Jonker, mei 2003

¹⁴ zie verder Werkdocument Indicatie voor Ondersteunende Begeleiding, LVIO, versie 30-6-2003

4 Algemene aandachtspunten

4.1 Belasting - belastbaarheid van de huisgenoten

Er wordt bij het vaststellen van wat de gebruikelijke taken zijn, welke zorg door de huisgenoot in redelijkheid kan worden geleverd en waarvoor een indicatie AWBZ aan de orde is, rekening gehouden met de volgende zaken:

- Psychische of fysieke overbelasting¹⁵ (zonodig check (huis-)arts). Deze kan voortkomen uit aspecten van de eigen gezondheid van degene die zorg verleent of wel bepaald worden door aspecten van de situatie: bv. duur van de uitval; benodigde zorg voor kinderen (zie bij "leefeenheid met kinderen die extra zorg behoeven"); benodigde zorg -met name de onplanbare zorg- voor de zorgvrager.
- Maatschappelijke participatie. Onder het geven van de zorg mag de mogelijkheid om te werken niet structureel lijden¹⁶. Echter, huishoudelijke activiteiten hebben een gebruikelijk karakter. Deze zorg wordt dan ook tot het domein van de maatschappelijke participatie gerekend (Handreiking voor het betrekken van mantelzorgers bij het indicatieproces, Verwey-Jonker, 2003). In heel uitzonderlijke gevallen (zie onder 3.2) kan hiervan voor korte duur worden afgeweken. Voorts moet worden onderzocht of de zorggever tekort komt op andere terreinen van de maatschappelijke participatie. Echter, het leveren van gebruikelijke zorg 'gaat voor' op andere activiteiten van maatschappelijke participatie.
- 'Uitruil': als de huisgenoot de noodzakelijke persoonlijke verzorging van de zorgvrager langdurig (langer dan 3 maanden) deels of geheel overneemt en wil blijven overnemen waardoor een situatie van overbelasting dreigt op te treden, wordt hij gezien als mantelzorger. Deze zorg wordt dan in mindering gebracht op de mogelijke bijdrage aan huishoudelijke werkzaamheden. Dit kan leiden tot een indicatie voor huishoudelijke verzorging.
- Het verlenen van externe mantelzorg wordt in mindering gebracht op de eigen mogelijkheden. Prioriteitstelling dient zorgvuldig te gebeuren, waarbij de nadruk (lees: primaire verantwoordelijkheid) ligt bij het eigen huishouden.
- Indien er een zeer korte levensverwachting is kan ter ontlasting van het huishouden afgeweken worden van de normering.
- Indien een leefeenheid uit het evenwicht is door (het vaststellen van) een ernstige ziekte of door overlijden van de zorgvrager kan voor een beperkte periode een indicatie voor (huishoudelijke) verzorging gesteld worden, om het huishouden de gelegenheid te bieden om de nieuwe situatie te accepteren en de taakverdeling binnen het huishouden aan te passen.

4.2 Financiële overwegingen

Financiële overwegingen spelen geen rol bij de indicatiestelling. Wijze en mate van inkomensverwerving, -derving, gewin of verlies en ook het ontvangen van de zorg in de vorm van een PGB of ZIN vormen geen criteria op grond waarvan een aanvraag voor AWBZ-zorg kan worden beoordeeld.

Een uitzondering: Er is in het verleden tussen relevante partijen de afspraak gemaakt, dat het opzeggen van een betaalde baan ten behoeve van het zorgverlenen kan worden beschouwd als het inleveren van maatschappelijke participatie met daarbij behorend inkomensverlies. In dergelijke gevallen biedt het PGB compensatie voor dit inkomensverlies.

¹⁵ zie bijlage 3

¹⁶ Indien de betreffende huisgenoot meer tijd besteedt aan betaald werk dan normaal gangbaar (36 tot 40-urige werkweek en 5 uur reistijd per week), wordt hiermee bij de indicatiestelling uitsluitend rekening gehouden, als het meerwerk een verplichtend karakter heeft en inherent is aan de aard van de baan en er geen adequate alternatieven voor handen zijn. Vrijwilligerswerk in georganiseerd verband als alternatief voor betaald werk (bijvoorbeeld werkervaringsplaatsen) wordt beschouwd als het verrichten van betaald werk.

4.3 Deelname van huisgenoten / mantelzorgers aan het indicatieonderzoek

In Zorg Nabij (VWS 2001) wordt gesteld dat indicatiestellers er nadrukkelijk op moeten letten dat de inzet niet ten koste gaat van de participatie van de mantelzorger aan het maatschappelijk leven. Indien er sprake is van huisgenoten, met wie in de indicatiestelling rekening gehouden moet worden, is het zaak dat die altijd persoonlijk worden gehoord in het kader van het indicatieonderzoek. Er wordt geïnventariseerd welke taken de huisgenoot uitvoert, hoe de belasting van deze taken wordt ervaren in relatie tot de maatschappelijke participatie van de huisgenoot in kwestie. Ook – of juist - wanneer het gaat om min of meer gebruikelijke zorg en de inzet van de huisgenoot, vereist de zorgvuldigheid dat deze wordt gehoord.

Een externe mantelzorger wordt in principe alleen op verzoek van de zorgvrager gehoord in het indicatieonderzoek.

4.4 Altijd een individuele afweging maken

Het behoeft geen betoog dat er altijd een individuele afweging gemaakt moet worden. Wanneer op basis van deze richtlijnen afwijzing van de aanvraag dreigt, en dit is voor de zorgvrager niet evident, mag de aanvraag nooit telefonisch worden afgehandeld.

4.5 Cliëntsoevereiniteit

Een van de basisprincipes van de Modernisering AWBZ is de cliëntsoevereiniteit. Hiermee wordt bedoeld, dat de wens van de zorgvrager ten aanzien van de vraag van wie hij zorg wenst te ontvangen, leidend dient te zijn bij de (indicatie en) zorgrealisatie. Een vrager heeft vanuit dat perspectief zeggenschap in de zorgverlening. In het verlengde daarvan kan hij niet zonder meer verplicht worden (persoonlijke) zorg van de partner/huisgenoot te aanvaarden. Of er vervolgens een indicatie is voor AWBZ-zorg hangt af van of er naar het oordeel van de indicatiesteller moverende redenen zijn die de indicatie voor AWBZ-zorg rechtvaardigen.

Bijlagen

Bijlage 1 Gebruikte bronnen

RIO Nijmegen

RIO Regio Breda

RIO Gelderse Vallei

Handboek Limburgse RIO's

Indicatiecriteria huishoudelijke zorg RIO's Zuid Oost Brabant

En vele andere richtlijnen, protocollen, tips, aanbevelingen van RIO's

VWS, notitie Zorg Nabij

Verwey-Jonker Instituut, Naar een Algemeen Aanvaarde Standaard gezinsVerzorging, 1996

Breed Indicatie Overleg: BIO-protocol voor de indicatiestelling Wonen, Zorg en Welzijn, 1997

Verwey-Jonker Instituut, De stem van de mantelzorg in het indicatieproces, 2003

Verwey-Jonker Instituut, Handreiking voor het betrekken van mantelzorgers bij de indicatiestelling, 2003

J. Stroucken en J. van den Brink, Over wegen en overwegen, afstudeerscriptie MGZ Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Sociaal Cultureel Planbureau: Mantelzorg, maart 2003

Nieuwsbrieven Adviesprocedure Indicatiegeschillen CVZ. Nummer 2003 nrs 1,2,3 en 4

Uitspraak Arrondissementsrechtbank Leeuwarden (sector bestuursrecht, Enkelvoudige Kamer) 15 februari 2002, nr. 01 / 794 AWBZ

Bijlage 2 Het expertteam ¹⁷

Ria van Breukelen	Projectleider advies en indicatiebureau GGZ regio Zuid Kennemerland/Amstelland en Meerlanden
Riet Hofstede	Regiomanager stichting Tot en Met, Amsterdam
Chantal IJland	Adviseur bureau Hoeksma, Homans en Menting
Claudia de Jong	Regiomanager RIO regio Breda, per 1 augustus beleidsmedewerker LVIO
Theodoor Köhler	Directeur Stichting Indicatiebureau Rheden Rozendaal
Marcel de Krosse	Arts SMA & I, plv. directeur RIO Flevoland
Jose Lou	Indicatiesteller RIO Westelijke Mijnstreek
Jenny Martínez	Beleidsmedewerker RIO's Noord-, Midden-, Zuid- en Midden West Drenthe
Henny Vleugel	Manager Indicatiebeleid LCIG
Aletta Willems	Beleidsmedewerker LCIG
Paula Zwijgers	Beleidsmedewerker RIO Voorzorg, Voorburg, per 1 augustus beleidsmedewerker LVIO

¹⁷ Het expertteam wordt gevormd door leden van het Kennisnetwerk LVIO.

Bijlage 3 Het onderzoeken van overbelasting

Algemeen

De indicatiesteller onderzoekt altijd of er in de individuele situatie moet worden afgeweken van de algemene regels. Een van de redenen om in de individuele situatie af te wijken kan zijn dat degene van wie wordt verwacht dat zij taken overneemt, reeds overbelast dreigt te raken.

In Van Dale wordt overbelasting uitgelegd als “meer belasten dan het prestatievermogen toelaat”. In medische kringen praten we dan over het (on)evenwicht tussen draagkracht (= belastbaarheid) en draaglast (= belasting).

Overbelasting kan veroorzaakt worden door een combinatie van symptomen van lichamelijke en/of psychische aard en wordt het bepaald door in- en uitwendige factoren.

Factoren die van invloed zijn op de **draagkracht** zijn onder meer:

- lichamelijke conditie mantelzorger;
- geestelijke conditie mantelzorger;
- wijze van omgaan met problemen (coping);
- motivatie voor zorgtaak;
- sociaal netwerk.

Factoren die van invloed zijn op de **draaglast** zijn onder meer:

- omvang en mate van (on)planbaarheid van zorgtaken;
- ziektebeeld en prognose;
- inzicht van mantelzorger in ziektebeeld van de zorgvrager;
- woonsituatie;
- bijkomende sociale problemen;
- bijkomende emotionele problemen;
- bijkomende relationele problemen.

Onderzoek naar de draaglast-draagkracht mantelzorger

Het kan soms heel duidelijk zijn dat de mantelzorger overbelast is, in ander gevallen is dat minder duidelijk en zal dit in het indicatie-onderzoek moeten worden uitgediept.

Er bestaat niet één, simpel af te nemen test, die hierover direct uitsluitel geeft. Wel bestaan er allerlei vragenlijsten op dat gebied en kunnen door de mantelzorger ervaren klachten duiden op overbelasting.

Een recente uitspraak van het CVZ (Zknr. 23010188) leert dat het College van mening is dat de beperkingen in de belastbaarheid vanwege de gezondheid van de mantelzorger dienen te worden beoordeeld door of onder verantwoordelijkheid van een arts. In voorkomende gevallen kan het opnemen van contact met de behandelende sector volstaan om hierover een oordeel te vormen. Dit dient dan wel onder aanwijzing van een RIO-arts te gebeuren; deze dient vervolgens ook bij het eindoordeel te worden betrokken.

Onderzoeksvragen

Hieronder volgt een reeks van vragen die de indicatiesteller zouden kunnen helpen bij het verkrijgen van een indruk over de eventuele overbelasting van de mantelzorger.

Wat zegt de mantelzorger er zelf over, hoe ervaart hij of zij het zorgen?

Hoe is de (lichamelijke en geestelijke) gezondheid van de mantelzorger?

Zijn er signalen van overbelasting: nervositeit, vermoeidheid?

Heeft de mantelzorger een “uitlaatklep”? Heeft hij of zij de mogelijkheid om activiteiten buitenshuis te doen? Kan iemand zijn verhaal kwijt bij vrienden, familie of professionals?

Wordt er respijtzorg geboden zodat de mantelzorger even op adem kan komen?

Hoe is de relatie tussen de mantelzorger en de cliënt? Hoe stelt de cliënt zich op, veeleisend of juist dankbaar? Kan de mantelzorger grenzen aangeven en 'nee' zeggen? Is er irritatie tussen de mantelzorger en cliënt?

Heeft de mantelzorger inzicht in de ziekte van de cliënt? (Als men weet dat bepaald gedrag uit de ziekte voortkomt, kan het gemakkelijker zijn dat gedrag te accepteren.)

Hoeveel tijd heeft de mantelzorger? Heeft iemand een baan, een eigen gezin, een ander familielid dat zorg behoeft? Voorbeeld: een echtgenoot wordt ziek, terwijl zijn vrouw ook al voor haar ouders zorgt.

Is de zorg te plannen of is er continue controle en toezicht nodig?

Hoe is de prognose? (Een terminale situatie is altijd zwaar, maar een situatie die langdurig en stabiel is, kan ook veeleisend zijn.)

Wat zijn de knelpunten in de zorg?

Hoe is de woonsituatie? Woont men afgelegen, of in een flat zonder lift zodat de cliënt en de mantelzorger min of meer samen opgesloten zitten.

Symptomen die zouden kunnen wijzen op overbelasting

Diverse symptomen zijn waar te nemen bij (dreigende) overbelasting. Het is mogelijk, dat slechts één van deze symptomen waarneembaar is. Over het algemeen zullen meerdere symptomen gecombineerd optreden. De mate, waarin ze zich manifesteren, zal van persoon tot persoon verschillen.

Daarnaast dient men zich te bedenken dat het hierbij om veelal, aspecifieke symptomen gaat, die ook bij andere stoornissen kunnen passen (dit is een van de redenen waarom CVZ de beoordeling hiervan bij de RIO-arts neerlegt). Het bestaan van deze symptomen moet dus als een mogelijk signaal worden opgevat. Indien er meerdere van onderstaande symptomen aanwezig zijn, is het raadzaam dat dezorger zijn huisarts raadpleegt, omdat bij langdurige aanwezigheid en/of verwaarlozing van dergelijke symptomen weer kunnen leiden tot andere, ernstige stoornissen.

Mogelijke symptomen van overbelasting zijn:

- Gespannen spieren, vaak in schoudergordel en rug
- Hoge bloeddruk
- Gewrichtspijn
- Gevoelens van slapte
- Slapeloosheid
- Migraine, duizeligheid
- Spierkrampen
- Verminderde weerstand, ziektegevoeligheid
- Opvliegingen
- Ademnood en gevoelens van beklemming op de borst
- Plotseling hevig zweten
- Gevoelens van beklemming in de hals
- Spiertrekkingen in het gezicht
- Verhoogde algemene prikkelbaarheid, boosheid, (verbale) agressie, zwijgen
- Ongeduld
- Vaak huilen
- Neerslachtigheid
- Isolering
- Verbittering
- Concentratieproblemen
- Dwangmatig denken, niet meer kunnen stoppen
- Rusteloosheid
- Perfectionisme
- Geen beslissingen kunnen nemen
- Denkblokkades

Bronnen:

Een open gesprek. Indicatiestelling en mantelzorg NIZW 2000;

Nieuwsbrief adviesprocedure indicatiegeschillen CVZ, nr. 2003/3;

Assesment Scales in Old Age Psychiatry. A. Burns e.a. Martin Dunitz Ltd 1999.

Bijlage 4 Over wegen en overwegen

Uit: gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen, Jeanne Stroucken, Jeanette van den Brink, afstudeerscriptie MGZ, VDO, 2002

De in dit document gehanteerde indeling in leeftijdscategorieën komt overeen met de verdeling in de bestudeerde literatuur (o.a. Mönks 1994 en Verhulst 1997). Andere documenten die deze indeling ook hanteren zijn bijvoorbeeld de Sociale Redzaamheidschaal Zwakzinnigen. Deze test wordt pas vanaf 4 jaar gebruikt, waaruit je kunt opmaken dat voor die leeftijd de vaardigheden in het kader van zelfredzaamheid niet of nauwelijks te verwachten zijn bij kinderen.

Kijkend naar de kinderopvang in Nederland dan is te zien dat ook daar dezelfde categorieën worden gehanteerd. Tot 4 jaar zijn er kinderdagcentra waar kinderen kunnen worden opgevangen van ouders die bijvoorbeeld werken. Vanaf 4 jaar tot 12 jaar is er de zogenaamde BSO ofwel Buiten Schoolse Opvang. Daar wordt opvang verzorgd voor kinderen na schooltijd en in vakanties. Voor kinderen van 12 jaar en ouder is geen (of nauwelijks) opvang¹⁸. Hieruit zou kunnen worden opgemaakt dat kinderen tot 12 jaar na school opvang nodig hebben en oudere kinderen niet meer. Dat zegt iets over de leeftijd die normaal geacht wordt voor een kind, zonder direct toezicht thuis te zijn. Voor ons een belangrijk gegeven, want dat geeft het moment aan waarop ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen een beroep kunnen doen op de AWBZ voor vergoeding van de oppas die zij nodig hebben voor hun kind.

Wanneer het gaat over verkeersveiligheid zijn er eigenlijk geen eenduidige leeftijdsgrenzen gevonden. De motorische vaardigheden worden wel beschreven, maar niet wanneer een kind normaal gesproken alleen het verkeer in kan. Er wordt wel iets gezegd over de leeftijd kinderen waarop regels begrijpen (verkeersregels) en op welke leeftijd kinderen meerdere dingen tegelijk kunnen overzien en er op kunnen reageren (het verkeer) (Verhulst 1997). Het enige uitgangspunt dat hierbij algemeen vorm heeft gekregen is het moment waarop kinderen op de basisschool verkeersexamen doen. Dit vindt meestal plaats in groep 7 wanneer kinderen tussen de 10 en 12 jaar oud zijn. Gesteld kan worden dat de meeste kinderen vanaf 12 jaar zich zelfstandig in het verkeer moeten kunnen begeven.

Ook is bestudeerd wat er geschreven staat over de zelfredzaamheid van kinderen in het kader van de persoonlijke verzorging, met name de onderdelen: zichzelf wassen of douchen, aan- en uitkleden en tandenpoetsen. In dat kader is tevens de zindelijkheid benoemd. Samenvattend kan gesteld worden dat deze vaardigheden door de meeste kinderen beheerst worden rond hun 5e levensjaar, maar dat controle dan nog wel nodig is. (o.a. Mönks 1994 en Verhulst 1997). Conclusie daaruit is dat het normaal is dat kinderen tot 5 jaar geheel verzorgd worden door hun ouders of opvoeders op het gebied van persoonlijke verzorging. Tot welke leeftijd toezicht nodig blijft, wordt niet vermeld. Wij vinden echter dat, gebaseerd op wat we hebben gelezen, er vanuit gegaan mag worden dat rond het 12^e levensjaar toezicht in het kader van de persoonlijke verzorging niet meer nodig is. Voor de indicatieaanvragen voor persoonlijke verzorging zal dan ook een leeftijdsgrens van 12 jaar gehanteerd kunnen worden.

Bij het zoeken naar wat deskundigen schrijven over vrijetijdsbesteding, is uitgegaan van een sport of hobby bedrijven, niet buitenspelen of binnenshuis zichzelf vermaken. Binnen clubs of verenigingen worden kinderen ook weer ingedeeld in leeftijdscategorieën. Tot 5 jaar kunnen kinderen eigenlijk nergens georganiseerd sporten of hobbyën.

¹⁸ Dat dit niet per definitie ook de wenselijke situatie is blijkt uit initiatieven om juist voor deze leeftijdsgroep opvang na school te organiseren: zie samenwerkingsprojecten tussen scholen en welzijnswerk in het organiseren van huiswerkklassen.

Kinderen tot 6 jaar zijn motorisch nog onvoldoende ontwikkeld en is het uithoudingsvermogen te gering om sport te beoefenen, behalve zwemmen (Feddema, Wagenaar 1999). Zwemles valt ons inziens echter niet onder vrijetijdsbesteding. Zwemmen leren wordt in Nederland over het algemeen als een essentieel onderdeel in de opvoeding gezien.

Vanaf 5, maar meestal 6 jaar, vallen kinderen bij clubs en verenigingen onder de beginners. Vanaf 8 jaar vallen ze doorgaans in een volgende categorie tot 10 jaar en daarna in een categorie tot 12 jaar. Indeling in categorieën gaat meestal door tot 18 jaar. Daarna horen kinderen (bij sporten) tot de senioren.

Over een gemiddeld aantal uren vrijetijdsbesteding per week buitenshuis voor kinderen is vrijwel niets te vinden in de literatuur. Vermeld staat alleen wat er binnen een sport- of hobbyclub aan uren per kind wordt besteed, maar niet naar hoeveel clubs kinderen normaal gesproken gaan. Het betreft meestal activiteiten voor 1 tot 2 uur per week. Het totaal aantal uren vrijetijdsbesteding is dus afhankelijk van het aantal clubs dat wordt bezocht en hobby's die worden beoefend.