



Protocol

Gebruikelijke zorg

Colofon

Uitgave: Centrum Indicatiestelling Zorg, april 2005

Postadres: CIZ
Postbus 232
3970 AE Driebergen
Tel: 030-698 16 30
E-mail: info@ciz.nl

Voorwoord

Dit protocol komt in plaats van het 'Werkdocument Gebruikelijke Zorg' dat in 2003 is aanvaard door het bestuur van de LVIO na bespreking in de Regiegroep Indicatiestelling AWBZ.

Toepassing van het werkdocument 'Gebruikelijke Zorg' heeft geleid tot jurisprudentie en adviezen van het CVZ op indicatiegeschillen. Op verzoek van het Ministerie van VWS heeft het CVZ in 2004 gerapporteerd over het effect van het werkdocument op de indicatiestelling voor zorg thuis.

De uitkomsten hiervan zijn verwerkt en hebben geleid tot dit protocol. Het protocol is vastgesteld door de Raad van Bestuur van het CIZ, het orgaan dat de indicatiestelling AWBZ uitvoert.

Dit protocol bevat een nadere definiëring en normering van wat gebruikelijke zorg is en verduidelijkt daarmee de zorg die niet valt binnen de aanspraak op AWBZ.

Het inhoud geven aan het begrip 'gebruikelijke zorg' in de praktijk van de indicatiestelling blijft voortdurend in ontwikkeling. Met organisaties van patiënten, cliënten en mantelzorgers zijn afspraken gemaakt om de zorgvuldigheid van de toepassing van het protocol te blijven bewaken.

Het Ministerie van VWS is voornemens, gehoord het advies van het CVZ over het werkdocument 'Gebruikelijke Zorg', om het protocol 'Gebruikelijke Zorg' vast te stellen als onderdeel van de beleidsregel genoemd in artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit.

.....

Inhoudsopgave

1.	Plaatsbepaling gebruikelijke zorg	5
1.1	Gebruikelijke zorg in relatie tot zorg vanwege de AWBZ	5
1.2	Functies	5
1.3	Gebruikelijke zorg en mantelzorg	6
1.4	De omgeving als wegingsfactor	6
1.5	Status van het indicatiebesluit	7
1.6	Status van dit protocol	7
2.	Definities en algemene uitgangspunten	8
2.1	Zorgvrager	8
2.2	Leefeenheid of huishouden	8
2.3	Partner	8
2.4	Huisgenoot	8
2.5	Een- en meerpersoonshuishouden	9
2.6	Maatschappelijke participatie	9
2.7	Culturele diversiteit	9
2.8	PGB en mantelzorg	9
2.9	Betrekken van huisgenoten/mantelzorgers bij het indicatieonderzoek	9
2.10	Gemotiveerd afwijken	10
2.11	Clïëntsoevereiniteit	10
3.	Richtlijnen voor de indicatiestelling AWBZ bij het bepalen van gebruikelijke zorg in relatie tot een AWBZ-aanspraak op zorg	11
3.1	AWBZ aanvullend op eigen mogelijkheden	11
3.2	Gezondheidsproblemen of (dreigende) overbelasting.	11
3.3	Fysieke afwezigheid	12
3.4	Korte levensverwachting	12
3.5	Uitruil	12
3.6	Telefonisch indiceren	13
4.	Gebruikelijke zorg naar functie	14
4.1	Huishoudelijke verzorging	14
4.1.1	Doel huishoudelijke verzorging	14
4.1.2	Leefeenheid primair verantwoordelijk	14
4.1.3	Huishoudelijke taken: uitstelbaar en niet uitstelbaar	14
4.1.4	Indicatie voor het aanleren van huishoudelijke activiteiten	15
4.1.5	Opvang en verzorging van kinderen bij uitval van één van de ouders	15
4.1.6	Uitval van ouder in éénoudergezin	16
4.1.7	Bijdrage van kinderen aan het huishouden	16
4.1.8	Hoge leeftijd en trainbaarheid	16

4.2	Persoonlijke verzorging	17
4.2.1	Volwassenen onderling	17
4.2.2	PGB of Zorg in natura.....	17
4.2.3	Leefeenheid met kinderen die extra zorg behoeven.....	18
4.2.4	Verpleging is geen gebruikelijke zorg.....	19
4.3	Ondersteunende begeleiding	20
4.3.1	Doelstelling OB.....	20
4.3.2	OB bij volwassenen onderling	20
4.3.3	Ouders voor kinderen	20
5.	Voorliggende voorzieningen	22
5.1	Wettelijk voorliggende voorzieningen	22
5.2	Algemeen gebruikelijke voorziening.....	22
Bijlage 1	Het onderzoeken van overbelasting	24
Bijlage 2	Over wegen en overwegen	27

1. Plaatsbepaling gebruikelijke zorg

1.1 Gebruikelijke zorg in relatie tot zorg vanwege de AWBZ

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).

In het **Besluit Zorg Aanspraken** 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.

In het **Zorgindicatiebesluit**, art 6 onder f staat omschreven “Voorzover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar: “(...)

f: de aard en de omvang van aan de zorgvrager geboden professionele en niet-professionele hulp, zorg en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan”.

1.2 Functies

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

1. huishoudelijke verzorging;
2. persoonlijke verzorging;
3. ondersteunende begeleiding;
4. activerende begeleiding;
5. verpleging;
6. behandeling;
7. verblijf.

Het bepalen van aard en omvang van gebruikelijke zorg in relatie tot een eventuele aanspraak op zorg vanwege de AWBZ heeft alleen betrekking op de functies **Huishoudelijke Verzorging**, **Persoonlijke Verzorging** en **Ondersteunende Begeleiding**.

1.3 Gebruikelijke zorg en mantelzorg

In relatie tot de aanspraak op AWBZ is het van belang de term gebruikelijke zorg goed te onderscheiden van het begrip mantelzorg.

Gebruikelijke zorg en mantelzorg zijn elkaar uitsluitende begrippen.

Gebruikelijke zorg is per definitie zorg waarop *geen* aanspraak bestaat vanuit de AWBZ. Het is de normale, dagelijkse zorg die partners of ouders en inwonende kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden.

Gebruikelijke zorg is ook alleen aan de orde als er een leefeenheid is die een gezamenlijk huishouden voert. Uitwonende kinderen vallen hier dus buiten.

Bij **mantelzorg** gaat het om AWBZ-zorg waarop verzekerde *wel* aanspraak heeft. 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, dat wil zeggen dat de mantelzorger bereid en in staat geacht mag worden deze zorg te leveren.

1.4 De omgeving als wegingsfactor

De fysieke en sociale omgeving zijn van invloed op de zorgbehoefte van de zorgvrager. Huisgenoten, andere naasten en verwanten van de zorgvrager 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 zorgvragers zal altijd de fysieke en sociale omgeving van de vrager meegenomen worden in de afweging. In geval er voor de zorgvrager mantelzorg vrijwillig beschikbaar is kan dat deel van de zorgaanspraak buiten het indicatiebesluit blijven omdat daar geen professionele zorg vanuit de AWBZ voor ingezet hoeft te worden. De mantelzorger voorziet al in die zorg en de indicatiesteller weegt dat mee in het opstellen van het indicatiebesluit.

Welke zorg de mantelzorger op zich neemt en in welke omvang is, in overleg met de zorgvrager, uitsluitend en alleen aan de mantelzorger zelf om te bepalen. Het meewegen van de mantelzorg betekent ook dat de indicatiesteller nagaat of voor een deel van de mantelzorg alsnog AWBZ-zorg geïndiceerd moet worden ter ondersteuning van de mantelzorger zodat die regelmatig tijdelijk ontlast wordt. In geval er voor een zorgvrager geen mantelzorg beschikbaar is of mantelzorg wegvalt, wordt dus AWBZ-zorg geïndiceerd.

1.5 Status van het indicatiebesluit

Sinds 1 oktober 2002 geeft het indicatieorgaan niet meer een advies aan het zorgkantoor, maar een beschikking in de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht. Per die datum geeft het indicatiebesluit, afgegeven door het CIZ, 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 CIZ het recht van de zorgvrager op zorg vanwege de AWBZ vast te stellen. Of dit recht in natura of in de vorm van een budget zal worden afgenomen door de zorgvrager doet voor de indicatiestelling niet ter zake.

1.6 Status van dit protocol

In dit protocol heeft het CIZ de richtlijnen uitgewerkt die de indicatiestellers dienen te hanteren als bij het bepalen van de aanspraak op AWBZ-zorg tevens aan de orde is het beoordelen van hetgeen van huisgenoten onderling kan worden verwacht aan zorg van en voor elkaar.

De indicatiesteller houdt de mogelijkheid, in geval toepassing van de richtlijnen in concrete gevallen tot kennelijke onbillijkheid leidt, om zelf en waar nodig in zijn team (MDT) te besluiten dat van de richtlijnen moet worden afgeweken.

2. Definities en algemene uitgangspunten

2.1 Zorgvrager

De zorgvrager of verzekerde 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.

2.2 Leefeenheid of huishouden

De definitie voor leefeenheid is opgenomen in 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".

Onder gehuwde verzekerden worden ook begrepen de ongehuwd samenwonenden en andere volwassenen die met elkaar en/of met kinderen samenwonen.

Met deze definitie worden alle bewoners van één adres die samen een duurzaam huishouden voeren inbegrepen in het begrip leefeenheid.

Indien er sprake is van kamerverhuur, wordt de huurder van de betreffende ruimte niet tot het huishouden c.q. de leefeenheid gerekend.

Een soortgelijke positie wordt ingenomen door mensen die omwille van hun zorgbehoefte op één adres ieder zelfstandig wonen. Denk hierbij aan woon-gemeenschappen van kloosterlingen, ouderen of gehandicapten. Ook hier is dus geen sprake van een leefeenheid.

2.3 Partner

De volwassene met wie de zorgvrager een intieme, emotionele relatie heeft en een duurzame gemeenschappelijke huishouding voert.

2.4 Huisgenoot

Iedere volwassene met wie de zorgvrager duurzaam een gemeenschappelijke huishouding voert.

2.5 Eén- en meerpersoonshuishouden

Indien de zorgvrager deel uitmaakt van een leefeenheid bestaande uit meerdere personen (meerpersoonshuishouden) moet de indicatiesteller vaststellen wat, gezien de samenstelling van die leefeenheid, in dat geval verstaan wordt onder gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar. Pas dan kan het indicatieorgaan besluiten op welke AWBZ-zorg de zorgvrager redelijkerwijs is aangewezen. In geval zorgvrager een éénpersoonshuishouden voert is er geen sprake van gebruikelijke zorg.

2.6 Maatschappelijke participatie

Iedere volwassen burger wordt verondersteld **naast** een volledige baan **of** opleiding een huishouden te kunnen voeren.

In geval van een meerpersoonshuishouden staat het hebben van een normale baan of het volgen van een opleiding per definitie het leveren van gebruikelijke zorg niet in de weg.

Gebruikelijke zorg gaat voor op andere activiteiten van leden van de leefeenheid in het kader van hun maatschappelijke participatie (zie ook § 3.4).

2.7 Culturele diversiteit

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.

2.8 PGB en mantelzorg

Bij het vaststellen van de zorgbehoefte wordt rekening gehouden met wat van een huisgenoot kan worden verwacht in het kader van gebruikelijke zorg. Voor dat deel is er –in principe– geen aanspraak op AWBZ zorg. Wanneer een huisgenoot of partner mantelzorg verleent en de zorgvrager voor dat deel van de zorg een aanvraag indient, kan er een aanspraak zijn. Of de huisgenoot de zorg vervolgens zelf gaat uitvoeren met behulp van een PGB speelt geen rol bij de indicatiestelling.

2.9 Betrekken van huisgenoten / mantelzorgers bij het indicatieonderzoek

Indien er sprake is van huisgenoten, die gebruikelijke zorg dan wel mantelzorg leveren, is het zaak dat de indicatiesteller die huisgenoten **altijd persoonlijk hoort** in het kader van het indicatieonderzoek. Op die manier kan de indicatiesteller correct inventariseren welke taken de huisgenoot/mantelzorger uitvoert en hoe hij/zij de belasting van deze taken ervaart in relatie tot zijn/haar maatschappelijke participatie.

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.

2.10 Gemotiveerd afwijken

Indien er sprake is van een zorgvraag waarvan de indicatiesteller objectief heeft vastgesteld dat het gaat om zorg die valt onder de eigen verantwoordelijkheid van het huishouden dan wel om zorg die vrijwillig door mantelzorg wordt geleverd, kan conform dit document worden vastgesteld dat er geen AWBZ-indicatie voor zorg is.

Wanneer een dergelijke vaststelling voor de indicatiesteller als professional tot kennelijke onredelijkheid en/of onbillijkheid leidt gezien de situatie van de zorgvrager, kan en moet de indicatiesteller (gemotiveerd) van deze richtlijn afwijken.

2.11 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 zorgvrager 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 aanspraak is op AWBZ-zorg hangt af van de uitkomst van de indicatiestelling.

3. Richtlijnen voor de indicatiestelling AWBZ bij het bepalen van gebruikelijke zorg in relatie tot een AWBZ-aanspraak op zorg

3.1 AWBZ aanvullend op eigen mogelijkheden

De AWBZ is aanvullend op de mogelijkheden die de zorgvrager heeft om op eigen kracht zijn probleem op te lossen. Dit is terug te vinden in 2 wetsartikelen: Artikel 2, lid 3 van het BZA-AWBZ geeft aan dat: “Recht op AWBZ-zorg alleen bestaat 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. Het College voor Zorgverzekeringen heeft zich hierover in meerdere adviezen bij indicatiegeschillen uitgesproken, zoals in RZA 2003, 227 Cvz 22-10-2003 en RZA 2003, 194 Cvz 26-8-2003).

In het **Zorgindicatiebesluit** art 6 onder f staat omschreven “Voorzover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar:

“(…)

f: de aard en de omvang van aan de zorgvrager geboden professionele en niet-professionele hulp, zorg en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan”.

Wanneer een zorgvrager in zijn hulpvraag voorziet met eigen middelen, en dat niet op eigen kosten wenst te continueren, is er, wanneer daartoe aanleiding bestaat, een aanspraak op AWBZ zorg. Dit doet zich bv. voor wanneer een zorgvrager particuliere hulp in dienst heeft, of wanneer een zorgvrager op eigen kosten in een beschermende woonomgeving woont. Deze op eigen kosten getroffen voorzieningen zijn NIET voorliggend op AWBZ zorg.

Vervolgens moet bekeken worden of voorliggende voorzieningen een oplossing kunnen bieden voor het zorgprobleem. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt naar wettelijk voorliggende voorzieningen en voorzieningen die algemeen gebruikelijk zijn. Zie bijlage 1. Wettelijke voorliggende voorzieningen zijn afdwingbaar terwijl bij algemeen gebruikelijke voorzieningen moet worden nagegaan of deze voorziening ook werkelijk beschikbaar is en adequaat is ingeval van deze zorgvraag.

3.2 Gezondheidsproblemen of (dreigende) overbelasting

Een indicatiesteller kan besluiten dat een huisgenoot of partner geen gebruikelijke zorg kan leveren als deze zodanige gezondheidsproblemen heeft dat de indicatiesteller redelijkerwijs moet concluderen dat de betreffende taken niet door hem uitgevoerd kunnen worden.

Een indicatiesteller moet altijd onderzoeken of een leefeenheid, gegeven de voor die leefeenheid geldende gebruikelijke zorg, door de (chronische) uitval van een gezinslid niet alsnog onevenredig belast wordt en overbelasting dreigt.

Wanneer partner of huisgenoot gezondheidsproblemen en beperkingen heeft of door de combinatie van een (volledige) werkkring of opleiding en het voeren van het huishouden overbelast dreigt te raken, zullen de (medische) gegevens ter onderbouwing daarvan door de betrokkene moeten worden aangeleverd. Het indicatieorgaan moet zich daar dan een geobjectiveerd oordeel over vormen.

Wanneer de dreigende overbelasting wordt veroorzaakt door een combinatie van werk en gebruikelijke zorg en andere activiteiten dan werk en huishouden, gaan werk en gebruikelijke zorg voor.

Het beoefenen van vrijetijdsbesteding kan op zich geen reden zijn om een indicatie te geven voor gebruikelijke zorg.

In geval de leden van een leefeenheid dreigen overbelast te raken door de combinatie van werk en verzorging van de zieke partner/huisgenoot, kan een indicatie worden gesteld op de onderdelen die normaliter tot de gebruikelijke zorg worden gerekend. In eerste instantie zal die indicatie van korte duur zijn om de leefeenheid de gelegenheid te geven de onderlinge taakverdeling aan de ontstane situatie aan te passen. Hetzelfde geldt als een partner/ouder ten gevolge van het plotseling overlijden van de andere ouder dreigt overbelast te raken door de combinatie van werk en verzorging van de inwonende kinderen.

3.3 Fysieke afwezigheid

Indien de huisgenoot van een zorgvrager vanwege zijn/haar werk fysiek niet aanwezig is wordt hiermee bij de indicatiestelling uitsluitend rekening gehouden, wanneer het om aaneengesloten perioden van ten minste zeven etmalen gaat. De afwezigheid van de huisgenoot moet een verplichtend karakter hebben en inherent zijn aan diens werk; denk hierbij aan off-shore werk, internationaal vrachtverkeer en werk in het buitenland. Wanneer iemand aaneengesloten perioden van ten minste zeven etmalen van huis is, is er in die periode feitelijk sprake van een éénpersoonshuishouden en kan er geen gebruikelijke zorg worden geleverd.

3.4 Korte levensverwachting

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

3.5 Uitrui

Ingeval een huisgenoot mantelzorg levert en wil blijven leveren, kan voor het aandeel dat van hem/haar wordt verwacht op het terrein van de gebruikelijke zorg een indicatie worden gesteld.

3.6 Telefonisch indiceren

Een aanvraag mag nooit telefonisch worden afgehandeld wanneer de zorgvrager het – ook na uitleg- niet eens is met de uitkomst.

4. Gebruikelijke zorg naar functie

4.1 Huishoudelijke verzorging

4.1.1 Doel huishoudelijke verzorging

Huishoudelijke verzorging is aangewezen wanneer disfunctioneren van de leefeenheid als gevolg van gezondheidsproblemen van (één van) de verzorgende (leden) dreigt. Dat kan zich uiten in vervuiling (van de woning of van kleding), verwaarlozing (gezondheidsrisico's, persoonlijke verzorging, voeding en vocht) of ontredde van zichzelf of van afhankelijke huisgenoten waardoor het functioneren in huis maar ook buitenshuis belemmerd wordt. Het doel van huishoudelijke verzorging kan dan zijn het schoonhouden van het huis en/of het verrichten van de dagelijks voorkomende huishoudelijke activiteiten, maar ook het ondersteunen bij het organiseren van het huishouden. (Zie verder protocol Huishoudelijke Verzorging.)

4.1.2 Leefeenheid primair verantwoordelijk

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.

4.1.3 Huishoudelijke taken: uitstelbaar en niet uitstelbaar

Onder huishoudelijke taken vallen zowel de uitstelbare als de niet-uitstelbare taken. Het verzorgen van –overigens gezonde- kinderen valt ook onder de functie HV.

- Niet-uitstelbare taken zijn maaltijd verzorgen, de kinderen verzorgen, afwassen en opruimen;
- Wel-uitstelbare taken zijn boodschappen doen, wasverzorging, zwaar huishoudelijk werk: stofzuigen, sanitair, keuken, bedden verschoonen.

Taken van een 18-23 jarige

Van een volwassen gezonde huisgenoot wordt verwacht dat deze de huishoudelijke taken overneemt wanneer de primaire verzorger uitvalt. Een 18-23 jarige wordt verondersteld een eenpersoonshuishouden te kunnen voeren.

De huishoudelijke taken voor een éénpersoonshuishouden zijn:

- schoonhouden van sanitaire ruimte,
- keuken en een kamer,
- de was doen,
- boodschappen doen,

- maaltijd verzorgen,
- afwassen en opruimen.

Te normeren naar 2 uur uitstelbare, zware huishoudelijke taken en 3 uur lichte, niet uitstelbare huishoudelijke taken per week.

Daarnaast kunnen zij eventuele jongere gezinsleden verzorgen en begeleiden.

4.1.4 Indicatie voor het aanleren van huishoudelijke activiteiten

Redenen als 'niet gewend zijn om' of 'geen huishoudelijke werk willen en/of kunnen¹ verrichten' leiden niet tot een indicatie voor het overnemen van huishoudelijke taken. Indien hiervoor motivatie aanwezig is- kan er een indicatie worden gesteld voor 6 weken zorg voor het aanleren van huishoudelijke taken en/of het leren (efficiënter) organiseren van het huishouden.

4.1.5 Opvang en verzorging van kinderen bij uitval van een van de ouders

Ouders hebben een zorgplicht voor hun kinderen. 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). Deze zorgplicht strekt zich uit over opvang, verzorging, begeleiding en opvoeding 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 ziekte.

Bij uitval van één van de ouders neemt de andere ouder de gebruikelijke zorg voor de kinderen over.

Gebruikelijke zorg voor kinderen omvat in ieder geval de **aanwezigheid** van een verantwoordelijke ouder of derde persoon conform de leeftijd en ontwikkeling van het kind. **Opvang** is niet structureel AWBZ zorg. **Verzorging** van de kinderen kan, zonodig, wel een AWBZ aanspraak zijn.

Eigen oplossingen gaan voor

Indien nodig dient de ouder gebruik te maken van de voor hem/haar geldende regeling voor zorgverlof. De indicatiesteller onderzoekt, in geval er mantelzorg aanwezig is, wat in redelijkheid met mantelzorg kan worden opgevangen.

Is dit niet mogelijk dan dient de ouder gebruik te maken van (een combinatie van) crèche, opvang op school, buitenschoolse opvang, gastouder ed. (de zogenaamde algemeen gebruikelijke voorliggende voorzieningen). Het verplichte gebruik van alternatieve opvangmogelijkheden voor kinderen is redelijk, onafhankelijk van de financiële omstandigheden.

Voorkomen van crisis en ontwrichting

¹ In de zin van " niet geleerd hebben"

Zijn deze mogelijkheden reeds maximaal gebruikt of afwezig, of is er slechts kortdurend overbrugging nodig in noodgevallen, dan kan de functie huishoudelijke verzorging worden ingezet.

Structurele opvang van kinderen is geen AWBZ-zorg.

Niet-structurele opvang van kinderen kan alleen bij ontvricting of calamiteiten tijdelijk tot een AWBZ- aanspraak leiden.

Verzorging van de kinderen kan, zonodig, wel een AWBZ aanspraak (HV) zijn.

4.1.6 Uitval van ouder in éénooudergezin

Indien er sprake is van uitval van de ouder in een éénooudergezin, of beide ouders ondervinden beperkingen in de opvang en verzorging van de kinderen, wordt er eerst (zie § 4.5) nagegaan wat mantelzorg opvangt, en wat vrijwilligers als vervangende mantelzorg, voorliggende voorzieningen en algemeen gebruikelijke voorzieningen kunnen opvangen.

Oppas en opvang van gezonde kinderen zijn in principe geen AWBZ zorg, daarvoor zijn andere, algemeen gebruikelijke en voorliggende voorzieningen voorhanden. Wel is er een indicatie mogelijk voor de **verzorging** van de kinderen conform leeftijd.

Gebruik van **kinderopvang / crèche** als voorliggende voorziening voor oppas en opvang van gezonde kinderen tot 5 dagen per week is redelijk.

Indien indicatiesteller zich ervan heeft vergewist dat de voorliggende algemeen gebruikelijke voorzieningen niet aanwezig of niet toepasbaar zijn of zijn uitgeput is bij uitval van de ouder in een éénooudergezin afhankelijk van de leeftijd en ontwikkeling van het kind een indicatie voor HV mogelijk tot 40 uur per week voor oppas en opvang van gezonde kinderen. Een dergelijke indicatie is in principe van korte duur (max. 3 maanden), de periode waarin een eigen oplossing moet worden gevonden.

4.1.7 Bijdrage van kinderen aan het huishouden

In geval de leefeenheid van de zorgvrager mede bestaat uit kinderen, dan gaat de indicatiesteller ervan uit, dat de kinderen, afhankelijk van hun leeftijd en psychosociaal functioneren, een bijdrage kunnen leveren aan de huishoudelijke taken.

- Kinderen tot 5 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 op orde houden, d.w.z. rommel opruimen, stofzuigen, bed verschonen.

4.1.8 Hoge leeftijd en trainbaarheid

Wanneer in redelijkheid niet (meer) kan worden verondersteld dat een nieuwe taak als het huishouden nog is te trainen of aan te leren, zoals bij 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.

4.2 Persoonlijke verzorging

4.2.1 Volwassenen onderling

Van belang is onderscheid te maken tussen:

- gebruikelijke persoonlijke verzorging van partners voor elkaar,
- gebruikelijke persoonlijke verzorging van volwassen huisgenoten voor elkaar, w.o. inwonende volwassen kinderen (> 18 jaar) voor hun ouders.

Van *partners* wordt verwacht dat zij naar vermogen elkaar persoonlijke verzorging bieden in kortdurende zorgsituaties (< 3 maanden) met uitzicht op herstel. Alleen als er gemotiveerd kan worden, 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.

Bij een zorgvraag die naar verwachting langer dan 3 maanden zal gaan duren, is persoonlijke verzorging –indien voorzienbaar vanaf het begin- ook tussen partners geen gebruikelijke zorg. Wanneer de partner voor het deel dat de gebruikelijke zorg overstijgt, een aanvraag indient voor AWBZ zorg, dient dat te worden opgevat als een signaal dat de mantelzorg niet vrijwillig wordt gegeven. Persoonlijke verzorging van *huisgenoten*, anders dan partners, onderling is geen gebruikelijke zorg. De zorgplicht van partners onderling betreft persoonlijke, lichamelijke zorg inclusief assistentie bij de algemeen dagelijkse levensverrichtingen, aandacht en begeleiding bij ziekte en psychosociale problemen. 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.

4.2.2 PGB of Zorg in natura

In een advies bij een indicatiegeschil (RZA 2004, 82, Cvz 22-03-2004) van het College voor Zorgverzekeringen is de uitspraak gedaan, die van belang is in het indiceren voor persoonlijke verzorging in relatie tot gebruikelijke zorg en mantelzorg.

Het advies van CVZ luidt:

“Het werkdocument beperkt die zorgplicht (van partners onderling voor persoonlijke verzorging, red) tot drie maanden. Dat betekent dat na verloop van die tijd het bieden van persoonlijke verzorging onder het begrip mantelzorg valt en het indicatieorgaan hiervoor desgevraagd een indicatie zal moeten afgeven, ook als het relatief weinig zorg betreft waarbij de partner niet overbelast raakt. Dit is een aanscherping ten opzichte van de AASV, waarin de partner geacht wordt ook in situaties langer dan drie maanden persoonlijke verzorging aan de zorgbehoevende partner te bieden, tenzij de zorgende partner daar niet toe in staat is (vanwege (dreigende) overbelasting of vanwege werktijden), of als de zorgverlenende partner moeite heeft met taken op het vlak van persoonlijke verzorging”.

In dit protocol wordt vastgehouden aan het uitgangspunt dat in situaties langer dan drie maanden zonder uitzicht op spoedig herstel de persoonlijke verzorging aan de zorgbehoevende partner niet meer tot de gebruikelijke zorg wordt gerekend.

Wanneer er een aanvraag voor een PGB voor Persoonlijke Verzorging wordt ingediend door een zorgvrager van wie de partner de zorg verleent of zal gaan verlenen en tevens duidelijk is dat de partner die zorg langer dan drie maanden levert of gaat leveren kan er dus aanspraak zijn op AWBZ zorg zonder dat er sprake is van overbelasting van de partner.

Een indicatiestelling vindt plaats zonder daarin te betrekken welke verstrekkingvorm aan de orde is, PGB of ZIN. Met name in langdurige situaties waarin de geïndiceerde zorg wordt uitgevoerd door huisgenoten is het van belang dat de mantelzorger/ huisgenoot niet overbelast raakt en alsnog een indicatie voor het deel van de zorg nodig heeft, dat tot de gebruikelijke zorg wordt gerekend.

Wanneer een huisgenoot zelf de geïndiceerde zorg levert moet de indicatiesteller alert zijn op mogelijke overbelasting. Het kan niet zo zijn dat vanwege de overbelasting van de –betaalde- mantelzorger er voor de gebruikelijke zorgtaken extra zorg geïndiceerd moet worden.

4.2.3 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. Daar waar de gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen aanmerkelijk wordt overschreden wordt indien gevraagd AWBZ-zorg, de functie PV, geïndiceerd. Zo kan worden onderbouwd dat bijvoorbeeld de zorg voor kinderen van 0-5 niet per definitie alleen gebruikelijke zorg is.

Voor de gebruikelijke zorg conform de leeftijd van het kind kan geen beroep gedaan worden op de AWBZ. Extra zorg overtreft de normale zorg door extra duur en intensiteit van toezicht, verzorging en begeleiding. Deze extra zorg valt onder de functie PV of OB afhankelijk van het doel.

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, oplopend 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).

Tabel 1 Gebruikelijke zorg voor kinderen per levensfase²

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.

4.2.4 Verpleging is geen gebruikelijke zorg

Kortdurende zorg en verpleging van zieke kinderen thuis behoort ook tot de gebruikelijke zorg van ouders voor hun kinderen. Verpleging van een (chronisch) ziek kind is geen gebruikelijke zorg.

² Dit stuk is grotendeels ontleend aan J. Stroucken en J. van den Brink, Over wegen en overwegen, afstudeerscriptie opleiding MGZ Hogeschool Arnhem, Nijmegen, 2002

De verpleegkundige handelingen die moeten worden uitgevoerd kunnen worden geïndiceerd. Indien het kind is aangewezen op voortdurend nabij toezicht is dat –conform leeftijd- wel gebruikelijke zorg.

4.3 Ondersteunende begeleiding

4.3.1 Doelstelling OB

Ondersteunende begeleiding heeft een driedelige functie. Ondersteunende begeleiding kan bij alle grondslagen aan de orde zijn.

1. ondersteunende begeleiding gericht op het **handhaven van de zelfredzaamheid**. Dit betreft de zorgvrager zelf in zijn dagelijks functioneren, het helpen bij het structureren van de dag. Van de partner kan worden verwacht dat persoonlijke aandacht en begeleiding van de zorgvrager in het normale dagelijks leven gebruikelijke zorg is.
2. Indien de zorgvrager een intensieve langdurige claim op de partner legt, is **vermindering van de belasting van informele verzorgers** (tweede doelstelling van OB) wellicht van toepassing.
3. OB heeft het doel **maatschappelijk isolement te voorkomen** bij – alleenstaande- zorgvragers die zonder (professionele) begeleiding niet in staat zijn aan het maatschappelijk leven deel te nemen. Bij deze vorm van OB is geen sprake van gebruikelijke zorg, om de simpele reden dat daar nu net het probleem lag: het gaat meestal om zorgvragers die deze gebruikelijke begeleiding missen en daardoor dreigen in een isolement te raken.

4.3.2 OB bij volwassenen onderling

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. *Inwonende volwassenen waaronder partner, huisgenoot of volwassen kinderen (> 18 jaar)* worden verondersteld de praktische, ondersteunende begeleiding in het normale maatschappelijke verkeer te verzorgen.

4.3.3 Ouders voor kinderen

Ouders hebben een zorgplicht voor hun kinderen. Binnen de ondersteunende begeleiding spitst de vraag van ouders van kinderen met beperkingen zich toe op oppasvoorziening, begeleiding bij onderwijs en vrije tijdsactiviteiten en ondersteuning mantelzorg. Dit zijn domeinen, waarbij de afweging van wat gebruikelijke zorg en wat extra zorg is, aan de orde is (zie 5). Desalniettemin zal eventuele overbelasting altijd onderzocht en eventueel meegewogen moeten worden.

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 vervoer³. Ook op gebied van bijvoorbeeld onderwijs is er een zorgplicht op andere beleidsterrein. (Zo kan bijvoorbeeld het helpen structureren van taken wel, maar huiswerkbegeleiding geen OB.) Wanneer de indicatiesteller met argumenten kan onderbouwen dat een inwonend volwassen kind niet de ondersteunende begeleiding kan bieden aan diens zorgbehoevende ouder kan alsnog een AWBZ-indicatie worden afgegeven.

³ zie verder Protocol Indicatie voor Ondersteunende Begeleiding

5. Voorliggende voorzieningen

Behalve gebruikelijke zorg zijn ook voorliggende voorzieningen reden om de aanspraak op AWBZ zorg te beperken of af te wijzen. De methodiek van de indicatiestelling zoals ontwikkeld in het Breed Indicatie Overleg (BIO protocol 1997) kende 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 specifieke doelgroep. Dezelfde redenering gaat op voor arbeid, dagbesteding, onderwijs, welzijnsvoorzieningen, enz. Voorliggende voorzieningen zijn er in twee soorten: wettelijke en algemeen gebruikelijke.

5.1 Wettelijk voorliggende voorzieningen

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 uitgekristalliseerd.

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 Wet voorzieningen gehandicapten

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.

5.2 Algemeen gebruikelijke voorziening

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;
- crèche, kinderopvang, gastouder;
- alarmering;
- maaltijdservice;
- financieel-administratieve ondersteuning;
- hondenuitlaatsdienst.

Vrijwilligers is vervangende mantelzorg

Vrijwilligers moeten niet worden opgevat als een 'voorliggende voorziening' maar als vervanging van mantelzorg. Dat betekent dat indien er vrijwilligers aanwezig, beschikbaar en bereid zijn om de zorg vrijwillig te (blijven) leveren, er voor dat deel geen aanspraak bestaat op AWBZ zorg.

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 indicatieonderzoek moeten worden uitgediept.

Er bestaat niet één, simpel af te nemen test, die hierover direct uitsluitsel geeft. Wel bestaan er allerlei vragenlijsten op dat gebied en kunnen 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 (CIZ-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, specifieke symptomen gaat, die ook bij andere stoornissen kunnen passen (dit is een van de redenen waarom Cvz de beoordeling hiervan bij de CIZ-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

Bijlage 1. Het onderzoeken van overbelasting

- 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 indicatiengeschillen Cvz, nr. 2003/3;
- Assessment Scales in Old Age Psychiatry. A. Burns e.a. Martin Dunitz Ltd 1999.

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) opvang⁴. 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).

⁴ 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.

Bijlage 2. Over wegen en overwegen

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 leeftijds-categorieën. Tot 5 jaar kunnen kinderen eigenlijk nergens georganiseerd sporten of hobby's uitoefenen.

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. Het leren zwemmen wordt in Nederland over het algemeen als een essentieel onderdeel van de opvoeding gezien.

Vanaf 5 jaar, maar meestal vanaf 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.