

Onderwerp:	Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten
Samenvatting:	Van verschillende vormen van begeleiding geeft het CVZ in dit rapport aan of die ten laste van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ komen. Het gaat vooral om begeleiding aan doven en doofblinden.
Soort uitspraak:	SpA = standpunt AWBZ
Datum:	25 mei 2010
Uitgebracht aan:	VWS
Zorgvorm:	Begeleiding

Onderstaand de volledige uitspraak.

Rapport	Begeleiding bij zintuiglijk gehandicapten
	Op 25 mei 2010 uitgebracht aan de minister van VWS
Uitgave	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
Volgnummer	2010003991
Afdeling	ZORG-ZA
Auteur	drs. A.M. Hopman

Samenvatting

De Staatssecretaris van VWS heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gevraagd of een aantal vormen van dienstverlening aan zintuiglijk gehandicapten te verzekeren prestaties in het kader van de sociale ziektekostenverzekeringen (Zorgverzekeringswet (Zvw) of AWBZ) zijn.

Het gaat om de volgende zorgvormen:

- het aanleren van communicatieve vaardigheden bij plotsdoven;
- begeleiding bij “life-events” bij doven en slechthorenden;
- dienstverlening bij het leren omgaan met, of accepteren van tinnitus, ziekte van Ménière en hyperacusis;
- de multidisciplinaire behandeling van tinnitus zoals Adelante die biedt. Het gaat om een multidisciplinaire benadering met een vorm van cognitieve therapie.

Inmiddels is ook de vraag actueel in hoeverre begeleiding van doofblinden buitenshuis tot de aanspraak begeleiding in de AWBZ behoort, of dat het om zorg in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaat. Het CVZ gaat ook op die vraag in.

In dit rapport geeft het CVZ aan of de zorgvormen ten laste van de sociale ziektekostenverzekering (Zvw of AWBZ) komen. Als dat zo is geeft het CVZ aan op welke manier dat op dit moment in de praktijk is geregeld. Een principiële domeindiscussie over het onderscheid tussen Zvw en AWBZ volgt later.

Het CVZ komt tot de volgende conclusies:

- Spraakafzien komt ten laste van de Zvw;
- Het aanleren van Nederlands met Gebaren of Nederlandse Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen als vierhandengebarentaal komt ten laste van de AWBZ;
- Het adviseren over de aanschaf van gehoorapparatuur en het voorlichten over het gebruik ervan komt ten laste van de Zvw. Bij andere communicatieapparatuur is vaak een uitgebreidere training nodig. Die komt ten laste van de AWBZ;
- Begeleiding bij de normale verwerking van “life-events” is noch AWBZ, noch Zvw-zorg. Bij een verstoord verwerkingsproces kan eerstelijns-psychologie of psychiatrische hulp ten laste van de Zvw zijn aangewezen;

- Begeleiding bij het leren omgaan met tinnitus of M. Ménière komt ten laste van de Zvw;
- Mits er sprake is van matige tot ernstige beperkingen kan begeleiding bij zelfredzaamheid ten laste van de AWBZ komen. Het CVZ constateert dat de operationalisering van “matig tot ernstige beperkingen” in de beleidsregels indicatiestelling niet goed zijn toegesneden op zintuiglijk gehandicapten.
- Begeleiding van doofblinden buitenshuis komt ten laste van de AWBZ. Het gaat niet om maatschappelijke participatie, maar om een persoonsgebonden voorwaarde daarvoor.

1. Inleiding

Vraag Staatssecretaris

In haar brief van 2 september 2009 (kenmerk DLZ/KZ-U-2953579, DM5 nr. 29095593) vraagt de Staatssecretaris van VWS advies van het CVZ over een aantal interventies in de zintuiglijke gehandicaptenzorg.

De vraag van de staatssecretaris is of de volgende interventies tot de verzekerde zorg in het kader van de sociale zorgverzekeringen behoren:

- het aanleren van communicatieve vaardigheden bij plotsdoven;
- begeleiding bij “life-events” bij doven en slechthorenden;
- dienstverlening bij het leren omgaan met, of accepteren van tinnitus, ziekte van Ménière en hyperacusis;
- de multidisciplinaire behandeling van tinnitus zoals Adelante die biedt. Het gaat om een multidisciplinaire benadering met een vorm van cognitieve therapie.

De staatssecretaris stuurt ter illustratie de briefwisseling van het departement met de instelling GGMD mee, en een brief van het audiologisch centrum van Adelante.

Begeleiding van doofblinden

Inmiddels is ook onduidelijkheid gebleken over de vraag of de begeleiding van doofblinden buiten de deur door het CIZ terecht als maatschappelijke participatie wordt gezien. De vraag is of dat terecht is, of dat die begeleiding wél verzekerde AWBZ-zorg is. Het CVZ gaat in dit rapport ook in op die vraag.

Het CVZ heeft de multidisciplinaire behandeling van tinnitus zoals Adelante die biedt, in een afzonderlijk rapport geadviseerd. Omdat voor de effectiviteit van die interventie onvoldoende bewijskracht is, bleek dat het geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw of AWBZ is.

1.a. Afbakening van de vraagstelling

In overleg met VWS is in dit rapport afgezien van de fundamentele discussie of bepaalde zorgvormen naar hun aard tot het domein van de Zvw of het domein van de AWBZ behoren.

Een duiding tot welk domein bepaalde zorg naar zijn aard behoort vraagt een fundamentele benadering en vraagt meer tijd dan die beschikbaar is. Een dergelijke duiding kan ook grote gevolgen hebben voor de uitvoeringspraktijk. Om onnodige uitvoeringsproblemen te voorkomen moeten die in een fundamentele duiding aan de orde komen.

De achtergrond van de vraagstelling van VWS is dat er over bepaalde zorgvormen twijfel is gerezen of het gaat om een te verzekeren prestatie in het kader van een van de sociale ziektekostenverzekeringen, of dat het gaat om Wmo-zorg. Voor zover het te verzekeren prestaties betreft, gaat het om de vraag hoe die zorg op dit moment bekostigd kan worden.

Daarom beoordeelt het CVZ in dit rapport of de door de staatssecretaris genoemde zorgvormen te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw of de AWBZ zijn of dat het gaat om zorg buiten het domein van de sociale ziektekostenverzekering. Voor de te verzekeren zorg geeft het CVZ aan hoe die zorg op dit moment in de praktijk is geregeld.

Een fundamentele discussie over de domein-afbakening tussen AWBZ en Zvw is van later orde.

1.b. Leeswijzer

Leeswijzer

Hieronder gaat het CVZ in hoofdstuk 2 in op manier waarop het de vragen van de staatssecretaris heeft benaderd.

In hoofdstuk 3 beoordeelt het CVZ in hoeverre de genoemde zorgvormen ten laste van de Zvw of de AWBZ komen.

In hoofdstuk 4 vat het CVZ de conclusies samen. In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 5) gaat het in op de consequenties die dit rapport heeft voor de uitvoeringspraktijk.

2. Zorgverzekeringswet of AWBZ

Hieronder legt het CVZ uit waarom de domeinduiding zeker voor wat betreft het grensgebied van Zvw en AWBZ niet eenvoudig is, en in het kader van de vraagstelling van de staatssecretaris ook niet noodzakelijk. Het CVZ geeft daarna aan waarom het de beantwoording van de vragen beperkt tot de vraag hoe zorg op dit moment feitelijk is geregeld.

2.a. Domeinaanduiding

De Ziekenfondswet (Zfw) was aanbodgestuurd. In het Besluit ziekenfondsverzekering werd per zorgvorm bepaald of die onderdeel uitmaakte van de verzekerde zorg of niet. De Zvw daarentegen is functiegericht opgezet. De aard van de zorg is bepalend of die een te verzekeren prestatie is of niet. De omschrijving van de te verzekeren zorg is niet zo specifiek als onder de Zfw, maar laat ruimte voor diversiteit.

Bij de overgang van de Zfw naar de Zvw is er indertijd voor gekozen het te verzekeren pakket in de Zvw in grote trekken te laten aansluiten bij het verzekeringspakket van de Zfw, zoals dat in de loop der jaren is geformuleerd. Bij de invoering van de Zvw is indertijd niet uitdrukkelijk de vraag gesteld of de in het Zfw-pakket opgenomen prestaties ook daadwerkelijk vielen onder het domein van de Zvw.

In het pakketadvies 2010 gaat het CVZ in op de domeinduiding van de Zvw. Het leidt het domein af van de doelstelling van de wet, zoals die is neergelegd in de considerans van de wet, namelijk de compensatie voor behoefte aan geneeskundige zorg¹.

Het begrip “behoefte aan geneeskundige zorg” is niet nader gedefinieerd in de toelichting op de Zvw. Wel is daaruit af te leiden dat “de Zvw betrekking heeft op zorg die is gericht op genezing”, terwijl de in de AWBZ opgenomen zorgvormen betrekking hebben op langdurige verzorging.”

Daarmee is echter nog geen scherpe afbakening tussen het domein van de Zvw en de AWBZ geformuleerd. Daarvoor zijn een bredere en fundamentele analyse en beoordeling noodzakelijk.

2.b. Verduidelijking historische achtergrond

De vraag in hoeverre de huidige zorgverlening van de zorg rond zintuiglijke aandoeningen en beperkingen ten laste van Zvw danwel AWBZ komen, is vooral historisch bepaald. De inhoud van de Zfw en AWBZ was indertijd

¹ Pakketadvies 2010, CVZ, op 2 april 2010 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; paragraaf 3b.

sterk beïnvloed door de beleidsbeslissingen die in de loop der jaren zijn gemaakt. Zo werden veel zorgvormen ter voorbereiding van het Plan Simons overgeheveld van de Zfw naar de AWBZ. Toen dat plan niet doorging werden niet alle zorgvormen teruggeheveld. Ook andere beleidswijzigingen hebben hun sporen achtergelaten. De afbakening tussen de Zfw en de AWBZ was daarom niet strikt logisch.

Die historisch gegroeide afbakening tussen Zfw en AWBZ bleef in de praktijk bestaan. Bij auditieve beperkingen is die ordening bijvoorbeeld niet gelijk aan die bij visuele beperkingen. Ook de revalidatie van lichamelijke beperkingen is historisch anders gepositioneerd dan die bij zintuiglijke beperkingen. Een nadere duiding van het domein waartoe die zorg op dit moment, na invoering van de Zvw, feitelijk zou moeten behoren, zou anders kunnen uitvallen.

De Zvw is niet aanbodgericht, zoals de Zfw, maar functiegericht. Dat maakt dat de afbakening die historisch was ontstaan tussen de Zfw en AWBZ niet vanzelfsprekend van toepassing is op die tussen de Zvw en de AWBZ.

Ter illustratie gaat het CVZ hieronder kort in op audiologische zorg en op de revalidatie van zintuiglijk gehandicapten. Daarna geeft het aan waarom een nadere domeinduiding in het kader van de vraagstelling van de staatssecretaris niet zinvol is.

2.b.1. Audiologische centra

Audiologische centra

In de Ziekenfondswet was de hulp door audiologische centra apart geregeld in artikel 19 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Psychosociale hulp in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie stond expliciet als onderdeel van de audiologische zorg genoemd.

Met de invoering van de Zvw is geen wijziging van het verzekerde pakket beoogd. Omdat de Zvw niet het aanbod als uitgangspunt neemt, maar functiegericht is vormgegeven, is de zorg die audiologische centra in het kader van de Zfw boden, in de Zvw niet apart geregeld. Verzekeraars zijn ervan uitgegaan dat die zorg valt onder de geneeskundige zorg van artikel 2.4. Bzv (zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden), en hebben de formulering van artikel 19 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering ongewijzigd opgenomen in de Zvw-polis.

Het adviseren over, en leren omgaan met hulpmiddelen, is naast gehooronderzoek en begeleiding zorg zoals audiologische centra die van oudsher in het kader van de Zfw boden. Ze leverden ook “revalidatie” bij gehoorstoornissen. Die revalidatie is echter niet alomvattend.

Een cursus spraakafzien valt van oudsher wel onder de zorg die audiologische centra plegen te bieden. Cursussen Gebarentaal of Nederlands met Gebaren werden in de Zfw niet door audiologische centra geboden.

2.b.2. Revalidatie bij zintuiglijke beperkingen

Revalidatiezorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden is onderdeel van de geneeskundige zorg van artikel 2.4 Bzv. De somatische revalidatie die specialisten ouderengeneeskunde bieden maakt historisch onderdeel uit van de AWBZ. Ook de revalidatie van visueel gehandicapten is vanoudsher in de AWBZ ondergebracht. Dit onderscheid is alleen historisch te duiden.

2.b.3. Achtergrond van de vraagstelling

De achtergrond van de vragen van de staatssecretaris is dat er onduidelijkheid is gerezen over de vraag of voor een aantal zorgvormen een AWBZ-indicatie kan worden verstrekt of niet. De reden daarvoor waren praktische problemen die over de zorgverlening door een aantal instellingen zijn gerezen.

Een domeinduiding kan tot gevolg hebben dat zorg die van oudsher vanuit het ene domein wordt bekostigd, tot een ander domein blijkt te behoren. Zo'n duiding brengt ingrijpende consequenties met zich mee voor de indicatiestelling, bekostiging, zorginkoop, administratieve afwerking enzovoort. Dat maakt dat zo'n duiding uiterst zorgvuldig moet gebeuren, en dat de praktische consequenties ervan goed in beeld moeten worden gebracht. Een strikte domeinduiding zou wellicht verstrekkende consequenties hebben. Die consequenties zijn nu niet goed te overzien.

3. Beantwoording van vragen

Het CVZ beoordeelt in dit rapport of de volgende zorgvormen te verzekeren prestaties in het kader van een van de wettelijke zorgverzekeringen (Zvw of AWBZ) zijn, en zo ja, ten laste van welk van beide die op dit moment komen:

3.a. Aanleren van communicatieve vaardigheden aan plotsdoven

Communicatieve vaardigheden voor (plots)doven is een verzamelbegrip dat verschillende interventies omvat.

Het kan gaan om:

- het leren van spraakafzien;
- Nederlands met Gebaren²;
- Nederlandse Gebarentaal³;
- communicatievormen voor specifieke doelgroepen zoals vingerspelling en vierhandengebarentaal;
- het leren omgaan met communicatiehulpmiddelen.

Hieronder gaat het CVZ nader op deze interventies in.

3.a.1. Het aanleren van spraakafzien

Audiologische centra leveren van oudsher het leren van spraakafzien (liplezen)⁴. Deze zorg was apart geregeld in de Zvw, en komt nu ten laste van de Zvw.

Het leren van spraakafzien is ook zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De omschrijving in het Besluit zorverzekering (Bzv) omvat logopedische zorg met een geneeskundig doel. Dit laat zich vertalen in zorg die zich specifiek richt op de articulatie, het slikken, de stem, de taal en het gehoor. Bij dit laatste gaat het behalve om bijvoorbeeld het oefenen van de stem en spraak bij mensen die zichzelf niet kunnen horen en het begeleiden van mensen die pas een gehoorapparaat hebben gekregen ook om de training in spraakafzien (liplezen) van slechthorenden en plots- en laatdoven.

3.a.2. Nederlands met Gebaren, Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen

Nederlandse Gebarentaal (NGT) en Nederlands met Gebaren (NmG) zijn alternatieve communicatievormen voor doven en slechthorenden.

Prelinguaal doven leren de NGT vaak van jongs af aan (op natuurlijke wijze als ze dove ouders hebben). Vaak is het hun eerste taal. Horende ouders kunnen de NGT

² Bij Nederlands met Gebaren wordt gewoon Nederlands gesproken, waarbij de belangrijkste woorden worden ondersteund met gebaren.

³ Nederlandse Gebarentaal is een taal die volledig uit gebaren bestaat. Lichaamshouding, mimiek en mondbeeld spelen tevens een rol.

⁴ RZA 2005, 195

vanaf de geboorte van hun kind (samen met hun kind) leren in de vanuit de AWBZ ingezette gezinsbegeleiding. Het aanleren van NGT is vaak onderdeel van het speciaal onderwijs. Voor zover dat niet het geval is, komt die zorg van oudsher ten laste van de AWBZ. Deze zorg valt nu onder artikel 8 Bza (behandeling). Dat geldt ook voor het aanleren van NGT aan de directe omgeving van de verzekerde, zoals ouders, gezinsleden en het directe sociale netwerk.

NmG is gebaseerd op de gesproken taal, waarbij de kernbegrippen ondersteund worden met gebaren. Plotsdoven gebruiken vaak NmG bij hun communicatie. Het aanleren van NmG aan doven, slechthorenden, plotdoven en hun naasten, komt van oudsher ten laste van de AWBZ. Ook deze zorg valt onder artikel 8 Bza (behandeling). Hetzelfde geldt voor het aanleren van andere alternatieve communicatievormen voor specifieke doelgroepen als vingerspellen en vierhandengebarentaal.

Het aanleren van NGT en NmG of een andere communicatievorm vergt een programmatische aanpak waarvoor deskundigheid op het niveau van een behandelaar noodzakelijk is. Deze zorg valt daarom onder de aanspraak op behandeling van artikel 8 Bza.

Het CVZ heeft begrepen dat in de praktijk het beeld bestaat dat AWBZ-behandeling altijd multidisciplinair zou moeten zijn, en het aanleren van NGT of NmG daarom niet geïndiceerd zou kunnen worden. Die stelling vindt geen basis in de wet. Ook als het aanleren van NGT of NmG monodisciplinair plaatsvindt, is het onderdeel van de aanspraak op behandeling.

3.a.3. Het leren omgaan met communicatiehulpmiddelen

Het adviseren over de aanschaf van gehoorapparatuur en het voorlichten over het gebruik ervan hoort van oudsher tot de zorg van audiologische centra. Die zorg komt ten laste van de zorgverzekering.

Het trainen van het hanteren van communicatieapparatuur in verband met andere zintuiglijke handicaps vereist vaak veel langdurige training. Dit is vaak anders geregeld. Het trainen van het omgaan met spraakcomputers, brailleapparatuur en dergelijke wordt meestal door AWBZ-instellingen geleverd.

3.b. Begeleiding bij “life-events” van doven en slechthorenden

Bij prelinguale doofheid is er vaak sprake van een spraaktaalachterstand. Vooral als (zoals vroeger gebruikelijk was) het dove kind met de Nederlandse (spreek)taal werd opgevoed.

Prelinguale doofheid

Een te arm taalaanbod kan leiden tot een ongenueanceerd (zwart-wit) begrippenkader. Door het ontbreken van "incidental learning" (toevallig leren), is er ook vaak een achterstand in de sociaal-emotionele ontwikkeling. En in de kennis van sociale codes en ongeschreven regels. Veel prelinguaal doven kunnen moeilijk omgaan met de complexiteit van de horende wereld. Het leren verloopt in kleine stapjes, en het omgaan met nieuwe situaties en levensvragen kan problematisch zijn⁵. Het begeleiden van deze prelinguaal doven vereist niet alleen voldoende kennis van gebarentaal, maar ook van hun achtergrond en manier van denken.

GGMD biedt een breed scala aan individuele en groepsgewijze begeleidingsmogelijkheden op verschillende levensterreinen. Ook geestelijke gezondheidszorg aan doven hoort tot het aanbod. Het gaat daarbij om geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zvw.

Over verwerkingsproblematiek bij "life-events" is het CVZ in eerdere rapporten al ingegaan⁶. Het is van belang onderscheid te maken tussen een verstoord en een normaal verwerkingsproces.

Life-events

3.b.1. Begeleiding bij een verstoord verwerkingsproces

Het doormaken van "life-events" hoort bij het normale leven. De verwerking van verlies, of het zich aanpassen aan een nieuwe situatie zijn normale processen. De meeste mensen hebben voldoende herstellend vermogen om zelfstandig, of met steun, begrip en erkenning vanuit de omgeving, een schokkende gebeurtenis of verlies te verwerken. De stressreacties nemen geleidelijk af en na enige tijd wordt het leven en werken er niet meer door gehinderd.

Verstoord verwerkingsproces

Soms is de problematiek zo ernstig, of verloopt het verwerkings- of aanpassingsproces zodanig, dat specifieke professionele hulp noodzakelijk is in de vorm van eerstelijnspsychologie. Er moet dan wel een diagnose op as I en/of II van de DSM IV aanwezig zijn.

In sommige situaties kunnen levensvragen sluimerende psychiatrische problematiek luxeren. In die gevallen is een psychiatrische behandeling aangewezen.

Zorg zoals (klinisch) psychologen of psychiaters die plegen te bieden is te verzekeren zorg in het kader van de Zvw.

⁵ Rapport Pakketmaatregel 2009 en de ZG-sector, ETC-Tangram, Leusden, drs. J. Spek, 29 oktober 2009.

⁶ Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, CVZ, 13-07-2006, onder 2.b.1. en de (bijlage bij) de beantwoording van de aanvullende vragen van VWS over de uitvoeringstoets OB/AB/BH, CVZ, 25148519

Het feit dat voor de psychologische en psychiatrische zorg aan doven specifieke deskundigheid over de doelgroep noodzakelijk kan zijn, is voor die duiding niet van belang. Het is aan de zorgverzekeraar om verantwoorde zorg in te kopen.

3.b.2. Begeleiding bij een normaal verwerkingsproces

Begeleiding bij de normale verwerking van ingrijpende gebeurtenissen (life-events), is geen AWBZ-zorg. Voor zover de directe omgeving niet voorziet in de nodige steun, gaat het om psychosociale begeleiding, die sinds 1 januari 2008 geen onderdeel uitmaakt van de AWBZ. Als de begeleiding vanuit de directe omgeving tekortschiet, is wellicht een beroep op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) mogelijk.

Dat kennis van de situatie van de doelgroep gewenst is om die psychosociale begeleiding te bieden, doet daar niet aan af. Ook voor andere doelgroepen met specifieke problematiek zoals patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH), verstandelijk gehandicapten en mensen met psychiatrische problematiek geldt dat specifieke kennis nodig is van de doelgroep.

Het CVZ beseft dat het voorzien in begeleiding gericht op specifieke doelgroepen soms problemen oplevert. Er bestaan echter ook goede initiatieven zoals een dovenambassadeur en teletolken⁷. Het CVZ is niet bevoegd de uitvoering van de Wmo door gemeenten te sturen. De Wmo maakt geen uitzondering voor specifieke doelgroepen, gemeenten moeten zelf beleid maken voor die doelgroepen.

Doven en doofblinden behoren overigens tot de doelgroep van MEE, die hiervoor een aanbod zou moeten hebben.

3.c. Leren omgaan met tinnitus, ziekte van Ménière en hyperacusis

Tinnitus is oorsuizen. Als er een oorzaak voor aan te wijzen is (bijvoorbeeld een vaatafwijking waardoor de eigen hartslag hoorbaar is), spreekt men van objectieve tinnitus. Vaak is er geen aanwijsbare oorzaak. Dan spreekt men van subjectieve tinnitus.

De ziekte van Ménière kenmerkt zich door de volgende drie symptomen: oorsuizen, duizelingen en gehoorverlies.

Bij hyperacusis worden normale geluiden als te sterk, onaangenaam of zelfs pijnlijk ervaren.

⁷ <http://www.doof.nl/Gemeenten-vaak-slecht-toegankelijk-voor-doven-en-slechthorenden-2-1995.htm>

Het bieden van begeleiding aan mensen met problemen met de gehoorfunctie is een van de zorgvormen die audiologische centra van oudsher bieden. Het gaat daarbij om cursussen en individuele begeleiding voor het leren omgaan met tinnitus, ziekte van Ménière en hyperacusis. De verzekerde krijgt tips, adviezen en handvatten waardoor hij zo goed mogelijk met de symptomen kan functioneren. Deze zorg vindt plaats op grond van de Zvw.

3.d. Begeleiding bij zelfredzaamheid

Prelinguale doofheid kan gepaard gaan met stoornissen in de ontwikkeling van de communicatie, sociale vaardigheden, zelfstandigheid en weerbaarheid. Dit geldt vooral voor de huidige volwassenen, die in hun jeugd alleen de gesproken taal kregen aangeboden, en vaak ook opgroeiden in een overbeschermende omgeving⁸. Het is voor te stellen dat een deel van hen zodanige beperkingen heeft, dat ze voor hun dagelijkse leven zijn aangewezen op begeleiding.

De formulering van artikel 6 Bza maakt het mogelijk begeleiding die is gericht op het compenseren, behouden of verbeteren van de sociale redzaamheid van zintuiglijk gehandicapten ten laste van de AWBZ te leveren.

Het moet dan wel gaan om matige of zware beperkingen op een of meer van de in het eerste lid van dat artikel genoemde terreinen. Vooral zal het bij deze doelgroep gaan om problemen t.a.v. de sociale redzaamheid, psychisch functioneren, en misschien om probleemgedrag.

Als er dergelijke matige tot zware beperkingen aanwezig zijn, is er aanspraak op begeleiding die is gericht op een van de in het derde lid genoemde activiteiten.

3.d.1. Matige of zware beperkingen

Artikel 6 Bza stelt dat een verzekerde alleen aanspraak op begeleiding heeft, als er sprake is van matige of zware beperkingen op een of meer van de volgende terreinen:

- de sociale redzaamheid;
- het bewegen en verplaatsen;
- het psychisch functioneren;
- het geheugen en de oriëntatie;

of de verzekerde moet matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

Prelinguale doofheid leidt niet persé tot matige of zware beperkingen op een van de genoemde terreinen. Veel doven bewijzen dagelijks dat het, ondanks een ernstige gehoorstoornis, mogelijk is uitstekend te functioneren.

⁸ Rapport Pakketmaatregel 2009 en de ZG-sector, ECT-Tangram, Leusden, drs. J. Spek, 29 oktober 2009

Zoals hierboven is beschreven, brengt (prelinguale) doofheid echter wel een risico met zich mee dat zich beperkingen ontwikkelen (of hebben ontwikkeld) op het terrein van de sociale redzaamheid en/of het psychisch functioneren. Op grond van artikel 6 Bza heeft de verzekerde aanspraak op begeleiding als die beperkingen matig of zwaar zijn.

Operationalisering “matige of zware beperking”

Vanuit de zintuiglijk gehandicaptensector is gesteld dat de manier waarop het CIZ vaststelt of er sprake is van matige of ernstige beperkingen, niet passend is voor zintuiglijk gehandicapten.

De operationalisering van het criterium “matige tot zware beperkingen” in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ kan daar inderdaad aanleiding toe zijn.

De operationalisering van “sociale redzaamheid” lijkt vooral te zijn gebaseerd op intellectuele vermogens. Die van “zich bewegen en verplaatsen” vooral op problemen in het bewegingsapparaat. Bij oriëntatiestoornissen lijkt vooral te zijn gedacht aan psychogeriatrische en psychiatrische problematiek.

De aanspraak op AWBZ-zorg is vastgelegd in het Bza. De wettelijke aanspraak op zorg kan niet op grond van beleidsregels worden beperkt.

Het CVZ adviseert de minister de operationalisering van de term “matige tot ernstige beperkingen” in de bestaande beleidsregels herkenbaarder te maken voor de specifieke problematiek van zintuiglijk gehandicapten. Desgewenst wil het CVZ daarbij hulp bieden.

3.e. Begeleiding van doofblinden

De aanspraak op begeleiding in het kader van de AWBZ is met ingang van 1 januari 2009 beperkt. Er moet sprake zijn van matige tot ernstige beperkingen ten gevolge van een van de AWBZ-grondslagen. Daarnaast is de aanspraak beperkt tot een van de activiteiten die zijn genoemd in artikel 6 lid 3 Bza:

- het ondersteunen bij of het oefenen met vaardigheden of handelingen,
- het ondersteunen bij of het oefenen met het aanbrengen van structuur of het voeren van regie, of
- het overnemen van toezicht op de verzekerde.

Maatschappelijke participatie is geen doelstelling meer van de AWBZ. Die komt ten laste van de Wmo.

Bij de indicatiestelling voor begeleiding van doofblinden bleek dat het indicatieorgaan de begeleiding buitenshuis

interpreteerde als maatschappelijke participatie.
In overleg met het departement beoordeelt het CVZ
hieronder of die interpretatie correct is.

Het beschrijft eerst de problematiek van doofblinden, en
de operationalisering daarvan in de Beleidsregels
indicatiestelling AWBZ. Daarna gaat het in op de relatie
tussen zelfredzaamheid en maatschappelijke
participatie.

De conclusie is dat begeleiding bij de zelfredzaamheid
een voorwaarde is voor maatschappelijke participatie.
Op die begeleiding heeft de verzekerde aanspraak.
De omvang waarin dat het geval is, is afhankelijk van de
persoonlijke omstandigheden van de verzekerde.

3.e.1. Doofblindheid

Het Platform Doofblindheid heeft in 1999 doofblindheid
als volgt gedefinieerd:

Definitie doof- blindheid

Doofblindheid is een combinatie van doofheid/slecht-
horendheid en blindheid/slechtziendheid. Doofblindheid
belemmert mensen in hun communicatie, het verwerven
van informatie en de mobiliteit. Zonder aanpassingen,
hulpmiddelen en/of ondersteuning van anderen kunnen
doofblinde mensen niet vanzelfsprekend deelnemen aan
het dagelijkse en het maatschappelijke leven".

De medische definitie beschrijft doofblindheid in termen
van gehoorverlies in combinatie met een visusverlies in
scherpzien en/of een gezichtsveldbeperking:
doofblind is een gehoorverlies van 35 decibel of meer,
een gezichtsverlies in scherpzien van 0.30 of minder
en/of een gezichtsveld van 30° of minder.

Prevalentie

Er zijn in Nederland tussen de 33.000 en 38.000
doofblinden, waarvan ongeveer 100 doofblind zijn
geboren. Tussen de 30.000 en 35.000 mensen zijn na
hun 55-ste doofblind geworden, ongeveer 1000 mensen
daarvóór. Ruim 3500 doofblinden hebben ook een
verstandelijke handicap^{9,10}.

De ernst van de beperkingen varieert van slechthorend-
heid in combinatie met slechtziendheid tot totale
doofheid en blindheid.

Divers beperkingen- beeld

De manier waarop en de mate waarin individuen
beperkingen ervaren in hun dagelijks leven, is
afhankelijk van veel factoren. Het is van belang in welke
mate iemand doof en blind is, en of het gaat om
aangeboren stoornissen of verworven stoornissen.

⁹ Prevalentie van doofblindheid in Nederland, NIZW, Vaal en Schipper, 2005

¹⁰ Ouderdomsdoofblindheid in Nederland, EMGO/LASA- VU Medisch Centrum, Vaal en Deeg, 2005

Ook is de progressie van belang: was er eerst sprake van slechthorendheid/doofheid of van slechtziendheid/blindheid, hoe en in welk tempo treedt verslechtering op. Daarnaast zijn persoonlijke kenmerken, zoals bijkomende beperkingen, karaktereigenschappen en intelligentie van belang, en speelt ook de sociale omgeving een belangrijke rol. Er is dan ook geen algemeen beperkingenpatroon te beschrijven. Beperkingen betreffen vooral de communicatie, informatie, mobiliteit, en snelle vermoeidheid omdat elke handeling veel concentratie vereist. Kleine veranderingen in de dagelijkse omgeving vragen veel aanpassingsvermogen. Hoe de objectieve beperkingen in de praktijk uitwerken, is voor iedere doofblinde verschillend, en varieert in de tijd. Er zijn geen standaardoplossingen.

3.e.2. Matige of zware beperkingen

Dat doofblindheid leidt tot matige tot zware beperkingen ten aanzien van de sociale redzaamheid, het bewegen en verplaatsen, en de oriëntatie, is evident.

Afhankelijk van ontstaan en achtergrond van de problematiek, bijkomende beperkingen en omstandigheden kan er daarnaast sprake zijn van beperkingen in het psychisch functioneren en kan er sprake zijn van probleemgedrag.

In paragraaf 4.d.1. is het CVZ ingegaan op de operationalisering van de term “matige of ernstige beperkingen” in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2010. Deze is niet goed toegesneden op de specifieke problematiek van zintuiglijk gehandicapten.

Een aandachtspunt daarbij is, dat de beperkingen waarmee doofblinden in het dagelijks leven worden geconfronteerd, geen optelsom zijn van de auditieve en visuele beperkingen. De combinatie van beide maakt de beperkingen veel complexer.

Hun beperkingen beïnvloeden elkaar negatief. Doofblinde mensen nemen de omgeving verbrokkeld waar. In de dagelijkse praktijk hebben zij moeite met het vergaren van informatie, communicatie, en oriëntatie in de ruimte¹¹.

3.e.3. Maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid

Maatschappelijke participatie geen doel van de AWBZ

Met ingang van 1 januari 2009 is de aanspraak op begeleiding vanuit de AWBZ beperkt. Uit de toelichting bij het wijzigingsbesluit blijkt dat de wetgever vindt dat “maatschappelijke participatie niet tot de onbetwistbare AWBZ-zorg, en derhalve niet tot het domein van de AWBZ” behoort.

¹¹ Rapport Pakketmaatregel 2009 en de ZG-sector, ECT Tangram, 29 oktober 2009

“Het schrappen van de participatiedoelstelling betekent dat geen begeleiding meer wordt geïndiceerd die uitsluitend is gericht op maatschappelijke integratie.”
“De nieuwe functie begeleiding wordt uitsluitend gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid....”

Deze toelichting maakt het van belang duidelijkheid te scheppen over de vraag wat precies onder de termen “maatschappelijke participatie” en “zelfredzaamheid” moet worden verstaan, en hoe die zich tot elkaar verhouden.

Beide termen zijn noch in het Bza, noch in de Wmo gedefinieerd. Hieronder gaat het CVZ eerst in op deze termen. Daarna geeft het aan hoe die zich tot elkaar verhouden.

3.e.4. Maatschappelijke participatie

Definitie

Het RIVM verwijst in een rapport uit 2005¹² naar een aantal definities van maatschappelijke participatie. Een eenduidige definitie is er niet, en voor zover er definities bestaan blinken ze niet uit in scherpte. Zo lijkt de definitie van de WHO een cirkelredenering. De WHO definieert maatschappelijke participatie als deelname aan het maatschappelijk verkeer. Het RIVM operationaliseert maatschappelijke participatie dan ook (in navolging van de SCP) aan de hand van activiteiten.

Het stimuleringsprogramma Sociale cohesie¹³ definieert maatschappelijke participatie als: “de bijdrage van een individu aan de vorming en instandhouding van een systeem, zij het een groep, een organisatie, of een samenleving”.

Het Verweij-Jonker Instituut gaat in een rapport van 2008¹⁴ ook in op de definitie van maatschappelijke participatie. De definitie die het aan maatschappelijke participatie geeft is: “het feit dat mensen actief zijn in vrijwillige organisaties om hun eigen of meer algemene verlangens of belangen te behartigen”.

Onder een samenleving wordt in de sociologie het volgende verstaan: “een groep mensen die samen een halfgesloten systeem vormen en waarbinnen wisselwerking bestaat tussen de leden die van die groep deel uitmaken. Hoewel de mens ook samenleeft met dieren en dingen, staat het netwerk van relaties tussen mensen centraal. De samenleving is het studieobject par excellence van de sociologie.

¹² Rapport “Gezond actief, de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen, RIVM rapport 270054001/2005.

¹³ Stimuleringsprogramma Sociale Cohesie, 2000

¹⁴ “Als een steen in de Vijver”, analysekader en casestudyprotocol voor de evaluatie van het Fonds Maatschappelijke Ontwikkeling, Boogers c.s. november 2008

Afhankelijk van de context kan men het begrip samenleving beperken of uitbreiden met minimaal twee personen tot bijvoorbeeld een gezin, woongemeenschap, stad, staat of de gemeenschap van alle mensen.”

Het begrip maatschappij valt grotendeels samen met de notie samenleving, maar legt meer de nadruk op institutionele, ordenende aspecten van de samenleving: de staat en de staatsapparaten. Daarmee is het ook een meer territoriumgebonden begrip dan samenleving.

De maatschappij is dus op te vatten als dat deel van de samenleving waarin relaties niet zijn gebaseerd op persoonlijke verhoudingen, zoals in het gezin, leef-eenheid, vriendenkring, familie e.d. maar op gezamenlijke belangen en interesses, zoals sport, politiek, cultuur, arbeid of onderwijs.

3.e.5. Zelfredzaamheid

Ook zelfredzaamheid is geen eenduidig gedefinieerd begrip.

Van Daele omschrijft het als het vermogen zonder professionele zorg te leven.

Andere definities zijn:

- vermogen om dagelijkse algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen, bijvoorbeeld wassen, aankleden en koken en vermogen om sociaal te kunnen functioneren¹⁵.
- het zichzelf kunnen redden, kunnen helpen, bijv. van patiënten¹⁶.
- activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL) kunnen uitvoeren (ergotherapie). Het gaat om zaken als wassen, eten, aankleden e.d.

Zelfredzaamheid is volgens het NIZW (nu Vilans) het vermogen om dagelijks algemene levensverrichtingen zelfstandig te kunnen doen, bv. wassen, aankleden en koken. Daarnaast onderscheidt Vilans het begrip "psychosociale zelfredzaamheid": het vermogen tot sociaal functioneren in de dagelijkse leefsituaties, zoals thuis, bij winkelen, vrijetijdsbesteding, in relatie met vrienden, collega's enz.

Het CVZ heeft in RZA 2006, 39 zelfredzaamheid gekoppeld aan de ICF¹⁷. Deze analyse is ook opgenomen in het AWBZ-Kompas. Het blijkt dat ook de ICF behulpzaam kan zijn om de inhoud van zelfredzaamheid te verduidelijken.

¹⁵ www.thesauruszorgenwelzijn.nl

¹⁶ www.ecyclo.nl

¹⁷ International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, Geneva 2001

3.e.6. Verhouding tussen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid

Formele en informele verbanden

Het onderscheid tussen maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid is in de kern als volgt te karakteriseren: zelfredzaamheid betreft het persoonlijk functioneren in de dagelijkse persoonlijke levenssituaties. Maatschappelijke participatie betreft de deelname aan niet-persoonlijke (min of meer formele) verbanden, op basis van gemeenschappelijke belangen en interesses.

Dit onderscheid betekent dat niet de plaats waar de verzekerde zich bevindt, bepalend is, maar de aard van zijn activiteiten. Niet alle activiteiten buitenshuis zijn maatschappelijke participatie. Van maatschappelijke participatie is alleen sprake als de activiteiten erop zijn gericht deel te nemen aan min of meer formele maatschappelijke verbanden.

Begeleiding voorwaarde voor participatie

Er zijn situaties waarin zonder meer duidelijk is dat het alléén gaat om zelfredzaamheid of alléén om maatschappelijke participatie. Maar vaak dat onderscheid is minder scherp. Een bepaalde mate van zelfredzaamheid is een voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Bij somatische aandoeningen vallen bijvoorbeeld eten, drinken en toiletgang onder zelfredzaamheid. Dat geldt bij doofblindheid voor het communiceren, het herkennen van objecten, oriëntatie op straat en in openbare gebouwen etc.

Soms is de zelfredzaamheid die nodig is tijdens maatschappelijke participatie te verhelpen met hulpmiddelen (bril, blindenstok, blindengeleidehond, ringleiding, etc.), of ligt het voor de hand dat de omgeving zich enigszins aanpast of hand- en spandiensten verleent. Als er geen technische oplossingen voorhanden zijn, moet de compensatie ervan door mensen gebeuren. Bijvoorbeeld door de Begeleidersvoorziening doofblinden, die al jarenlang een vertrouwde en noodzakelijke voorziening voor de doofblinden in Nederland is. Voor wat betreft de AWBZ gaat het dan om de functies persoonlijke verzorging en/of begeleiding.

3.e.7. De omvang van de aanspraak

De omvang van de aanspraak op zorg wordt bepaald door artikel 2 lid 1 Bza. Er bestaat aanspraak op AWBZ-zorg voor zover die niet op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw kan worden bekostigd. Ook moet de verzekerde redelijkerwijs, en “mede uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening” op de zorg zijn aangewezen.

Geen absolute bovengrens

Het Bza bevat geen andere absolute bovengrens voor de omvang van de zorg. De bovengrens van de aanspraak wordt vooral bepaald door het begrip “redelijkerwijs zijn aangewezen op”.

In de Beleidsregels Indicatiestelling 2010 is uitgewerkt hoe het indicatieorgaan bepaalt op welke zorg de verzekerde is aangewezen. In paragraaf 4.1 staat een normering van de omvang. Deze normering wordt gepresenteerd als een maximum omvang.

Beperking van de aanspraak is alleen in het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) mogelijk, niet door middel van beleidsregels¹⁸. De normeringen die in de beleidsregels zijn opgenomen zijn geen absolute maxima. Als de verzekerde aantoonbaar op meer zorg is aangewezen, moet het indicatieorgaan dat indiceren. Op dit moment lijkt 10 uur per week het maximum aantal uren te zijn. In een aantal gevallen kan dit voldoende zijn, maar er zijn ook situaties (bijvoorbeeld bij vrijwel volledige doofheid en blindheid bij een alleenstaande) waar dit kennelijk onvoldoende is.

***Standaard-
oplossing niet
mogelijk***

In paragraaf 4.d.1. is beschreven dat de beperkingen waarmee doofblinden worden geconfronteerd heel divers zijn, en dat standaardoplossingen niet bestaan.

Een harde normering voor de omvang is daarom niet mogelijk. De omvang waarop een doofblinde verzekerde is aangewezen kan niet anders dan individueel worden bepaald. Het is zinvol handvatten te maken welke activiteiten in ieder geval mogelijk moeten zijn.

¹⁸ Zie voor de juridische onderbouwing daarvan het advies van het CVZ over de beleidsregels indicatiestelling 2010, kenmerk ZA/29120020, op 30 november 2009 uitgebracht aan de staatssecretaris van VWS.

4. Conclusies

Hieronder geeft het CVZ per zorgvorm kort de conclusies weer die uit het vorige hoofdstuk volgen.

4.a. Het aanleren van communicatieve vaardigheden aan plotsdoven

4.a.1. Het leren van spraakafzien

Het leren van spraakafzien is zorg die van oudsher door audiologische centra wordt geleverd. Het is ook zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De zorg komt ten laste van de Zvw.

4.a.2. Nederlands met Gebaren, Nederlandse Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen

Het aanleren van Nederlands met Gebaren, Nederlandse Gebarentaal en andere alternatieve communicatievormen voor specifieke doelgroepen, zoals vingerspellen en vierhandengebarentaal, valt onder de functie behandeling van de AWBZ.

Die behandeling kan ook monodisciplinair zijn.

4.a.3. Het leren omgaan met communicatiehulpmiddelen

Het adviseren over de aanschaf van gehoorapparatuur en het voorlichten over het gebruik ervan is zorg die van oudsher door audiologische centra wordt geleverd. De zorg komt ten laste van de Zvw.

Het trainen van het hanteren van andere communicatieapparatuur is vaak anders geregeld. Meestal wordt dat door AWBZ-instellingen geleverd.

4.b. Begeleiding bij “life-events” bij doven en slechthorenden

Als er sprake is van een verstoord verwerkingsproces bij een ingrijpende gebeurtenis, en er een diagnose is op as I en/of II van de DSM IV kan de verzekerde zijn aangewezen op eerstelijns-psychologische zorg of psychiatrische zorg. Deze zorg valt onder de geneeskundige zorg van artikel 2.4. Bzv.

Begeleiding bij een normaal verwerkingsproces is geen Zvw-zorg, maar ook geen AWBZ-zorg.

Gemeenten maken in het kader van de Wmo beleid in hoeverre en hoe zij hun burgers hierbij ondersteuning bieden.

Doven horen ook tot de doelgroep van MEE, dat hiervoor een aanbod zou moeten hebben.

4.c. Leren omgaan met tinnitus, M. Ménière en hyperacusis

Begeleiding bij het leren omgaan met tinnitus, ziekte van Ménière of hyperacusis is zorg die van oudsher door audiologische centra wordt geboden. De zorg komt ten laste van de Zvw.

Over de nieuwe behandeling van subjectieve tinnitus door Adelante heeft het CVZ in een apart rapport vastgesteld dat die onvoldoende bewezen effectief is. Die behandeling komt noch ten laste van de Zvw, noch van de AWBZ.

4.d. Begeleiding bij zelfredzaamheid

Vooraf prelinguale doofheid kan gepaard gaan met zodanige beperkingen in de zelfredzaamheid dat de verzekerde is aangewezen op begeleiding. De formulering van artikel 6 Bza maakt dat mogelijk.

Het CVZ constateert dat de operationalisering van de beperkingen in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2010 niet goed is toegesneden op zintuiglijk gehandicapten. Het adviseert de Minister de beleidsregels herkenbaarder te maken voor zintuiglijke handicaps. Het gaat vooral om de dimensies sociale zelfredzaamheid, bewegen en verplaatsen en oriëntatie. Desgewenst wil het CVZ daarbij ondersteuning bieden.

4.e. Begeleiding van doofblinden

Een bepaalde mate van zelfredzaamheid is een voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Die zelfredzaamheid is geen onderdeel van de maatschappelijke participatie, maar van het persoonlijk functioneren. Bij doofblindheid bieden hulpmiddelen en andere voorzieningen vaak onvoldoende compensatie, en is daar alleen door middel van een persoonlijke begeleider in te voorzien. Die compensatie van zelfredzaamheid komt (bij matige of ernstige beperkingen) ten laste van de AWBZ.

Omdat de beperkingen waarmee doofblinden worden geconfronteerd heel divers zijn, en nog meer dan bij andere aandoeningen afhangen van allerlei persoonlijke omstandigheden is de bepaling van de omvang van de begeleiding altijd een individuele beoordeling.

5. Consequenties voor de uitvoeringspraktijk

In dit hoofdstuk gaat het CVZ in op de gevolgen van bovenstaand standpunt voor de uitvoeringspraktijk.

5.a. Aanspraak op zorg

In dit rapport geeft het CVZ aan welke zorgvormen ten laste van de Zvw en welke ten laste van de AWBZ komen.

5.b. Indicatiestelling AWBZ

Dit rapport geeft voor indicatiestellers AWBZ handvatten om te bepalen of een verzekerde recht heeft op behandeling en/of begeleiding ten laste van de AWBZ.

De operationalisering van de begrippen “matige” en “zware” beperkingen, zoals die in de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2010 is uitgewerkt, sluit niet goed aan bij de doelgroepen in de zintuiglijk gehandicaptenzorg. Tot die operationalisering is aangepast, moeten indicatiestellers beide begrippen in de geest van de regelgeving interpreteren.

Individuele beoordeling

Voor de omvang van de begeleiding bij doofblinden is geen algemene normering mogelijk. De indicatie moet naar redelijkheid worden vastgesteld. Dit moet echter niet tot gedetailleerde regelgeving leiden.

Historisch gegroeid

5.c. Zorginkoop en zorglevering

De zorg aan zintuiglijk gehandicapten is (historisch gegroeid) deels in de Zvw, en deels in de AWBZ gepositioneerd.

Voor zover aanbieders zorg vanuit zowel het Zvw- als het AWBZ-domein leveren, moeten ze zowel met het (regionale) zorgkantoor, als met de zorgverzekeraars overeenkomsten aangaan.

Specifieke zorg

Niet iedereen is in staat om met doven te communiceren. Dat geldt nog sterker bij doofblinden. Het gaat dan om heel specifieke zorg waarvoor een beperkt aantal gespecialiseerde instellingen bestaat. Het CVZ heeft in contacten met het veld begrepen dat die niet altijd voldoende capaciteit hebben om in de vraag naar gespecialiseerde begeleiding te voorzien. Het lijkt daarom noodzakelijk het aanbod van gespecialiseerde begeleiding te vergroten.

6. Vaststelling rapport

Vastgesteld op 25 mei 2010

College voor zorgverzekeringen

Lid Raad van Bestuur

dr. A. Boer