

|                  |   |
|------------------|---|
| Onderwerp:       | <b>Behandelmijding en adequate (psychiatrische) behandeling</b>   |
| Samenvatting:    | Een verzekerde met (psychiatrische) problematiek die wel behandeling accepteert, maar niet alle behandelopties wil benutten, kan niet zondermeer als behandelmijder worden aangemerkt. De verzekerde accepteert dan immers wel behandeling, maar niet elke mogelijke vorm. Het niet kunnen inzetten van alle behandelopties is veelal eigen aan de onderliggende psychiatrische problematiek, maar behoort ook tot de autonomie c.q. het zelfbeschikkingsrecht van de verzekerde. Of sprake is van behandelmijding hangt af van de vraag of de behandeling die de verzekerde volgt adequaat voor hem is. Welke behandeling adequaat is kan niet in zijn algemeenheid worden gezegd, maar is afhankelijk van de individuele situatie van de verzekerde. Hiertoe is een integrale beoordeling van de medische situatie, de voorgestelde behandeling en de betekenis daarvan voor de zorgbehoefte van verzekerde vereist. Aan het oordeel van de behandelaar moet hierbij een belangrijke waarde worden toegekend. |
| Soort uitspraak: | IgA = indicatiegeschil AWBZ   |
| Datum:           | 13 februari 2013  |
| Uitgebracht aan: | CIZ   |
| Zorgvorm:        | Begeleiding   |

Onderstaand de volledige uitspraak

### Het geschil

Verzekerde is een 52-jarige man van Bosnisch-Servische afkomst. Hij is enkele malen getrouwd geweest, maar nu alleenwonend. De relatie met zijn laatste ex-echtgenote is conflictueus. Verzekerde is in het verleden gedetineerd geweest vanwege agressief gedrag. Hij heeft nog contact met de reclassering.

In verband met psychiatrische en lichamelijke problematiek heeft verzekerde op 16 juli 2012 een indicatie aangevraagd voor AWBZ-zorg.

Bij indicatiebesluit van 22 augustus 2012 hebt u verzekerde, vanwege beperkingen in sociale redzaamheid, gedrag en psychisch functioneren, geïndiceerd voor individuele begeleiding klasse 2 met een geldigheidsduur van 15 jaar.

Bij brief van 6 september 2012 heeft mr. J.P. Schrale-Oranje van Oranje Advocatenkantoor (hierna: gemachtigde) namens verzekerde bezwaar aangetekend tegen dit besluit. Het bezwaar richt zich tegen de omvang van de geïndiceerde begeleiding. Gemachtigde geeft in het bezwaarschrift aan dat met het toegekende aantal uren aan verzekerde geen recht wordt gedaan. Zijn beperkingen zijn groter dan waarmee u, het CIZ, bij de indicatiestelling rekening hebt gehouden. Verzekerde is rolstoelgebruiker en slijkt veel (zware) medicijnen. Hij heeft inmiddels een aangepaste woning toegewezen gekregen, waarmee – zo stelt gemachtigde – wordt erkend dat hij ernstiger beperkingen heeft dan waarvan u bij de indicatiestelling bent uitgegaan.

Tijdens de hoorzitting heeft gemachtigde aangegeven dat er nauwelijks sprake is van mantelzorg. Verzekerde heeft geen benutbare arbeidscapaciteit en heeft een WWB-uitkering. Er is sprake van schuldproblematiek. Verzekerde wil met het bezwaar bereiken dat meer uren begeleiding worden toegekend.

Gelet op de inhoud van de conceptbeslissing op bezwaar hebt u het voornemen het bezwaar ongegrond te verklaren. U wilt het primaire indicatiebesluit intrekken en vervangen door een nieuw besluit, waarbij u de indicatie voor individuele begeleiding klasse 2 handhaaft, maar de geldigheidsduur bekort tot één jaar na de beslissing op bezwaar. Ter motivering geeft u aan dat verzekerde (naast de nevengrondslagen lichamelijke handicap en somatische aandoening) een dominante grondslag psychiatrische aandoening heeft. De psychiatrische aandoening is nog niet afdoende gediagnosticeerd en behandeld. Omdat behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet wettelijk voorliggend is en daarmee verbetering kan worden gerealiseerd, acht u uitbreiding van de indicatie voor begeleiding niet mogelijk. Een indicatie voor individuele begeleiding klasse 2 voor een beperkte duur is naar uw oordeel wel op zijn plaats, omdat verzekerde als behandelmijder kan worden aangemerkt: zijn actuele psychische gestoordheid – met name zijn paranoïde gedachten en veronderstellingen – belemmert hem om passende behandeling te zoeken en te accepteren. De indicatie is bedoeld om verwaarlozing te voorkomen en verzekerde te prikkelen zich alsnog te laten behandelen.

### **Wet- en regelgeving**

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang:

#### Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

##### *Artikel 9a, eerste lid en 9b, eerste lid*

Op grond van artikel 9b, eerste lid AWBZ bestaat slechts aanspraak op zorg, aangewezen ingevolge artikel 9a, eerste lid, indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

#### Zorgindicatiebesluit (ZIB)

##### *Artikel 2*

Als vorm van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid AWBZ, is in artikel 2 ZIB onder meer aangewezen de functie begeleiding, geregeld in artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)

#### Besluit Zorgaanspraken (Bza)

##### *Artikel 2, eerste en derde lid*

Aanspraak op AWBZ zorg bestaat slechts, indien deze zorg niet kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling (...) en voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

##### *Artikel 6*

1. Begeleiding omvat activiteiten aan verzekerden met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- a. de sociale zelfredzaamheid
- b. het bewegen en verplaatsen
- c. het psychisch functioneren
- d. het geheugen of de oriëntatie, of
- e. die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

2. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde.

3. De activiteiten, bedoeld in het eerste lid, bestaan uit:

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

#### Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ (Beleidsregels)

Bij de indicatiestelling hanteert u de Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ zoals vastgesteld door de Staatssecretaris van VWS en voor het laatst gewijzigd op 1 januari 2013<sup>1</sup>.

#### CIZ-indicatiewijzer

In de CIZ-indicatiewijzer geeft u een toelichting op de Beleidsregels<sup>2</sup>.

#### **Medische beoordeling**

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee:

Verzekerde is een 52-jarige, alleenstaande man van Bosnisch-Servische afkomst, die de Nederlandse taal slecht tot matig beheerst. Hij is bekend met complexe psychiatrische problematiek, waarbij actueel vooral achterdocht naar instanties en naar zijn ex-vrouw op de voorgrond staan. De gediagnosticeerde depressieve stoornis en PTSS waren in 2008 grotendeels in remissie. Daarna stonden psychotische stoornissen/ persoonlijkheidsproblematiek op de voorgrond.

Verzekerde wordt voor zijn psychiatrische aandoening behandeld met medicatie via de huisarts. Het contact met de psychiater is in 2011 door verzekerde beëindigd, maar zou inmiddels weer zijn hersteld. Hierover bestaat onduidelijkheid.

Lichamelijk is verzekerde bekend met een status na een doorgemaakt hartinfarct in 2011. De symptomen van deze aandoening zijn met medicatie onder controle. Tevens is sprake van een status na kogelverwondingen van beide bovenbenen, opgelopen in de Bosnisch-Servische oorlog. Het rechterbeen is in principe adequaat behandeld, aan het linker bovenbeen is sprake van chronische myelitis. Verzekerde is doorverwezen naar een gespecialiseerde traumachirurg voor verdere behandeling. Verder is sprake van een status na cataract extractie.

#### *Grondslagen*

Bij verzekerde is sprake van een dominante grondslag psychiatrische aandoening. Tevens is sprake van de nevengegrondslagen lichamelijke handicap en somatische aandoening.

#### *Stoornissen en beperkingen*

De benoemde stoornissen en beperkingen in het psychisch functioneren zijn grotendeels passend bij de psychiatrische diagnoses, waarbij opgemerkt dat verzekerde nog steeds klachten heeft die duiden op een actief aanwezige PTSS. De door verzekerde aangegeven geheugenstoornissen zijn niet passend bij de eerder gestelde diagnoses en nieuw voor de behandelend psychiater. Deze kunnen daarom niet worden geobjectiveerd.

De beperkingen die aangegeven worden bij het bewegen en verplaatsen zijn passend bij de somatische diagnoses.

---

<sup>1</sup> Stcrt. 21 december 2012, nr. 26768, zie [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl)

<sup>2</sup> CIZ-indicatiewijzer versie 6.0, januari 2013, zie [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)

### *Behandelmijder*

De CIZ arts geeft aan dat verzekerde kan worden aangemerkt als behandelmijder, omdat zijn psychische gestoordheid – met name zijn paranoïde gedachten en veronderstellingen – verhindert dat hij passende behandeling voor zijn psychische stoornis zoekt en accepteert. Die stelling is onvoldoende onderbouwd.

Uit de gegevens in het dossier blijkt dat verzekerde in ieder geval zijn medicatie krijgt via de huisarts. Het kan wellicht zo zijn dat hij niet alle behandelopties accepteert, maar dat betekent niet zondermeer dat sprake is van behandelmijding.

Verzekerde accepteert immers wel behandeling, maar niet elke mogelijke vorm. Het niet kunnen inzetten van alle behandelopties is veelal eigen aan de onderliggende (psychiatrische) problematiek van een verzekerde, maar behoort ook tot de autonomie, c.q. het zelfbeschikkingsrecht van de verzekerde. Welke behandeling/behandelvorm adequaat moet worden geacht, valt niet in zijn algemeenheid te zeggen, maar is afhankelijk van de individuele situatie van de verzekerde. De CIZ-arts moet daartoe een integrale beoordeling doen van de medische situatie, de voorgestelde behandeling en de betekenis daarvan voor de zorgbehoefte. Het oordeel van de behandelaar speelt hierbij een belangrijke rol.

Naar het oordeel van het CIZ wordt verzekerde niet adequaat behandeld, omdat behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet wettelijk voorliggend is en daarmee nog verbetering kan worden gerealiseerd. Op basis van de dossiergegevens kan deze conclusie niet zondermeer worden onderschreven. Het dossier bevat namelijk een aantal onduidelijkheden over de actuele behandeling van verzekerde.

Zo kan niet worden vastgesteld of verzekerde (nog) onder behandeling is van de psychiater. Volgens in het dossier aanwezige correspondentie van psychiater Von Gleich aan de huisarts (20 juli 2011) is de gespreksbehandeling bij hem afgesloten omdat verzekerde niet meer op afspraken verscheen. In een brief van 5 december 2012 stelt gemachtigde echter dat verzekerde zelf aangeeft al vijf jaar onder behandeling te zijn van psychiater Von Gleich, en dat hij veel baat heeft bij de gesprekken. In zijn brief van 10 mei 2012 geeft de huisarts aan dat psychiater Von Gleich in staat is om inzicht te geven over het functioneren van verzekerde.

Daarnaast is onduidelijk of van andere dan de actuele behandeling van verzekerde een daadwerkelijke verbetering kan worden verwacht. De psychiater schreef in juli 2011 aan de huisarts dat verzekerde eigenlijk meer op zijn plaats zou zijn bij een psychoseteam van de GGZ, maar dat doorverwijzing moeilijk is omdat de ex-vrouw van verzekerde, naar wie hij paranoïde wanen heeft, bij de GGZ werkt. Uit de stukken blijkt niet of de mogelijke doorverwijzing expliciet met verzekerde is overlegd.

Om goed te kunnen beoordelen of sprake is van een voor verzekerde adequate behandeling is het noodzakelijk dat overleg plaatsvindt met de psychiater. Een dergelijk overleg kan immers duidelijk maken of verzekerde nog onder behandeling is van psychiater Von Gleich, of de psychiater de actuele behandeling adequaat acht of dat deze van mening is dat van een andere/aanvullende behandeling voor verzekerde nog een daadwerkelijke verbetering kan worden verwacht. Als sprake is van een voor verzekerde adequate behandeling kan in overleg met de behandelaar worden bepaald of aanvullend op de behandeling inzet van AWBZ-zorg nodig is. Als geen sprake is van adequate behandeling van verzekerde, is de wel adequate (GGZ)-behandeling wettelijk voorliggend op de inzet van AWBZ-zorg. Het kan zijn dat verzekerde die behandeling niet wil volgen. In dat geval zal moeten worden nagegaan of bij hem sprake is van een gestoorde oordeelsvorming vanwege de bestaande psychiatrische problematiek. Dit in verband met een eventuele toekenning van minimale zorginzet vanuit de AWBZ.

### *Functie begeleiding*

Het CIZ zal, bij de beoordeling of verzekerde aanspraak heeft op begeleiding, moeten vaststellen of er bij verzekerde sprake is van matige tot zware beperkingen in de sociale redzaamheid, bij het bewegen en verplaatsen, in het psychisch functioneren, in de oriëntatie of het geheugen of in gedrag. Dit volgens de criteria zoals beschreven in de regelgeving (Artikel 6 Bza en de Beleidsregels). Het door de CIZ-arts genoemde “in psychosociale zin over de gehele linie matig functioneren” is geen criterium voor

toegang tot de functie begeleiding. De onderbouwing van de beslissing is op dit punt onvoldoende.

Uit het dossier blijkt dat er bij verzekerde met betrekking tot het psychisch functioneren zeker wel gesproken kan worden van matige beperkingen. Dit betekent dat verzekerde op zich in aanmerking kan komen voor de functie begeleiding. Daarbij moet echter wel in ogenschouw worden genomen dat verzekerde psychiatrisch behandeld wordt, hetgeen inhoudt dat de functie begeleiding alléén in samenspraak met de behandelaar kan worden toegekend.

Verder valt op dat het CIZ (onterecht) niet ingaat op het argument van verzekerde dat zijn beperkingen (vooral bij het bewegen en verplaatsen) ernstiger zijn dan waarmee het CIZ bij de indicatiestelling rekening heeft gehouden, aldus de medisch adviseur.

### **Juridische beoordeling**

De vraag die beantwoord moet worden is of uw conceptbeslissing op grond van de geldende regelgeving juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

In deze zaak is de concrete vraag of uw voorgenomen beslissing om verzekerde te indiceren voor individuele begeleiding klasse 2 voor de duur van één jaar juist is. U motiveert dit voornemen door te stellen dat verzekerde een behandelmijder is. Het College begrijpt hieruit dat u de indicatie voor begeleiding beschouwt als een zogenoemde “minimale zorginzet”, om verwaarlozing te voorkomen.

Het College acht uw standpunt dat verzekerde als behandelmijder moet worden aangemerkt onvoldoende onderbouwd. Hieronder licht het College dit toe. Daarbij gaat het College eerst in algemene zin in op behandelmijding. Het College legt uit dat, als een verzekerde met (psychiatrische) problematiek wel behandeling accepteert, maar niet alle behandelopties wil benutten niet zondermeer sprake is van behandelmijding. Bij het antwoord op de vraag of verzekerde als behandelmijder kan worden aangemerkt, is bepalend of de behandeling die hij volgt voor hem als adequaat moet worden beschouwd. Vervolgens past het College een en ander toe op de individuele casus van verzekerde. Ten slotte volgt het advies.

#### 1. Behandelmijding en adequate psychiatrische behandeling

Een behandelmijder is een verzekerde die de behandeling die hij nodig heeft vanwege zijn aandoening(en) en waarmee nog behandelresultaten zijn te bereiken, niet opzoekt of accepteert. Het gaat veelal om verzekerden met psychiatrische problematiek. Vaak ligt de oorzaak van de afwijzing van behandeling in een gestoorde oordeelsvorming, het ontbreken van ziekte-inzicht en/of het niet hebben van enig ziektebesef.

Als het niet opzoeken/accepteren van behandeling niet aan de verzekerde kan worden toegerekend vanwege een gestoorde oordeelsvorming tengevolge van de psychiatrische problematiek, kan zorg voor een behandelmijder worden geïndiceerd in de vorm van de zogeheten ‘minimale zorginzet’. Doel van de minimale zorginzet is ‘...te voorkomen dat verzekerde aan zijn lot wordt overgelaten...’ (RZA 2006,89). Er moet sprake zijn van een risico op verwaarlozing of opname in een instelling. De verwaarlozing moet niet door een eigen netwerk of een voorliggende voorziening, zoals maatschappelijke opvang, kunnen worden gecompenseerd (RZA 2012,70).

De mogelijkheid van minimale zorginzet bij behandelmijders is een uitzondering op het algemene uitgangspunt dat behandeling ten laste van de Zorgverzekeringswet wettelijk voorliggend is op de inzet van AWBZ-zorg en dat het ongebruikt laten van behandel-mogelijkheden volledig voor rekening van de verzekerde zelf komt.

Naast een minimale zorginzet blijft het de bedoeling dat de behandelmijder wordt gestimuleerd zich alsnog verder te laten behandelen. Het prikkelen tot behandeling valt, anders dan u in de conceptbeslissing aangeeft, niet onder de minimale zorginzet vanuit de AWBZ maar – afhankelijk van al dan niet gediagnosticeerde psychiatrische

problematiek en/of een recent behandelcontact – onder de Zorgverzekeringswet of de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (Wmo)<sup>3</sup>.

Als een verzekerde met (psychiatrische) problematiek wél behandeling accepteert, maar niet alle behandelopties wil benutten is niet zondermeer sprake van behandelmijding. Verzekerde accepteert dan immers wel behandeling, maar niet elke mogelijke vorm. Het niet kunnen inzetten van alle behandelopties is veelal eigen aan de onderliggende psychiatrische problematiek van een verzekerde, maar behoort ook tot de autonomie, c.q. het zelfbeschikkingsrecht van de verzekerde.

Of sprake is van behandelmijding hangt af van de vraag of de behandeling die hij volgt adequaat is voor verzekerde. Welke behandeling/behandelvorm adequaat moet worden geacht kan niet in zijn algemeenheid worden vastgesteld, maar is afhankelijk van de *individuele* situatie van de verzekerde. Hiertoe is een integrale beoordeling van de medische situatie, de voorgestelde behandeling en de betekenis daarvan voor de zorgbehoefte van verzekerde vereist. Aan het oordeel van de behandelaar moet hierbij een belangrijke waarde worden toegekend.

## 2. Situatie van verzekerde

In casu heeft verzekerde, naast lichamelijke en somatische problematiek, een dominante grondslag psychiatrische aandoening. Verzekerde accepteert wél behandeling voor zijn psychiatrische problematiek: hij wordt behandeld met psychiatrische medicatie, via de huisarts. In een dergelijke situatie kan niet zondermeer worden gesteld dat sprake is van behandelmijding. De vraag is of bij verzekerde sprake is van een adequate behandeling. Het College begrijpt uit uw conceptbeslissing dat u van oordeel bent dat verzekerde niet adequaat is/wordt behandeld. U concludeert dat met passende (GGZ)-behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet nog verbetering kan worden bereikt en dat dit voorliggend is op de inzet van AWBZ-zorg. Naar het oordeel van het College staat niet vast dat deze conclusie juist is.

Zoals uit het voorgaande volgt, hangt het antwoord op de vraag of sprake is van adequate psychiatrische behandeling af van de individuele omstandigheden van verzekerde.

In deze zaak is in dit verband relevant om te weten of verzekerde nog wordt behandeld door psychiater Von Gleich en zo ja, op welke wijze. Zoals de medisch adviseur van het College beschrijft, bevat het dossier hierover geen eenduidige informatie. Eveneens bestaat onvoldoende duidelijkheid over de (eventuele meerwaarde van) doorverwijzing naar het psychose-team of een andere GGZ-behandeling en of een dergelijke doorverwijzing expliciet met verzekerde is besproken. Uit de stukken blijkt niet dat u contact hebt opgenomen met de psychiater om hierover helderheid te krijgen. Naar het oordeel van het College had dit wel in de rede gelegen.

Het College acht uw stelling dat geen sprake is van passende behandeling dan ook onvoldoende onderbouwd. Voor een zorgvuldige beoordeling of sprake is van een voor verzekerde adequate behandeling is het noodzakelijk dat u een integrale beoordeling doet van de medische situatie, de voorgestelde behandeling en de betekenis daarvan voor de zorgbehoefte van verzekerde. Het is hierbij noodzakelijk dat u in contact treedt met psychiater Von Gleich.

Als u naar aanleiding van het overleg met de psychiater concludeert dat verzekerde psychiatrisch adequaat wordt behandeld, kunt u in afstemming met de behandelaar bepalen of, aanvullend op de behandeling, inzet van AWBZ-zorg (begeleiding) mogelijk is. Volledigheidshalve wijst het College u voor de afbakening tussen individuele begeleiding AWBZ en geneeskundige GGZ op zijn eerdere advies gepubliceerd in RZA 2010, 2.

---

<sup>3</sup> Als er sprake is van recente gediagnosticeerde psychiatrische problematiek en/of een recent behandelcontact valt het toeleiden naar behandeling onder de verantwoordelijkheid van de (laatste) behandelaar/hulpverlener of de huisarts (Zorgverzekeringswet). Als geen sprake is van recente gediagnosticeerde problematiek en/of een recent behandelcontact valt het toeleiden naar behandeling onder de OGGZ (Wmo). Zie RZA 2010, 2 en RZA 2012, 70.

Overigens kunt u bij de motivering of verzekerde is aangewezen op begeleiding in de conceptbeslissing niet volstaan met de algemene constatering dat verzekerde “in psychosociale zin over de gehele linie matig functioneert”. U dient aan de hand van het toetsingskader van artikel 6 Bza en de Beleidsregels te onderbouwen of verzekerde aanspraak heeft op begeleiding. Dit betekent dat u (o.a.) zult moeten vaststellen of verzekerde matige of zware beperkingen heeft op het terrein van de sociale redzaamheid, het bewegen en verplaatsen, het psychisch functioneren, het geheugen of de oriëntatie, of dat hij matig of zwaar probleemgedrag vertoont.

Het College acht aannemelijk dat verzekerde matige beperkingen heeft op het gebied van psychisch functioneren. Hij zou in die zin in aanmerking kunnen komen voor de functie begeleiding. Echter, omdat hij psychiatrisch wordt behandeld is toekenning van deze functie in aanvulling op de behandeling, zoals uit het voorgaande reeds bleek, alleen mogelijk in afstemming met de behandelaar.

Als u naar aanleiding van het overleg met de psychiater moet constateren dat de actuele behandeling *niet* adequaat is, moet uw conclusie zijn dat adequate (GGZ-)behandeling (vallend onder de Zorgverzekeringswet) wettelijk voorliggend is op de inzet van AWBZ-zorg.

Wanneer verzekerde die behandeling niet wil benutten, komt het ongebruikt laten van de behandelmogelijkheid in beginsel voor rekening van verzekerde zelf. Echter, als vanwege de aanwezige psychiatrische problematiek de oordeelsvorming over de behandelmogelijkheid niet volledig voor rekening van verzekerde kan komen, kan een minimale zorginzet worden overwogen, mits sprake is van verwaarlozing die niet door middel van een eigen netwerk of een voorliggende voorziening kan worden gecompenseerd.

Ten slotte merkt het College op dat verzekerde in bezwaar aanvoert dat hij zwaardere beperkingen heeft dan waarvan bij de indicatiestelling is uitgegaan (verzekerde is rolstoelafhankelijk en heeft inmiddels een aangepaste woning toegewezen gekregen). In uw conceptbeslissing gaat u niet in op dit onderdeel van het bezwaar. Gelet op artikel 7:11 Awb<sup>4</sup> adviseert het College u om in uw beslissing op bezwaar, met name bij de beoordeling of/welke beperkingen verzekerde heeft in bewegen en verplaatsen, alsnog op dit argument in te gaan.

### **Advies**

Gelet op het bovenstaande acht het College uw conclusie dat verzekerde als behandelmijder kan worden aangemerkt onvoldoende onderbouwd.

Het College adviseert u om nader te onderzoeken of bij verzekerde actueel sprake is van een adequate psychiatrische behandeling en hiertoe in overleg te treden met de psychiater.

Het College adviseert u om de resultaten van het onderzoek bij uw heroverweging te betrekken.

---

<sup>4</sup> Art. 7:11 lid 1 Awb: Indien het bezwaar ontvankelijk is, vindt *op grondslag daarvan* een heroverweging van het bestreden besluit plaats.