

Onderwerp:	Behandelmijding en specialistische longrevalidatie Heideheuvel
Samenvatting:	<p>Verzekerde heeft een somatische aandoening of beperking (ernstig longlijden). Er is onvoldoende onderbouwing voor een voorlopige grondslag psychiatrische aandoening of beperking. Door zijn longarts werd aangeraden een specialistische longrevalidatie in Heideheuvel te volgen. Verzekerde heeft hiervan afgezien en is in plaats daarvan na zijn ziekenhuisopname twee maanden opgenomen in het Transitorium. Verzekerde wenst een indicatie voor verblijf.</p> <p>Het CIZ heeft ten onrechte nagelaten overleg te plegen met de behandelaar van het Transitorium. Dit overleg is nodig om te kunnen beoordelen of er voor verzekerde na zijn ontslag uit het Transitorium nog adequate behandelmogelijkheden zijn. Het oordeel van de behandelaar speelt hierbij een belangrijke rol. Een actueel beeld van het huidige functioneren van verzekerde ontbreekt. De aard en frequentie van het benodigde ingrijpen bij een benauwdheidsaanval is niet in kaart gebracht. Op basis van een actueel en geobjectiveerd beeld van de beperkingen en de behandelbaarheid van verzekerde kan vervolgens worden beoordeeld op welke zorg en in welke omvang verzekerde is aangewezen. Als uit het overleg met de behandelend arts van het Transitorium volgt dat behandeling nog een voor verzekerde adequaat voorliggende voorziening is, en verzekerde blijft dit afwijzen c.q. wijst dit af, dan kan verzekerde worden aangemerkt als behandelmijder. In het geval het weigeren van deze behandeling niet aan een gestoorde oordeelsvorming als gevolg van een psychiatrische aandoening te wijten is, is er geen aanspraak op AWBZ-zorg.</p>
Soort uitspraak:	IgA = indicatiegeschil AWBZ
Datum:	13 februari 2013
Uitgebracht aan:	CIZ
Zorgvorm:	Verblijf, persoonlijke verzorging en begeleiding

Onderstaand de volledige uitspraak

Het geschil

Verzekerde is een 62-jarige man afkomstig uit Egypte. Hij is gescheiden en woont alleen. Hij beheerst de Nederlandse taal redelijk tot goed. Hij is somatisch bekend met een ernstig longlijden, COPD Goldstadium 4, niet afhankelijk van zuurstof. Daarnaast op cardiaal gebied bekend met atriumfibrilleren, status na longembolieën en decompensatio cordis. Verzekerde is erg angstig voor benauwdheidsklachten, wat het beeld verergert.

Hij is op 30 juni 2012 vanwege een exacerbatie van de COPD opgenomen in het ziekenhuis. Door de longarts is verzekerde tijdens zijn opname aangemeld voor een langdurige revalidatie bij Heideheuvel (specialistische longrevalidatie), waarop klinisch werd gewacht. Op het moment van overplaatsing gaf verzekerde aan hiervan af te willen zien. Op 6 augustus 2012 is verzekerde overgeplaatst naar het Transitorium (herstelafdeling in het ziekenhuis).

In verband hiermee is door het ziekenhuis via een standaardindicatieprotocol (SIP) een ZZP VV9a aangevraagd. Op 2 augustus 2012 heeft het CIZ een indicatiebesluit afgegeven voor

een ZP VV9a¹ van 2 augustus 2012 tot 1 februari 2013. Aansluitend hierop is persoonlijke verzorging klasse 2 en begeleiding individueel klasse 1 geïndiceerd voor vijftien jaar. Deze functies zijn als het ware meegeveegd uit het vorige indicatiebesluit d.d. 29 juni 2012 (vóór ziekenhuisopname). Verzekerde woont sinds 9 oktober 2012 weer thuis.

Tegen het indicatiebesluit van 2 augustus 2012 heeft de ex-echtgenote (hierna: gemachtigde) bij brief van 10 september 2012 bezwaar aangetekend. Hierin geeft zij aan dat het voor verzekerde vrijwel onmogelijk is geworden om alleen (zelfstandig) te wonen. Zij geeft aan dat hij door zijn longemfyseem in combinatie met hartritmestoornissen erg beperkt is geworden in de mogelijkheden om zelfstandig te wonen. Alles gaat zeer moeizaam. Daarbij komt dat hij erg angstig is geworden voor de benauwdheidsaanvallen. Zij geeft aan dat verzekerde graag in een verzorgingshuis wil wonen.

Tijdens het horen op 18 oktober 2012, wordt door de gemachtigde nog opgemerkt dat hij door de angst voor benauwdheidsaanvallen niet in staat is adequaat te handelen. De angst verergert de benauwdheidsklachten. Hij doet heel weinig door zijn beperkte energie en is veel alleen. Bij een benauwdheidsaanval is onplanbare zorg nodig. In het verleden is het gebeurd dat verzekerde wilde alarmeren, maar de telefoon liet vallen en bij komst van de ambulance de deur niet kon openmaken. Als doelmatige en passende oplossingen worden de mogelijkheden van personenalarmering (alarmknop) en aanleunwoning besproken. Gemachtigde merkt op een aanleunwoning als een passend oplossing te zien als er direct gealarmeerd kan worden en direct zorg aanwezig is.

Gelet op de inhoud van uw conceptbeslissing op bezwaar hebt u het voornemen om het bezwaar ongegrond te verklaren en het indicatiebesluit van 2 augustus 2012 te handhaven. U bent van oordeel dat naast een grondslag somatische aandoening of beperking, er psychiatrische problematiek speelt die van invloed is op de beleving van de ernst van de benauwdheidsklachten. Er is echter geen recent psychiatrisch onderzoek bekend, daarom kan alleen gesproken worden van een 'vermoeden van een psychiatrische grondslag'. U merkt op dat behandeling ten laste van de Zorgverzekeringswet en hulp bij het huishouden en vervoersvoorzieningen ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning wettelijk voorliggende voorzieningen zijn. Daarnaast zijn er algemeen gebruikelijke voorzieningen zoals alarmering, maaltijdendienst en een woonzorgvoorziening/aanleunwoning. U bent van oordeel dat verzekerde is aangewezen op persoonlijke verzorging klasse 2 voor hulp bij (gedeeltelijk) aankleden en wassen. Daarnaast heeft verzekerde matige beperkingen op het gebied van de sociale redzaamheid en daarmee aanspraak op begeleiding. Deze begeleiding moet geboden kunnen worden in perioden van (ernstige) benauwdheid waardoor verzekerde op die momenten niet in staat is complexe handelingen uit te voeren of beslissingen te nemen. U wijst de gevraagde indicatie voor verblijf af omdat verzekerde periodes alleen kan zijn, hij daarnaast hoofdzakelijk planbare zorg nodig heeft en als er sprake is van onplanbare zorg, verzekerde adequaat kan alarmeren. U handhaaft de verblijfsindicatie ZP VV9a tot 1 februari 2013. U merkt hierbij op dat de benodigde zorg voor in de thuissituatie (periode vanaf 9 oktober 2012) ook vanuit dit ZP is te leveren.

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)

¹ De zorg die onder dit ZP valt (geriatrie revalidatiezorg) is met ingang van 1 januari 2013 overgeheveld naar de Zvw.

Artikel 2

Als vorm van zorg, bedoeld in artikel 9a, eerste lid AWBZ, zijn in artikel 2 ZIB onder meer aangewezen de functies persoonlijke verzorging, begeleiding en verblijf, geregeld in respectievelijk de artikelen 4, 6 en 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza)

artikel 6

Voor zover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar:

- a. de algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager;
- b. de beperkingen die de zorgvrager in zijn functioneren ondervindt als gevolg van een somatische, psychogeriatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
- c. de woning en de woonomgeving van de zorgvrager;
- d. het psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager;
- e. de sociale omstandigheden van de zorgvrager;
- f. de aard en de omvang van de aan de zorgvrager geboden professionele en niet-professionele hulp en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan;
- g. welk cliëntprofiel het beste bij de zorgvrager past.

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 4

Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid.

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

Artikel 9

1. Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien de verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.

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 2013².

CIZ-indicatiewijzer

In de CIZ-indicatiewijzer geeft u een toelichting op de Beleidsregels³.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

In artikel 10, onder a Zvw is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.

Besluit zorgverzekering (Bzv)

In artikel 2.4, eerste lid, aanhef staat dat geneeskundige zorg zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6.

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.

Grondslagen

De grondslag somatische aandoening of beperking is juist. Verzekerde is erg angstig om benauwd te worden. Het is echter de vraag of dit gezien de ernstige medische situatie van verzekerde als pathologisch moet worden aangemerkt. Daarmee is er onvoldoende onderbouwing voor een voorlopige grondslag psychiatrische aandoening of beperking.

Stoornissen en beperkingen

De in de indicatiedossiers benoemde stoornissen en beperkingen vloeien logisch voort uit de aandoening. Deze staan niet te discussie.

Behandelmijder

In de conceptbeslissing wordt gemotiveerd dat behandeling ten laste van de Zorgverzekeringswet voorliggend is. Uit de gegevens in het dossier blijkt dat verzekerde geïndiceerde revalidatiebehandeling bij Heideheuvel heeft afgewezen en daarmee staat de vraag centraal of verzekerde aangemerkt moet worden als behandelmijder.

Volgens de longarts was er voor verzekerde nog enige verbetering van de kwaliteit van leven terug te krijgen door langdurige revalidatie in Heideheuvel, een derdelijnsinstelling.

Verzekerde heeft daarvan afgezien en is toen twee maanden opgenomen geweest in het Transitorium, er is hiervoor een ZZP VV9a aangevraagd en door het CIZ afgegeven.

De CIZ-arts moet nu een integrale beoordeling doen van de medische situatie, de eventuele behandel mogelijkheden (langdurige revalidatie in Heideheuvel?) en de betekenis daarvan voor de zorgbehoefte. Het oordeel van de behandelaar van het Transitorium speelt hierbij een belangrijke rol. In deze casus heeft de CIZ-arts ten onrechte nagelaten met deze behandelaar te overleggen. De conclusie van de CIZ-arts dat behandeling voorliggend is, zonder overleg te plegen met deze behandelaar is onvoldoende onderbouwd.

Indien een verzekerde niet alle behandelopties accepteert, betekent dat nog niet dat er altijd gesproken moet worden van behandelmijding. In deze situatie accepteerde verzekerde wel behandeling (Transitorium), maar niet de specialistische longrevalidatie in Heideheuvel.

Het niet kunnen inzetten van alle behandelopties kan eigen zijn aan de onderliggende (psychiatrische) problematiek van een verzekerde, maar behoort ook tot de autonomie c.q. het zelfbeschikkingsrecht van de verzekerde

Overigens is het tegenstrijdig om in de conceptbeslissing behandeling ten laste van de Zorgverzekeringswet als wettelijke voorliggende voorziening aan te merken, maar dat oordeel vervolgens in de afweging niet meer te betrekken en zonder nadere motivering een indicatie voor AWBZ-zorg af te geven.

² Stcrt. 21 december 2012, nr. 26768, zie www.overheid.nl

³ CIZ-indicatiewijzer versie 6.0, januari 2013, zie www.ciz.nl

Verblijf

Nu verzekerde uit het Transitorium naar huis is gegaan moet het CIZ beoordelen of verzekerde op de gevraagde functie verblijf is aangewezen. Het CIZ wijst dit af, maar er is wel een betere onderbouwing nodig. Indien verzekerde niet is aangewezen op verblijf is het juist dat het CIZ een indicatie in functies en klassen afgeeft. De aard en omvang dienen daarbij vastgesteld te worden op basis van actuele gegevens over de geobjectiveerde beperkingen en de eventuele voor verzekerde nog adequate behandel mogelijkheden.

Persoonlijke verzorging en verpleging

De beperkingen op dit gebied zijn passend bij de aandoening. In het indicatiedossier wordt benoemd dat er bij ernstige benauwdheidsklachten een noodzaak is voor ingrijpen. Welke handelingen en hoe acuut die dan moeten worden verricht blijft onduidelijk. Ook is niet bekend hoe vaak een benauwdheidsaanval optreedt. Als dit incidenteel hulp betreft bij het extra aanreiken of toedienen van medicatie en of zuurstof dan kan hiervoor extra persoonlijke verzorging of verpleging worden geïndiceerd. Op dit punt dient door het CIZ nader onderzoek te worden verricht.

In het indicatiedossier wordt de activiteit steunkousen aan- en uittrekken als onderdeel van de te indiceren persoonlijke verzorging genoemd. Deze activiteit wordt in de conceptbeslissing niet meer (apart) vermeld. Ook op dit punt dient nader onderzocht te worden of daarvoor nog steeds een indicatie nodig is.

Begeleiding

Uit de aandoeningen vloeien niet zonder meer matige of zware beperkingen voort. Betere onderbouwing is dan ook noodzakelijk.

Samenvatting en conclusie

De voorgenomen indicatie is onjuist met betrekking tot de duur van het geïndiceerde ZZP VV 09a. Verzekerde is op 9 oktober 2012 weer thuis gaan wonen, er is daarom geen noodzaak om deze indicatie door te laten lopen tot 1 februari 2013.

Er is nader onderzoek nodig naar de vraag of er nog voor verzekerde adequate behandel mogelijkheden zijn. Daarnaast zullen de actuele stoornissen en beperkingen in kaart moeten worden gebracht. Daarna moet duidelijk zijn of de functie verblijf terecht is afgewezen en wat de aard (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding) en omvang van de te indiceren zorg moet zijn.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of het bestreden indicatiebesluit op grond van de geldende regelgeving en de toepasselijke beleidsregels juist is en zorgvuldig tot stand is gekomen.

Geschil: verzekerde aangewezen op verblijf?

Het geschil tussen u en verzekerde beperkt zich tot de vraag of het terecht is dat u verzekerde niet hebt geïndiceerd voor verblijf. Het College is van oordeel dat voor het beantwoorden van deze vraag nader onderzoek nodig is. Een actueel beeld van het huidige functioneren van verzekerde ontbreekt. Ook is niet duidelijk of er nog een voor verzekerde adequate behandeling voorliggend is. Hierbij zal informatie bij de arts verbonden aan het Transitorium moeten worden ingewonnen. Daarnaast is de aard en frequentie van het benodigde ingrijpen bij een benauwdheidsaanval, niet in kaart gebracht. Op basis van een actueel en geobjectiveerd beeld van de beperkingen en de behandelbaarheid van verzekerde kan vervolgens worden beoordeeld op welke zorg en in welke omvang verzekerde is aangewezen.

Wettelijke voorliggende voorzieningen; behandelmijder?

Een verzekerde heeft aanspraak op AWBZ-zorg behoudens voor zover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling of een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (artikel 2, eerste lid, Bza). Als er wettelijke voorliggende voorzieningen zijn waarmee zorg kan worden bekostigd waarop verzekerde is aangewezen, of waarmee de beperking van de verzekerde kan worden opgeheven, gaat dit voor op AWBZ-zorg. Een psychiatrische behandeling (Zvw) gaat bijvoorbeeld voor op

begeleiding ten laste van de AWBZ (RZA 2012/11⁴). Revalidatie is ook een wettelijke voorliggende voorziening op de AWBZ (Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ, bijlage 1, paragraaf 3.2).

In zijn algemeenheid is inzet van AWBZ-zorg niet aangewezen als de verzekerde de aanwezige behandelmogelijkheden niet wenst te benutten; het ongebruikt laten van behandelmogelijkheden komt dan volledig voor rekening van verzekerde zelf (RZA 2006/89). Een uitzondering op deze algemene regel is bijvoorbeeld het weigeren van een voorliggende behandeling door een verzekerde die een gestoorde oordeelsvorming heeft als gevolg van een psychiatrische aandoening. In een dergelijk geval kan er, als verwaarlozing dreigt en deze niet door een eigen netwerk of voorliggende voorziening kan worden gecompenseerd, AWBZ-zorg in de vorm van minimale zorg worden ingezet⁵. Ook kan een behandeling die ingrijpt in de lichamelijke integriteit niet worden afgedwongen. In een dergelijk geval kan ondanks dat er door behandeling nog verbetering kan optreden, toch AWBZ-zorg worden ingezet.

Het College is van oordeel dat in onderhavige casus nog beoordeeld moet worden of en in hoeverre behandeling een voorliggende voorziening vormt. Het oordeel van de behandelaar speelt hierbij een belangrijke rol. In deze casus heeft de CIZ-arts ten onrechte nagelaten met de behandelend arts van het Transitorium te overleggen.

Als hieruit volgt dat behandeling nog een voor verzekerde adequaat voorliggende voorziening is, en verzekerde blijft dit afwijzen c.q. wijst dit af, dan kan verzekerde worden aangemerkt als behandelmijder. In het geval het weigeren van deze behandeling niet aan een gestoorde oordeelsvorming als gevolg van een psychiatrische aandoening te wijten is, is er geen aanspraak op AWBZ-zorg.

Conclusie

Er is nader onderzoek nodig waarin overleg met de behandelaar van het Transitorium plaatsvindt. Hierbij moet worden vastgesteld of er in het geval van verzekerde nog een voor hem adequate behandeling voorliggend is en wat de actuele stoornissen en beperkingen zijn. Afhankelijk van de uitkomsten van dit nadere onderzoek kan worden bepaald of verzekerde, en zo ja op welke AWBZ-zorg hij is aangewezen.

Advies van het College

Het College raadt u aan om uw beslissing te heroverwegen aan de hand van de uitkomst van het onderzoek en met inachtneming van het bovenstaande.

⁴ Uitspraak CRvB van 28 september 2011, nr. 10/1339 AWBZ

⁵ Zie CIZ Indicatiwijzer versie 5.0, pagina 121