



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland

Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

0530.2016126460

Datum 31 oktober 2016
Betreft Advies extramurale behandeling

Onze referentie

2016126460

Geachte heer Van Rijn,

Met uw brief van 23 juli 2015 heeft u Zorginstituut Nederland gevraagd advies uit te brengen over de overheveling van de extramurale behandeling van de voormalige AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Het antwoord op uw vraag luidt: Ja, de extramurale behandeling uit de voormalige AWBZ past in de Zorgverzekeringswet.

In het rapport *Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw* beantwoorden wij deze vraag. Het rapport treft u hierbij aan.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage

Rapport 'Extramurale
behandeling ontleed:
De zorg door Specialist
ouderengeneeskunde,
Arts voor verstandelijk
gehandicapten en andere
zorgverleners binnen de Zvw'



Zorginstituut Nederland

Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw

Datum 31 oktober 2016
Status **Definitief**

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

Colofon

Volgnummer 2016093876

Auteurs

Afdeling Pakket
Team Zorg Thuis

Uitgebracht aan De Staatssecretaris van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—7

Inleiding—11

- 1.1 Centrale vraag—11
- 1.2 Beschrijving van de zorg—12
 - 1.2.1 Werkwijze—12
 - 1.2.2 Voorwaarde voor levering van de zorg vanuit de Zvw—12
- 1.3 Parallele trajecten—13
- 1.4 Leeswijzer—13

2 Van extramurale behandeling naar geneeskundige zorg—15

- 2.1 Context—15
- 2.2 De vertaling—15

3 De zorg voor specifieke patiëntengroepen en voor ouderen binnen de extramurale behandeling—17

- 3.1 Aard van de zorg—17
- 3.2 Zorgvragen—18
- 3.3 Behandeldoelen—18
 - 3.3.1 Het mantelzorgsysteem—18
- 3.4 Het benodigde zorgarsenaal—18
 - 3.4.1 De specialist ouderengeneeskunde—18
 - 3.4.2 Samenwerking specialist ouderengeneeskunde - huisarts—19
 - 3.4.3 Overige zorgarsenalen—20
- 3.5 Dagbehandeling—21

4 Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking binnen de extramurale behandeling—23

- 4.1 Kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking—24
 - 4.1.1 Mentale functies—24
 - 4.1.2 Lichamelijke functies—24
 - 4.1.3 Maatschappelijk functioneren—24
 - 4.1.4 Cliëntensysteem—25
- 4.2 Behandeldoelen—25
- 4.3 Zorgverleners—25
 - 4.3.1 Arts voor verstandelijk gehandicapten—25
 - 4.3.1.1 Doelgroepspecifieke preventie—25
 - 4.3.1.2 Specifieke competenties en kennis van de arts verstandelijk gehandicapten—26
 - 4.3.1.3 Samenwerking huisarts/Arts voor verstandelijk gehandicapten—26
 - 4.3.2 Gespecialiseerde psycholoog—26
 - 4.3.3 Orthopedagoog—27
 - 4.3.4 Kunstmatige scheidslijn zorgaanbod psycholoog - orthopedagoog—27
 - 4.3.5 Paramedici—28
 - 4.3.6 Vaktherapeut—28

5 Plaats van de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten binnen de basisverzekering—29

- 5.1 Geneeskundige zorg—29
 - 5.1.1 Generalistische geneeskundige zorg—30

- 5.1.2 Arsenaal van specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten—31
- 5.2 Conclusie—32
- 5.2.1 Samenwerking huisarts – specialist ouderengeneeskunde – arts voor verstandelijk gehandicapten—33

- 6 Duiding gedragsdeskundigen, paramedici en vaktherapie—35**
- 6.1 Gespecialiseerde psycholoog—35
- 6.2 Orthopedagoog-generalist—35
- 6.3 Paramedici—36
- 6.4 Vaktherapie—36
- 6.5 Samenvatting—36

- 7 Beschrijven van de “goede” zorg—39**
- 7.1 Multidisciplinaire zorg—39
- 7.2 Regiebehandelaar—39
- 7.3 Beschrijving van de zorg per aandoening—40
- 7.3.1 Diversiteit in zorgverlening—40
- 7.3.2 Noodzaak zorg- en functieprogramma’s en individueel zorgplan—40
- 7.4 Conclusie—41
- 7.5 Vervolg—41

- 8 Een aparte te verzekeren prestatie ‘extramurale behandeling?’—43**
- 8.1 Inleiding—43
- 8.2 Overwegingen Zorginstituut voor een aparte te verzekeren prestatie—43
- 8.3 Voor welke onderdelen van de extramurale behandeling?—45
- 8.3.1 ‘Multidisciplinariteit’ onderdeel van te verzekeren prestaties—46

- 9 Afbakening Zvw met Jeugdwet, Wlz en Wmo—47**
- 9.1 Zorgverzekeringswet en Jeugdwet: de arts verstandelijk gehandicapten—47
- 9.2 Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg: algemeen medische zorg—49
- 9.3 Zvw en Wmo—50

- 10 Vervoer—53**
- 10.1 Het vervoer binnen de AWBZ—53
- 10.2 Het vervoer binnen de Zvw—54
- 10.3 Vergelijking uit oogpunt van de regeling—54
- 10.3.1 Organisatie en keuzevrijheid—54
- 10.3.2 Wie komt in aanmerking en waarheen?—55
- 10.3.3 Medische noodzaak—55
- 10.4 Vergelijking uit oogpunt van de verzekerde—55
- 10.5 Aparte regeling voor het vervoer—56
- 10.6 Kosten—57
- 10.7 Monitoren van de uitvoering—57

- 11 Afstemming uitvoeringstoets positionering intramurale Wlz-behandeling—59**

- 12 Cliëntperspectief—61**
- 12.1 Kwaliteitsstandaard—61

- 13 Uitvoering en financiën—63**
- 13.1 Samenhangend aanbod—63
- 13.2 Kwaliteitsstandaarden en zorginkoop—63
- 13.3 Tijdsbeslag—63

- 13.4 Eigen risico—64
- 13.5 Herkenbaarheid zorg door specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten in de bekostiging—64
- 13.6 Beschikbaarheid specialisten ouderengeneeskunde—64
- 13.7 Risicoverevening—64
- 13.8 Financiën—64
- 13.8.1 Omvang doelgroepen—64
- 13.8.2 Budget—65
- 13.8.3 Subsidieregeling—65

14 Evaluatievraag—69

15 Consultatie—71

- 15.1 Consultatie organisaties—71
- 15.2 Adviescommissie Pakket—75

16 Conclusies en aanbevelingen—77

- Bijlage 1 Verzoek om advies extramurale behandeling van de staatssecretaris van VWS, d.d. 23 juli 2015.
- Bijlage 2 Relevante wet- en regelgeving.
- Bijlage 3 De zorg voor specifieke patiëntengroepen en voor ouderen binnen de extramurale behandeling.
- Bijlage 4 De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking binnen de extramurale behandeling.
- Bijlage 5 Extramurale behandeling van mensen met een verstandelijke beperking; een voorstel voor interdisciplinaire comorbiditeitsclusters.
- Bijlage 6 Financieel overzicht.
- Bijlage 7 Ontvangen reacties in de consultatieronde.

Samenvatting

Het antwoord op de vraag of extramurale behandeling uit de AWBZ past in de Zvw is ja.

Tot 2015 werd 'extramurale behandeling' vanuit de voormalige AWBZ geleverd en daarna ondergebracht in een subsidieregeling. De staatssecretaris van VWS heeft het Zorginstituut gevraagd of deze zorg onder de Zorgverzekeringswet kan worden gebracht. Onder de AWBZ werd de zorg verleend op basis van grondslagen en functies. Deze begrippen komen we in de Zorgverzekeringswet niet meer tegen, maar op basis van een analyse van patiëntengroepen, zorgvragen en behandeldoelen kunnen wij de vraag van de staatssecretaris positief beantwoorden: de 'extramurale behandeling' past onder de Zorgverzekeringswet.

Deze conclusie onderbouwen we als volgt;

De zorg, die de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten leveren, kan onder zorg 'zoals huisartsen plegen te bieden' worden gevat;

Zorginstituut Nederland meent dat de inzet van specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten leidt tot een betere aansluiting op de veranderde zorgbehoefte van mensen in hun eigen omgeving, die tot voor kort vanwege hun aandoening of ziekte in een instelling verbleven. De zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten leveren, kenschetst het Zorginstituut als 'generalistisch geneeskundige zorg' en hun zorg scharen wij onder het functioneel omschreven arsenaal van de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' worden gevat. Zorginstituut Nederland concludeert dat de zorg door specialist ouderengeneeskunde en door de arts voor verstandelijk gehandicapten past binnen de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar kan deze professionals dus contracteren voor het verlenen van deze zorg. Het Zorginstituut zal, na de overheveling van deze zorg naar de Zorgverzekeringswet, de zorginkoop van de zorgverzekeraars op dit gebied monitoren.

Geneeskundige zorg in de Zvw is immers niet alleen ziektegericht, maar ook functiegericht;

Wanneer in een ziekteproces geen sprake meer is van genezing, wil dat niet zeggen dat er geen zorgvragen meer zijn. Het accent van de behandeling in de chronische fase ligt niet meer op de behandeling van (de afzonderlijke) ziektebeelden zelf, maar op de gevolgen van de ziekte of aandoening, zoals functiebeperkingen op uiteenlopende gebieden. De zorg is dus niet meer ziektegericht, maar functiegericht. Denk bijvoorbeeld aan de zorg voor mensen met dementie, MS, Parkinson, niet-aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking.

De conclusie dat deze zorg in de Zvw past betekent dat naast de huisarts ook 2 andere geneeskundig specialisten in de Zvw zorg gaan leveren.

De specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde richt zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek. Zijn specifieke deskundigheid of specialiteit komt tot uiting bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een zorgplan. De specialist ouderengeneeskunde redeneert niet vanuit ziekte-entiteiten, maar redeneert probleem- en systeemgericht. De specialist ouderengeneeskunde bedient

zich van een zorgarsenaal waarbinnen de anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium)diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist belangrijke elementen zijn. De beschikbare interventies omvatten het voorschrijven van medicijnen en eenvoudige verrichtingen. In die zin stemt de zorg van de specialist ouderengeneeskunde overeen met de zorg van een huisarts die aan een algemene populatie zorg levert

En de arts voor verstandelijk gehandicapten

De arts voor verstandelijk gehandicapten levert zorg aan een specifieke doelgroep, de verstandelijk beperkten, en maakt ook gebruik van een zorgarsenaal waarbinnen de anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium)diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist belangrijke elementen zijn. De arts voor verstandelijk gehandicapten beschikt over specifieke competenties en kennis rond de verstandelijke beperking en over ervaring met diagnostiek- en behandelmethoden die de verwijzend (huis)arts niet altijd heeft. Een groot deel van de zorg door de arts voor verstandelijk gehandicapten heeft een proactief karakter: het opsporen en behandelen van syndroomgebonden risico's op comorbiditeit.

Zij leveren zorg in een multidisciplinair team samen met zorgverleners, die ook Zvw zorg leveren,

De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten leveren deze zorg vaak in samenwerking met ander zorgverleners in een multidisciplinair team. De andere zorgverleners in dit team zijn de gespecialiseerde psycholoog (of orthopedagoog of ouderenpsycholoog) en paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist) en de vaktherapeut. De zorg door de gespecialiseerde psycholoog valt al onder de Zorgverzekeringswet. De zorg door de orthopedagoog en ouderenpsycholoog valt onder de Zorgverzekeringswet, voor zover deze beroepsgroepen hiertoe bevoegd en bekwaam zijn. De zorg door de vaktherapeut valt onder de Zorgverzekeringswet, als deze is beschreven in een individueel zorgplan, onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar. De zorg die paramedici verlenen valt ook al onder de Zorgverzekeringswet, waarbij wel beperkingen gelden: de fysiotherapie omvat zorg bij een beperkt aantal aandoeningen en voor verzekerden van 18 jaar of ouder vallen de eerste 20 behandelingen fysiotherapie buiten de te verzekeren zorg. Ergotherapie is beperkt tot tien behandeluren per jaar en diëtetiek is beperkt tot drie behandeluren per jaar. Deze beperkingen golden niet voor de paramedische zorg als onderdeel van de 'extramurale behandeling' toen die nog onder de toenmalige AWBZ viel.

Het onder de Zvw brengen van deze zorg ondersteunt zorgverleners om passende zorg te leveren.

Tot voor kort verbleef een groot deel van deze patiëntengroep in een verpleeghuis. Omdat de patiënten nu (langer) thuis verblijven, richt de zorg zich dan ook op het behouden van de functionele autonomie van de patiënt. Hoe leert de patiënt zowel fysiek als psychisch om te gaan met zijn beperkingen, hoe blijft de patiënt zelfredzaam zodat hij in zijn eigen omgeving kan blijven wonen. Ook het systeem van de patiënt (de mantelzorg) wordt bij de behandeling betrokken. De regiebehandelaar bij deze groepen is meestal de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het opstellen en zondig actualiseren van het individuele zorgplan.

Er is echter na de beantwoording van de vraag of de zorg in de Zvw past nog wel wat te doen!

Zoals het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten door de beroepsgroepen;

Iedere zorgverlener draagt vanuit zijn eigen expertise bij aan de zorgverlening. Voor een patiënt is het van belang dat het zorgaanbod op elkaar is afgestemd en in samenhang wordt verleend.

Tangram heeft in 2014, in opdracht van Zorginstituut Nederland, onderzoek uitgevoerd naar de vormen van extramurale AWBZ-behandeling¹. Tangram constateerde dat er vele protocollen, richtlijnen en enkele zorgstandaarden beschikbaar zijn en dat 'een enkele instelling op basis van richtlijnen gedetailleerde zorgprogramma's en functieprogramma's heeft opgesteld'. Tangram concludeerde dat er sprake is van een forse diversiteit (praktijkvariatie) aangaande inhoud, systematiek en toepassing van behandeling in de bezochte instellingen. In het kader van eenduidigheid en een uniforme aanpak bij aanbieders waren volgens Tangram in de onderzochte sectoren nog flinke stappen te zetten. In de bestudeerde sectoren was nog geen sprake van een landelijk erkende manier van behandelen.

Zorginstituut Nederland constateert nu dat veel extramurale behandeling weliswaar op het niveau van de instelling is beschreven, maar dat deze beschrijvingen niet altijd gezamenlijk zijn beschreven door de betrokken beroepsgroepen. Voor een uniforme zorgverlening in de praktijk zijn per aandoening beschrijvingen van de 'goede zorg' noodzakelijk. De beschrijving van de multidisciplinaire zorg in zorgstandaarden en zorgprogramma's is gericht op duidelijkheid over zorginzet en over verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener. Zonder uniforme beschrijvingen van de zorg kan de NZa deze zorg niet bekostigen en kunnen zorgverzekeraars deze zorg niet inkopen.

Kortom, het Zorginstituut concludeert dat voor het realiseren van het multidisciplinaire zorgaanbod vanuit de Zorgverzekeringswet, vroeger gevat onder de noemer extramurale behandeling, zowel voor patiënt, voor de zorgverlener als voor de zorgverzekeraar zorgprogramma's nodig zijn waarin de multidisciplinaire zorg per aandoening is beschreven.

Beroepsgroepen moeten zelf het initiatief nemen voor het beschrijven van de zorg.

Zoals eventueel formuleren van één aparte, nieuwe te verzekeren prestatie;

Wanneer de zorg is overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet kan de zorg op basis van de huidige verschillende te verzekeren prestaties in het Bzv worden geleverd, maar de zorgonderdelen kunnen ook op basis van één aparte, nieuwe te verzekeren prestatie worden geleverd. De belangrijkste overwegingen voor een aparte te verzekeren prestatie zijn een markering van de introductie van de zorg in de Zvw; een stok achter de deur voor het gezamenlijk beschrijven van de goede zorg onder de betrokken beroepsgroep; de mogelijkheid de zorg te begrenzen voor arsenalen die ten dele onder de basisverzekering vallen; maar ook het opheffen van beperkingen en voorwaarden die de zorg begrenzen. Het is aan de Minister van VWS te beslissen over een aparte te verzekeren prestatie.

Zoals het rekening houden met andere wet- en regelgevingen;

Als de zorg deel uitmaakt van de Zorgverzekeringswet, dan ziet de afbakening met de Jeugdwet en de Wmo er als volgt uit.

¹ Tangram, Extramurale AWBZ-behandeling, mei 2014

Jeugdwet

De Jeugdwet omschrijft de zorg aan een jeugdige verstandelijke beperkten in globale termen; de grens tussen jeugdhulp en de (generalistische) geneeskundig zorg van de Zvw is niet in een oogopslag duidelijk. Het Zorginstituut meent dat het diagnostisch proces rond een nog ongespecificeerde klacht bij een verstandelijke beperking ook voor jeugdigen onder de Zvw valt, ook als hierbij gedragsmatige of psychologische deskundigheid wordt ingezet. Ligt de daaropvolgende behandeling op het medische, somatische vlak dan valt de behandeling ook onder de Zvw, ook als een gedragsdeskundige hieraan een bijdrage levert. De psychische/gedragsmatige zorg valt onder de Jeugdwet.

En de Wmo

Dagbehandeling kan deel uitmaken van de 'extramurale behandeling'. Dagbehandeling is gericht op het leren omgaan met de beperking of verbeteren van het functioneren. Deze vorm van dagbehandeling past onder de Zorgverzekeringswet. Dagbesteding onderscheidt zich van dagbehandeling en is gericht op het bieden van een dagstructuur en plezier in eenvoudige groepsactiviteiten. Dagbesteding past niet onder de zorgverzekering, maar valt onder de Wmo.

Zoals het monitoren van de beschikbaarheid van vervoer op grond van de Zvw;

Het vervoer dat met deze zorg samenhangt, was onder de voormalige AWBZ geregeld, en is dat ook onder de Zvw, de voorwaarden zijn echter anders. De huidige Zvw-regeling voor het vervoer lijkt geen knelpunten op te leveren ten aanzien van de beschikbaarheid van het vervoer voor de patiënten.

Zoals het opstellen van prestatieomschrijvingen door de NZa.

De 'extramurale behandeling' past onder de Zorgverzekeringswet. Maar daarmee kan de zorg nog niet geleverd worden vanuit deze wet. Om dat mogelijk te maken, is het noodzakelijk dat de zorg bij de verschillende indicaties wordt omschreven. De bekostiging van de zorg zal rekening moeten houden met een extra tijdsbeslag dat voorkomt uit het specifieke karakter van deze zorg.

De omvang van het budget gemoeid met de overheveling valt niet goed te ramen,

Omdat

door de introductie van de Wlz en Jeugdwet al verschuivingen hebben plaats gevonden vanuit de extramurale behandeling AWBZ naar andere domeinen. De kosten onder de subsidieregeling omvatten in 2015 € 53 miljoen, terwijl in 2012 met de extramurale behandeling € 263 miljoen was gemoeid. De subsidieregeling is echter ook geen goede richtsnoer, bijvoorbeeld omdat de introductie van de arts verstandelijk gehandicapten binnen de Zvw tot verschuivingen vanuit de Jeugdwet naar de Zvw kunnen leiden (zoals diagnostiek). De introductie van de arts verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde binnen de Zvw zal ongetwijfeld ook tot een autonome kostenstijging leiden die lastig te becijferen valt.

Inleiding

In dit rapport geeft Zorginstituut Nederland antwoord op de vraag of de extramurale behandeling die voorheen onder de AWBZ viel onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) past. In het verleden werd de extramurale behandeling op basis van de AWBZ geleverd.

Artikel 8 uit het Besluit zorgaanspraken (Bza) AWBZ omschreef 'behandeling' en luidde als volgt:

Behandeling omvat door een instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.

Extramurale behandeling slaat op de groep verzekerden die een indicatie hadden voor behandeling, en die deze behandeling in een extramurale setting kregen.

De AWBZ is per 1 januari 2015 ingetrokken en de vraag is nu of de zorg die vervat was in de extramurale behandeling een plek kan krijgen in een ander wettelijk domein. De staatssecretaris van VWS heeft met zijn brief van d.d. 23 juli 2015 (zie bijlage 1) aan het Zorginstituut de vraag voorgelegd of dit domein de sociale ziektekostenverzekering kan zijn, de Zvw. Tevens vroeg de staatssecretaris in de brief in te gaan op vraag of de huidige prestatie-omschrijvingen in het Besluit zorgverzekeringswet volstaan of dat een nieuwe aanspraak wenselijk is.

Indien de zorg onder de Zvw gebracht kan worden, vraagt de staatssecretaris naar de consequenties voor wet- en regelgeving (samenhang met andere domeinen), voor de uitvoering en de financiële consequenties. In afwachting van het antwoord van het Zorginstituut is voor deze zorg een subsidieregeling in het leven geroepen. Deze loopt tot 1 januari 2018².

1.1 Centrale vraag

Om de vraag van de staatssecretaris te beantwoorden, is het allereerst nodig om na te gaan of de extramurale behandeling qua aard en inhoud onder de Zvw kan vallen. Belangrijke vraag daarbij is wat de extramurale behandeling precies inhoudt en of de zorg als 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw gekwalificeerd kan worden.

Wij willen in dit rapport dan ook de volgende vragen beantwoorden:

Wat verstaan wij onder extramurale behandeling in de voormalige AWBZ?

Valt dit qua aard en inhoud onder de geneeskundige zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet?

Voor delen van deze zorg, namelijk de zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten, geldt een specifiekere vraag: Is deze zorg te scharen onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden?

² Het uitgangspunt voor dit rapport is de situatie onder de voormalige AWBZ en niet de subsidieregeling. De subsidieregeling is een tijdelijke oplossing op basis van de Wlz. Wij hebben voor de AWBZ gekozen omdat: de subsidieregeling inhoudelijk teruggrijpt op de AWBZ, de staatssecretaris ons vraagt de extramurale behandeling 'over te hevelen' en het veld redeneert vanuit de bestendige praktijk onder de voormalige AWBZ.

1.2 **Beschrijving van de zorg**

Om deze vragen te beantwoorden moeten wij weten wat de 'extramurale behandeling' precies behelst. De omschrijving in het Bza 'behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard' geeft niet precies genoeg aan welke interventies plaatsvinden bij welke zorgvraag en wat het behandeldoel is. Deze informatie is echter wel noodzakelijk om te kunnen bepalen of wij deze 'behandeling' wel of niet onder de geneeskundige zorg van de Zorgverzekeringswet kunnen scharen.

Niet alleen uit het Bza kunnen we niet afleiden wat deze behandeling precies behelst, maar ook bij de instellingen blijkt (nog) geen uniforme beschrijving van de zorg te bestaan. In het verleden zijn onderzoeken uitgevoerd naar de inhoud van de extramurale behandeling AWBZ ter voorbereiding op een overheveling³. Deze onderzoeken slaagden er niet in om een compleet beeld op te leveren van de inhoud van deze zorg. Dit was voornamelijk te wijten aan de diversiteit aan interventies en de uiteenlopende begrippen en definities die gehanteerd worden.

Het ontbreken van een uniforme beschrijving heeft consequenties 1. voor de werkwijze die wij hebben gevolgd voor deze duiding en 2. voor de daadwerkelijke levering van de zorg in de zorgpraktijk als de zorg onder de Zvw gaat vallen.

1.2.1 *Werkwijze*

In dit rapport kunnen wij niet uitgaan van individuele interventies of van begrippen die binnen de extramurale behandeling voorkomen. Om een antwoord op de eerste vraag te krijgen (wat verstaan wij onder extramurale behandeling?) hebben wij geïnventariseerd welke zorg onder de noemer extramurale behandeling vanuit de voormalige AWBZ, bij verschillende aandoeningen wordt verleend en welke zorgverleners daar bij zijn betrokken. Naast het bestuderen van documentatie hebben wij ons laten informeren tijdens werkbezoeken aan: Archipel zorggroep, praktijk Esther Bertholet in Velp, VU Cees Hertogh (eerstelingsverblijf), VU Huntington, Nieuw Unicum in Zandvoort, arts voor verstandelijk gehandicapten polikliniek 's Heerenloo, UKON Nijmegen. Daarnaast hebben we gesprekken gevoerd met Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Actiz, Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicaptent (NVAVG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), Verenso, Zorgverzekeraars Nederland en met vertegenwoordigers van ergotherapeuten, diëtisten, en fysiotherapeuten en van de doelgroep LG/NAH. Wij hebben de zorg geanalyseerd aan de hand van zorgvragen, behandeldoelen en arsenalen van de betrokken beroepsgroepen en deze analyse gebruikt als basis voor een duiding in termen van de Zvw.

Op basis van deze duiding van de 'behandeling' kunnen wij de vraag van de staatssecretaris positief beantwoorden: de extramurale behandeling uit de AWBZ past in de Zvw.

1.2.2 *Voorwaarde voor levering van de zorg vanuit de Zvw*

Nadat we de vraag van de staatssecretaris hebben beantwoord, bespreken we in dit rapport wat er nodig is om de zorg in de praktijk te realiseren.

³ Recent: Extramurale AWBZ-behandeling (in het kader van de overheveling 2015). Tangram, mei 2014

1.3 Parallele trajecten

In 2013 heeft het Zorginstituut over een deel van de extramurale behandeling al een uitspraak gedaan. Het betrof de zorg voor zintuiglijk gehandicapten. Deze valt nu voor een deel onder de Zvw en voor een deel onder de Wmo.

Momenteel wordt in een parallel traject aandacht besteed aan de Wlz-behandeling. De staatssecretaris heeft het Zorginstituut Nederland verzocht advies te geven over de positionering van de Wlz-behandeling ten opzichte van de algemeen medische zorg met de bedoeling afbakeningsproblemen op te lossen.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk 2 beschrijven we eerst hoe we de omschrijving van de extramurale behandeling, hanteerbaar kunnen maken voor de Zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 3 beschrijven we aan de hand van zorgvragen, behandeldoelen en de arsenalen van zorgverleners de zorg bij specifieke aandoeningen. In hoofdstuk 4 doen we hetzelfde voor de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Deze twee hoofdstukken geven antwoord op de vraag wat wij onder de extramurale behandeling verstaan.

In hoofdstuk 5 duiden we de zorg verleend door de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten en geven we antwoord op de vraag of deze zorg qua aard en inhoud onder de geneeskundige zorg valt en of deze zorg te scharen is onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. In hoofdstuk 6 duiden we de zorg die verleend wordt door de andere zorgverleners. In hoofdstuk 7 staan we stil bij het multidisciplinaire aspect van de zorg, bij de regiebehandelaar en bij de noodzaak van het beschrijven van de zorg voor de afzonderlijke aandoeningen.

In hoofdstuk 8 gaan we verder in op het aspect multidisciplinaire zorg en wat dit zou kunnen betekenen voor de formulering van een separate aanspraak in het Besluit zorgverzekering. De grenzen van deze zorg met de domeinen van de Jeugdwet, de Wmo en de Wlz geven we aan in hoofdstuk 9. In hoofdstuk 10 beschrijven we hoe het vervoer met de extramurale behandeling samenhangt en hoe de Zvw de prestatie vervoer omschrijft.

De afstemming met de uitvoeringstoets over de intramurale Wlz-behandeling komt aan de orde in hoofdstuk 11. In hoofdstuk 12 belichten wij het cliëntperspectief en de evaluatie en in hoofdstuk 13 sommen wij een aantal uitvoeringsaspecten op, waaronder de financiële consequenties voor de Zvw, en in het laatste hoofdstuk 14 vatten wij de conclusies samen en doen we een aantal aanbevelingen.

Wij gebruiken in dit rapport de term kwaliteitsstandaard als verzamelbegrip: het kan gaan om een richtlijn, een zorgstandaard, een zorgmodule, een norm dan wel een organisatiebeschrijving die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel hiervan en vastlegt wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

2 Van extramurale behandeling naar geneeskundige zorg

2.1 Context

In het kader van de hervorming van de langdurige zorg zijn belangrijke stelselwijzigingen doorgevoerd, zoals de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw, de decentralisaties naar de gemeenten (functie begeleiding) en de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit om mensen in staat te stellen zo lang als het verantwoord is thuis, in hun eigen omgeving, te blijven wonen, met behoud van kwaliteit van leven. Een belangrijke schakel in de zorg thuis is de beschikbaarheid van de integrale geneeskundige zorg in de eigen omgeving en mogelijkheid tot kortdurende opname. Voor dat laatste aspect is inmiddels besloten tot de mogelijkheid van het eerstelijnsverblijf vanuit de Zvw per 2017. De 'behandeling' voor specifieke doelgroepen, is onderwerp van de duiding van dit rapport en vormt feitelijk het sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg binnen de regelgeving.

2.2 De vertaling

Wat houdt extramurale behandeling in? Aan welke zorg moeten wij dan denken? Extramurale behandeling is een noemer voor zorg die bij diverse aandoeningen, bijvoorbeeld Huntington, dementie, niet aangeboren hersenletsel en de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonen, wordt geleverd. De extramurale behandeling richt zich op de beperkingen die deze aandoeningen met zich meebrengen. De beperkingen manifesteren zich met name in de domeinen leren en toepassen van kennis, mobiliteit, zelfverzorging, huishouden, maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven. Om zicht te krijgen op de inhoud van de zorg die onder de noemer extramurale behandeling wordt verleend, hebben wij de extramurale behandeling bij zoveel mogelijk aandoeningen beschouwd. De zorg bij deze beperkingen heeft overeenkomsten. Het doel van de zorg is bijvoorbeeld behoud van functionele autonomie ondanks de beperkingen en (zodanig) leren omgaan met de (voortschrijdende) beperking. Wanneer wij deze zorg kunnen duiden als geneeskundige zorg, valt deze zorg onder de Zorgverzekeringswet; als de zorg eerder 'ondersteunend' of 'maatschappelijk' van aard is, valt deze zorg niet onder de geneeskundige zorg van de Zvw.

Welke zorg kan als geneeskundige zorg in de zin van de Zvw worden gekwalificeerd? De AWBZ en de Zvw zijn wetten met een uiteenlopend karakter en de begrippen die beide gebruiken zijn niet onmiddellijk één op één te vertalen. De AWBZ omschrijft de zorg bijvoorbeeld via grondslagen (somatisch, psychogeriatrisch, lichamelijke en verstandelijke beperking), functies (behandeling, begeleiding) en de inzet van behandelaren (consultatie, (mede)behandeling). De indicatiestelling is in handen gegeven van een centraal orgaan, het CIZ. Deze termen komen in de Zvw niet voor. De Zvw gaat uit van geneeskundige zorg en een algemeen geformuleerd indicatievereiste 'redelijkerwijs aangewezen zijn op', de betrokken zorgverlener stelt deze indicatie.

'Geneeskundige zorg' is een centraal begrip binnen de Zvw. 'Geneeskundig' moet hier niet te beperkt 'medisch' worden opgevat. Ook het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen kan onder 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw worden geschaard. Daarnaast hoeft er niet per se al sprake te zijn van een aandoening of beperking. Ook zorg gericht op het voorkomen van (verergering van) een aandoening of beperking of gericht op zo goed mogelijk functiebehoud bij

gevolgen van een aandoening of beperking kan onder de Zvw vallen, mits er sprake is van een hoog risico hierop.

De omschrijving van de te verzekeren prestaties binnen de Zvw maakt, in tegenstelling tot de AWBZ, geen onderscheid in de rol die een zorgverlener vervult: bijvoorbeeld regisserend behandelaar of medebehandelaar; verrichten van primaire diagnostiek of functionele diagnostiek. De omschrijving van de te verzekeren zorg gaat uit van een professioneel arsenaal aan zorg en verwijst daarbij, ter concretisering van het arsenaal, naar een bepaalde beroepsgroep (bijvoorbeeld 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'). Iedere zorgverlener die bekwaam en bevoegd is om deze zorg te leveren, kan dat vervolgens doen onder de Zvw (los van mogelijke aanvullende voorwaarden voor de vergoeding van de zorg).

Belangrijke zorgverleners binnen de extramurale behandeling zijn de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten. Deze artsen figureren onder de Zvw tot nu toe alleen in specifieke omstandigheden (geriatrische revalidatiezorg; dementiezorg binnen de GGZ). De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten verlenen geneeskundige zorg binnen het kader van de Zvw, maar hun totale zorgaanbod heeft nog geen bestendige plek binnen de Zvw. We zullen in dit rapport nagaan of, en zo ja, op welke wijze zij deze plek binnen de Zvw kunnen krijgen. Zoals gezegd, wij gaan daarbij uit van hun volledige professionele arsenaal en kijken daarbij niet naar bepaalde rollen (consultatie, medebehandeling) die zij onder de extramurale behandeling vervullen.

De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten zijn niet de enige beroepsbeoefenaren die de extramurale behandeling leveren. In multidisciplinaire teams wordt veelal samengewerkt met gedragsdeskundigen zoals de GZ-psycholoog of orthopedagoog, en paramedici als de fysiotherapeut, logopedist, ergotherapeut en ook de vaktherapeut. Wat deze zorgverleners betreft gaan we wél specifiek in op de zorg die zij binnen de extramurale behandeling leveren. De zorg die deze zorgverleners leveren valt immers al onder de Zvw en de vraag is nu of onder het arsenaal beschreven in de Zvw ook de zorg valt die zij onder de noemer extramurale behandeling leveren.

3 De zorg voor specifieke patiëntengroepen en voor ouderen binnen de extramurale behandeling

Op basis van gesprekken, werkbezoeken en documentatie hebben we een analyse gemaakt van de zorgvragen, behandeldoelen en de benodigde zorgarsenalen binnen de 'extramurale behandeling'. Deze analyse geeft aan wat wij onder de extramurale behandeling verstaan en vormt de basis voor onze 'duiding' en de beantwoording van de vraag of de 'extramurale behandeling' binnen de Zvw past. De volledige neerslag van onze inventarisatie en analyse kunt u lezen in bijlage x. In dit en het volgende hoofdstuk geven we een korte weergave van onze bevindingen.

3.1 Aard van de zorg

De extramurale behandeling richt zich op 'herstel of voorkoming van verergering van een (...) aandoening of beperking, (...) waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een aandoening, beperking of handicap', aldus voormalige artikel 8 Besluit zorgaanspraken: de omschrijving van 'behandeling' binnen de AWBZ. Deze 'behandeling' richt zich niet op een herstel van de aandoening of beperking in medische zin, maar richt zich op de gevolgen hiervan.

In kwaliteitsstandaarden wordt deze zorg vaak aangeduid als onderdeel van de 'chronische fase', dat wil zeggen nà afronding van een eventueel voorafgaande revalidatie binnen de medisch specialistische zorg.

De beperkingen kunnen alle levensgebieden betreffen: somatisch; psychisch; functioneel; cognitief; maatschappelijk. Er kan sprake zijn van een combinatie van beperkingen. 'Behandeling' moet bijdragen aan de functionele autonomie, kwaliteit van leven en participatie van de patiënt.

In onze analyse komen, grosso modo, vier groepen van aandoeningen en/of beperkingen naar voren:

- ouderen met chronische en/of complexe aandoeningen (somatisch en/of psychisch).
- chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen, hetzij musculair, hetzij neurologisch, bijvoorbeeld Multiple Sclerose, Parkinson, dementie, ALS, Huntington, Korsakov.
- niet-aangeboren hersenletsel als gevolg van ongeval of ander trauma, een CVA, zuurstoftekort (bijvoorbeeld door hartstilstand of bijna verdrinking), een hersentumor, een hersen(vlies)ontsteking of een andere hersenziekte (bijvoorbeeld MS).
- mensen met een verstandelijke beperking.

Onze analyse richtte zich op de zorginhoudelijke overeenkomsten tussen deze groepen. Dit neemt niet weg dat iedere groep ook weer zijn geheel eigen kenmerken heeft. Bij niet-aangeboren hersenletsel is vooral de breuk in de levenslijn van belang die zich op alle levensdomeinen laat gelden, zowel bij de patiënt als bij diens omgeving. Bij de zorg voor ouderen speelt multimorbiditeit een belangrijke rol. Mensen met een verstandelijke beperking hebben niet een geheel eigen zorgvraag, de aandoeningen en beperkingen stemmen qua aard grotendeels overeen met die in een algemene populatie. De zorgvraag uit zich bij een verstandelijk beperkte echter vaak op een andere wijze dan gebruikelijk en door het

onderliggende syndroom kunnen bepaalde zorgvragen zich ook frequenter of op een jongere leeftijd manifesteren. Deze specifieke kenmerken hebben wij wel recht willen doen in de beschrijving, maar de nadruk ligt op de overeenkomsten. Binnen de genoemde vier categorieën maken we wel een onderscheid tussen enerzijds de ouderen met multimorbiditeit, de degeneratieve aandoeningen en het niet-aangeboren hersenletsel en anderzijds de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Ook al zijn de aandoeningen en beperkingen bij de laatste groep niet fundamenteel anders dan binnen een algemene populatie, de zorg voor de verstandelijk beperkte heeft een geheel eigen context en karakter; vandaar dat wij deze zorg apart beschrijven in hoofdstuk 4.

3.2 Zorgvragen

De aandoening(en) die wij hierboven noemden, kunnen tot beperkingen leiden die zich op alle levensdomeinen doen voelen. De zorgvragen die hieruit voortvloeien zijn vaak complex en divers; zij treden vaak in combinatie op en kunnen elkaar beïnvloeden. Ook complicaties treden vaak op. Dit betekent dat deze zorgvragen altijd in samenhang met elkaar behandeld moeten worden. Omdat er vaak sprake is van een progressieve, degeneratieve ziekte veranderen de behandeldoelen door de tijd heen. Dit betekent dat de inhoud van de zorg individueel bepaald is en geregeld aangepast moet worden aan nieuwe behoeftes.

Voorbeelden van concrete zorgvragen: problemen met geheugen, organisatie en planning; vermoeidheid door gebrek aan energie; motorische problematiek; gebrek aan vermogen tot zelfzorg; stemmings- en gedragsproblemen; beperkingen in de communicatie bijvoorbeeld als gevolg van afasie.

3.3 Behandeldoelen

De 'extramurale behandeling' is erop gericht om de betrokkene zoveel als mogelijk fysiek en psychisch te leren omgaan met de aandoening en de beperkingen die hieruit voortvloeien. De behandeling van de specifieke zorgvragen is erop gericht de functionele autonomie van de betrokkene te behouden en te bevorderen. De zorg beoogt achteruitgang en escalatie te voorkomen, gedrag hanteerbaar te maken en fysiek en psychisch functioneren te verbeteren. De zorg omvat ook advance care planning.

3.3.1 Het mantelzorgsysteem

Aparte aandacht verdient het mantelzorgsysteem van de betrokkene. Dit systeem is in veel gevallen een randvoorwaarde voor het zelfstandig functioneren van de betrokkene. Het mantelzorgsysteem verdient zelf ook zorg en aandacht om deze rol te kunnen blijven vervullen. De 'extramurale behandeling' richt zich derhalve ook op de mantelzorgers: bewaken van de balans tussen draaglast en draagkracht van het systeem.

3.4 Het benodigde zorgarsenaal

3.4.1 De specialist ouderengeneeskunde

We gaven hierboven al aan dat de zorgvragen complex en divers kunnen zijn en alle levensdomeinen kunnen raken. Dit betekent dat ook de benodigde zorg divers is. Een belangrijke rol is weggelegd voor de specialist ouderengeneeskunde. Deze arts heeft nog geen bestendige plek binnen de Zvw althans niet binnen de eerste lijn.

Het Besluit zorgverzekering noemt de specialist ouderengeneeskunde bij de geriatrische revalidatiezorg⁴ en ook treedt hij op als (regie)behandelaar binnen GGZ-dementieketens.

De SO was voorheen over het algemeen werkzaam in een instelling en werd vroeger dan ook betiteld als 'verpleeghuisarts'. In 2009 is deze betiteling gewijzigd in 'specialist ouderengeneeskunde'. Ook de functie en opleiding van deze arts wijzigde. De opleiding richtte zich niet alleen meer op de zorg binnen een instelling (verpleeghuis), maar ook op een functie binnen de eerste lijn. De deskundigheid van het specialisme ouderengeneeskunde richt zich op 'het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek.'⁵

De specialist ouderengeneeskunde richt zich op de zorg voor deze specifieke populatie van ouderen en chronisch zieken met een complexe problematiek en beschikt ook over een specifieke deskundigheid voor deze populatie. Deze deskundigheid komt vooral tot uiting bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een zorgplan (zodanig multidisciplinair, met de inzet van bijvoorbeeld ook paramedici en/of gedragswetenschapper). De specialist ouderengeneeskunde kijkt probleemgericht. Hij kijkt niet alleen naar de patiënt, maar ook naar het systeem; hij kijkt naar ziekte, functiebeperkingen, psychosociale stressoren en het vermogen van de patiënt om zelf regie te voeren bij meerdere, complexe aandoeningen. Hij richt zich vooral op de functionaliteit van de betrokkene: welke doelen streeft de patiënt na, welke activiteiten zijn hiervoor nodig en waartoe is de patiënt (nog) in staat. De specialist ouderengeneeskunde analyseert welke ziektebeelden, beperkingen en medicatie een rol spelen bij de gezondheidsproblemen. Een (behandel)voorstel van de specialist ouderengeneeskunde is erop gericht een balans te bereiken tussen de doelen en mogelijkheden van de patiënt. Een (behandel)voorstel kan bijvoorbeeld gericht zijn op het saneren van medicatie of andere zorgverleners inzetten (paramedici of gedragsdeskundigen). Ook een verwijzing naar, of consultatie van, een medisch specialist is mogelijk. De diagnostiserende activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde behelzen niet zozeer primaire diagnostiek, maar eerder zorgdiagnostiek.

De specialist ouderengeneeskunde richt zich niet louter op ouderen, maar in het algemeen op kwetsbare patiënten met meerdere (vaak op elkaar ingrijpende) gezondheidsproblemen die als gevolg hiervan beperkt zijn geraakt in hun functioneren. Dit kunnen ook jongeren zijn.

De specialist ouderengeneeskunde kan de rol van regiebehandelaar vervullen. Hij stelt dan met de patiënt en in samenwerking met andere zorgverleners het individuele zorgplan voor de patiënt op, is verantwoordelijk voor de uitvoering en stelt het individuele zorgplan bij als de situatie daartoe aanleiding geeft.

3.4.2

Samenwerking specialist ouderengeneeskunde - huisarts

De huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde gaan er vanuit dat beiden hun zorg voor de complexe patiënt in samenwerking zullen verlenen. De huisarts is het

⁴ Artikel 2.5c lid 1 Bzv:

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

⁵ Besluit specialisme ouderengeneeskunde. KNMG. 21 augustus 2008.

Dit Besluit is gepubliceerd in de Staatscourant van 27 november 2008, nr. 1012 en in werking getreden op 1 januari 2009.

eerste aanspreekpunt voor de patiënt die bij hem is ingeschreven. De huisarts kan de deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde inroepen als hij dat nodig vindt. Hij kan dan ook besluiten om de zorg voor een bepaalde periode aan de specialist ouderengeneeskunde over te dragen. Deze wordt dan de regiebehandelaar voor de afgesproken periode. De duur en de inhoud van de regie worden bepaald door de afspraken die de huisarts en specialist ouderengeneeskunde hierover maken. Het ligt niet voor de hand dat de specialist ouderengeneeskunde gedurende zijn regieperiode zich ook bezighoudt met algemene gezondheidsproblemen als een oor dat uitgespoten moet worden. Er kunnen echter misschien overwegingen zijn om dat in individuele gevallen wel te doen. De zorginhoudelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde zijn hierbij leidend. Belangrijkste punt is dat de specialist ouderengeneeskunde wordt ingeschakeld op verzoek van de huisarts.

3.4.3

Overige zorgarsenalen

De aard van de zorgvragen brengt met zich mee dat ook paramedische zorg en gedragswetenschappelijke/psychologische zorg aangewezen kan zijn. Binnen de 'extramurale behandeling' ziet men vaak multidisciplinaire teams actief met bijvoorbeeld een fysio-/oefentherapeut, diëtist, logopedist, ergotherapeut, GZ-psycholoog, ouderenpsycholoog, klinisch-neuropsycholoog, orthopedagoog, vaktherapeut. Veelal gaat het dan om zorgverleners die een specifieke deskundigheid hebben rond de complexe problematiek bij genoemde aandoeningen en/of beperkingen. In die zin gaat het om 'gespecialiseerde' zorgverleners, maar het gaat nog steeds om hetzelfde zorgarsenaal.

Problemen rond cognitie, stemming en gedrag zijn bijvoorbeeld belangrijke zorgvragen bij ouderen met multimorbiditeit of patiënten met een complexe chronische aandoening. De betrokkene kan de hulpvrager zijn, maar ook de omgeving. Het hanteerbaar maken van het gedrag van de betrokkene voor de omgeving kan een belangrijk behandeldoel zijn van de 'gespecialiseerde' psycholoog of orthopedagoog.

De 'gespecialiseerde' psycholoog kan de primaire diagnostiek uitvoeren op het gebied van gedragsproblematiek: het vaststellen van de aandoening, stoornis en/of beperking en de verschillende gradaties hierin. Ook kan hij de oorzaak van de gedragsproblematiek vaststellen en de werkelijke zorgvraag bepalen. Functionele diagnostiek is een belangrijk onderdeel van het arsenaal van de gedragsdeskundige: het vaststellen van het 'beperkingenbeeld' en het functioneringsprofiel.

De orthopedagoog-generalist kan een soortgelijke rol vervullen. De deskundigheid van deze zorgverlener komt vooral naar voren bij systeemgerelateerde problematiek: de interactie tussen de patiënt met zijn aandoening en zijn (mantelzorg)systeem.

Paramedische zorg wordt ingezet bij alle genoemde aandoeningen en/of beperkingen omdat het nu eenmaal gaat om patiënten met problemen op uiteenlopende gebieden (somatisch; psychisch; functioneel; cognitief; maatschappelijk). De paramedische zorg richt zich daarbij bijvoorbeeld op problemen met motoriek, mobiliteit en vallen, eet- en slikstoornissen, planning- en organisatievermogen, stem en spraak, zelfzorg. De behandeling is gericht op het leren omgaan met en het verwerven van vaardigheden om de beperkingen te compenseren. Daarnaast kan het gaan om het voorkomen van verergering, pijnverlichting, behoud van conditie of een gezonde leefstijl.

Ook vaktherapie is een zorgvorm die binnen de 'extramurale behandeling' voorkomt. Bij vaktherapie wordt gebruik gemaakt van een ervaringsgerichte werkwijze. Vaktherapie is een overkoepelende term, waarachter verschillende klassieke stromingen schuil gaan, bijvoorbeeld beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie.

3.5

Dagbehandeling

Tenslotte komen we 'dagbehandeling' tegen binnen de 'extramurale behandeling'. Dagbehandeling wordt veelal groepsgewijs aangeboden omdat patiënten veel kunnen leren uit de interactie binnen de groep. Het individuele zorgplan beschrijft de behandeldoelen binnen de 'dagbehandeling', waarbij het overkoepelende doel steeds het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen is. Voorbeelden van behandeldoelen: reguleren van gedragsproblematiek; verbetering motoriek en mobiliteit, maar ook ondersteuning van mantelzorg. Binnen deze behandeling kunnen zorgverleners ingezet worden, bijvoorbeeld gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en/of paramedici. De rol en competenties van de begeleider(s) is een belangrijk aandachtspunt gezien de aard en complexiteit van de problematiek van de patiënten.

Dagbehandeling moet onderscheiden worden van dagbesteding. Dagbesteding is gericht op het aanbieden van activiteiten en structuur om leegte en verveling te voorkomen. De activiteit is zowel het doel als het middel binnen de dagbesteding. Binnen de dagbehandeling vormen de activiteiten het middel om het beschreven behandeldoel te bereiken.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

4 Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking binnen de extramurale behandeling⁶

In dit hoofdstuk beschrijven wij de zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking en het hierop toegesneden zorgaanbod van de arts voor verstandelijk gehandicapten, de (gespecialiseerde) psycholoog of orthopedagoog⁷ en paramedici. (In bijlage x treft u een uitgebreide versie van deze beschrijving aan). Met deze informatie geven wij aan wat wij onder de extramurale behandeling voor verstandelijk beperkten verstaan en trekken in het volgende hoofdstuk een conclusie over de plek van de arts voor verstandelijk gehandicapten binnen de basisverzekering. Wij hebben de zorg dan 'geduid'.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben dezelfde gezondheidsproblemen als mensen zonder verstandelijke beperking, maar mensen met een verstandelijke beperking presenteren hun klachten vaak niet, of op een voor zorgverleners niet of moeilijk herkenbare wijze. Ook kunnen zich gezondheidsproblemen manifesteren die bij mensen zonder verstandelijke beperking weinig, pas op latere leeftijd of in clusters van comorbiditeit voorkomen. Dit maakt de zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking anders en de zorg die zij nodig hebben specifiek.

De zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke beperking verschillen op een aantal punten van de zorgbehoeften van de algemene bevolking. Sommige verschillen zijn terug te leiden tot de verstandelijke beperking zelf, zoals een minder of een afwijkend ziektebesef en ziekte-inzicht. Deze kenmerken van de verstandelijke beperking vereisen een specifieke manier van communiceren en een andere bejegening door de zorgverlener. Andere verschillen zijn terug te leiden tot het vóórkomen van syndroom-gerelateerde aandoeningen en tot de prevalentie van aandoeningen en risicofactoren die bij verstandelijk beperkten anders is.

Aan de gepresenteerde klacht van iemand met een verstandelijk beperking ligt vaak een onderliggende klacht ten grondslag. Deze gelaagdheid in de zorgvraag van iemand met een verstandelijke beperking houdt in dat de zorgvraag een medische én bijna altijd ook een gedragswetenschappelijke component heeft. De 'uiteindelijke' zorg- of behandelvraag van de verstandelijk beperkte is soms moeilijk te achterhalen. Daarom is de zorg aan de verstandelijk beperkte altijd multidisciplinair: (tenminste) een arts verstandelijk gehandicapten en een psycholoog of orthopedagoog, die voldoende specifieke kennis van en werkervaring met deze doelgroep heeft, werken samen in het behandelteam.

Voorts moet bij de diagnostiek en de behandeling van de klachten van de verstandelijk beperkte zijn het mantelzorgsysteem (familie en/of begeleiders) worden betrokken. De verstandelijk beperkte is immers afhankelijk van de ondersteuning van het systeem voor signalering en duiden van de klacht en voor het correct toepassen en/of volhouden van de behandeling. Aanpassingen in het systeem kunnen de impact van de beperking of de gedragsproblematiek verkleinen. Daarvoor moet het systeem zonodig gecoacht worden.

⁶ De tekst van dit hoofdstuk is mede gebaseerd op en ontleend aan het document *Extramurale behandeling van volwassenen met verstandelijke beperkingen: een voorstel voor multidisciplinaire comorbiditeitsclusters* van de multidisciplinaire werkgroep specialistische professionalisering in de gezondheidszorg voor verstandelijk gehandicapten, december 2015, en op de uitgave van de NVAVG *Zorgaanbod van de arts verstandelijk gehandicapten*, van maart 2012.

⁷ Met psycholoog of orthopedagoog wordt in dit rapport de GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist bedoeld.

4.1 Kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking

Een aantal kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking leiden tot een specifieke zorgbehoefte.

4.1.1 Mentale functies

Bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen problemen op mentaal gebied zich uiten in

- Specifieke stoornissen van de mentale functies (stoornissen op het gebied van plannen, redeneren, problemen oplossen);
- Gebrekkig ziektebesef en ziekte-inzicht. De verstandelijk beperkte herkent bijvoorbeeld lichaamssignalen niet. Als gevolg van een mogelijk verstoord ziektebesef in combinatie met een verminderd ziekte-inzicht, zal bij een patiënt met een verstandelijke beperking nogal eens sprake zijn van een atypische klachtenpresentatie;
- Probleemgedrag. Probleemgedrag duidt bij mensen met een verstandelijke beperking vaak op een ander, onderliggend probleem. Er kan sprake zijn van het ervaren van lichamelijk ongemak en pijn of van een psychiatrische aandoening of van communicatieproblematiek. Gedragsproblemen zijn een belangrijke reden voor verwijzing naar de arts voor verstandelijk gehandicapten of naar een in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog

4.1.2 Lichamelijke functies

Bij mensen met een verstandelijke beperking komen sommige lichamelijke functiestoornissen vaker, of al op jonge leeftijd, voor dan in de algemene bevolking. Veelvuldig voorkomende stoornissen in de lichaamsfuncties zijn onder meer

- Epilepsie;
- Stoornissen in de spijsvertering;
- Zintuigstoornissen. Mensen met een verstandelijke beperking kampen vaker met visuele stoornissen en hoorstoornissen dan mensen in de normale populatie; motorische functiestoornissen;
- Luchtweginfecties;
- Taal en spraak. Bij veel mensen met een ernstige verstandelijke beperking is de taal-/spraakontwikkeling niet of nauwelijks op gang gekomen. Mensen met een matige of lichte verstandelijke beperking hebben doorgaans moeite met gesproken taal, vooral met ingewikkeld taalgebruik of veel informatie ineens. Omgekeerd bestaat bij deze categorie mensen het gevaar dat hun goede verbaliteit onevenredig sterk imponeert. Daardoor worden onderliggende beperkingen niet tijdig herkend met overschatting als gevolg. Overschatting kan een belangrijk probleem zijn, zowel bij de diagnostiek als in de behandeling.

4.1.3 Maatschappelijk functioneren

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen bij allerlei soorten activiteiten beperkingen ondervinden en problemen met hun maatschappelijke participatie. Er is vaak sprake van allerlei vaardigheidstekorten als gevolg van de al eerder genoemde beperkingen:

- Mensen met een verstandelijke beperking die zelfstandig wonen hebben vaak een ongezonde leefstijl (roken, ongezonde voeding en te weinig bewegen). Een verstandelijk beperkte persoon heeft specifiekere stimulans en coaching nodig om een gezonde leefstijl aan te houden dan iemand zonder een verstandelijke beperking.

- Bij veel mensen met een verstandelijke beperking is sprake van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel: cognitieve vaardigheden kunnen beter ontwikkeld zijn dan communicatieve vaardigheden. Het belangrijkste risico van het hebben van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel is overvraging (door bijvoorbeeld de zorgverlening), omdat de verwachtingen worden afgestemd op het waarneembare communicatieve niveau, terwijl de copingvaardigheden in geval van stress en ziekte aanzienlijk minder sterk kunnen zijn.

4.1.4 *Cliëntsysteem*

Mensen met een verstandelijke beperking zijn vaak afhankelijk van ondersteuning vanuit hun 'systeem': familie en begeleiders, maar ook mantelzorgers, vrijwilligers, zorgprofessionals. Het systeem helpt de cliënt zelfstandig te blijven wonen bij hun ouders, in een eigen huis of begeleid in een gezinshuis.

Bij de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking moet met de zorgbehoefte ingegeven door bovenstaande kenmerken rekening worden gehouden.

In de volgende paragraaf bespreken we eerst de behandeldoelen en zien we hoe de arts verstandelijk gehandicapten en de gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog op deze doelen inspelen.

4.2 **Behandeldoelen**

De zorg aan verstandelijk beperkten is gericht op hun specifieke gezondheidsproblemen, 'genezing' of herstel van de beperking in medische zin is niet aan de orde. De doelen van de specifieke zorg aan mensen met een verstandelijke beperking liggen op het vlak van het compenseren of voorkomen van (verergering van) motorische en zintuiglijke beperkingen en multimorbiditeit, psychische- en gedragsstoornissen en chronische aandoeningen. Doel is het verbeteren van het functioneren van de verstandelijk beperkte en het uitbreiden van de vaardigheden teneinde vooruitgang te (blijven) behalen binnen de mogelijkheden van de cliënt. De benaderingswijze gaat uit van de ontplooiingskansen en - mogelijkheden van de integrale persoon. In de behandeling ligt een accent op de vaardigheidsontwikkeling, omdat voor mensen met een verstandelijke beperking hier de beste kansen liggen voor verbetering van de kwaliteit van leven of bestaan.

De specifieke behandeling richt zich bijvoorbeeld op de vroege opsporing en behandeling van risicofactoren en het realiseren van omgevingsaanpassingen. Het adviseren en coachen van het cliëntsysteem maakt hier in de meeste gevallen deel van uit, gezien de afhankelijkheid van de verstandelijk beperkte van zijn ondersteunend systeem (ouders of begeleiders). Het cliëntsysteem wordt op zijn beurt door de professional ondersteund, bijvoorbeeld via kennis van de aandoening en aanwijzingen voor omgang met de cliënt.

4.3 **Zorgverleners**

4.3.1 *Arts voor verstandelijk gehandicapten*

De beroepsgroep noemt de volgende specifieke zorgonderdelen en competenties van de arts verstandelijk gehandicapten.

4.3.1.1 Doelgroepspecifieke preventie

Een groot deel van de zorg door de arts verstandelijk gehandicapten heeft een proactief karakter. Dit betekent het opsporen en behandelen van bekende syndroomgebonden risico's op comorbiditeit (epilepsie, autisme, zintuigstoornissen).

De arts verstandelijk gehandicapten is op de hoogte van de mogelijke comorbiditeit en risicofactoren en hij anticipeert hier op door middel van bijvoorbeeld Healthwatch trajecten, waarin de patiënt (een leven lang) 1 à 2 keer per jaar wordt terug gezien voor periodiek geneeskundig onderzoek⁸.

4.3.1.2 Specifieke competenties en kennis van de arts verstandelijk gehandicapten
Een eerste specifieke competentie van de arts verstandelijk gehandicapten betreft het schatten van de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. De arts verstandelijk gehandicapten moet rekening houden met de afwijkende prevalentie van aandoeningen en moet betekenis geven aan klachten en problemen, zoals de patiënt die presenteert. De arts verstandelijk gehandicapten moet beschikken over specialistische communicatieve vaardigheden, begrip en geduld, herkennen en kunnen omgaan met een disharmonisch ontwikkelingsprofiel en kunnen duiden van probleemgedrag in de context van het ontwikkelingsniveau.

4.3.1.3 Samenwerking huisarts/Arts voor verstandelijk gehandicapten
Huisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten hebben afspraken gemaakt over de samenwerking. Resultaat is dat de huisarts mensen met een verstandelijke beperking de gebruikelijke huisartsenzorg in hun eigen omgeving geeft. In aanvulling hierop kan de arts voor verstandelijk gehandicapten zorg bieden.

De (huis)arts kan ook vanwege communicatieve en/of begripsproblemen bij de verstandelijk beperkte verwijzen naar de arts verstandelijk gehandicapten en/of de in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog. Zij beschikken over specifieke competenties en kennis over de verstandelijke beperking en diagnostiek- en behandelmethode die de verwijzend (huis)arts niet heeft. Met deze competenties en kennis komen de arts verstandelijk gehandicapten en de gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog, tegemoet aan de zorgbehoeften van de verstandelijk beperkte, zowel op medisch inhoudelijk gebied als op het gebied van communicatie en bejegening.

4.3.2 *Gespecialiseerde psycholoog*
De diagnostiek en de behandeling van klachten van mensen met een verstandelijke beperking betreft vaak gedragsproblematiek. Een onderliggende klacht wordt vaak gepresenteerd via gedragsproblematiek. Dientengevolge is een in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog bijna altijd bij de diagnostiek en behandeling betrokken. De psycholoog probeert, met behulp van het systeem rond de cliënt, allereerst de werkelijke zorgvraag te ontdekken: gaat het om de gedragsproblematiek of gaat het om een onderliggend somatisch of psychisch probleem dat zich manifesteert als gedragsprobleem.

Het klachtenpatroon van de persoon met een verstandelijk beperking is weliswaar vaak te classificeren in de DSM (bijvoorbeeld depressieve stoornis), maar het gaat hier om het traceren van het onderliggende somatische of psychische probleem. In het geval van een combinatie met GGZ-problematiek is ook de inzet van de gespecialiseerde GGZ aan de orde. In dat geval is er een samenloop van de geneeskundige zorg voor een verstandelijke beperking én de gespecialiseerde GGZ.

⁸ Zintuigstoornissen komen bijvoorbeeld veel vaker voor bij verstandelijk beperkten dan in de algemene bevolking. Een verstandelijk beperkte kan, met name bij geleidelijke achteruitgang van zijn zintuigen, niet altijd zijn zorgvraag kenbaar maken. Dit kan leiden tot onderdiagnostiek voor wat betreft deze aandoeningen. Periodieke controle van de zintuigen biedt bij verstandelijk beperkten uitkomst de achteruitgang van de zintuigen te identificeren en te corrigeren (met behulp van een bril of gehoorapparaat). Een arts verstandelijk gehandicapten is op de hoogte van de mogelijke geleidelijke achteruitgang en zal, in het kader van goede zorgverlening, hierop anticiperen en via periodieke screening, casefinding of healthwatch-projecten een eventuele achteruitgang (laten) vaststellen.

4.3.3

Orthopedagoog

De deskundigheid van de orthopedagoog-generalist is gericht op het optimaliseren van de (individuele) ontwikkeling en het maatschappelijk functioneren van kinderen, jongeren en volwassenen in een afhankelijkheidsrelatie in eenvoudige en complexe situaties. De orthopedagoog generalist diagnosticeert handelingsgericht, bepaalt een passende vorm van behandeling of begeleiding, verricht pedagogische handelingen en evalueert deze. De orthopedagoog-generalist intervenueert in principe preventiegericht. Het gehele spectrum van interventies, diagnostiek en behandeling is gericht op de (geestelijke) gezondheid van de genoemde doelgroep. Om de pedagogische relatie te behouden, te benutten en te versterken betreft de orthopedagoog-generalist systematisch (beroeps)opvoeders uit de (directe) omgeving, mits dit in het belang is van het kind, de jongere of de volwassene in een afhankelijkheidsrelatie⁹.

Een specifiek domein waarin veel orthopedagogen werkzaam zijn, is het begeleiden van mensen met een verstandelijke, lichamelijke, auditieve of meervoudige beperking en hun opvoeders. Het gaat hierbij om mensen die niet geheel zelfstandig kunnen functioneren. Een kenmerkende beroepssituatie is hulp verlenen aan de cliënt in de context van het systeem.

Gezien de ontwikkeling van de verstandelijk beperkte en de belangrijke rol van het systeem, is het logisch dat de orthopedagoog een bijdrage kan leveren aan de zorg voor verstandelijk beperkten en hun systeem.

4.3.4

Kunstmatige scheidslijn zorgaanbod psycholoog - orthopedagoog

Omdat zowel de psycholoog als de orthopedagoog per definitie systemisch werken met de verstandelijk beperkte cliënt als 'integrale persoon', kunnen we concluderen dat de gespecialiseerde psycholoog en de orthopedagoog in de onderhavige praktijk van de 'extramurale behandeling' aan verstandelijk beperkten, dezelfde werkzaamheden verrichten.

De psycholoog maakt in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking per definitie gebruik van orthopedagogische visies en methodieken en de orthopedagoog maakt op zijn beurt gebruik van psychologische modellen en technieken, maar kan deze aanpassen op de individuele cliënt.

Samengevat, de psycholoog of orthopedagoog worden ingezet bij:

- het uitvoeren van de primaire diagnostiek op het gebied van gedragsproblematiek: het vaststellen van de aandoening, stoornis en/of beperking en de verschillende gradaties hierin;
- het vaststellen van de oorzaak van de gedragsproblematiek en vaststellen van de werkelijke zorgvraag;
- bij de functionele diagnostiek: vaststellen van het 'beperkingenbeeld' en het functioneringsprofiel, zoals op het gebied van sociale, emotionele, communicatieve en praktische vaardigheden;
- het (mede) vormgeven van een context waarin de verstandelijk beperkte voldoende tegemoet gekomen wordt aan zijn of haar basisbehoeften;
- het leren omgaan of behandelen van problemen op het gebied van cognitie, stemming en gedrag die met aandoening, stoornis of beperking samenhangen;
- het ondersteunen van het mantelzorgsysteem (en veelal ook het professionele zorgsysteem) door het vergroten van de kennis van het ziektebeeld, het leren omgaan met de patiënt gegeven diens beperkingen en het vergroten van de draagkracht van de mantelzorgers;
- het bieden van een op het begrips- en communicatieniveau van de patiënt aangepaste psychologische of psychotherapeutische behandeling.

⁹ <https://www.nvo.nl/themadossiers/overig/og-in-de-big.aspx>

4.3.5

Paramedici

Naast de arts verstandelijk gehandicapten en de psycholoog of orthopedagoog kunnen paramedici zoals de ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist en de diëtist zorg verlenen. Ook voor deze zorgverleners geldt dat zij over specifieke kennis en competenties moeten beschikken voor de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking.

De logopedist brengt bijvoorbeeld het communicatieniveau van de verstandelijk beperkte in kaart en geeft communicatie-adviezen aan het cliëntsysteem en (huis)arts. Zij adviseert over hoe de communicatie optimaal kan verlopen en wat voorwaarden zijn voor wederzijds begrijpen tijdens interactie. Zij adviseert in ondersteunende communicatie en begeleidt gewenning aan een hoortoestel.

De (gespecialiseerde) diëtist en logopedist kunnen worden ingezet bij eet-, slik- en gewichtsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. De ergotherapeut adviseert bij deze problemen over zithouding, aangepast bestek en servies en geeft alternatieve beweegmogelijkheden.

Bij de behandeling van comorbiditeit (onder andere spasticiteit en motorische beperkingen) zijn de fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist betrokken. De diëtist vervult een rol bij de aanpak van de ongezonde leefstijl van de verstandelijk beperkte door de verstandelijk beperkte te proberen te motiveren gezond te leven.

Bij slaapproblemen adviseert de ergotherapeut over aanpassing van de slaapomgeving, bij zintuiglijke beperkingen 'vertaalt' de ergotherapeut adviezen van de zorgorganisaties, gespecialiseerd in de zorg bij een zintuiglijke beperking, in de dagelijkse praktijk van de verstandelijk beperkte.

4.3.6

Vaktherapeut

Vaktherapie is een behandelvorm voor mensen met psychiatrische stoornissen en psychosociale problematiek, waarbij methodisch gebruik gemaakt wordt van een ervaringsgerichte werkwijze. Vaktherapie is de overkoepelende naam voor de volgende klassieke vaktherapeutische stromingen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie. Vaktherapie kent verschillende behandeldoelen. In algemene zin gaat het bij de behandeling om het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

De behandeling hoeft niet in zijn geheel te worden uitgevoerd door de arts verstandelijk gehandicapten of de in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog. Na de diagnostiek kan (een deel van) de behandeling door bijvoorbeeld de huisarts, een basisorthopedagoog of –psycholoog en/of een vaktherapeut¹⁰ worden uitgevoerd.

5 Plaats van de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten binnen de basisverzekering

In de hoofdstukken 3 en 4 hebben we gezien wat de inhoud is van de extramurale behandeling. Die informatie gaan we in dit hoofdstuk duiden om daarmee een antwoord te geven op de vraag of deze zorg onder de Zvw past.

5.1 Geneeskundige zorg

Als we de extramurale behandeling uit de voormalige AWBZ, die werd aangegeven met grondslagen en benoemd in de Beleidsregels, overhevelen naar de Zvw, komen de begrippen extramurale behandeling, grondslagen, consultatie, medebehandeling etc. niet meer voor. De Zvw maakt immers geen gebruik van die begrippen. Als we in dit rapport constateren dat de extramurale behandeling qua aard en inhoud als zorg in de zin van de Zvw gekwalificeerd kan worden, betekent dit dat deze zorg begrepen moet worden onder de geneeskundige zorg, zoals beschreven in het Bzv.

Artikel 2.4 van het Bzv omschrijft geneeskundige zorg als volgt:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, ...

'Geneeskundige zorg' is een centraal begrip binnen de Zvw. 'Geneeskundig' moet hier niet te beperkt 'medisch' worden opgevat. Ook het leren omgaan met of het compenseren van beperkingen kan onder 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw worden geschaard.

Daarnaast hoeft er niet per se al sprake te zijn van een aandoening of beperking. Ook zorg gericht op het voorkomen van (verergering van) een aandoening of beperking of gericht op zo goed mogelijk functiebehoud bij gevolgen van een aandoening of beperking kan onder de Zvw vallen, mits er sprake is van een hoog risico hierop¹¹. De 'geneeskundige zorg' richt zich overigens niet uitsluitend op de patiënt, maar ook op zijn (cliënt)systeem, bijvoorbeeld om te leren omgaan met de aandoening van de betrokkene en deze zo goed mogelijk te ondersteunen. Om van 'geneeskundige zorg' te kunnen spreken moet er wel sprake zijn van een concreet behandeldoel dat, idealiter, binnen een bepaalde periode bereikt moet zijn.

'Geneeskundige zorg' kent bovendien een grens. Als de zorg of ondersteuning meer gericht is op het oefenen van geleerde vaardigheden, het doen van activiteiten, het maatschappelijk participeren of bijvoorbeeld het ontmoeten van lotgenoten, dan kunnen we niet meer spreken van 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zvw, maar spreken wij van 'ondersteuning' of 'begeleiding' die, mogelijk, onder de Wmo valt.

In de omschrijving in het Bzv zien we dat de geneeskundige zorg in de Zvw is opgehangen aan beroepsgroepen met behulp van het begrip 'plegen te bieden'. 'Plegen te bieden' is een begrip om de inhoud en omvang van de te verzekeren geneeskundige zorg af te bakenen. 'Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' concretiseert het domein waarop de te verzekeren prestatie betrekking heeft. Het Zorginstituut legt dit domein als volgt uit: het omvat een professioneel arsenaal aan zorg, waarvoor het arsenaal van de huisartsen als uitgangspunt dient. De huisartsen als beroepsgroep hebben dit arsenaal beschreven in geschreven documenten, zoals richtlijnen, standaarden, beroepsvisies, omschrijving deskundigheidsgebieden¹².

¹¹ College voor zorgverzekeringen, Van Preventie Verzekerd, 16 juli 2007

¹² Zie: *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'*; CVZ-publicatie nr 268, november 2008, www.zorginstituutnederland.nl en bijlage 2 bij *Pakketbeheer in de praktijk, deel 3*.

Het arsenaal wil bovendien zeggen het héle arsenaal van de betreffende beroepsgroep, niet meer en niet minder.

De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten zijn artsen en in die zin leveren zij geneeskundige zorg. Maar de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten worden niet vermeld in artikel 2.4 Bzv. Hoe leggen we nu de link tussen het arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde respectievelijk arts voor verstandelijk gehandicapten en de geneeskundige zorg omschreven in artikel 2.4 Bzv? Of: Onder welke noemer in artikel 2.4 Bzv kan de zorg worden geschaard die zij leveren? Is de zorg bijvoorbeeld te scharen onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden?

Om antwoord te geven op die vragen gaan we eerst in op de (veranderende) zorg in de eigen omgeving: de zorgbehoefte en de inhoud en het aanbod van de zorg. Daarna gaan we in op de zorg van de specialist ouderengeneeskunde en van de arts voor verstandelijk gehandicapten en hun (mogelijke) rol en plek binnen deze eerste lijn.

5.1.1

Generalistische geneeskundige zorg

De laatste jaren is sprake van toenemende vergrijzing van de Nederlandse bevolking en van een toename van het aantal chronisch zieken. De overheid stimuleert dat ouderen en mensen met een chronische ziekte of beperking langer thuis wonen. Ook steeds meer mensen met een verstandelijke beperking wonen, als gevolg van decentralisatiebeleid, in een woonvoorziening en niet meer in een instelling. De aard en inhoud van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden is geen statisch gegeven: de zorgverlening past zich aan deze ontwikkelingen aan.

Bij de zorg in de eigen omgeving ligt het accent steeds meer op functionele autonomie met een zo hoog mogelijke mate van zelfredzaamheid en zelfstandigheid. Het gaat erom dat ouderen, chronisch zieken en verstandelijk beperkten zo lang mogelijk verantwoord zelfstandig kunnen blijven.

Deze verandering heeft geleid tot een verbreding van de zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden' en heeft bijvoorbeeld al vorm gekregen met de komst van de POH/GGZ, de nurse practitioner en de gespecialiseerde verpleegkundige binnen de huisartsenpraktijk. Met de inzet van deze professionals, die elk gespecialiseerd zijn in een bepaald gebied van de zorg zoals huisartsen plegen te bieden, hebben we een verticale taakherschikking binnen de huisartsgeneeskundige zorg gezien.

Vanwege deze verandering verstaan we onder de functionele omschrijving 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' niet meer precies hetzelfde als pakweg tien jaar geleden. De zorg is veelzijdiger en mogelijkheden voor diagnostiek en beeldvorming in de eigen omgeving zijn groter geworden. De huisarts werkt samen met de wijkverpleegkundige bij de zorg in de eigen omgeving. Er is aandacht voor multi-morbiditeit, ook de context van de patiënt is steeds belangrijker. We kenschetsen de huidige 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' dan ook als generalistische geneeskundige zorg. Deze zorg is integraal en generalistisch, in die zin dat de zorg zich richt op de gehele persoon en rekening houdt met de specifieke leefomstandigheden van de patiënt.

In termen van de Zvw vormt de te verzekeren prestatie 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' het verzamelpunt van de generalistische geneeskundige zorg.

Samengevat heeft generalistische geneeskundige zorg de volgende kenmerken:

- het arsenaal aan zorg bestaat uit anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudig laboratoriumonderzoek en eenvoudige verrichtingen;
- de zorg heeft een brede insteek, niet beperkt tot één orgaan of één orgaansysteem;
- veelal nog ongespecificeerde klachten of symptomen vormen veelal het beginpunt van de zorg;
- het meewegen van de context van de patiënt in het bepalen van het beleid, gezamenlijke besluitvorming is het uitgangspunt;
- er is aandacht voor multimorbiditeit en er is kennis van de samenhang tussen biologische, sociale en psychologische factoren vereist;
- het betrekken van het mantelzorgsysteem bij de uitwerking van de geneeskundige zorg is van belang.

Algemeen medische zorg en doelgroep specifieke zorg bestaan naast en door elkaar. De hiervoor genoemde kenmerken zijn in alle gevallen aanwezig en vormen het hart van het medisch handelen.

5.1.2

Arsenaal van specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten

Hoe verhoudt de zorg die de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten bieden zich tot zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, gegeven onze uitleg dat dit generalistische geneeskundige zorg is?

De specialist ouderengeneeskunde richt zich op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek. Zijn specifieke deskundigheid of specialiteit komt tot uiting bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een zorgplan. De specialist ouderengeneeskunde redeneert niet vanuit ziekte-entiteiten, maar probleem- en systeemgericht. De specialist ouderengeneeskunde bedient zich van een zorgarsenaal waarbinnen de anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium)diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist belangrijke elementen zijn. De beschikbare interventies omvatten het voorschrijven van medicijnen en eenvoudige verrichtingen. In die zin stemt de zorg van de specialist ouderengeneeskunde overeen met de zorg van een huisarts die aan een algemene populatie zorg levert. Hetzelfde geldt ook voor de competenties om deze diagnostiek en interventies verantwoord en zinnig in te zetten. De specialist ouderengeneeskunde levert zijn zorg op verzoek van de huisarts. Zij maken zorginhoudelijke afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling. (De zorg

voor ouderen behoort op zich overigens ook tot het professionele werkkterrein van de huisarts.^{13 14)}

De arts voor verstandelijk gehandicapten levert zorg aan een specifieke doelgroep, de verstandelijk beperkten, en maakt ook gebruik van een zorgarsenaal waarbinnen de anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium)diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist belangrijke elementen zijn. De arts voor verstandelijk gehandicapten beschikt over specifieke competenties en kennis rond de verstandelijke beperking en over ervaring met diagnostiek- en behandelmethoden die de verwijzend (huis)arts niet altijd heeft. Een groot deel van de zorg door de arts voor verstandelijk gehandicapten heeft een proactief karakter: het opsporen en behandelen van syndroomgebonden risico's op comorbiditeit. Ook bij de arts voor verstandelijk gehandicapten geldt dat hij met de huisarts zorginhoudelijke afspraken maakt over de verantwoordelijkheidsverdeling en over het moment waarop de patiënt weer onder de hoede van de huisarts komt.

5.2

Conclusie

De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten zijn specialistisch in die zin dat zij specifieke deskundigheid hebben met betrekking tot de zorgvragen van en de zorg aan bepaalde groepen. Hun specifieke deskundigheden verrijken het technische, professionele arsenaal zoals vervat in 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', maar in essentie blijft dit arsenaal hetzelfde. Zorginstituut Nederland concludeert dat de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten leidt tot een horizontale taakherschikking waarmee de zorg in de eerste lijn beter aansluit op de veranderde zorgbehoefte van mensen in hun eigen omgeving, die tot voor kort vanwege hun aandoening of ziekte in een instelling verbleven.

Gezien het voorgaande meent het Zorginstituut dat de zorg die de arts verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde leveren, ook onder het functioneel omschreven arsenaal van de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' kan worden gevat.

¹³ Dit blijkt ook uit de kaderopleiding ouderenzorg voor huisartsen waarbinnen, aldus het Nederlands Huisartsengenootschap, 'kennis en vaardigheden op het gebied van de medische zorg voor ouderen aan de orde komen, zowel diagnostisch als qua aanpak, behandeling en begeleiding'. Hiermee geven we overigens alleen aan dat de medische ouderenzorg in principe tot het domein van de huisarts behoort. Dit betekent niet dat de kaderhuisarts ouderenzorg synoniem is met de specialist ouderengeneeskunde.

¹⁴ In het *Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde. Verenspecialist ouderengeneeskunde*.

2012 lezen wij het volgende op pagina 22:

'In beschrijvende zin kan het overgrote deel van de feitelijke populatie van de specialist ouderengeneeskunde aangeduid worden met één of meer aandoeningen uit de volgende aan de LZV-registratie³⁸ ontleende, beperkte lijst:

- Dementiesyndroom
- Cerebrovasculaire aandoeningen (en hun late gevolgen)
- Status na orthopedische operatie
- Diabetes mellitus
- Morbus Parkinson
- Osteoporose
- Hartfalen
- COPD
- Depressie en angststoornissen
- Multiple Sclerose
- Reumatoïde artritis
- Arthrose
- Decubitus
- Delier
- Incontinentie
- Mobiliteitstoornissen
- Zintuigstoornissen

Doelen en functies van het medisch handelen kunnen zijn: stabiliseren, revalideren, chronische somatische en/of psychogeriatrische zorg, palliatieve terminale zorg, diagnostiek met richtinggevend advies en crisisinterventie.' Binnen de grenzen van het huisartsgeneeskundig handelen valt zorg bij deze aandoeningen voor een patiënt die thuis verblijft ook tot het professionele werkkterrein van de huisarts.

Dit maakt het zowel vanuit een oogpunt van zorginhoud als vanuit de invalshoek van een functioneel omschreven systeem van te verzekeren prestaties, níet noodzakelijk om voor de zorg van de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten een nieuw begrip in het Bzv te introduceren, bijvoorbeeld 'zorg zoals de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten die plegen te bieden'.

5.2.1

Samenwerking huisarts – specialist ouderengeneeskunde – arts voor verstandelijk gehandicapten

De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten kan op verzoek van de huisarts worden ingeschakeld. Wat behoort dan tot de taken en bevoegdheden van de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten ten opzichte van de huisarts? Dit kan variëren van een (collegiaal) advies tot het overnemen van de behandeling gedurende een bepaalde periode. De specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten kan een patiënt zonodig verwijzen naar een medisch specialist (als de polis van de verzekerde patiënt deze bevoegdheid aan de specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten toekent). Maar, omdat de huisarts nog steeds de poortwachter van de zorg is, ligt het in de lijn der verwachting dat de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten een verwijzing naar de tweede lijn, afstemt met de huisarts. Over het (tijdelijk) overnemen van de regiefunctie en welke bevoegdheden daarbij horen zullen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten afspraken moeten maken.

Een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten is tegenwoordig nog vaak werkzaam in een instelling. Vanuit de Zvw geredeneerd vormt dit geen belemmering om de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten ten behoeve van de eerstelijnszorg in te zetten. Tijdens die periode kan een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten ook naar de tweede lijn verwijzen als de polis van de verzekerde dit toestaat en de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde respectievelijk de arts voor verstandelijk gehandicapten dit zo hebben afgesproken.

Hiervoor hebben we uiteengezet dat de te verzekeren prestatie 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' het verzamelpunt is van de generalistische geneeskundige zorg en we hebben gezien dat de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten bijdragen aan de generalistische geneeskundige zorg. In termen van te verzekeren prestaties moet deze zorg onderscheiden worden van de zorg door de gespecialiseerde psycholoog en zorg door de andere zorgverleners. Hoe we deze zorg onderscheiden, zien we in het volgende hoofdstuk waarin we de zorg door de gespecialiseerde psycholoog en andere zorgverleners duiden.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

6 Duiding gedragsdeskundigen, paramedici en vaktherapie

De zorg door de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten kunnen we dus onder de Zvw scharen. Hoe zit het met de zorg door de andere zorgverleners?

6.1 **Gespecialiseerde psycholoog**

We hebben gezien dat de problematiek van de groepen die extramurale behandeling krijgen vaak complex is en dat verschillende aspecten elkaar kunnen beïnvloeden (zie hoofdstuk 3 en 4). De gespecialiseerde psycholoog wordt door de specialist ouderengeneeskunde, de arts voor verstandelijk gehandicapten of de huisarts vooral betrokken bij het stellen van de primaire diagnostiek op het gebied van gedragsproblematiek en het vaststellen van een onderliggende zorgvraag. Daarnaast wordt de psycholoog ingezet bij de functionele diagnostiek en het vaststellen van het functioneringsprofiel en bij het leren omgaan met of behandelen van problemen op het gebied van cognitie, stemming en gedrag. De zorg kan zich ook op het (mantelzorg)systeem richten.

Deze zorg door de gespecialiseerde psycholoog verleend in de context van de 'extramurale behandeling', kunnen we duiden als 'geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. De zorgverleners die in de praktijk van de extramurale behandeling deze zorg leveren zijn de GZ-psycholoog, de ouderenpsycholoog, de klinisch neuropsycholoog (KNP) en de orthopedagoog (zie voor orthopedagoog ook 8.2). De GZ-psycholoog en de KNP zijn opgenomen als basisberoep in de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg ([Wet BIG](#)) en kunnen deze zorg leveren omdat zij daartoe bekwaam en bevoegd zijn. De andere beroepsgroepen kunnen deze zorg leveren mits deze beroepsbeoefenaren voor dit deel ook bekwaam (en daarmee bevoegd) zijn op het niveau van deze BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren.

Samengevat, de beschreven zorg door de gespecialiseerde psycholoog past onder de geneeskundige zorg van de Zvw.

6.2 **Orthopedagoog-generalist**

De orthopedagoog-generalist is een professional op het gebied van opvoeding-, leef- en ontwikkelingsprocessen. Gezien dit deskundigheidsgebied van de orthopedagoog-generalist is het duidelijk dat het arsenaal van deze zorgverlener niet volledig onder de Zvw kan vallen. Een deel van zijn kennis, competenties en attitudes valt niet binnen de geneeskundige zorg (opvoeding; maatschappelijk functioneren; onderwijs; jeugdhulp). Anderzijds is het duidelijk dat de inzet van deze zorgverlener voor de 'extramurale behandeling' van belang is, vanwege de interactie tussen de cliënt, zijn aandoening en beperking(en) en het systeem rondom deze cliënt die telkens speelt bij de beschreven aandoeningen en zorgvragen. De werkzaamheden van de gespecialiseerde psycholoog en de orthopedagoog-generalist overlappen en liggen, op het gebied van de extramurale behandeling, in elkaars verlengde, waarbij de orthopedagoog-generalist vooral systeemgerelateerde problematiek behandelt. Het Zorginstituut meent dan ook dat de inzet van de orthopedagoog-generalist onder de Zvw valt als deze inzet overeenkomt met de inzet van de gespecialiseerde psycholoog en als deze inzet deel uitmaakt van de integrale zorg voor de beschreven patiëntengroepen.

Samengevat, de zorg verleend in de context van de extramurale behandeling door de orthopedagoog-generalist past onder de geneeskundige zorg van de Zvw.

6.3 Paramedici

De zorg die paramedici aan deze groepen verlenen vergt weliswaar speciale deskundigheid voor de specifieke groepen maar deze zorg komt nog steeds overeen met de paramedische zorg die al onder de Zvw valt.

Voor verzekerden van 18 jaar of ouder vallen de eerste 20 behandelingen fysiotherapie buiten de te verzekeren zorg. Ergotherapie is beperkt tot tien behandeluren per jaar en diëtetiek is beperkt tot drie behandeluren per jaar.

Dit wijkt af van de situatie toen deze zorg onder de voormalige AWBZ viel: daar golden geen beperkingen ten aanzien van de paramedische zorg. We komen hierop terug in hoofdstuk 9.

6.4 Vaktherapie

We hebben gezien dat de vaktherapie een bijdrage levert aan de extramurale behandeling. Voor de duiding van de vaktherapie sluiten wij aan bij het standpunt dat het Zorginstituut in 2015 in zijn rapport *Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ* heeft ingenomen ten aanzien van deze therapie¹⁵.

In dit rapport stelt het Zorginstituut dat vaktherapie een onderdeel van de gespecialiseerde GGZ is. Gespecialiseerde GGZ is zorg zoals medisch specialisten (psychiaters) en klinisch psychologen die plegen te bieden. Het Zorginstituut sluit zich aan bij dit standpunt van 2015 en meent dat de inzet van de vaktherapie ook als onderdeel van de zorg die wij in dit rapport beschrijven, onderdeel van de geneeskundige zorg is en daarmee onder de Zvw valt. Voorwaarde is dat inzet is beschreven in het individuele zorgplan.

Samengevat, de zorg door de vaktherapeut maakt in het verband van dit rapport deel uit van de geneeskundige zorg van de Zvw. De inzet van de vaktherapeut is beschreven in het individuele zorgplan en maakt een integraal onderdeel van de behandeling uit.

6.5 Samenvatting

We hebben nu de extramurale behandeling geduid:

- De zorg door specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten kunnen we scharen onder zorg zoals huisartsen, die plegen te bieden, overeenkomstig artikel 2.4 van het Bzv en valt daarmee onder de Zvw.
- De zorg door de GZ-psycholoog en de specialist klinisch neuropsycholoog (KNP), verleend in de context van de extramurale behandeling kunnen we scharen onder zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden, overeenkomstig artikel 2.4 van het Bzv en valt daarmee onder de Zvw. Voor de orthopedagoog en ouderenpsycholoog geldt hetzelfde, mits deze beroepsgroepen bekwaam en bevoegd zijn om deze zorg te leveren.

¹⁵ Zorginstituut Nederland, Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ, 29 oktober 2015

- De zorg die paramedici leveren (fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek) valt onder de paramedische zorg overeenkomstig artikel 2.6 van het Bzv en valt daarmee onder de Zvw, waarbij de fysiotherapie zorg omvat bij een beperkt aantal aandoeningen. Bijlage 1 bij het Bzv vermeldt de aandoeningen waarbij de zorg onder de dekking van artikel 2.6 'zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden', kan vallen.
Voor verzekerden van 18 jaar of ouder vallen de eerste 20 behandelingen fysiotherapie buiten de te verzekeren zorg. Ergotherapie is beperkt tot tien behandeluren per jaar en diëtetiek is beperkt tot drie behandeluren per jaar.
- De zorg door de vaktherapeut valt onder 'de zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden' en valt daarmee onder de Zvw. De zorg door de vaktherapeut maakt deel uit van de integrale zorg voor de beschreven patiëntengroepen als deze is beschreven in een individueel zorgplan.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

7 Beschrijven van de "goede" zorg

Voor de duiding in dit rapport beschouwen we de totale zorg die onder de noemer extramurale behandeling wordt verleend. Voor de duiding hebben we geen afzonderlijke beschrijvingen per aandoening nodig. Als de zorg wordt overgeheveld en onder de Zvw valt, komt de term extramurale behandeling in de regelgeving niet voor en wordt ook niet voor iedere aandoening afzonderlijk vermeld dat de zorg onder de Zvw valt. Er zal dus geen sprake zijn van een (limitatieve) lijst met aandoeningen waarvoor extramurale behandeling in de Zvw is opgenomen. Voor de daadwerkelijke zorgverlening in de praktijk zijn beschrijvingen van de samenhangende 'goede zorg' in zorgprogramma's en zorgstandaarden noodzakelijk.

In de Inleiding bij dit rapport hebben we al geconstateerd dat er diversiteit bestaat in de zorgverlening en dat uniformiteit ontbreekt. In dit hoofdstuk geven we aan dat voor de zorgverlening bij iedere afzonderlijke aandoening beschrijvingen van de zorg noodzakelijk zijn. Allereerst zijn beschrijvingen noodzakelijk voor het opstellen van prestatiebeschrijving(en) door de NZa en voor de zorginkoop door de zorgverzekeraars. Vervolgens zijn beschrijvingen noodzakelijk voor het leveren van de zorg door de zorgverleners. Beschrijvingen maken het mogelijk dat de geleverde zorg uniform is, kwalitatief goed en (bij multidisciplinaire zorg) in samenhang wordt geleverd. Beroepsgroepen moeten hiertoe zelf het initiatief nemen. We geven tevens aan hoe het Zorginstituut hieraan kan bijdragen

7.1 **Multidisciplinaire zorg**

In de vorige hoofdstukken hebben we gezien dat het bij de zorg die onder de noemer extramurale behandeling wordt verleend, vaak gaat om langdurige zorg bij een aandoening die progressief van aard is. Het gaat om zorg die volgt op de revalidatiefase. In deze zogenaamde chronische fase van een ziekteproces is geen sprake meer van genezing, maar er zijn wel problemen en zorgvragen. Het accent van de zorg in de chronische fase ligt dan ook op de gevolgen van de ziekte of aandoening en is meer probleemgericht dan ziektegericht. De problematiek van de patiënt is vaak complex en verschillende beroepsbeoefenaren verlenen de zorg, elk op hun eigen deskundigheidsgebied. De zorg kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied.

De multidisciplinaire zorg waarbij verschillende beroepsbeoefenaren hun zorg verlenen aan één patiënt, vraagt om een regiebehandelaar en om een beschrijving van de 'goede' zorg per aandoening. We gaan hier in de volgende twee paragrafen op in.

7.2 **Regiebehandelaar**

Voor een patiënt met complexe problematiek of meerdere aandoeningen is het van belang dat het zorgaanbod van verschillende beroepsbeoefenaren op elkaar is afgestemd en in samenhang wordt geleverd. Dit vraagt om het regisseren van de multidisciplinaire behandeling door een regiebehandelaar. De regiebehandelaar stuurt het multidisciplinaire team aan en draagt zorg voor samenhangende diagnostiek en behandeling.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het opstellen van het individueel zorgplan. Alle betrokken behandelaren moeten op de hoogte zijn van dit plan en over de uitvoering van interventies met elkaar overleggen. Omdat de aandoeningen vaak progressief van aard zijn en de zorg langdurig, kunnen tijdens het ziektebeloop de zorgbehoefte en daarmee de behandeldoelen veranderen. De behandeldoelen in

het zorgplan moeten worden bijgesteld en/of opnieuw gedefinieerd evenals de individuele inbreng daarbij door de verschillende zorgverleners.

Bij de dagbehandeling kan de regiebehandelaar (bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde) paramedische disciplines inzetten en vaktherapeuten. Vaktherapie kan desgewenst worden ingezet als onderdeel van het individuele zorgplan en vindt altijd plaats onder regie van de regiebehandelaar.

Zowel de arts voor verstandelijk gehandicapten als de gespecialiseerde psycholoog (orthopedagoog/generalist) kunnen bij de zorgverlening aan verstandelijk beperkten regiebehandelaar zijn, afhankelijk waar het accent van de behandeling op ligt. De gespecialiseerde psycholoog kan regiebehandelaar zijn als de gedragsmatige aspecten voorliggend zijn.

7.3 Beschrijving van de zorg per aandoening

7.3.1 Diversiteit in zorgverlening

Tangram heeft in 2014, in opdracht van Zorginstituut Nederland, onderzoek uitgevoerd naar de vormen van extramurale AWBZ-behandeling¹⁶. Tangram constateerde dat er vele protocollen, richtlijnen en enkele zorgstandaarden beschikbaar zijn en dat 'een enkele instelling op basis van richtlijnen gedetailleerde zorgprogramma's en functieprogramma's heeft opgesteld'.

Voorbeelden van zorgprogramma's voor bepaalde doelgroepen zijn: Huntington, NAH, Multipole sclerose, CVA en Parkinson. Voorbeelden van functieprogramma's over specifieke zorgvragen zijn: agressie, cognitieve revalidatie, eten en drinken, lig- en zithouding, mondzorg, probleemgedrag, seksualiteit, slikken, valpreventie, wondzorg en decubitus.

Tangram concludeerde in dit rapport dat 'er is sprake van een forse diversiteit (praktijkvariatie) aangaande inhoud, systematiek en toepassing van behandeling in de bezochte instellingen. Ook zijn er duidelijke verschillen in de beleidsmatige vastlegging van de interne zorgprogrammering. In het kader van eenduidigheid en een uniforme aanpak bij aanbieders zijn er in de onderzochte sectoren nog flinke stappen te zetten. Er is in de bestudeerde sectoren derhalve nog geen sprake van een landelijk erkende manier van behandelen. Dit betreft zowel instroomcriteria, de modulair opgebouwde zorgpaden, als de prestatie-indicatoren en resultaatmetingen.'

7.3.2 Noodzaak zorg- en functieprogramma's en individueel zorgplan

Zorginstituut Nederland constateert dat veel extramurale behandeling weliswaar op het niveau van de instelling is beschreven, maar dat over deze beschrijvingen niet altijd gezamenlijk door de betrokken beroepsgroepen zijn opgesteld. Uitzonderingen zijn bijvoorbeeld de zorg voor Huntington en NAH die recent zijn beschreven. Voor een goede multidisciplinaire zorgverlening in de praktijk is per aandoening een specifieke beschrijving nodig, die binnen de betreffende beroepsgroep gezamenlijk is opgesteld.

Ten behoeve van uniformiteit en samenhang in de zorgverlening acht het Zorginstituut het van belang dat er samenhangende sets van zorg- en functieprogramma's worden opgesteld waarbij zorgprogramma's gericht zijn op specifieke doelgroepen en functieprogramma's op specifieke zorgvragen, die bij verschillende doelgroepen kunnen voorkomen. Beroepsgroepen moeten in principe zelf het initiatief nemen voor de totstandkoming van zorgprogramma's.

¹⁶ Tangram, Extramurale AWBZ-behandeling, mei 2014

De functieprogramma's of modules per instelling kunnen worden gebruikt als bouwstenen bij het opstellen van een zorgprogramma. Een voorbeeld om tot een uniforme beschrijving van de zorg in de diverse instellingen te komen, is de exercitie zoals Hersenz die heeft gedaan bij de beschrijving van de behandeling bij NAH en het zorgprogramma Huntington.

Op basis van de zorg- en functieprogramma's kunnen individuele zorgplannen worden opgesteld die multidisciplinair werken mogelijk maken. Een zorgplan waarin de behandeldoelen zijn geformuleerd, maakt voor de verschillende samenwerkende professionals duidelijk welke inzet zij, in onderlinge samenhang moeten leveren.

Tenslotte, de NZa heeft deze documenten nodig bij het opstellen van de prestatiebeschrijvingen en zorgverzekeraars hebben deze documenten nodig voor hun inkoop van zorg. Pas op basis van zorgprogramma's kunnen zorgverzekeraars gericht de zorg inkopen. 'Extramurale behandeling' op zich is een veel te globaal begrip voor de zorginkoop.

7.4

Conclusie

Zorgprogramma's zijn noodzakelijk

- voor uniforme 'goede' zorgverlening, waarvan de inhoud door de betrokken beroepsgroep gezamenlijk is op- en vastgesteld;
- voor het in samenhang leveren van multidisciplinaire zorg;
- voor het opstellen van een individueel zorgplan, waaruit blijkt welke zorgverlener voor welk zorgonderdeel verantwoordelijk is;
- voor het opstellen van prestatiebeschrijvingen door de NZa en
- voor de zorginkoop door zorgverzekeraars.

Zorginstituut Nederland meent dat zorgprogramma's en voorwaarde zijn voor de levering van de extramurale behandeling onder de Zorgverzekeringswet.

7.5

Vervolg

Zoals al gezegd, beroepsgroepen moeten zelf het initiatief hiertoe nemen. Om te helpen dit van de grond te krijgen, zal het Zorginstituut het initiatief nemen om te komen tot een inventarisatie van de functieprogramma's en zorgprogramma's die al beschreven zijn. Vervolgens kan in overleg met de betrokken beroepsgroepen nagegaan worden of deze inventarisatie helpt bij het gezamenlijk beschrijven van de goede zorg en het bereiken van uniformiteit onder de betrokken beroepsgroep. Deze werkwijze wordt aanvankelijk voor twee aandoeningen (bijvoorbeeld MS en Korsakov) gestart en als de aanpak effectief blijkt, kan deze ook bij andere aandoeningen worden ingezet.

In het volgende hoofdstuk gaan we verder in op de noodzakelijke samenhang in deze zorg en de vraag of dit moet leiden tot een aparte te verzekeren prestatie

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

8 Een aparte te verzekeren prestatie 'extramurale behandeling'?

8.1 Inleiding

De 'extramurale behandeling' is veelal multidisciplinair en langdurig. Dit is logisch. Het gaat immers vaak om blijvende beperkingen (die mogelijk op elkaar ingrijpen). Binnen het langdurige traject kunnen de behandeldoelen dan ook veranderen. De betrokken disciplines kunnen door de tijd heen veranderen, afhankelijk van de ontwikkeling van de zorgbehoefte. Een individueel zorgplan moet duidelijkheid bieden over de inhoud en omvang van de zorg die de patiënt moet krijgen. Dit is een dynamisch zorgplan dat geregeld aan de actuele zorgbehoefte aangepast moet worden.

Uit oogpunt van de te verzekeren zorg betekent dit dat een zorgprogramma in principe moet worden opgebouwd uit een aantal te verzekeren prestaties. De zorg van, bijvoorbeeld, de specialist ouderengeneeskunde, paramedische zorg en vaktherapie wordt dan vertaald in de te verzekeren prestaties 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden', 'zorg zoals fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten en ergotherapeuten die plegen te bieden' en 'zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. In de bekostiging smeedt de NZa deze te verzekeren prestaties aaneen tot een inkoopbaar en declareerbaar geheel.

Dit betekent dat de samenhangende, multidisciplinaire zorg binnen de voormalige extramurale behandeling niet per se als een aparte te verzekeren prestatie in het Bzv hoeft te worden opgenomen. Ook zonder een dergelijke prestatie kan een verzekerde toegang krijgen tot deze zorg binnen de basisverzekering, namelijk via een optelsom van extramurale prestaties.

8.2 Overwegingen Zorginstituut voor een aparte te verzekeren prestatie

Bij het onderdeel 'zorg bij een zintuiglijke beperking' is wél een aparte prestatie opgenomen

Artikel 2.5a Bzv luidt:

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Een aantal overwegingen speelden bij dit besluit een rol en wij menen dat deze ook voor de rest van de 'extramurale behandeling' gelden

1.

Een aparte te verzekeren prestatie markeert de introductie van deze zorg binnen de Zvw. Immers, we concluderen dat deze zorg onder de Zvw past, maar voorheen viel deze zorg onder de AWBZ respectievelijk subsidieregeling.

2.

Een aparte te verzekeren prestatie beschrijft de samenhangende zorg als één geheel. Via de omschrijving kunnen indicatiecriteria (een specifieke diagnose), begin- en eindpunt van de zorg omschreven worden (afronding revalidatiefase, start chronische fase). Dit kan in de bepaling zelf of via de Nota van Toelichting bij het Besluit gebeuren. Formalisering van deze elementen kan een heldere afbakening in de praktijk ondersteunen (bijvoorbeeld binnen de Zvw: deze zorg ten opzichte van

medisch-specialistische revalidatie of binnen de bekostiging: deze zorg ten opzichte van bekostigingsvehikels als geneeskundige GGZ).

3.

Door de zorg onder één prestatie te vatten, moet de zorgverzekeraar in de polis kenbaar maken hoe hij voorziet in deze zorg. Deze is dan uniform geregeld voor alle verzekerden en moet als samenhangend geheel ingekocht worden.

4.

Een samenhangende beschrijving van de 'goede zorg' bij de specifieke aandoening/indicatie die gezamenlijk onder de betrokken beroepsgroep tot stand is gekomen, moet de basis vormen van een nieuwe prestatie in het Bzv. Deze 'formalisering' kan een stok achter de deur vormen om uniformiteit te bereiken en de 'goede zorg' helder te beschrijven.

5.

De extramurale behandeling omvat zorg en disciplines die slechts ten dele of onder voorwaarden binnen de basisverzekering vallen, bijvoorbeeld vaktherapie en de zorg van de orthopedagoog-generalist. Een aparte te verzekeren prestatie biedt de mogelijkheid om deze begrenzing duidelijk te maken en formeel vast te leggen, met andere woorden, de prestatie beschrijft en begrenst.

6.

Paramedische zorg is een belangrijk onderdeel van de 'extramurale behandeling'. De (vergoeding van de) extramurale paramedische prestaties kennen voorwaarden en beperkingen binnen de Zvw. De staatssecretaris heeft het Zorginstituut gevraagd om te onderzoeken hoe de extramurale behandeling een plek kan krijgen binnen de Zvw. De beperkingen en voorwaarden die binnen het Bzv gelden voor de paramedische zorg, zouden kunnen betekenen dat de extramurale behandeling niet in de volle omvang een plek zou krijgen binnen het Bzv. Via een aparte te verzekeren prestatie zouden deze beperkingen en voorwaarden opgeheven kunnen worden.¹⁷

7.

De extramurale behandeling omvatte ook vervoer. De staatssecretaris heeft ons verzocht om te bezien hoe dit 'vervoer' ook een plek kan krijgen binnen de Zvw. Het is lastig om de betrokken groep verzekerden te destilleren uit alle 'gebruikers' van de geneeskundige zorg, met enige precisie te omschrijven en als categorie verzekerden in art. 2.14 Bzv op te nemen. Met een aparte te verzekeren prestatie is het mogelijk om het vervoer beschreven in artikel 2.14 Bzv te koppelen aan de zorg beschreven in de nieuwe prestatie.

Niet al deze overwegingen wegen even zwaar bij een besluit ten gunste van een nieuwe prestatie. In de *Inleiding* bij dit hoofdstuk (zie 8.1) gaven we al aan dat ook zonder een dergelijke prestatie de beschreven zorg toegankelijk is onder de basisverzekering. Dit zou betekenen dat een aparte te verzekeren prestatie in feite een 'dubbeling' creëert in de omschrijving van de te verzekeren prestaties, wat uit oogpunt van de systematiek niet wenselijk is. Naar onze mening gaat het echter niet om een 'dubbeling', zie bijvoorbeeld de overwegingen rond de orthopedagoog-generalist, vaktherapie en paramedische zorg.

¹⁷ Momenteel kijkt het Zorginstituut ook naar mogelijkheden om de prestatie fysio-/oefentherapie op een andere leest te schoeien. De nadruk zou meer komen te liggen op effectiviteit en kortdurendheid in plaats van het huidige langdurige karakter. Voor de fysio- en oefentherapie zou dit een wijziging in de voorwaarden kunnen betekenen, bijvoorbeeld de uitsluiting van vergoeding van de eerste 20 zittingen. Dit staat los van het maximale aantal behandeluren per kalenderjaar dat geldt voor diëtetiek (drie behandeluren) en ergotherapie (tien behandeluren)

Wat de weging van de overwegingen betreft het volgende.

Uit oogpunt van de 'goede zorg' wegen vooral de overwegingen onder 3. en 4. mee: het is nodig dat de betrokken beroepsgroepen gezamenlijk de 'goede zorg' beschrijven in multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden (voor zover dat nog niet is gebeurd), en dat de beschreven samenhangende zorg ook in samenhang toegankelijk is voor de verzekerde.

Uit oogpunt van de beheersing van het pakket weegt vooral overweging 5. mee. Het is niet de bedoeling dat het arsenaal van de orthopedagoog-generalist in volle omvang onder de basisverzekering gaat vallen en dat deze ook als individuele zorgverlener geconsulteerd kan worden. Via een aparte prestatie is deze inperking eenvoudiger te realiseren dan als onderdeel van de 'geneeskundige zorg'. Een soortgelijke redenering geldt voor de vaktherapie.

Overwegingen 6. en 7. zijn bijkomende voordelen die misschien ook op een andere wijze geregeld kunnen worden. Voor de fysio- en oefentherapie geldt dat momenteel bij het Zorginstituut bekeken wordt of de verzekering van deze zorg op een andere leest geschoeid kan worden, waarbij meer nadruk zou komen te liggen op de effectiviteit en kortdurendheid dan de huidige langdurige fysio-/oefentherapie zorg met beperkingen (eerste 20 zittingen worden niet vergoed) en voorwaarden (vermelding op de Chronische lijst). We willen nog wel aantekenen dat de nieuwe prestatie gericht is op zorg die een vermelding heeft op de Chronische lijst. (In de volgende paragraaf gaan we in op de omschrijving van deze zorg).

Hoewel de verschillende overwegingen dus niet alle even zwaar tellen, denken wij toch dat een aparte te verzekeren prestatie meer voor- dan nadelen oplevert.

8.3

Voor welke onderdelen van de extramurale behandeling?

We denken dat een aparte te verzekeren prestatie zich zou moeten richten op die zorg binnen de extramurale behandeling die daadwerkelijk als samenhangend, multidisciplinair programma wordt aangeboden, met een duidelijk te omschrijven beginpunt of heldere indicatiecriteria. Deze zorg heeft qua aard en inhoud analogie met de zorg bij een zintuiglijke beperking die is omschreven in artikel 2.5a Bzv en zich volgens dit artikel richt op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Het zou dan gaan om de zorg die geïndiceerd is bij:

- chronische, progressieve, degeneratieve (neurologische of musculaire) aandoeningen of indicaties;
- niet-aangeboren hersenletsel, een CVA, zuurstoftekort (bijvoorbeeld door hartstilstand of bijna verdrinking), een hersentumor, een hersen(vlies)ontsteking of een andere hersenziekte (bijvoorbeeld MS).

Ook verstandelijk beperkten kunnen langdurig en frequent op zorg zijn aangewezen. De zorgbehoefte van de verstandelijk beperkte is echter veel meer individueel bepaald. De bijbehorende zorg kent ook meer variatie in aard en omvang Hetzelfde geldt voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met multimorbiditeit. De samenhang in de zorg voor deze groepen kan ook plaatsvinden via de huisarts en/of regiebehandelaar, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten en vergt daarom geen aparte prestatie.

8.3.1

'Multidisciplinariteit' onderdeel van te verzekeren prestaties

'Extramurale behandeling' is vaak multidisciplinaire zorg. Uit het multidisciplinaire karakter vloeien kosten voort, bijvoorbeeld in verband met coördinatie en regie. In 2009 heeft het Zorginstituut een rapport uitgebracht over de ketenzorg bij een aantal chronische ziektes (DM 2, COPD).¹⁸ Aanleiding was de integrale bekostiging die vorm moest krijgen voor deze ketenzorg. Het Zorginstituut leidde uit de zorgstandaarden voor deze aandoeningen af dat een multidisciplinaire organisatie (ketenzorg) van de zorg voor de patiënten een toegevoegde waarde heeft. Goede multidisciplinaire zorg stelt voorwaarden aan de organisatie van de zorg, om de structuur en beheersing van het proces te bewerkstelligen. Dit betekent dat de kosten in verband met de organisatie en coördinatie van multidisciplinaire zorg, als onderdeel van de te verzekeren prestaties, onder de Zvw vallen en dus vergoed kunnen worden. Dit geldt zowel in de situatie dat er sprake is van een optelsom van extramurale prestaties, als in de situatie van een aparte te verzekeren prestatie.

¹⁸ *Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw, CVZ. september 2009.*

9 Afbakening Zvw met Jeugdwet, Wlz en Wmo

9.1 **Zorgverzekeringswet en Jeugdwet: de arts verstandelijk gehandicapten**

De huisarts is de eerst aangewezen zorgverlener voor jeugdigen met een verstandelijke beperking die thuis of in een beschermde woonomgeving wonen. De kinderarts is de medisch specialist voor jeugdigen met zorgvragen die samenhangen met een verstandelijke beperking. Bij hele jonge kinderen (tot ca 5 jaar) met een verstandelijke beperking wordt niet vanzelfsprekend een indicatie voor de Wlz verleend. Voor deze indicatie is het nodig dat de problematiek blijvend is en dat deze gepaard gaat met een behoefte aan 'permanent toezicht' gedurende 7 x 24 uur. Het is mogelijk dat dit snel na de geboorte duidelijk is, maar vaak zullen de ontwikkelmogelijkheden van het kind en daarmee de blijvendheid van de problematiek pas na enkele levensjaren helder zijn. Dan is een besluit over een Wlz-indicatie mogelijk. Men gaat er over het algemeen van uit dat deze helderheid er vóór een leeftijd van vijf jaar niet is, maar deze leeftijd vormt geen formele grens.

Zolang er geen Wlz-indicatie is, valt de zorg aan een thuiswonende jeugdige met een verstandelijke beperking voor het medische gedeelte onder de Zvw. Daarnaast speelt (vanaf 2015) de Jeugdwet een belangrijke rol voor jeugdigen (tot 18 jaar) met een verstandelijke beperking. Op de inhoud van de 'jeugdhulp' op basis van de Jeugdwet gaan we hierna in.

In hoofdstuk 5 concludeerden wij dat de arts voor verstandelijk gehandicapten een plek past binnen de Zvw. Dit betekent dat deze arts zijn volledige professionele arsenaal kan inzetten onder de basisverzekering.

Bij de zorg(vraag) van een verstandelijk beperkte zijn somatiek en gedrag vaak verweven: achter gedragsmatige problematiek kan een somatische klacht schuil gaan; een somatische klacht kan een uiting zijn van onderliggende psychische of psychiatrische problematiek. Bij het onderzoek rond nog niet gespecificeerde klachten of symptomen werkt de arts voor verstandelijk gehandicapten dan ook vaak samen met een gedragsdeskundige (psycholoog; orthopedagoog) met voldoende kennis en werkervaring rond deze doelgroep.

De introductie van de arts voor verstandelijk gehandicapten binnen de Zvw en de verwevenheid tussen somatiek en gedrag roept vragen op over de afbakening tussen Zvw en Jeugdwet op het gebied van de zorg aan jeugdigen met een verstandelijke beperking.

De Jeugdwet omschrijft de zorg en ondersteuning aan een jeugdige verstandelijk beperkte in globale termen via het begrip *Jeugdhulp* in artikel 1.1 van de Jeugdwet:

- ondersteuning van en hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van (...) een verstandelijke beperking van de jeugdige;
- het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen met een (...) verstandelijke (...) beperking;
- het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen met een verstandelijke (...) beperking, die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt.

Ook zegt de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet ¹⁹:

In het belang van een integrale aanpak in het kader van de jeugdhulp wordt daarom de AWBZ-zorg op grondslag 'verstandelijke handicap' voor de jeugd-
vb'ers in zijn geheel overgeheveld naar de gemeenten.

Gezien deze passage lijkt de overheveling van de 'extramurale behandeling' uit de voormalige AWBZ naar de Zvw niet relevant voor jeugdigen met een verstandelijke beperking, omdat voor deze groep deze zorg immers al onder de Jeugdwet zou vallen. Daarbij hebben wij echter enkele opmerkingen. Consultatie en medebehandeling door de arts voor verstandelijk gehandicapten vielen onder de voormalige AWBZ extramurale behandeling. In hoofdstuk 4 hebben wij het professionele arsenaal van de arts voor verstandelijk gehandicapten beschreven en in hoofdstuk 5 hebben wij geconcludeerd dat de inhoud van dit arsenaal gekenschetst kan worden als 'generalistische geneeskundige zorg' vergelijkbaar met het arsenaal van de huisarts (maar dan mét specifieke kennis en kunde rond de zorgvragen/interventies bij een verstandelijk beperking, zoals de specialist ouderengeneeskunde een dergelijke expertise heeft voor ouderen met een complexe zorgvraag en rond specifieke aandoeningen). Wij hebben daar ook geconcludeerd dat de arts voor verstandelijk gehandicapten uit dien hoofde een rol zou kunnen vervullen binnen de eerste lijn naast en in aanvulling op de huisarts. Deze zorg valt niet binnen het bestek van de Jeugdwet. De Jeugdwet vormt immers niet de basis voor het leveren van 'generalistische geneeskundige zorg' en dit is ook niet de strekking van het begrip 'jeugdhulp' zoals hierboven aangehaald uit de Jeugdwet. De omschrijving van jeugdhulp is echter zo algemeen geformuleerd dat niet in één oogopslag duidelijk is waar de grens dan ligt tussen deze jeugdhulp en de generalistische geneeskundige zorg zoals omschreven in de Zvw. De verwevenheid tussen somatiek en gedrag bij de zorg(vragen) van de jeugdige met een verstandelijke beperking compliceren de afbakening ²⁰.

Het Zorginstituut meent dat de afbakening tussen Jeugdwet en Zvw voor een jeugdige met een verstandelijke beperking kan plaatsvinden langs de lijn van de aard van de zorg en van het zorgproces. Een thuis of in een beschermde woonomgeving wonende jeugdige verstandelijk beperkte zal zich met een zorgvraag doorgaans in de eerste plaats wenden tot zijn huisarts ²¹. Met name bij nog ongespecificeerde klachten zal dit het geval zijn. Het kan een toegevoegde waarde hebben als de huisarts regulier een arts voor verstandelijk gehandicapten kan inschakelen zodra zijn eigen kennis en ervaring niet voldoende zijn. De inzet van de arts voor verstandelijk gehandicapten valt dan onder de Zvw. De arts voor verstandelijk gehandicapten kan de zorg overnemen van de huisarts en bijvoorbeeld het diagnostisch proces voortzetten. Een bijzondere presentatie van klachten die hoort bij een verstandelijke beperking of syndroomgerelateerde problematiek kan hiervoor een reden zijn. Het is mogelijk dat de arts voor verstandelijk gehandicapten een gedragsdeskundige wil inschakelen ter ondersteuning van zijn eigen onderzoek en diagnostiek. Het Zorginstituut meent dat ook deze zorg onder de Zvw valt, zowel van de arts voor verstandelijk gehandicapten als van de gedragsdeskundige.

¹⁹ Kamerstukken II 2012/13, 33684, nr 3, pagina 53

²⁰ In dit verband verwijzen wij ook naar de voorrangsbepaling in artikel 1.2 Jeugdwet

1. Het college is niet gehouden een voorziening op grond van deze wet te treffen:

a. indien er met betrekking tot de problematiek (...) een recht op zorg (bestaat) als bedoeld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet,

b. (...)

2.

Indien er meerdere oorzaken ten grondslag liggen aan de betreffende problematiek en daardoor zowel (...) een recht op zorg als bedoeld bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, als een soortgelijke voorziening op grond van deze wet kan worden verkregen, is het college gehouden deze voorziening op grond van deze wet te treffen.

²¹ Zie: *Handreiking Huisarts en ARTS VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN*, Optimale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. LHV/NVARTS VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN. 2010. pp 10-15

Samengevat betekent dit dat het diagnostisch proces rond een nog ongespecificeerde klacht bij een verstandelijke beperking ook voor jeugdigen onder de Zvw valt, ook als hierbij gedragsmatige of psychologische deskundigheid wordt ingezet. Ligt de daaropvolgende behandeling op het medische, somatische vlak dan valt ook de behandeling onder de Zvw, ook als een gedragsdeskundige hieraan een bijdrage levert. De psychische/gedragsmatige zorg valt uiteraard onder de Jeugdwet.

Voorgaande betekent niet dat de arts voor verstandelijk gehandicapten altijd het beginpunt van de zorg is of moet zijn. Het beginpunt van de zorg kan ook in de Jeugdwet liggen, bijvoorbeeld als er van meet af aan sprake is van gedragsmatige problematiek. Ook (multidisciplinaire) observatie en/of diagnostiek met een psychische/gedragsmatige invalshoek valt onder de Jeugdwet. De jeugdhulp moet een laagdrempelige gemeentelijke voorziening zijn. De gemeente bepaalt zelf hoe de toegang tot deze voorziening geregeld wordt. Dit kan bijvoorbeeld via de Centra voor Jeugd en Gezin of via sociale wijkteams plaatsvinden, maar ook scholen en huisartsen kunnen hierbij een rol spelen. Het is evenmin nodig dat de arts voor verstandelijk gehandicapten *formeel* verwijst naar de jeugdhulp. Formeel heeft de arts voor verstandelijk gehandicapten geen rol bij de toegang tot de jeugdhulp ²².

9.2

Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg: algemeen medische zorg

De zorg onder de Zvw en de zorg onder de Wet langdurige zorg (Wlz) bestaan idealiter naast elkaar. Dit is niet helemaal het geval omdat zorg onder de Wlz niet alleen binnen de muren van een instelling geleverd kan worden, maar ook in de eigen omgeving van de verzekerde, namelijk via een Volledig Pakket Thuis (Vpt) of een Modulair Pakket Thuis (Mpt). Ook kunnen verzekerden de Wlz-zorg via een pgb inkopen ²³

Het Vpt, Mpt en pgb bevatten geen 'algemeen medische zorg'. Deze zorg wordt alleen binnen de Wlz geregeld, indien mensen in een instelling verblijven en er een indicatie is voor 'verblijf met behandeling'. Verzekerden met een Vpt, Mpt of pgb verblijven thuis. Voor hen loopt de financiering van hun 'algemeen medische zorg' via de Zvw. Voor deze zorg is de huisarts eindverantwoordelijk. Voor de verzekerde geldt dat hij thuis wel de 'specifieke behandeling' vanuit de Wlz kan ontvangen.

Voorgaande betekent dat er voor de zorg thuis de 'algemeen medische zorg' afgebakend moet worden van de specifieke Wlz-behandeling. Onder 'algemeen medische zorg' schaarde en scharen wij de huisartsenzorg, dat wil zeggen de zorg geleverd door de huisarts of de zorg waarvoor de huisarts eindverantwoordelijk is. In de voorgaande hoofdstukken hebben we geconcludeerd dat de arts voor verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde onder de Zvw passen. Deze artsen leveren generalistische geneeskundige zorg die het Zorginstituut schaarde onder de 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Wij hebben ook aangegeven dat de huisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten respectievelijk specialist ouderengeneeskunde afspraken kunnen maken over de

²² In dit verband verwijzen wij ook naar de volgende publicatie van het Zorginstituut:

De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis. Handreiking voor de praktijk. Zorginstituut Nederland. 2015. pp 18-20

<https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/pakket/evaluatieprogramma/lopende-evaluaties/onderwerpen/de-wettelijke-domeinen-voor-zorg-en-ondersteuning-aan-mensen-met-een-psychische-stoornis---handreiking-voor-de-praktijk/de-wettelijke-domeinen-voor-zorg-en-ondersteuning-aan-mensen-met-een-psychische-stoornis---handreiking-voor-de-praktijk/zinl%3Adocuments/1508a-de-wettelijke-domeinen-voor-zorg-en-ondersteuning-aan-mensen-met-een-psychische-stoornis/De+wettelijke+domeinen+voor+zorg+en+ondersteuning+aan+mensen+met+een+psychische+stoornis.pdf>

²³ Dit is alleen mogelijk als er sprake is van een Mpt.

eindverantwoordelijkheid voor de zorg. De arts voor verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde kunnen deze (tijdelijk) overnemen van de huisarts. De eindverantwoordelijkheid is dan duidelijk maar leveren de arts voor verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde dan 'algemeen medische zorg'?

De artsen verstandelijk gehandicapten geven aan zorginhoudelijk 'algemeen medische zorg' en doelgroepspecifieke medische zorg van elkaar te onderscheiden²⁴. Dit onderscheid loopt niet parallel met het onderscheid tussen huisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten, omdat 'de medische zorg van de huisarts en van de arts voor verstandelijk gehandicapten voor mensen met een verstandelijke beperking overlappen'²⁵. Ook de huisarts kan medische zorg leveren aan mensen met een verstandelijke beperking, zoals de arts voor verstandelijk gehandicapten medische zorg kan leveren aan een algemene populatie. Bij bepaalde zorg(vragen) kan de inzet van doelgroepspecifieke kennis en kunde echter aangewezen zijn. De huisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten kunnen onderling afspraken maken in welke gevallen de arts voor verstandelijk gehandicapten geconsulteerd wordt of de behandeling (deels) overneemt.

De specialisten ouderengeneeskunde hebben het onderscheid tussen 'algemeen medische zorg' en doelgroepspecifieke zorg niet beschreven. Wij gaan ervan uit dat voor ouderen in de eigen omgeving, mutatis mutandis, zorginhoudelijk hetzelfde geldt als voor mensen met een verstandelijke beperking: de huisarts en specialist ouderengeneeskunde kunnen afspraken maken over de inzet van de doelgroepspecifieke kennis en kunde van de specialist ouderengeneeskunde.

Onze conclusie is dat wij, vanuit de Zvw bezien, 'algemeen medische zorg' zorginhoudelijk niet kunnen afbakenen binnen de arsenalen van huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde. Binnen de Zvw is dit overigens ook niet nodig. Het professionele arsenaal van huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde valt onder dezelfde noemer, namelijk 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. De arts voor verstandelijk gehandicapten respectievelijk specialist ouderengeneeskunde beschikt over doelgroepspecifieke kennis en kunde die hij kan inzetten onder de Zvw. Betrokkenen maken onderling afspraken over de inzet van deze doelgroepspecifieke kennis en kunde.

Wat betekent dit voor de afbakening tussen 'algemeen medische zorg' en specifieke Wlz-behandeling? Onze conclusie hierboven betekent dat deze afbakening niet langs de lijn van de beroepsgroep kan plaatsvinden, omdat de medische zorg van de huisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde overlapt. In dit rapport zullen wij echter niet onderzoeken welke andere, mogelijke kenmerken dit onderscheid wel kunnen bepalen. Die vraag valt immers buiten de scope van deze uitvoeringstoets.

9.3

Zvw en Wmo

In hoofdstuk 3.5 beschreven wij de dagbehandeling voor de verschillende doelgroepen. De dagbehandeling in het kader van de extramurale behandeling staat in het teken van de individueel bepaalde behandeldoelen. Deze betreffen globaal;

- bijdragen aan het doel van het bereiken en behouden van een optimaal functioneren binnen de context van de eigen omgeving door een eenduidige behandeling;
- stabiliteit van functioneren en voorkomen van verergering van beperkingen;
- duidelijkheid over het cognitief functioneren verkrijgen;

²⁴ Het zorgaanbod van de ARTS VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN. NVAVG pp 32-33

²⁵ ibidem, pag. 32

- duidelijkheid in stemming verkrijgen;
- reguleren van gedragsproblematiek;
- ondersteuning van de mantelzorg.

De doelgroep betreft veelal cliënten met een complexe, zware en uitgebreide zorgvraag. Er is een intensief en permanent toezicht nodig. Veelal is er sprake van gedragsproblematiek als gevolg van dementie of andere degeneratieve ziektebeelden zoals Parkinson, Huntington etc. of niet aangeboren hersenletsel. Bovendien is er veelal een combinatie van cognitieve problemen en gedragsproblematiek zoals angst, agressie, ontremd gedrag, roepgedrag etc.

Dagbehandeling, die wij rekenen tot de verzekerde zorg, onderscheidt zich van dagbesteding doordat de activiteiten een directe relatie hebben met de behandeling van de complexe problemen terwijl bij dagbesteding het bieden van een dagstructuur en plezier in eenvoudige groepsactiviteiten centraal staat.

De dagbesteding zoals deze wordt gegeven in het kader van de Wmo, heeft een meerwaarde omdat er met een groep wordt gewerkt. Er worden activiteiten uitgevoerd en er wordt een structuur geboden. Het gaat om het voorkomen van leegte en het tegengaan van verveling. Het gaat er om plezier te brengen in de besteding van de dag door relatief eenvoudige en weinig gespecialiseerde activiteiten. Een belangrijk onderscheid met de dagbehandeling is dat hierbij er altijd sprake is van een regisserend behandelaar die behandeldoelen stelt en bewaakt.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

10 Vervoer

De Staatssecretaris heeft ons verzocht ook te bezien hoe het vervoer dat met de extramurale behandeling samenhangt, een plek kan krijgen binnen de Zvw. Hierna beschrijven wij hoe het vervoer binnen de AWBZ geregeld was en hoe de Zvw deze prestatie omschrijft. Op basis daarvan gaan we na welke verschillen er zullen zijn tussen beide, bijvoorbeeld qua bestemmingen en verzekerden die in aanmerking komen. We zullen concluderen dat er op die punten verschillen zijn tussen AWBZ en Zvw. Ook zullen wij concluderen dat er ondanks deze verschillen volgens ons, in principe, geen noodzaak is om binnen de Zvw een aanvullende regeling te treffen in verband met de overheveling van de extramurale behandeling. Mocht de Staatssecretaris toch hiertoe besluiten, dan geven we aan hoe een dergelijke regeling eruit zou kunnen zien.

In hoofdstuk 8.2 hebben we bij overweging 7 al aangegeven dat met een aparte te verzekeren prestatie het mogelijk is om het vervoer beschreven in artikel 2.14 Bzv te koppelen aan de zorg beschreven in de nieuwe prestatie.

10.1 Het vervoer binnen de AWBZ

Het vervoer binnen de AWBZ was geregeld in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken.²⁶

Artikel 10 luidde als volgt

Indien een verzekerde zorg als bedoeld in artikel 6 of 8 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van die instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.

De Beleidsregels CIZ zeggen het volgende over 'het vervoer':

Indien de verzekerde is aangewezen op Behandeling in groepsverband gedurende een dagdeel in een instelling, omvat de zorg tevens Vervoer naar en van de instelling indien medisch noodzakelijk. Uitgangspunt bij het beoordelen van 'medisch noodzakelijk' is het gebrek aan zelfredzaamheid van de verzekerde.

Behandeling groep omvat de zorg die wij in de voorgaande hoofdstukken inhoudelijk beschreven onder de noemer dagbehandeling.

Voor kinderen onder de 12 jaar werd de medische noodzaak van vervoer aangenomen, gegeven een indicatie voor behandeling groep gedurende een dagdeel.

Binnen de AWBZ ontving de betrokken instelling een budget om 'verantwoord vervoer' te regelen. In 2013/14 is dit budget ingekrompen en volgens de instellingen waren de beschikbare gelden daarna niet meer voldoende om verantwoord vervoer te regelen voor de verzekerden.²⁷ In de praktijk was (en is) er veel variatie te zien in de wijze waarop instellingen het vervoer organiseren.

²⁶ Deze regeling voor het vervoer geldt ook in de subsidieregeling extramurale behandeling die tot 1 januari 2018 de basis vormt voor de financiering van deze zorg.

²⁷ Binnen de subsidieregeling worden de volgende bedragen gehanteerd:

- € 6,57 per dag voor Vervoer dagbehandeling V&V;
- € 7,75 per dag voor Vervoer dagbehandeling GHZ;
- € 18,72 per dag voor Vervoer dagbehandeling GHZ rolstoel extramuraal;
- € 18,72 per dag voor Vervoer dagbehandeling kind extramuraal.

In 2015 is onder de subsidieregeling ca € 1,6 miljoen vergoed voor vervoer in verband met Behandeling groep.

10.2 Het vervoer binnen de Zvw

Binnen de Zvw is het vervoer geregeld in de artikel 2.13 tot en met 2.16.

Het vervoer valt niet voor alle verzekerden onder de basisverzekering. In artikel 2.14 lid 1 Bzv worden een aantal categorieën verzekerden genoemd die voor vergoeding van het vervoer in aanmerking komen:

- a. de verzekerde die nierdialyses moet ondergaan;
- b. de verzekerde die oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. de verzekerde die zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
- d. de verzekerde wiens gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
- e. de verzekerde die jonger is dan achttien jaar en die is aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10.

Daarnaast is er nog een zogenaamde hardheidsclausule opgenomen in het derde lid van artikel 2.14 Bzv:

In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Om te beoordelen of een verzekerde op grond van de hardheidsclausule aanspraak kan maken op ziekenvervoer, hanteert de zorgverzekeraar de volgende formule:

$(\text{aantal maanden}) \times (\text{aantal keren p/week}) \times (\text{aantal weken p/maand}) \times (\text{aantal km enkele reis}) \times 0,25$ (= wegingsfactor)

De variabelen worden ingevuld aan de hand van de persoonlijke situatie van een verzekerde. Is de uitkomst gelijk aan of groter dan 250, dan kan een verzekerde op grond van de hardheidsclausule aanspraak maken op ziekenvervoer. De verzekerde moet vooraf wel toestemming vragen aan zijn zorgverzekeraar als zijn polis dit aangeeft.

Het vervoer kan zowel openbaar vervoer omvatten als taxi of gebruik van de eigen auto. De zorgverzekeraar geeft in zijn polis aan hoe hij het te verzekeren vervoer organiseert. Hij kan de kosten van het vervoer vergoeden aan de verzekerde die hierop aanspraak kan maken. Zorgverzekeraars kunnen ook besluiten om het vervoer voor hun verzekerden te organiseren, bijvoorbeeld door het contracteren van bepaalde vervoersorganisaties. Er is dan niet altijd sprake van individueel vervoer; de ritten van meerdere verzekerden kunnen worden gecombineerd.

Onder de Zvw is de verzekerde een eigen bijdrage per kalenderjaar verschuldigd voor. In 2016 bedraagt deze € 98.

10.3 Vergelijking uit oogpunt van de regeling

10.3.1 Organisatie en keuzevrijheid

Onder de AWBZ ontvingen de instellingen die de functie *Behandeling groep* leverden een budget om het vervoer te organiseren. Organisatie en vormgeving van het

vervoer was dus in handen van de instelling. De Zvw is een individuele schadeverzekering. Dit betekent dat de verzekerde een individuele aanspraak heeft op zorg die onder de basisverzekering valt. De zorgverzekeraar kan vervoer organiseren voor zijn verzekerden en dit dan in 'natura' aanbieden. Hij kan ook voor restitutie van de kosten van het vervoer kiezen. Het Bzv geeft de mogelijkheid aan de verzekerde om de eigen auto te gebruiken en dan een kilometervergoeding in rekening te brengen bij zijn zorgverzekeraar. Ook al organiseert de zorgverzekeraar het vervoer in natura, dan nog heeft de verzekerde de mogelijkheid om te kiezen voor vervoer met zijn eigen auto. De aard van de Zvw, de individuele schadeverzekering, brengt met zich mee dat de verzekerde binnen de grenzen van de Zvw meer keuzevrijheid heeft (ook al is dat geen onbepaalde) rond het vervoer dan binnen de voormalige AWBZ. Binnen de AWBZ was de verzekerde immers volledig afhankelijk van de wijze waarop de betrokken instelling het vervoer organiseert.

10.3.2 *Wie komt in aanmerking en waarheen?*

De vraag is of de verzekerden die onder de AWBZ in aanmerking zouden komen voor vervoer, ook onder de Zvw een aanspraak hierop zullen hebben. Gegeven de verschillen in de omschrijving van het vervoer in respectievelijk AWBZ en Zvw is dat onwaarschijnlijk. Het is echter niet per se zo dat onder de Zvw er minder aanspraak op vervoer zal zijn dan binnen de AWBZ.

Onder de AWBZ was vervoer immers alleen mogelijk naar de functie Behandeling groep voor een dagdeel en v.v. Het gaat dan om de zogenaamde dagbehandeling in groepsverband. Vervoer dat nodig is in verband met diagnostiek of individuele behandeling door arts, gedragsdeskundige of paramedicus viel buiten deze vervoersbepaling. Dit is binnen de Zvw niet het geval. Als de verzekerde in aanmerking komt voor het vervoer, dan geldt dit voor alle zorg die onder de Zvw valt. Voorwaarde is dat de verzekerde óf binnen een categorie valt die alle vervoersbestemmingen vergoedt (zoals bij rolstoelafhankelijkheid of een visuele beperking) óf dat de hardheidsclausule van toepassing is.

10.3.3 *Medische noodzaak*

De AWBZ kende de voorwaarde 'medische noodzaak' voor de vervoersindicatie. Het CIZ stelde de indicatie vast en vatte een 'beperking in de zelfredzaamheid' op als een medische noodzaak voor vervoer (voor kinderen onder de 12 jaar werd de 'medische noodzaak' aangenomen). De Zvw kent een algemeen indicatievereiste in artikel 2.1 lid 3 Bzv: een verzekerde komt alleen in aanmerking voor zorg onder de basisverzekering als hij daarop 'redelijkerwijs is aangewezen'.²⁸ De vervoersbepalingen in de Zvw gaan uit van categorieën of van een aantal begrippen binnen de hardheidsclausule. Als de verzekerde hieraan voldoet dan is hij ook 'redelijkerwijs aangewezen op' het vervoer en hoeft niet nog eens aanvullend een zorginhoudelijke toetsing van de medische noodzaak plaats te vinden.

10.4 **Vergelijking uit oogpunt van de verzekerde**

Zowel AWBZ als Zvw geeft een basis voor verstrekking of vergoeding van vervoer(skosten) als dit nodig is in verband met de 'extramurale behandeling'. AWBZ en Zvw regelen dit op uiteenlopende wijzen waardoor er verschillen zijn qua organisatie, inhoud en reikwijdte. Dit betekent niet dat het vervoer als te verzekeren prestatie onder de Zvw ongunstig is voor de verzekerde in vergelijking met de situatie onder de AWBZ. Integendeel, wat de individuele keuze in

²⁸ De bepaling luidt als volgt:

Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

vervoersmogelijkheden betreft en de bestemmingen waarvoor 'verzekerd' vervoer mogelijk is, is de Zvw gunstiger voor de verzekerde dan de AWBZ.

Of meer of minder verzekerden in aanmerking zullen komen voor vervoer onder de Zvw dan onder de AWBZ valt lastig te bepalen, gezien de verschillen in de omschrijving van de prestatie. Binnen de Zvw komen rolstoelgebruikers sowieso in aanmerking voor het zittend ziekenvervoer omdat zij als categorie worden vermeld. Daarnaast lijkt het ons dat de hardheidsclausule een reële basis biedt voor (de vergoeding van) het vervoer aan verzekerden die dit fysiek en/of financieel nodig hebben. Zoals we hierboven aangaven hanteren de zorgverzekeraars een formule met een drempel om te bepalen of de clausule van toepassing is. Deze formule kijkt naar 'frequentie', 'duur' en 'afstand' van de zorg in onderlinge samenhang. Het product van 'frequentie' (per week) en 'afstand' (enkele reis in kilometers) moet minimaal 20 zijn, wil een verzekerde de drempel halen. Dat is bijvoorbeeld bij 5 x per week over een afstand van 4 kilometer.

In hoofdstuk 2 hebben we de patiëntengroepen beschreven van de extramurale behandeling. Wij concludeerden dat het vooral gaat om kwetsbare ouderen met multimorbiditeit, verstandelijk beperkten, progressieve, degeneratieve aandoeningen of aandoeningen met blijvende beperkingen als gevolg. In termen van de hardheidsclausule gaat het dus steeds om 'langdurige aandoeningen' waarvoor langdurige en frequente zorg voor de hand ligt. Dit zijn de groepen waarvoor de hardheidsclausule bedoeld is. Een langdurige en frequente zorgbehoefte kan immers leiden tot hoge vervoerkosten waardoor de toegang tot de zorg belemmerd wordt. Het is billijk dat in deze gevallen de basisverzekering vervoer regelt of de vervoerskosten vergoedt. We gaven hierboven aan dat het product van 'frequentie' en 'afstand' minimaal 20 moet zijn; dit lijkt ons geen onredelijke drempel. Dit is tenslotte de gedachte achter de prestatie vervoer binnen de Zvw. 'Het vervoer' heeft het karakter van een 'aanvullende verstrekking' die de fysieke en financiële toegankelijkheid van de zorg moet waarborgen²⁹. Wij denken dat de Zvw een basis geeft voor een adequate vergoeding of beschikbaar stellen van vervoer voor deze betrokken verzekerden.

10.5 **Aparte regeling voor het vervoer**

Mocht de staatssecretaris menen dat er toch redenen zijn om een aparte regeling te treffen voor deze groep verzekerden, dan is de vraag hoe deze ingepast moet worden binnen de systematiek van de prestatie vervoer in het Bzv. Artikel 2.14 Bzv gaat immers uit van categorieën verzekerden voor wie het 'vervoer' een te verzekeren prestatie is. Wij hebben de extramurale behandeling op hoofdlijnen beschreven in termen van zorgvragen, behandeldoelen en aandoeningen/indicaties. Dit beeld biedt voldoende basis om een uitspraak te doen of de zorg onder de Zvw past. Deze beschrijving leent zich echter niet voor de typering en omschrijving van een nieuwe categorie. Het Zorginstituut meent dat (het vergoeden van het) vervoer aan de 'extramurale behandeling'-patiënten wel een formele basis moet hebben. Informele oplossingen zouden immers geen recht doen aan het uitgangspunt van de basisverzekering, een gelijke dekking voor alle burgers. Mocht gekozen worden voor een aparte prestatie voor de 'extramurale behandeling', zoals wij beschreven in hoofdstuk 8, dan zou deze prestatie een aanknopingspunt kunnen bieden voor de omschrijving en afbakening van de gewenste categorie verzekerden in artikel 2.14 Bzv. Voor deze methode is ook gekozen bij het vervoer voor jeugdigen die 'intensieve kindzorg' krijgen.³⁰

²⁹ Het begrip aanvullende verstrekking is nog afkomstig uit de Ziekenfondswet en was bestemd voor de randvoorwaardelijke onderdelen van de zorgverzekering.

³⁰ Zie: artikel 2.10 lid 2 Bzv in combinatie met artikel 2.14 lid 1 sub e Bzv)

10.6 Kosten

Onder de subsidieregeling bedroegen de kosten in 2015 ca € 1,6 miljoen. Het is mogelijk dat de kosten onder de Zvw zullen toenemen omdat het aantal vervoersbestemmingen onder de Zvw groter is dan onder de AWBZ. Het gaat niet alleen meer om de bestemming 'dagbehandeling groep', maar ook om vervoer naar (individuele) diagnostiek of behandeling door arts, gedragsdeskundige of paramedicus (als onderdeel van een zorgprogramma).

10.7 Monitoren van de uitvoering

Uit de praktijk moet naar voren komen of er toch knelpunten zijn in de toegankelijkheid van de zorg ten opzichte van de situatie onder de AWBZ. Ook (de ontwikkeling van) de kosten zullen wij monitoren, zeker in de eerste jaren na de overheveling.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

11 Afstemming uitvoeringstoets positionering intramurale Wlz-behandeling

De staatssecretaris van VWS heeft ons verzocht om de uitvoeringstoets over de extramurale behandeling en die over de positionering van de Wlz-behandeling in samenhang te zien.

De zorg die momenteel onder de noemer extramurale behandeling wordt geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten, kwalificeren wij in dit rapport als generalistisch geneeskundige zorg, 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit zijn tevens de professionals die, in medische zin, verantwoordelijkheid dragen voor de behandeling in het kader van de Wlz. Wij kunnen op basis van een analyse van het arsenaal aan zorg van deze twee professionals, het onderscheid tussen 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard' (algemeen medische zorg) en de specifieke medische zorg die onder de Wlz-behandeling valt, voor de betreffende doelgroepen niet maken.

Het rapport 'Positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen' zal naar verwachting over enkele maanden verschijnen.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

12 Cliëntperspectief

De 'extramurale behandeling' past (grotendeels) onder de Zvw concludeerden we in de voorgaande hoofdstukken. Wat betekent deze 'formele' conclusie nu 'materieel' voor de patiënt (verzekerde; cliënt)? Wij onderscheiden hierbij zijn positie uit oogpunt van de aanspraak (recht op verzekerde zorg) en zorginhoudelijk (recht op goede zorg).

Als deze zorg in de Zvw wordt opgenomen, is er sprake van te verzekeren zorg. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de toegang tot deze zorg voor zijn verzekerde moet waarborgen. Wat nu in een subsidieregeling is geregeld, wordt wettelijk geregeld. Daardoor versterkt de positie van de verzekerde/patiënt: deze heeft recht op de verzekerde zorg voorzover hij/zij daarop is aangewezen, terwijl een subsidieregeling speelt tussen financier (de overheid) en de zorgverlener. De patiënt heeft daarbinnen geen formele positie.

Uit het oogpunt van 'recht op goede zorg' kan de introductie van deze zorg in de Zvw een positief effect hebben voor cliënten. In hoofdstuk 7 hebben we aangegeven dat de betrokken beroepsgroepen gezamenlijk de inhoud van de 'goede' multidisciplinaire zorg bij de verschillende aandoeningen/indicaties moeten beschrijven. De overheveling van de zorg naar de Zvw kan hiervoor een stok achter de deur vormen: zonder beschrijvingen van de zorg kan de NZa geen prestatiebeschrijvingen opstellen en kunnen de zorgverzekeraars de zorg niet inkopen, waardoor de realisatie van de zorgverlening in de praktijk wordt belemmerd; ook voor bekostiging en contractering is een heldere beschrijving van de zorg een voorwaarde. In zijn rapport van mei 2014 concludeerde het bureau Tangram dat er tussen instellingen nog een forse diversiteit op het punt van de inhoud van de zorg bestond ³¹. Door de jaren heen is dit vaker signaleerd, maar tot op heden is een goede beschrijving en implementatiediscipline en uniformiteit niet op alle punten bereikt.

12.1 Kwaliteitsstandaard

In dit rapport staan we stil bij een aantal noodzakelijke randvoorwaarden voor de introductie van deze zorg in de Zvw, bijvoorbeeld de beschrijving van de 'goede zorg' bij specifieke aandoeningen en indicaties. Daarnaast zal de NZa zich inspannen om een Wmg-prestatie voor deze zorg op te stellen. Voor het opstellen van deze prestatie is het nodig dat er meer beschrijvingen komen van 'goede' zorg.

De zorg zou met ingang van 1 januari 2018 onder de Zvw moeten vallen. Wij zullen het eerste kwartaal van 2017 onderzoeken of het waarschijnlijk is dat tijdig aan de randvoorwaarden voor een zorgvuldige introductie in de Zvw zal worden voldaan. We zullen dan vooral nagaan of er initiatieven op gang komen gericht op de beschrijving van de 'goede zorg', waarvan wij de noodzaak in hoofdstuk 7 beschrijven. Zonodig plaatst het Zorginstituut onderwerpen op de meerjarenagenda. Daarnaast kunnen we dan ook bezien of er onduidelijkheden of problemen zijn die de voortgang van de overheveling in de weg staan en die op het terrein van het Zorginstituut liggen.

³¹ *Extramurale AWBZ-behandeling* (in het kader van de overheveling 2015). Tangram. mei 2014

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

13 Uitvoering en financiën

Hieronder sommen we een aantal aspecten op die aan de orde zijn als de zorg verleend onder de noemer 'extramurale behandeling' onder de Zvw wordt of is gebracht. We pretenderen niet volledig te zijn met deze opsomming. Naast uitvoeringsaspecten, belichten we de financiën.

13.1 **Samenhangend aanbod**

Voor onderdelen van de 'extramurale behandeling' is nog geen goede beschrijving in de vorm van zorg- en/of functieprogramma's beschikbaar. Een samenhangend zorgaanbod is een voorwaarde voor goede zorg voor deze kwetsbare doelgroep. Het ontbreken van een beschrijving van het samenhangend zorgaanbod voor de doelgroep, heeft mogelijk ook tot gevolg dat het regionale zorgaanbod zich nog niet (of in een te traag tempo) zal vormen. Dat is wel nodig voor de inkoop van deze zorg. De in dit rapport beschreven zorg zal zich in de komende jaren verder moeten ontwikkelen in de transformatie van instellingszorg naar zorg door samenwerkende professionals in de setting van de eerstelijnszorg. Dat vergt, in het belang van de goede zorg voor de diverse doelgroepen, de nodige aandacht in de komende periode.

13.2 **Kwaliteitsstandaarden en zorginkoop**

Voor de realisatie van het zorgaanbod in 2018 moeten de zorgverzekeraars de zorg hebben ingekocht. Voor de inkoop van de extramurale behandeling moet duidelijk zijn bij wie zij welke zorg kunnen inkopen en wat de zorg precies inhoudt. Dit moet beschreven zijn in kwaliteitsstandaarden). Zonder deze kwaliteitsstandaarden kan de zorg niet worden ingekocht en derhalve niet in de polissen worden opgenomen. Voor de realisatie van het zorgaanbod in 2018, moeten dus ruim voor die datum zorgprogramma's zijn opgesteld.

13.3 **Tijdsbeslag**

Diagnostiek en behandeling van gezondheidsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking vraagt van alle betrokken disciplines meer tijd dan in de reguliere populatie.

- Verstandelijk beperkten hebben een tragere informatieverwerking en een lagere belastbaarheid. Het onderzoeken en behandelen van de zorgvraag kost om die reden over het algemeen meer tijd.
- Diagnostisch onderzoek kan een enkele keer gebaseerd zijn op zelfrapportage van de cliënt, bijvoorbeeld bij mensen met een licht verstandelijke beperking, maar vraagt over het algemeen aanvullend onderzoek.
- De behandeling vraagt om (veel) contacten met de cliënt, maar ook met diens systeem, die de uitvoering van de behandeling in het dagelijks leven actief dienen te ondersteunen.
- Over het algemeen hebben cliënten van de behandelaar of begeleider pro-actieve ondersteuning nodig (telefonisch, via WhatsApp) om diagnostiek- en behandelafspraken na te kunnen komen en het grote risico op no-show te verkleinen.
- Evaluatie van de behandel-effecten dient eveneens plaats te vinden middels individueel patiëntcontact, aangevuld met eigen observaties en informatie van het systeem, over de waargenomen (gedrags-) veranderingen bij de patiënt en/of in diens klachtenpatroon.

Ook de multidisciplinaire samenwerking, vraagt van de behandelaren tijd voor overleg en afstemming.

13.4 Eigen risico

In dit rapport hebben we geconcludeerd dat de zorg door de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten onder de geneeskundige zorg valt 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. Deze zorg valt buiten het eigen risico. Zou de zorg door de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten nu ook buiten het eigen risico moeten vallen? De POH/GGZ, die onderdeel uitmaakt van de huisartsenpraktijk valt ook buiten het eigen risico. De specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten maken weliswaar geen deel uit van de fysieke huisartsenpraktijk, maar leveren wel zorg die inhoudelijk overeenkomt met de zorg die de huisarts pleegt te bieden. Voorts kan de specialist ouderengeneeskunde, net als de huisarts, een poortwachterfunctie vervullen voor verwijzing naar de tweede lijn. Het lijkt ons daarom logisch dat de zorg verleend door specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten ook buiten het eigen risico valt. Het besluit over de toepassing van het verplicht eigen risico is uiteraard aan de Minister van VWS.

13.5 Herkenbaarheid zorg door specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten in de bekostiging

Bij de bekostiging en bij de zorginkoop moet de zorg verleend door de specialist ouderengeneeskunde en door de arts voor verstandelijk gehandicapten als een eigenstandig geheel beschouwd worden en niet als een 'aanhangsel' van de huisartsenbekostiging of huisartsenzorg.

13.6 Beschikbaarheid specialisten ouderengeneeskunde

Als de zorg verleend door specialist ouderengeneeskunde wordt overgeheveld naar de Zvw, behoort die zorg tot de te verzekeren prestaties, die de zorgverzekeraar in zijn polis opneemt. Als deze zorg noodzakelijke zorg is bij specifieke klachten en aandoeningen, moet de zorgverzekeraar in de polis aangeven hoe hij in deze zorg voorziet. Omdat het aanbod aan deze zorgverlening gelijk moet opgaan met de behoefte, wijst het Zorginstituut in dit verband op het overschot aan opleidingsplaatsen voor de specialist ouderengeneeskunde.

13.7 Risicoverevening

Als de zorg onder de Zorgverzekeringswet zal worden gebracht, zal er aandacht moeten zijn voor het aspect risicoverevening. De vraag is dan welke informatie over deze zorg aanwezig is en op welke wijze de risicoverevening voor deze zorg kan worden ingericht. Het ex ante model daarvoor kan pas ontwikkeld te worden nadat het besluit tot het onderbrengen van deze zorg in de Zvw is genomen. De uitwerking hiervan vindt plaats via een nadere inhoudelijke- en technische analyse door een werkgroep onder voorzitterschap en aansturing van het ministerie van VWS.

13.8 Financiën

13.8.1 Omvang doelgroepen

In het kalenderjaar 2014 maakten 35450 cliënten gebruik van extramurale behandeling (bron: Vektis). Dit was inclusief jeugdigen die met ingang van 2015 zorg op basis van de Jeugdwet ontvangen. Er is binnen de subsidieregeling vanaf 2015 geen informatie beschikbaar op cliëntniveau. De prevalentie van cliënten/patiënten die zorg in het kader van de extramurale behandeling krijgen is globaal als volgt (bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid): psychogeriatric/dementie 87.000, MS 17.000, NAH 80.000 met blijvende beperkingen, Parkinson 29.000, Huntington 1.700, verstandelijke beperking licht 74.000, ernstig 68.000. Hierbij dient te worden bedacht dat een deel van de

patiënten een Wlz-indicatie heeft en dat er ook zorg onder de Jeugdwet wordt geboden voor jongeren.

13.8.2 *Budget*

Bij de overheveling van zorg van de (voormalige) AWBZ naar Zvw moet ook een inschatting gemaakt worden van het over te hevelen budget. De AWBZ is 1 januari 2015 ingetrokken onder gelijktijdige invoering van de Wlz. De extramurale behandeling wordt nu gefinancierd via een subsidieregeling die tot 31 december 2017 loopt. Het maximale subsidiebedrag bedraagt € 95 miljoen. Er is sprake van onderuitputting. Bij de vaststelling van het budget dat aan de Zvw toegevoegd zou moeten worden, zijn er enkele complicerende factoren.

Extramurale behandeling onder AWBZ resp subsidieregeling

AWBZ - realisatie 2014 ³²	in miljoen €	
▪ Behandeling individueel	83,1	
▪ Behandeling groep	258,8	
Totaal		341,9

Totale aantal verzekerden met een geldige indicatie

▪ Behandeling individueel	24.090	
▪ Behandeling groep	14.460	
Totaal		35.450 ³³

Subsidieregeling - realisatie 2015³⁴

▪ Behandeling individueel	18,8	
▪ Behandeling groep	35,0	
Totaal		53,8

Aantal (unieke) cliënten onder de subsidieregeling wordt niet geregistreerd.

De totale kosten voor het vervoer onder de subsidieregeling bedragen € 1,6 miljoen (2015).

13.8.3 *Subsidieregeling*

Onder de subsidieregeling zijn de kosten voor de extramurale behandeling € 288 miljoen lager uitgevallen (realisatie 2015) dan onder de AWBZ (realisatie 2014). Onder de subsidieregeling ontvangen namelijk minder cliënten zorg dan onder de voormalige AWBZ extramurale behandeling.

Hiervoor zijn een aantal oorzaken aan te wijzen.

- *Wlz-indiceerbaren*³⁵
Het Wlz-overgangsrecht kent een regeling Wlz-indiceerbaren. Deze groep kreeg bij invoering van de Wlz een (voorlopige) Wlz-indicatie die loopt tot 1 januari 2017 waarna op basis van een herindicatie bezien wordt of deze indicatie al of niet wordt voortgezet. De groep wordt gekenmerkt door een 'zware' zorgbehoefte. De veronderstelling was dat deze zorg derhalve in de Wlz zou instromen. Deze groep omvat ca 13.000 verzekerden, voor een groot deel patiënten met een indicatie voor behandeling.

³² bron: *Zorginstituut Nederland- Gegevensbron: 2015* (geproduceerd in mei 2016)

³³ Dit is niet het aantal unieke cliënten, omdat één cliënt gebruik kan maken van meerdere prestaties.

³⁴ bron: *ZPD/Vektis/Zorginstituut Nederland - Gegevensbron: 2015* (geproduceerd juli 2016)

³⁵ Kamerbrief, 7 juli 2016, kenmerk 987146-152803-LZ

- *Jeugdwet: jeugdhulp voor verstandelijk beperkten tot en met 17 jaar*³⁶
De subsidieregeling kent geen zorg meer voor jeugdigen met een verstandelijke beperking. Deze zorg valt nu onder de Jeugdwet.
Op 1 januari 2015 waren er 6.420 verzekerden tussen de 0-17 jaar met een indicatie voor BH-groep. De realisatiecijfers 2012 omvatten een bedrag van € 92,5 miljoen voor BH-groep voor jeugdige verstandelijk beperkten.
- Onderbesteding omdat aanbieders de subsidieregeling niet kennen.

Er zijn echter een aantal factoren aan te wijzen waardoor we niet simpelweg uit kunnen gaan van het bedrag van de subsidieregeling bij de overheveling. Deze factoren kunnen zowel tot plussen als tot minnen leiden ten opzichte van de subsidieregeling, maar het gaat voornamelijk om plussen.

- *Wlz-indiceerbaren: herindicatie*
Niet alle Wlz-indiceerbaren zullen na herindicatie een definitieve indicatie voor de Wlz krijgen. Op basis van de laatste herindicatiegegevens ontvangen ca 3.300 verzekerden geen Wlz-indicatie waaronder³⁷:
 1.
ca. 600 volwassenen met een ernstige lichamelijke beperking die in staat zijn regie te voeren. Een deel van hun zorg zal onder de Zvw gaan vallen (voorts Wmo), waarschijnlijk deels ook de (voormalige) extramurale behandeling.
 2.
ca 2.700 jeugdigen met een ontwikkelingsachterstand. Sommige jeugdigen zijn nog te jong om vast te stellen of de ontwikkelingsachterstand blijvend is. Bij de allerjongsten is er vaak primair sprake van medische problemen. Ook hun zorg zal voor een deel onder de Zvw gaan vallen, waarschijnlijk (deels) de (voormalige) extramurale behandeling, maar ook intensieve kindzorg.
- *Nieuwe afbakening met Jeugdwet*
de AVG zal met zijn volledige arsenaal een plek krijgen binnen de Zvw. Dit betekent een nieuwe afbakening met de Jeugdwet wat de groep jeugdige verstandelijke beperkten betreft, bijvoorbeeld in verband met de diagnosticering van klachten waarvan het karakter niet op voorhand duidelijk is (somatisch; psychisch; gedragsmatig).
- *Introductie AVG en SO in de Zvw: autonome kostenstijging*
Uit de introductie van de AVG binnen het Zvw-domein zal een autonome kostenpost voortvloeien, niet alleen voor jeugdige, maar ook voor volwassen verstandelijk beperkten.
Dit geldt ook voor de introductie van de SO binnen de Zvw.
- *Huntington-patiënten*
de Huntington-patiënten vielen in 2012 onder de extramurale behandeling. Hun zorg wordt nu (deels) bekostigd vanuit de Zvw, omdat hun zorg onder de Beleidsregel Innovatie van de NZa is gebracht en in samenhang daarmee een bekostiging vanuit de Zvw krijgt. De omvang van de kosten is (thans) niet bekend.

³⁶ bron: *CIZ Basisrapportage AWBZ* – 1 januari 2015 (geproduceerd augustus 2016)

³⁷ Bron: zie noot 3

- De kosten voor het vervoer onder de Zvw vallen nu niet te ramen, dit is afhankelijk van de keuze die gemaakt wordt:
 - de bestaande regeling volgen voor het zittend ziekenvervoer in de Zvw, dat wil zeggen
 - de categorie rolstoelgebruikers
 - en
 - de hardheidsclausule;
 - of
 - een nieuwe categorie introduceren.

- De uitkomsten van de uitvoeringstoets naar de positionering van de Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen kunnen het bedrag dat nodig is voor de (voormalige) 'extramurale behandeling' onder de Zvw nog beïnvloeden. Volgens gegevens van de NZa ³⁸ is met de Wlz-behandeling op het gebied van de gehandicaptenzorg in totaal € 125 miljoen gemoeid.

³⁸ NZa, *Financiële omvang Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen*, d.d. 4-7-2016. Kenmerk 0188825/0262861

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

14 Evaluatievraag

Wanneer de extramurale behandeling verleend door de specialist ouderengeneeskunde en door de arts voor verstandelijk gehandicapten na de overheveling tot de zorg van het basispakket van de Zorgverzekeringswet behoort, kan de zorgverzekeraar deze professionals contracteren voor het verlenen van deze zorg. Het Zorginstituut gaat ervan uit dat zorgverzekeraars dat ook daadwerkelijk zullen doen. Het Zorginstituut zal, na de overheveling van deze zorg naar de Zorgverzekeringswet, de zorginkoop van de zorgverzekeraars op dit gebied monitoren.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

15 Consultatie

Zorginstituut Nederland heeft eind augustus 2016 een concept van dit rapport ter consultatie voorgelegd aan verschillende organisaties en aan de Adviescommissie Pakket (ACP) van het Zorginstituut Nederland.

15.1 Consultatie organisaties

De geconsulteerde organisaties zijn:

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
Diëtetiek Verstandelijk Gehandicaptenzorg (DVG)
Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
Ergotherapie Nederland
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Nederlandse Vereniging van Fysiotherapeuten voor Verstandelijk Gehandicapten (NVFVG)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en onderwijskundigen (NVO)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde
Actiz, organisatie van zorgondernemers
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Vereniging Hersenletsel
Patiëntenfederatie Nederland
Ieder(in)

Van de volgende geconsulteerde organisaties heeft het Zorginstituut een reactie ontvangen:

Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
Diëtetiek Verstandelijk Gehandicaptenzorg (DVG)
Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
Ergotherapie Nederland
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en onderwijskundigen (NVO)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde
Actiz, organisatie van zorgondernemers
Patiëntenfederatie Nederland
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Voorts is het rapport ter kennisneming verzonden aan de organisaties en instellingen aan wie het Zorginstituut ter voorbereiding op dit rapport een werkbezoek heeft gebracht. Hiervan hebben de volgende organisaties/instellingen gereageerd op het concept-rapport:

Nieuw Unicum,
Hersenz,
Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON)

Alle ontvangen reacties zijn opgenomen in bijlage 7.

Het Zorginstituut had de volgende vragen gesteld.

1. Onderschrijft u onze conclusies over de plaats van deze zorg in de Zvw?
2. In hoofdstuk 7 concluderen wij dat er nog niet voor alle zorg beschrijvingen van de goede zorg zijn. Voor welke doelgroep is deze beschrijving er nog niet? Bent u het eens met onze aanbeveling om zo spoedig mogelijk initiatieven te ontwikkelen om (voor alle doelgroepen) te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is. Welke rol wilt u daarbij spelen?
3. Heeft u overige opmerkingen en/of suggesties, zijn er zaken die u mist?

Op vraag 1 ontvingen wij de volgende reacties.

Alle organisaties onderschrijven dat de extramurale behandeling onder de Zorgverzekeringswet kan vallen.

Verenso, Actiz en de LHV zijn het er niet mee eens dat de specialist ouderengeneeskunde zorg levert zoals huisartsen die plegen te bieden. Zij geven aan dat er een onderscheid in opleiding en deskundigheid van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde is. Het Zorginstituut onderschrijft dit, maar verduidelijkt dat 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' een juridische term is uit het Besluit zorgverzekering waarmee het arsenaal aan zorg van de huisarts wordt bedoeld. De zorg verleend door de specialist ouderengeneeskunde kan, onder deze juridische term 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' worden geschaard. Daarmee blijft het onderscheid in zorginhoudelijke expertise tussen deze twee zorgverleners bestaan. De zorg door de specialist ouderengeneeskunde valt hiermee wel onder de te verzekeren prestaties van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de specialist ouderengeneeskunde kan contracteren voor het verlenen van de extramurale zorg. Overigens geldt hetzelfde natuurlijk voor de huisarts tegenover de arts verstandelijk gehandicapten. De zorg van deze discipline schaarst het Zorginstituut ook onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Vanuit de beroepsgroep en belangenorganisaties zijn over deze conclusie geen opmerkingen gemaakt.

Zorgverzekeraars Nederland meent dat de beschrijving van de zorg zorgverzekeraars te weinig handvatten geeft om tot een goede plaatsing in de Zvw te komen. De beschrijving dient naar de mening van zorgverzekeraars veel gedetailleerder uitgewerkt te worden waarbij de verschillende doelgroepen, de verschillende behandelmogelijkheden en de uitvoerende professionals duidelijk gepositioneerd moeten worden vanuit het huidige Zvw-perspectief.

Met betrekking tot de plaatsing in de Zvw, merkt het Zorginstituut op dat het gaat om het zorgarsenaal van de specialist ouderengeneeskunde en van de arts voor verstandelijk gehandicapten. Dit zorgarsenaal is, evenals mogelijke doelgroepen, zorgvragen en behandeldoelen in hoofdstuk 3 voor de specialist ouderengeneeskunde en in hoofdstuk 4 voor de arts voor verstandelijk gehandicapten beschreven. Deze beschrijvingen komen in de bijlagen 3 en 4 nog eens uitgebreider aan bod. Het Zorginstituut voegt hier aan toe dat in de Zorgverzekeringswet geen sprake is van limitatieve lijsten van doelgroepen; het gaat om de aandoening en de daarbij benodigde zorg. Deze zorg is in voorkomende gevallen op instellingsniveau wel beschreven.

Zorgverzekeraars constateren dat een deel van de beschreven zorg geen zelfstandige verzekerde zorg onder de Zvw is. De overheveling vraagt om een sterke afbakening van wie welke zorg mag leveren onder welke condities.

Het Zorginstituut onderschrijft dit punt en verwijst naar hoofdstuk 6.4 waar dit aspect voor de door ZN genoemde vaktherapeut is beschreven. Het Zorginstituut herhaalt dat aangesloten wordt bij het standpunt dat het Zorginstituut in 2015 heeft ingenomen in zijn rapport *Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ* ten aanzien van deze therapie. Voorwaarde voor de inzet van de vaktherapeut is dat zijn inzet is beschreven in het individueel zorgplan. Het individueel zorgplan is opgesteld door de regisserend behandelaar en geeft begin- en eindpunt van de zorg aan.

Op vraag 2 ontvingen wij de volgende reacties.

Alle organisaties zijn het eens over de noodzaak te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is.

Over het hoe en wat van het totstandbrengen van deze beschrijvingen zijn verschillende opmerkingen gemaakt. Verenso en de LHV menen dat, gezien de multimorbiditeit en de noodzakelijke aandacht voor het systeem van de patiënt, het lastig is een eenduidige omschrijving voor alle aandoeningen te maken. Voor iedere patiënt met dezelfde aandoening, zal de zorg namelijk weer anders zijn. Ook Actiz meent dat 'niet alle zorg in standaarden en programma's kan worden vastgelegd. Maatwerk op basis van evidence based en state of the art handelen is zeker in ouderenzorg van groot belang'.

NVO en NIP opperen dat voor wat betreft de zorg aan verstandelijk beperkten, de huidige multidisciplinaire comorbiditeitsclusters verder ontwikkeld kunnen worden.

Bijna alle organisaties willen een rol oppakken bij het totstandbrengen van de beschrijvingen. VGN, Verenso en diëtetiek VG zijn voornemens de taak op te pakken om meer systematisch te omschrijven voor welke categorieën patiënten de specialist ouderengeneeskunde van betekenis kan zijn. Zorginstituut zal hierover in contact blijven met deze organisaties en gezamenlijk bezien of in hoeverre per aandoening een beschrijving van de zorg haalbaar is.

ZN stelt deze vraag niet te kunnen beantwoorden omdat niet transparant is welke doelgroepen onderdeel uitmaken van de subsidieregeling extramurale behandeling.

Allereerst merkt het Zorginstituut op dat niet de subsidieregeling, maar de extramurale behandeling zoals verleend onder de voormalige AWBZ, onderwerp van dit rapport is. Zoals hiervoor al is aangegeven is in de Zvw geen sprake van limitatieve lijsten met doelgroepen, maar gaat het om de aandoening en de daarbij benodigde geneeskundige zorg.

Overige opmerkingen en suggesties die wij ontvingen zijn:

Bij de zorg aan jeugdig verstandelijk beperkten zou volgens de VGN het Zorginstituut suggereren dat de Zorgverzekeringswet voorliggend is aan de Jeugdwet. Dit is niet het geval. Het Zorginstituut herhaalt hier dat er geen formele verwijzing vanuit de Zorgverzekeringswet nodig is voor zorg die onder de Jeugdwet valt. Het beginpunt van de zorg voor verstandelijk beperkten kan in de Jeugdwet liggen.

Een ander punt dat de VGN naar voren brengt is een afzonderlijk te verzekeren prestatie voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG). Het Zorginstituut heeft aan de beschrijving van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (bijlage 4) de (forensische) SGLVG als afzonderlijke groep toegevoegd, maar meent dat een afzonderlijke te verzekeren prestatie voor deze groep op praktische bezwaren stuit vanwege de overlap in de zorgverlening voor deze groep met de specialistische GGZ en de forensische zorg waardoor afbakeningen sterk individueel bepaald zijn.

Overigens kan, indien nodig, de zorg die wij verstaan onder de extramurale behandeling ook onder de Zorgverzekeringswet intramuraal verleend worden mits het verblijf in een instelling medisch noodzakelijk is in verband met de te verlenen geneeskundige zorg. Voor deze groep kan het namelijk nodig zijn dat de zorg tijdelijk intramuraal wordt verleend. Een aparte te verzekeren prestatie is uit dat oogpunt dus niet nodig.

De titel van paragraaf 8.3 heeft de indruk gewekt dat een aparte te verzekeren prestatie een limitatieve lijst van aandoeningen omvat. Dat is niet de bedoeling. Het gaat om alle chronische degeneratieve aandoeningen en niet aangeboren hersenletsel.

Wanneer de zorg verleend door de specialist ouderengeneeskunde (in juridische zin) onder de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden wordt geschaard, valt deze zorg onder de zorg behorend tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet. De specialist ouderengeneeskunde wordt weliswaar niet expliciet in het Besluit zorgverzekering genoemd, maar de zorgverzekeraar kan de specialist ouderengeneeskunde contracteren voor het verlenen van de extramurale zorg. Verenso is van mening dat het niet expliciet vermelden van de specialist ouderengeneeskunde in de regelgeving, zijn weerslag zal vinden in (het ontbreken van de specialist ouderengeneeskunde) in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeraars. Het Zorginstituut verwacht echter, gezien de behoefte aan goede zorg binnen de eerste lijn, dat zorgverzekeraars de zorg door de specialist ouderengeneeskunde (en de arts voor verstandelijk gehandicapten) zullen inkopen en deze professionals zullen contracteren, als deze zorg is overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Het Zorginstituut verwijst in dit verband naar de afspraak die Verenso met de LHV heeft gemaakt over de inzet van de specialist ouderengeneeskunde onder de subsidieregeling extramurale behandeling. Hieruit leidt het Zorginstituut af dat ook de huisarts belang heeft bij de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en daarmee bij de inkoop van deze zorg door de zorgverzekeraar.

Tenslotte zal het Zorginstituut in het kader van zijn evaluatiewerkzaamheden, na de overheveling van deze zorg naar de Zorgverzekeringswet de zorginkoop van de zorgverzekeraars op dit gebied monitoren. Hierover is in het rapport een hoofdstuk 14 toegevoegd.

Naar aanleiding van de reactie van NIP en NVO is de tekst in hoofdstuk 6 over de inzet van de gespecialiseerde psycholoog en de orthopedagoog bij de zorg aan verstandelijk beperkten verduidelijkt.

De specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten functioneren nu nog voornamelijk binnen instellingen. Een transformatie naar deelname aan eerstelijnszorg is na de overheveling een noodzakelijk stap.

Verschillende organisaties vragen zich af of de kwaliteit van de zorg die dan thuis wordt geleverd, geborgd is. Het Zorginstituut onderschrijft dit aandachtspunt, maar is van mening dat beroepsgroepen zelf moeten zorgen voor de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg in de thuisomgeving van de patiënt.

Nieuw Unicum stelt voor bij het beschrijven van goede zorg specialistische centra voor het betreffende ziektebeeld een leidende rol te geven.

ZN vraagt aandacht voor een aantal uitvoeringsaspecten. Zo dient de aanspraak vertaald te worden naar medisch herkenbare producten.

Zorginstituut Nederland is het hier mee eens, maar ziet deze aspecten als vervolgwerkzaamheden die zo snel mogelijk na een besluit van VWS, in het kader van de bekostiging opgepakt moeten worden.

De door ZN genoemde risicoverevening heeft het Zorginstituut opgenomen in hoofdstuk 13. Uitvoering en financiën.

Voorts vraagt ZN meer transparantie rond de financiële gevolgen van een eventuele overheveling op de kaders voor de Zvw.

Het Zorginstituut onderschrijft deze wens, maar op dit moment is er niet meer informatie voorhanden dan in paragraaf 13.8 is weergegeven.

Tenslotte verwachten verschillende organisaties dat overheveling per 1 januari 2018 te vroeg en daarom niet haalbaar is. Het Zorginstituut meent dat het op dit moment, oktober 2016, voorbarig is te stellen dat deze datum niet haalbaar zou zijn.

15.2 Adviescommissie Pakket

Een concept van dit rapport is tevens besproken in de vergadering van de Adviescommissie Pakket van 14 oktober 2016. Deze bespreking stond vooral in het teken van de toekomstige inbedding van de zorg in de bredere eerstelijnszorg. Onder andere de positionering van de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten en de beschikbare capaciteit aan menskracht, werd besproken. Ook de gevolgen van het onderbrengen van deze zorg in de Zorgverzekeringswet voor de patiënt/cliënt werden verkennend besproken. De Adviescommissie besloot geen formeel advies te formuleren omdat het rapport het karakter van een duiding heeft en feitelijk geen pakketadvies behelst.

DEFINITIEF | Extramurale behandeling ontleed:

De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw | 31 oktober 2016

16 Conclusies en aanbevelingen

1.

We concluderen dat de zorg van de arts voor verstandelijk gehandicapten en die van de specialist ouderengeneeskunde passen binnen de Zvw. Deze professionals leveren geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering, namelijk 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Deze zorgverleners beschikken over een bijzondere deskundigheid op het gebied van de zorg voor specifieke groepen (ouderen met multimorbiditeit; bij progressieve degeneratieve aandoeningen; verstandelijk beperkten). Ondanks deze specifieke deskundigheid gaat het nog steeds om het generalistische, medische arsenaal waarvan ook de huisarts zich bedient. In die zin vatten we de zorg van huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten samen onder de noemer 'generalistisch geneeskundige zorg'. 'Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' is binnen de te verzekeren prestaties het verzamelpunt van deze zorg.

2.

Bij de zorg zijn ook andere zorgverleners betrokken: de gespecialiseerde psycholoog, de orthopedagoog-generalist, de fysiotherapeut, logopedist, de diëtist, de ergotherapeut en de vaktherapeut. De zorg die deze professionals in het kader van de 'extramurale behandeling' geven, komt overeen met het arsenaal dat al onder de Zvw valt, los van de specifieke deskundigheid die ook zij natuurlijk nodig hebben bij de genoemde aandoeningen en indicaties. Deze specifieke deskundigheid leidt echter niet tot de introductie van een nieuw arsenaal aan paramedische zorg binnen de Zvw. Dit betekent dat er in termen van de te verzekeren prestaties geen aanvullingen of wijzigingen noodzakelijk zijn.

De vaktherapie kan een integraal onderdeel uitmaken van de multidisciplinaire behandeling zoals neergelegd in een individueel zorgplan onder verantwoordelijkheid van een regiebehandelaar. Onder deze voorwaarden valt deze zorg onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

3.

Met de introductie van de arts verstandelijk gehandicapten in de Zvw ontstaat een nieuwe verhouding met de zorg in de Jeugdwet. Zorg door de arts voor verstandelijk gehandicapten waarbij het medische aspect op de voorgrond staat of waarbij het nog niet duidelijk is of de problematiek medisch of psychisch/gedragsmatig is valt onder de Zvw.

Dagbesteding is onderdeel van de ondersteuning die de Wmo regelt. De dagbehandeling waarbij een behandeldoel centraal staat, valt onder de Zvw. Voorwaarde is dat het individueel zorgplan het behandeldoel en de zorg binnen de dagbehandeling beschrijft.

Wat de verhouding met de zorg in de Wlz betreft, concluderen we dat de afbakening tussen 'algemeen medische zorg' en specifieke Wlz-behandeling in ieder geval niet langs de lijnen van de betrokken beroepsgroepen kan plaatsvinden.

4.

De zorg is bij uitstek multidisciplinair van karakter. De organisatorische schil die inherent is aan multidisciplinaire zorg, behoort tot de te verzekeren prestaties en de kosten die hieraan verbonden zijn, vallen dus onder de Zvw. Er kunnen redenen zijn

om voor een aparte te verzekeren prestatie te kiezen voor de zorg in verband met chronische, progressieve, degeneratieve aandoeningen en in verband met niet-aangeboren hersenletsel. De belangrijkste overweging is de wens de betreffende zorg binnen één prestatie in samenhang te omschrijven en ook als samenhangend zorgaanbod door de zorgverzekeraar te laten inkopen. Daarnaast kan een aparte prestatie enerzijds zorg omschrijven en daarmee begrenzen (bijvoorbeeld de orthopedagoog-generalist en vaktherapie) en anderzijds kan deze aparte prestatie voorwaarden en beperkingen in extramurale prestaties 'repareren' (bijvoorbeeld paramedische zorg).

5.

De regeling voor vervoer in de Zvw verschilt qua inhoud (het vervoer is verzekerd voor een beperkt aantal categorieën verzekerden verzekerd) en reikwijdte (welke bestemmingen vallen onder de verzekering) van die binnen de AWBZ. In aanvulling hierop bestaat er binnen de Zvw nog een hardheidsclausule waarop een verzekerde een beroep kan doen. De regeling binnen de Zvw zou adequaat moeten zijn, voor verzekerden die een beroep moeten doen op de verzekering omdat zij hetzij fysiek, hetzij financieel op vervoer zijn aangewezen in verband met de beschreven zorg.

6.

De 'extramurale behandeling' past binnen de Zvw. Over enkele maanden verschijnt het rapport 'Positionering behandeling Wlz'. Dit rapport presenteert nieuwe zienswijzen rond de afbakening van de 'specifieke' Wlz-behandeling met de 'algemeen medische zorg'.

7.

Wat het verplicht eigen risico betreft, concluderen we dat het voor de hand ligt de zorg door specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten buiten het eigen risico te houden. 'Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' valt immers buiten het verplicht eigen risico en beide artsen leveren 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. De beslissing hierover is aan de minister van VWS.

Door verschuivingen van zorg vanuit de voormalige AWBZ naar Wlz en Jeugdwet valt niet precies te ramen welk bedrag met de overheveling naar de Zvw gemoeid zal zijn. We concluderen dat de financiële lasten hoger zullen zijn dan in de huidige subsidieregeling (ca 60 miljoen per jaar), maar lager dan destijds in de AWBZ (ca 263 miljoen).

Na deze conclusies willen we nog een aantal aanbevelingen formuleren.

De extramurale behandeling past onder de Zvw. Dit biedt mogelijkheden om vanuit een nieuw perspectief aan de 'goede zorg' rond de genoemde aandoeningen en indicaties te gaan werken. Voor 'goede zorg' is echter meer nodig dan een formele regeling in de Zvw. Feitelijk vormt de migratie van deze zorg naar de Zvw de afsluiting van het traject van de hervorming van de langdurige zorg in de regelgeving.

Vanuit de analyse die aan dit rapport ten grondslag ligt, formuleert het Zorginstituut de volgende aanbevelingen;

I

De zorg voor de diverse doelgroepen is nu nog sterk georganiseerd en beschreven vanuit instellingen. Diversiteit en praktijkvariatie zijn hiervan het gevolg. Om daadwerkelijk tot goede zorg te komen, is het noodzakelijk dat beroepsgroepen gezamenlijk de inhoud van de zorg beschrijven. Het Zorginstituut wil hiertoe een aanzet geven. Het zal het initiatief nemen voor een inventarisatie van zorg- en

functieprogramma's die nu in de praktijk gebruikt worden bij de zorg voor MS en Korsakov (in de chronische fase). Op basis van deze inventarisatie zal het Zorginstituut met relevante zorgverleners en instellingen onderzoeken of het mogelijk is de goede zorg binnen de betrokken beroepsgroep gezamenlijk te beschrijven.

II

De zorg die in dit rapport is beschreven zal een plek krijgen in de bredere 'eerstelijnszorg' voor mensen die in hun eigen omgeving blijven wonen. In deze bredere eerstelijnszorg werken huisartsen samen met specialisten ouderengeneeskunde respectievelijk artsen verstandelijk gehandicapten. Dat vergt niet alleen een zorginhoudelijke omschrijving van de samenwerking, maar ook een organisatievorm voor deze zorg. Samenwerkingsvormen en afspraken over regie, taakverdeling en formele zaken als voorschrijven, verwijzingen en 24-uurs-bereikbaarheid maken daar deel van uit. Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten moeten hier gezamenlijk standpunten over ontwikkelen.

Specialisten ouderengeneeskunde zijn nu vooral werkzaam in instellingen. Willen zij een plek verkrijgen binnen een bredere eerstelijnszorg dan zullen zij organisatorisch aansluiting moeten zoeken bij zorgverleners/-groepen binnen de eerste lijn. Dit vergt naar de mening van het Zorginstituut in de komende jaren veel aandacht van betrokken partijen.

III

Het Zorginstituut vindt het belangrijk dat de bekostiging voor deze zorg voldoende ruimte biedt voor het multidisciplinaire karakter én de omstandigheid dat deze zorg voor de specifieke doelgroepen extra tijd en aandacht vergt. Daarnaast vergen de zorg van de arts voor verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde bekostigingsvormen die zorginhoudelijk aansluiten bij de zorg van de huisarts, maar wel op een andere leest zijn geschoeid. Zij leveren immers de zorg op verzoek en/of 'verwijzing' van de huisarts, maar zij zijn geen 'huisarts'.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

24-07-2015

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut
drs. A.H.J. M.

Directie Langdurige Zorg
Parnassusplein 5
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl
Inlichtingen bij

Kenmerk
799341-139444 LZ

Datum
Betreft Advies extramurale behandeling

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief*

Geachte heer M

Per 1 januari 2015 heeft de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) plaatsgevonden. Een onderdeel hiervan is het intrekken van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De zorg die onder de aanspraken van de AWBZ viel is ondergebracht in meerdere domeinen. Bij de start van de ontwikkeling van het beleid van de HLZ was de regering voornemens om deze behandeling en vervoer over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit in lijn met uw advies zoals aangekondigd in het pakketadvies 2011 van 1 april 2011 (uw kenmerk ZA/2011032711). In maart 2014 heeft Tangram een rapport 'extramurale behandeling in het kader van de overheveling 2015' opgeleverd. De conclusie was dat het nog niet voor alle activiteiten van extramurale behandeling duidelijk is of en hoe deze in de Zvw ondergebracht kunnen worden. Hiertoe is nog nader onderzoek nodig. Hierbij gaat het om de behandeling aan mensen met een somatische- en psychogeriatrische aandoening of beperking, mensen met een lichamelijke handicap en meerderjarigen met een verstandelijke handicap en het vervoer naar en van de behandellocatie.

Zoals aangegeven in de brief aan de Tweede Kamer van 6 november 2013 (Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 380, bijlage 1) bestaat nog steeds het voornemen om deze extramurale behandeling onder te brengen in de Zvw.

Ik wil u daarom vragen een om een advies te geven over de overheveling van deze behandeling naar de Zvw. Ik verzoek u daarbij in ieder geval in te gaan op de volgende vragen:

1. Valt de zorg inhoudelijk op basis van de huidige regelgeving, geheel of deels, onder de Zvw?
 - a. zo ja, volstaan de huidige prestatie-omschrijvingen in het Bzv of is een nieuwe aanspraak wenselijk?
 - b. zo nee, kan de zorg onder de Zvw gebracht worden of is een ander domein aangewezen?
2. Indien de zorg onder de Zvw gaat vallen wordt er een uitspraak gedaan



over:

Directie Langdurige Zorg

- a. de overige consequenties voor wet- en regelgeving (bijvoorbeeld samenhang overige domeinen)
- b. de financiële consequenties
- c. de consequenties uitvoering (bijvoorbeeld contractering; zorginkoop; bekostiging)

Relatie met verzoek om advies over de positionering van de Wlz behandeling

Naast dit verzoek om advies wordt aan u ook om een advies gevraagd naar de positionering van de behandeling zoals deze nu onder artikel 3.1.1, lid 1 onder c en d van de Wlz valt. Hierover ontvangt u een apart verzoek via de brief 'positionering behandeling Wlz'. Ik verzoek u met de samenhang tussen beide adviezen rekening te houden.

Relatie met de traject eerstelijnsverblijf (rol specialist ouderengeneeskunde)

Op 31 maart 2015 heeft u een verkenning van de regelgeving rond het eerstelijnsverblijf gepubliceerd. Daarin geeft u aan dat *consultatie* en *medebehandeling* door de specialist ouderengeneeskunde binnen het eerstelijnsverblijf onder de Zvw valt. U heeft in deze verkenning aangegeven dat de specialist ouderengeneeskunde binnen het eerstelijnsverblijf hoofdbehandelaar kan zijn, voorzover hij zorg levert 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit geldt in elk geval voor de generalistische medische ouderenzorg. Er is nog geen uitspraak onder welke noemer de functionele diagnostiek en zorgdiagnostiek door de specialist ouderengeneeskunde onder de Zvw valt. U gaf aan dat over deze punten de benodigde zorginhoudelijke informatie om tot een standpunt te komen, nog ontbreekt en u heeft de beroepsgroep gevraagd deze zorginhoudelijke informatie te geven. Voor het eind van het jaar stelt u de duiding van het eerstelijns verblijf binnen de Zvw vast, waarin duidelijkheid is over de zorg die de specialist ouderengeneeskunde kan bieden binnen het eerstelijns verblijf in de Zvw. Deze zorginhoudelijke informatie is ook van belang voor het advies rond de extramurale behandeling beantwoord en ik verzoek u dan ook met de samenhang tussen beide adviezen rekening te houden.

Geneeskundige zorg

Wil de extramurale behandeling onder de Zvw vallen, dan zal de zorg in ieder geval onder de omschrijving van de 'geneeskundige zorg' in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering (Bzv) moeten vallen. Als de extramurale behandeling met deze omschrijving overeenkomt, dan is de vraag naar de effectiviteit van de zorg (stand van de wetenschap en praktijk) waarschijnlijk overbodig. Ik vraag u niettemin om daar waar nodig aandacht te besteden aan de stand van de wetenschap en praktijk van de extramurale behandeling, bijvoorbeeld bij twijfel aan de effectiviteit van de zorg.

In het advies zie ik graag, uitgesplitst naar 'grondslagen', een overzicht van de huidige behandeling die wel tot de geneeskundige zorg Zvw behoort, alsmede ook een overzicht/beschrijving van de huidige 'behandeling' die hier niet toe behoort met een advies wat hiermee te doen.



24-07-2015

Directie Langdurige Zorg

Vervoer

Via de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, is het vervoer van en naar de dagbehandeling geregeld. Ik verzoek u om in het advies naar de overheveling van behandeling, ook hierin het vervoer mee te nemen. Ik ontvang graag, gekoppeld aan het hierboven genoemde overzicht van de behandeling, ook een overzicht/beschrijving van het vervoer en een advies wat hiermee te doen.

Tijdspad

Ik verwacht dat het tijdspad voor het hele traject ongeveer twee en een half jaar zal beslaan. Voor het Zorginstituut is hiervan ruim een jaar beschikbaar. In deze periode zal het Zorginstituut onder meer onderzoek moeten doen naar de extramurale behandeling. Dit houdt in dat de sector aan het Zorginstituut duidelijk maakt wat de extramurale behandeling precies inhoudt. Dit inzicht is een voorwaarde om de zorg te kunnen duiden. Ik verzoek u dan ook oktober 2016 het advies uit te brengen.

De implementatie van het advies, zoals het voorbereiden van de bekostiging en eventuele tariefstelling door de NZa neemt om en nabij een jaar in beslag. De daadwerkelijke overheveling van de extramurale behandeling naar de Zvw kan dan per 1 januari 2018 plaatsvinden.

Betrokkenheid van relevante partijen

Wellicht ten overvloede verzoek ik u om ook tijdens uw onderzoek de relevante partijen te betrekken, zoals de cliëntenorganisaties en de brancheorganisaties.

Betrokkenheid departement gedurende het onderzoek

Ik verzoek u het departement periodiek te informeren over de voortgang. Dit in ieder geval bij deelconclusies die van belang zijn bij de volgende stappen van het onderzoek.

Bij voorbaat wil ik u hartelijk danken voor uw inspanningen.

Met vriendelijke groet,
de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
de directeur Langdurige Zorg,

drs. M. Verbeek

2016050775

BIJLAGE 2

RELEVANTE WET- EN REGELGEVING

1 Behandeling binnen de AWBZ

De functie behandeling werd geregeld in het Besluit zorgaanspraken in artikel 8.

- Artikel 8 Besluit zorgaanspraken:
Behandeling omvat door een instelling te verlenen behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of van een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, waaronder voorkoming van verergering van gedragsproblemen in verband met een zodanige aandoening, beperking of handicap.

1.1 Doelstelling functie behandeling AWBZ

De inhoud en omvang van de functie behandeling en de indicatiestelling voor deze functie worden beschreven in de *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ*.¹

De Beleidsregels zeggen het volgende over de functie behandeling.

1.1.1 Algemeen

Kenmerkend voor de AWBZ-functie Behandeling (in relatie tot de Zvw-behandeling) is dat het gaat om specifieke behandeling. Met 'specifiek' wordt bedoeld op de gerichtheid op specifieke doelgroepen in relatie tot de grondslagen waar het bij de AWBZ om gaat. Het gaat bij AWBZ-behandeling vooral om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM). Er bestaat complexe (multi-)problematiek waarbij specifieke deskundigheid op het niveau van een AWBZ-behandelaar noodzakelijk is zoals van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis. Behandeling is gericht op herstel of het voorkomen van verergering van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis al dan niet door het aanleren van vaardigheden/gedrag. De problematiek is dermate complex dat meestal substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair AWBZ-team noodzakelijk zijn. Er is dan op gestructureerde wijze afstemming nodig over hetgeen de verschillende disciplines doen. Er kan ook sprake zijn van monodisciplinaire behandeling. De behandeling moet doelmatig zijn (artikel 2 lid 3 Bza). Behandeling die onvoldoende bewezen effectief is, is geen doelmatige zorg.

Het gaat bij AWBZ-behandeling om:

¹ Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014:

Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 december 2013, kenmerk 178730-114566-DLZ, houdende beleidsregels die het indicatieorgaan hanteert bij het vaststellen of en in hoeverre de verzekerde is aangewezen op zorg op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

- continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg)
- behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag
- aanvullende functionele diagnostiek
- consultatie
- medebehandeling

AWBZ-Behandeling kan worden geïndiceerd in de vorm van individuele Behandeling of in de vorm van Behandeling in groepsverband.

1.1.2 Continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM)

Bij AWBZ-behandeling gaat het vooral om CSLM-zorg, meestal ook in combinatie met andere functies. Er bestaat complexe (multi-)problematiek waarbij specifieke deskundigheid zoals van een specialist ouderengeneeskunde, een arts verstandelijk gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis noodzakelijk is. Het doel is meestal niet herstel, maar het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis. De problematiek is zo complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair zorgteam noodzakelijk zijn. Er is op gestructureerde wijze afstemming nodig over wat de verschillende zorgdisciplines doen.

De cumulatieve criteria voor CSLM-behandeling in het kader van de AWBZ zijn:

- het moet gericht zijn op het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis of het handhaven van aanwezige mogelijkheden;
- er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn waardoor of blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht, of verslechtering wordt tegengegaan, of palliatie wordt geboden;
- er dient van behandeling in een multidisciplinaire zorgsetting sprake te zijn gecoördineerd door een hoofdbehandelaar;
- de te geven behandeling dient programmatisch en doelmatig te zijn volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode;
- voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk op het niveau van een AWBZ-behandelaar;
- naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen.

Het gaat om multidisciplinaire zorg.

1.1.3 Behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag

Tot deze vorm van behandeling in het kader van de AWBZ wordt de behandeling gerekend die gericht is op het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag, als dit een programmatische aanpak vereist waarvoor specifieke deskundigheid nodig is, namelijk die van een AWBZ-behandelaar. Door het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag kan de verzekerde in staat zijn om (toekomstige) verergering van zijn beperkingen te voorkomen. De nieuw aan te leren vaardigheden richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen, of op het voorkomen of beperken van de ernst van stoornissen en/of beperkingen, die op grond van de aandoening van de verzekerde met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid te verwachten zijn (zoals bijvoorbeeld Early Intervention bij het syndroom van Down).

De cumulatieve criteria voor deze behandeling in het kader van de AWBZ zijn:

- het moet gericht zijn op herstel of het aanleren van vaardigheden of

- gedrag;
- er moet een concreet en haalbaar behandeldoel zijn waardoor blijvende verbeteringen in het functioneren worden bereikt/verwacht, of waardoor stoornissen en/of beperkingen die met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid op basis van de aandoening van verzekerde zullen ontstaan, zich minder ernstig zullen voordoen;
- de verzekerde of (indien de behandeling gericht is op de directe omgeving van verzekerde) de mantelzorger/gebruikelijkezorger dient leerbaar/trainbaar te zijn;
- er dient van behandeling in een specifieke zorgsetting sprake te zijn.
- de te geven behandeling dient programmatisch en doelmatig te zijn volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode;
- voor de behandeling is specifieke deskundigheid nodig, namelijk op het niveau van een AWBZ-behandelaar;
- naar aard en inhoud mag de beoogde behandeling niet onder de Zvw-aanspraken (tweede compartiment) vallen.

Behandeling kan zich ook richten op mantelzorg in de directe omgeving van verzekerde, als dit ten goede komt aan de verzekerde. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan de mantelzorger/gebruikelijkezorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de verzekerde. Desalniettemin is de indicatie gesteld op naam van verzekerde en niet op naam van degene op wie de vaardigheids- of gedragstraining zich direct richt.

1.1.4 Aanvullende functionele diagnostiek

AWBZ-behandeling kan aangewezen zijn ten behoeve van aanvullende functionele diagnostiek. Deze onderscheidt zich van klinische basisdiagnostiek.

Basisdiagnostiek hoort thuis in het tweede compartiment, de Zvw. De basisdiagnostiek is gericht op het stellen van de medische diagnose, inclusief het stadium van de ziekte, de stoornissen en een indruk van de beperkingen, en inclusief sociale context. De uitkomst ervan is de diagnose en een (globale) indruk van het functioneren van de patiënt.

Na de basisdiagnostiek kan aanvullende functionele diagnostiek nodig zijn, in het bijzonder bij complexe problematiek. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingenniveau van de verzekerde, het onderzoeken welke behandeldoelen haalbaar zijn en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren van de verzekerde voor zover mogelijk, voorkomen van verergering van beperkingen en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid). Op basis hiervan kan vervolgens een behandelplan worden op- of bijgesteld. De aanvullende functionele diagnostiek is specifiek gericht op de AWBZ grondslag en kan bij alle grondslagen aan de orde zijn. Daarbij is er vaak sprake van co-morbiditeit, die van invloed is op de behandeling.

1.1.5 Consultatie

Doel van het consulteren door huisarts of medisch specialist van een AWBZ-behandelaar ten behoeve van een niet in de instelling verblijvende verzekerde, kan bijvoorbeeld zijn om advies te krijgen over de behandeling, de aanpak, of om een behandelplan op te stellen. De huisarts of specialist blijft medisch verantwoordelijk. De AWBZ-behandelaar is incidenteel betrokken. In dit geval gaat het om monodisciplinaire zorg.

1.1.6 Medebehandeling

Als een verzekerde met complexe, specifieke problematiek thuis verblijft, omdat bijvoorbeeld mantelzorgers opname wensen te voorkomen, kan er sprake zijn van medebehandeling. De huisarts blijft medisch eindverantwoordelijk, maar de aan de instelling verbonden specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten behandelt het specifieke AWBZ-probleem. De aan de instelling verbonden specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten is structureel betrokken.

In dit geval is sprake van monodisciplinaire zorg

1.1.7 Indicatiecriteria

De verzekerde kan toegang verkrijgen tot de functie Behandeling als er sprake is van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Als sprake is van een psychiatrische aandoening dan wordt, als onderdeel van voortgezet verblijf, alleen een indicatie voor Behandeling gesteld wanneer de verzekerde na 365 dagen Verblijf in verband met behandeling nog steeds Verblijf in verband met Behandeling nodig heeft.

Om in aanmerking te komen voor de functie Behandeling dient op basis van informatie van de behandelaar tevens te zijn vastgesteld, dat er een noodzaak is voor:

- 1 Continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM);
- 2 of behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van vaardigheden of gedrag met een specifieke aanpak;
- 3 of aanvullende functionele diagnostiek;
- 4 of consultatie door een behandelaar;
- 5 of medebehandeling door een AWBZ-behandelaar op verzoek van een huisarts of medisch specialist in het tweede compartiment.

2 Vervoer

2.1 Vervoer binnen de AWBZ

Het vervoer binnen de AWBZ werd geregeld in het Besluit zorgaanspraken in artikel 10.

Artikel 10

Indien een verzekerde zorg als bedoeld in artikel 6 of 8 gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt, omvat de zorg tevens vervoer naar en van die instelling indien daarvoor een medische noodzaak bestaat.

2.2 Vervoer binnen de Zvw

Het vervoer binnen de Zvw wordt geregeld in het Besluit zorgverzekering in de artikelen 2.13 tot en met 2.16.

Artikel 2.13

- 1 Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering

komen;

b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;

c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;

d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:

1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;

2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;

e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.

2 Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

1 Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;

b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;

c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;

d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;

e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en is aangewezen op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10.

2 Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.

3 In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

4 Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.15

1 De zorgverzekeraar kan toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel dan een motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, auto of openbaar middel van vervoer.

2 Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden zestien jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

BIJLAGE 3

De zorg voor specifieke patiëntengroepen en voor ouderen binnen de extramurale behandeling

De zorgbehoefte van ouderen met multimorbiditeit, patiënten met een chronische progressieve, (musculaire of neurologische) degeneratieve aandoeningen of met niet-aangeboren hersenletsel en het hierop toegesneden zorgaanbod van de specialist ouderengeneeskunde, de (gespecialiseerde) psycholoog/, orthopedagoog¹, paramedici en vaktherapeut

Als we de groepen waarvoor de extramurale behandeling ingezet kan worden, nader beschouwen, komen, grosso modo, vier categorieën patiënten in beeld:

- Ouderen met chronische en/of complexe aandoeningen,
- Patiënten met chronische, degeneratieve en progressieve aandoeningen,
- Patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (NAH)
- Mensen met een verstandelijke beperking.

De zorgvragen en behandeldoelen van de eerste drie patiëntengroepen blijken op hoofdlijnen op hetzelfde vlak te liggen. Bij de zorgverlening aan de eerste drie groepen is (naast andere zorgverleners) de specialist ouderengeneeskunde en/of een gespecialiseerde psycholoog een belangrijke behandelaar. Daarmee onderscheiden de eerste drie groepen zich van de vierde groep, waar de arts voor verstandelijk gehandicapten (naast andere zorgverleners) een belangrijke behandelaar is. Omdat de zorg aan de eerste drie groepen veel overeenkomsten heeft en omdat de zorg beschreven kan worden aan de hand van de zorgverlening door de specialist ouderengeneeskunde en/of gespecialiseerde psycholoog, beschrijven we de zorg voor deze drie groepen in één bijlage. De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking komt in een afzonderlijke bijlage aan de orde.

Tot voor kort verbleven ouderen en patiënten met chronische, degeneratieve en progressieve aandoeningen eerder dan nu het geval is, in een verpleeghuis en werd de zorg 'intramuraal' verleend. Deze groepen wonen nu langer thuis en hebben derhalve meer zorg thuis nodig. In dit hoofdstuk is beschreven welke zorg dat is. De zorgvragen zijn beschreven vanuit het doel van de extramurale behandeling. We geven behandeldoelen aan en gaan in op het mantelzorgsysteem. Daarna beschrijven we de inhoud van de zorg aan de hand van de zorgverleners die bij deze zorg zijn betrokken: de specialist ouderengeneeskunde, de GZ-psycholoog en paramedici. Tenslotte beschrijven we de dagbehandeling waar deze patiënten voor in aanmerking kunnen komen.

1.1 De zorg

1.1.1 Patiëntengroepen en zorgvragen

Binnen de genoemde categorieën identificeren we de volgende groepen met de volgende aandoeningen:

- ouderen met meerdere (chronische) aandoeningen;
- ouderen met psychiatrische aandoeningen (dit zijn zowel psychiatrische patiënten die oud worden als ouderen die psychiatrische klachten krijgen);
- patiënten met een progressieve, degeneratieve (neurologische of musculaire) aandoening (bijvoorbeeld Huntington; MS; Parkinson; ALS)
- Korsakov;
- patiënten met dementie (ook op jonge leeftijd);
- patiënten met niet-aangeboren hersenletsel veroorzaakt door CVA, ongeluk of ander

¹ Met psycholoog of orthopedagoog wordt in dit rapport de GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist bedoeld.

- trauma, hersentumor, zuurstoftekort (bijvoorbeeld na hartstilstand)) (chronische fase);
- en patiënten die palliatieve en/of terminale zorg nodig hebben.

De zorgvragen van deze patiëntengroepen liggen vooral op het gebied van:

- somatiek: zonder mogelijkheid van 'genezing', omgaan met blijvende beperkingen,
- voorkomen en behandelen van complicaties;
- motoriek: behoud of verbeteren van kracht, mobiliteit en redzaamheid, vallen (valpreventie), zelfzorg (ADL);
- energie (vermoeidheid);
- zintuigen (horen, zien, tast, proprioësepsis, pijn) en sensorische integratie: problemen in het verwerken van zintuiglijke prikkels, bijvoorbeeld verhoogde prikkelgevoeligheid, problemen met zien, horen of evenwicht;
- darm- en blaasfunctie; continëntie,
- kauw- en slikstoornissen;
- cognitie: problemen met geheugen, aandacht, executief functioneren dat kan leiden tot problemen met inzicht, planning, organisatie en regie voeren over (deelgebieden van) het leven;
- stemming en gedrag: neuropsychiatrische symptomen en psychiatrische comorbiditeit zoals wanen, hallucinaties, onrust, angst, depressie, geringe frustratietolerantie, agressie, agitatie, impulsiviteit, apathie, verandering in dag-nachtritme en eetpatroon, verliesverwerking en coping in relatie tot de ziekte en gevolgen daarvan voor autonomie en de kwaliteit van leven, rolveranderingen, ongezonde leefstijl;
- stem en spraak: beperkingen in de communicatie door bijvoorbeeld afasie die leiden tot problemen in de deelname aan sociale interacties en het maatschappelijk leven.

Bij deze zorgvragen is altijd sprake van een combinatie van en interactie tussen de problemen waardoor deze in samenhang behandeld moeten worden.

1.1.2 Behandeldoelen

Binnen de extramurale behandeling gaat het om patiënten waarbij 'genezing' van de primaire aandoening in medische zin niet (meer) mogelijk is. Dit betekent niet dat er geen behandeldoelen zijn: door de tijd heen dienen zich telkens nieuwe of aangepaste behandeldoelen aan. Er is vaak sprake van een voortschrijdende achteruitgang op meerdere gebieden van het functioneren (somatisch; psychisch; functioneel; cognitief; maatschappelijk) of van toenemende problemen in functioneren en participatie als gevolg van de aanwezige beperkingen. Deze beperkingen kunnen daarnaast onderling op elkaar ingrijpen. Ook kunnen er complicaties optreden die voorkomen of behandeld moeten worden.

De behandeling kan zich overigens ook beperken tot diagnostiek. In sommige situaties volstaat namelijk een advies aan de patiënt.

De extramurale behandeling kent de volgende behandeldoelen (de gevolgen van) de hierboven genoemde ziektebeelden:

- het gecombineerd psychisch en fysiek leren omgaan met de aandoening/beperkingen, met name met de breuk in het leven op alle levensdomeinen. Dit geldt zowel voor de patiënt als diens mantelzorgsysteem;
- onderhouden, zoveel mogelijk in stand houden van capaciteiten om, voor zover mogelijk, zelfstandig te functioneren;
- voorkomen van achteruitgang;
- verbeteren van het fysieke en psychische functioneren
- ingrijpen op complicaties (acute verslechtering voorkomen);
- bewaken van de balans tussen draaglast en draagkracht binnen het systeem;
- hanteerbaar maken van gedrag of escalatie voorkomen (voor zowel patiënt als mantelzorger);
- verminderen van en leren omgaan met ongewenst gedrag (voor zowel patiënt als mantelzorger);
- advance care planning;
- kwaliteit van leven bevorderen;

- pijnbestrijding.

1.1.3 Het cliëntsysteem

Tenslotte, door de aard van de aandoeningen/beperkingen speelt het mantelzorgsysteem rond de patiënt een belangrijke rol. Het systeem helpt de patiënt om thuis te blijven wonen en, zoveel als mogelijk, zelfredzaam te zijn. Het systeem moet daarbij ondersteund worden, bijvoorbeeld via kennis van de aandoening en aanwijzingen voor omgang met de patiënt. Belangrijk is ook het in stand houden van de draagkracht van de mantelzorger. De aandoeningen hebben grote invloed op het functioneren van het cliëntsysteem (partnerrelatie, gezin, familie, collega's) en kunnen leiden tot bijvoorbeeld relatie- of opvoedingsproblemen. De extramurale behandeling richt zich dan ook tevens op het bewaken van de balans tussen aandoening en mantelzorg, en tussen patiënt en mantelzorger.

We hebben nu een aantal patiëntengroepen binnen de extramurale behandeling in beeld gebracht wat hun zorgvragen zijn en waar de behandeling zich op richt. Hierna beschrijven wij de zorg die zorgverleners leveren aan deze patiënten en chronisch zieken.

1.2 Zorgarsenalen

1.2.1 Specialist ouderengeneeskunde

Zoals gezegd, de specialist ouderengeneeskunde is een belangrijke behandelaar binnen de extramurale behandeling. De specialist ouderengeneeskunde was voorheen over het algemeen werkzaam in een instelling. Deze arts werd vroeger dan ook betiteld als 'verpleeghuisarts'. In 2009 is de betiteling verpleeghuisarts gewijzigd in specialist ouderengeneeskunde. Dit was niet alleen een wijziging in de betiteling, ook de functie en opleiding van deze arts wijzigde. De opleiding richtte zich niet alleen meer op de zorg binnen een instelling ('verpleeghuis'), maar ook op een functie voor deze arts binnen de eerste lijn. De aparte opleiding voor sociaal gerieters verdween en deze functie werd geïncorporeerd binnen de nieuwe specialist ouderengeneeskunde.² Formeel is de specialist ouderengeneeskunde evenals de huisarts en arts verstandelijk gehandicapten een geneeskundig specialist (in de 'oude' zin van het woord³).

Het Besluit specialisme ouderengeneeskunde⁴ omschrijft het specialisme ouderengeneeskunde als volgt:

Het specialisme dat zich richt op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek. Het specialisme integreert medische deskundigheid op dit gebied met deskundigheid op het gebied van zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement.

De specialist ouderengeneeskunde diagnosticeert en behandelt niet alleen medische klachten en aandoeningen; er is sprake van een geïntegreerd proces van zorgverlening gedurende langere perioden van het leven van patiënten.⁵

De specialist ouderengeneeskunde richt zich op een specifieke populatie en voor deze populatie beschikt de specialist ouderengeneeskunde ook over een specifieke deskundigheid: ouderen met een complexe zorgbehoefte op één of meerdere levensterreinen (somatisch;

² Er bestaan sinds 2009 vijf kaderopleidingen voor de specialist ouderengeneeskunde: psychogeriatricie; geriatrie; geriatrische revalidatie; palliatieve zorg; opleiden; specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn.

³ Het Besluit specialisme ouderengeneeskunde van 21 augustus 2008 omschrijft de opleidings-, erkennings- en (her)registratie-eisen voor de specialist ouderengeneeskunde. Dit besluit is vastgesteld door het voormalige College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuiskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten van de KNMG. Dit College is opgegaan in het College Geneeskundig Specialisme. Per 1 juli 2011 wordt namelijk geen onderscheid meer gemaakt naar clusters van specialismen. Het cluster medische specialismen binnen de geneeskundig specialisten is 'bevroren' op de bestaande 28 medisch specialismen (behoudens de mogelijke toevoeging van het specialisme sportgeneeskunde).

⁴ Zie: voetnoot 1.

⁵ bron: Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), www.lhv.nl

psychisch; functioneel; cognitief; maatschappelijk). Deze specifieke deskundigheid komt vooral tot uiting bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een zorgplan (zodanig multidisciplinair, met de inzet van bijvoorbeeld ook paramedici en/of gedragswetenschapper). De specialist ouderengeneeskunde redeneert daarbij niet vanuit ziekte-entiteiten (bij een geriatrische patiënt is immers vaak sprake van meerdere aandoeningen die elkaar beïnvloeden), maar kijkt probleemgericht. Een specialist ouderengeneeskunde kijkt niet alleen naar de patiënt, maar ook naar het systeem; hij kijkt naar ziekte, functiebeperkingen, psychosociale stressoren en het vermogen om zelf regie te voeren bij meerdere, complexe aandoeningen.⁶

Met de voortschrijdende extramuralisering van de zorg zal de specialist ouderengeneeskunde steeds meer actief zijn in de eerste lijn. Welke rol speelt hij daar en hoe krijgt de samenwerking met andere zorgaanbieders, vooral de huisarts (en wijkverpleegkundige) gestalte?

1.2.2 Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde

De huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde gaan er vanuit dat beide beroepsgroepen hun zorg voor de complexe patiënt altijd in samenwerking zullen verlenen. Hierbij is en blijft de huisarts in principe de regiebehandelaar, maar deze regie kan hij voor een bepaalde periode overdragen aan de specialist ouderengeneeskunde.

De beschikbare documenten, zoals het beroepsprofiel⁷, geven nog weinig informatie over hoe de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde in de praktijk vorm moet krijgen. De beroepsgroepen zijn het erover eens dat de huisarts degene is die de specialist ouderengeneeskunde inschakelt daar waar de expertise van deze arts een meerwaarde heeft. Zoals hierboven aangegeven gaat het dan om kwetsbare patiënten met meerdere (vaak op elkaar ingrijpende) gezondheidsproblemen die als gevolg hiervan beperkt zijn geraakt in hun functioneren of jongere patiënten met vergelijkbare complexe problematiek.

De specialist ouderengeneeskunde richt zich bij deze aandoeningen vooral op de functionaliteit van de betrokkene: welke doelen streeft de patiënt na, welke activiteiten zijn hiervoor nodig en waartoe is de patiënt (nog) in staat. Hij analyseert welke gezondheidsproblemen de meeste last veroorzaken, welke ziektebeelden, medicatie en beperkingen hierbij een rol spelen. Hij doet vervolgens een (behandel)voorstel waardoor de patiënt een evenwicht kan bereiken tussen zijn doelen en mogelijkheden. Dit betekent ook dat de specialist ouderengeneeskunde voorstellen kan doen tot sanering van medicatie, de inzet van andere zorgverleners zoals paramedici of verwijzing naar een medisch specialist of juist niet. De diagnosticerende activiteiten van deze arts liggen niet zozeer op het vlak van de primaire ziektediagnostiek, maar eerder op het vlak van de zorgdiagnostiek.

Bij de progressieve, degeneratieve aandoeningen kan de specialist ouderengeneeskunde de rol van regiebehandelaar vervullen. Hij stelt met de patiënt en in samenwerking met andere zorgverleners het zorgplan op, is verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan en stelt het bij als de situatie daartoe aanleiding geeft. Wat de samenwerking met de huisarts betreft: de huisarts blijft het eerste aanspreekpunt, tenzij de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde anders overeenkomen.

De specialist ouderengeneeskunde is niet de enige zorgverlener die extramurale zorg levert aan kwetsbare patiënten en chronisch zieken. In multidisciplinaire teams wordt samengewerkt met de GZ-psycholoog, paramedici zoals fysiotherapeuten, logopedisten en diëtist en met vaktherapeuten.

⁶ Het geriatrisch assessment is een instrument dat de specialist ouderengeneeskunde hierbij kan gebruiken: <http://www.verenspecialist-ouderengeneeskunde.nl/wat-doen-wij/vakinhoudelijke-producten/handleidingen/geriatrisch-assessment>

⁷ Beroepsprofiel en competenties specialist ouderengeneeskunde. Verenspecialist ouderengeneeskunde. 2012

1.2.3 Gespecialiseerde psycholoog

Naast de specialist ouderengeneeskunde is de psycholoog een belangrijke behandelaar. Het gaat hier om een psycholoog die in de problematiek van deze specifieke doelgroep is gespecialiseerd. Het kan een GZ-psycholoog, een ouderenpsycholoog of een klinisch neuropsycholoog (KNP) zijn die bekwaam en bevoegd is op dit gebied van de zorgverlening. Wanneer wij in dit rapport de 'gespecialiseerde psycholoog' noemen, refereren wij aan de zorgverlening door één van deze professionals.

De gespecialiseerde psycholoog kan in een instelling werkzaam zijn, maar ook vrijgevestigd. De gespecialiseerde psycholoog is vooral geëquipeerd voor het stellen van een goede diagnose van klachten en stoornissen en het bepalen van een daarbij passende behandeling. Deze psychologen specialiseren zich in hun opleiding vaak in specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld ouderen. De gespecialiseerde psycholoog is deskundig op de domeinen cognitie, stemming en gedrag. Bij ouderen is de problematiek vaak complex en beïnvloeden de verschillende aspecten elkaar. De cliënt zelf kan hulpvrager zijn, maar ook de omgeving. In de mediatieve behandeling van onbegrepen gedrag kan de gespecialiseerde psycholoog de omgeving leren de juiste gedragsinterventies toe te passen, om het gedrag van de cliënt hanteerbaar te maken.

De doelgroep van de gespecialiseerde psycholoog wordt gevormd door ouderen met complexe en samenhangende problematiek en volwassenen van alle leeftijden met NAH. Ook patiëntengroepen met (een vermoeden van) neurodegeneratieve aandoeningen (dementie, gerontopsychiatrie, Parkinson, CVA, Huntington, MS) en NAH, vallen binnen zijn werkterrein.

Samengevat, de gespecialiseerde psycholoog kan bij ouderen en patiënten met chronische, degeneratieve en progressieve aandoeningen worden ingezet bij:

- het uitvoeren van de primaire diagnostiek op het gebied van gedragsproblematiek: het vaststellen van de aandoening, stoornis en/of beperking en de verschillende gradaties hierin;
- het vaststellen van de oorzaak van de gedragsproblematiek en vaststellen van de werkelijke zorgvraag;

De gespecialiseerde psycholoog kan bij volwassenen met NAH worden ingezet bij:

- het uitvoeren van de primaire diagnostiek op het gebied van cognitieve, psychische en vermoeidheidsproblemen: het vaststellen van de aandoening, stoornis en/of beperking en de verschillende gradaties hierin;
- het vaststellen van de oorzaak van en samenhang tussen de cognitieve en psychische problematiek en de motorische, zintuigelijke en communicatieve problemen en vermoeidheid, en vaststellen van de werkelijke zorgvraag;
- het leren omgaan of behandelen van problemen op het gebied van motoriek, vermoeidheid, cognitie, stemming en gedrag die met aandoening, stoornis of beperking samenhangen;

De gespecialiseerde psycholoog kan zowel bij ouderen en patiënten met chronische, degeneratieve en progressieve aandoeningen als bij volwassenen met NAH worden ingezet bij:

- het leren omgaan of behandelen van problemen op het gebied van cognitie, stemming en gedrag die met aandoening, stoornis of beperking samenhangen;
- de functionele diagnostiek: vaststellen van het 'beperkingenbeeld' en het functioneringsprofiel, zoals op het gebied van sociale, emotionele, communicatieve en praktische vaardigheden;
- het ondersteunen van het (mantelzorg)stelsel door het vergroten van de kennis van het ziektebeeld, het leren omgaan met de patiënt gegeven diens beperkingen en het vergroten van de draagkracht van de mantelzorgers.
- Het ondersteunen van het cliëntsysteem bij de onderlinge communicatie en omgang en bij het vinden van een nieuwe balans na de veranderingen in functioneren en rollen.

1.2.4 Orthopedagoog-generalist

Waar we hier GZ-psycholoog lezen, kan veelal ook orthopedagoog-generalist gelezen worden. (Zie ook: beschrijving zorg voor verstandelijk beperkten) De deskundigheid van de orthopedagoog-generalist komt vooral aan de orde bij zorgvragen die spelen rond en binnen het systeem waarbinnen de patiënt leeft. Een specifiek domein waarin veel orthopedagogen werkzaam zijn, is het begeleiden van mensen met een verstandelijke, lichamelijke, auditieve of meervoudige beperking en hun opvoeders. Het gaat hierbij om mensen die niet geheel zelfstandig kunnen functioneren. De orthopedagoog-generalist richt zich bij deze groep op het begeleiden van de ontwikkeling en de kwaliteit van leven. Een kenmerkende beroepssituatie is hulp verlenen aan de cliënt in de context van het systeem.

1.2.5 Paramedici

Paramedici verlenen zorg aan alle genoemde patiëntengroepen: ouderen met een complexe zorgbehoefte, chronische progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, Korsakov, CVA. Het gaat om fysio- en oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten, ergotherapeuten. Deze paramedici richten zich op een breed spectrum aan zorgvragen omdat het nu eenmaal gaat om patiënten met een complexe aandoening die leidt tot problemen op uiteenlopende gebieden (somatisch; psychisch; functioneel; cognitief; maatschappelijk). Het gaat dan bijvoorbeeld om problemen met motoriek, mobiliteit en vallen, eet- en slikstoornissen, planning- en organisatievermogen, zelfzorgtekorten. De behandeling is gericht op het zoveel als mogelijk behouden van functionele autonomie door het leren omgaan met en compenseren van beperkingen. Daarnaast gaat het om het voorkomen van verergering, pijnverlichting, behoud van conditie, een gezonde leefstijl

De paramedische zorg kent specialisaties gericht op de aandoeningen die we in dit rapport beschrijven, bijvoorbeeld de geriatrische fysiotherapie. Deze fysiotherapeut richt zich overigens niet alleen op ouderen, maar ook op patiënten die verschijnselen vertonen van ouderdom bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, dementie, de ziekte van Parkinson, of een gebroken heup. Deze fysiotherapeut werkt vanuit zijn specifieke kennis over de doelgroep en de daarbij voorkomende ziektebeelden.

Ook zijn er richtlijnen voor de paramedische zorg bij een specifieke aandoening, bijvoorbeeld Edomah en Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson ⁸.

1.2.6 Vaktherapeut

Binnen de extramurale behandeling kan vaktherapie worden verleend. Vaktherapie is een behandelvorm voor mensen met psychiatrische stoornissen en psychosociale problematiek, waarbij methodisch gebruik gemaakt wordt van een ervaringsgerichte werkwijze⁹. Vaktherapie is de overkoepelende naam voor de volgende klassieke vaktherapeutische stromingen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie. Deze vormen zijn geen doel op zich, maar zijn middelen om de problematiek, klachten en/of gedrag van cliënten 'al doende' zichtbaar te maken.

Vaktherapie kent verschillende behandeldoelen. In algemene zin gaat het bij de behandeling om het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

1.3 Dagbehandeling

Een aparte plek binnen de extramurale behandeling neemt de 'dagbehandeling' in. Hierbij zijn twee groepen te onderscheiden: de psychogeriatrische patiënten en de somatische patiënten. Tot de eerste groep behoren bijvoorbeeld zelfstandig wonende patiënten met uitgebreide beperkingen bij het dagelijks functioneren op het gebied van persoonlijke zorg, mobiliteit, zelfredzaamheid of met stemmings- en gedragsproblematiek zoals apathie, agressie, rusteloosheid en roepgedrag.

⁸ Sturkenboom IHWM, Thijssen MCE, Gons van de Elsacker JJ, Jansen IJH, Maasdam, A, Schulten M, Vijver-Visser D, Steultjens EJM, Bloem BR, Munneke M. *Ergotherapie bij de ziekte van Parkinson, een richtlijn van Ergotherapie Nederland*, Utrecht/Den Haag: Ergotherapie Nederland/Uitgeverij Lemma, 2008

⁹ Voor een nadere beschrijving van de vaktherapie zie het rapport van Zorginstituut Nederland 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ' 29 oktober 2015

Tot de somatische patiënten kunnen we patiënten rekenen met NAH met complexe problematiek als gevolg van beperkingen op gebied van motoriek, mobiliteit, vermoeidheid, cognitie, stemming en gedrag, communicatie, verwerkingsproblematiek of systeemproblematiek.

Patiënten uit beide groepen kunnen één of meer dagdelen per week in aanmerking komen voor behandeling in een groep (dagbehandeling), gericht op het leren omgaan met de beperkingen en het verbeteren van het functioneren op alle gebieden. Onder regie van de regiebehandelaar (zie 3.4) worden tijdens de dagbehandeling ook andere disciplines ingezet zoals vaktherapeuten en paramedici.

Een belangrijke reden voor dagbehandeling in een groep is dat patiënten veel leren van de interactie in de groep. Uiteindelijk doel van de dagbehandeling is het bereiken en behouden van een optimaal functioneren binnen de gegeven situatie van de patiënt teneinde de patiënt zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Subdoelen die hierbij worden nagestreefd zijn blijven bewegen, valpreventie en zelfredzaamheid behouden of vergroten.

Behandeldoelen van dagbehandeling zijn:

- stabiliteit van functioneren en voorkomen van verergering van beperkingen;
- duidelijkheid over het cognitief functioneren verkrijgen;
- duidelijkheid in stemming verkrijgen;
- reguleren van gedragsproblematiek;
- ondersteuning van de mantelzorg.
- verbetering motoriek en mobiliteit (bij somatische problemen).

Gedragsproblematiek bij psychogeriatrische patiënten is een belangrijke reden voor dagbehandeling en deze patiënten hebben gedurende de dagbehandeling dan ook continu toezicht nodig. Dit betekent dat de kwaliteit van de begeleiders dusdanig moet zijn dat ze kunnen omgaan met patiënten die ontregeld gedrag vertonen of verward of agressief zijn. De zorgverleners op de dagbehandeling hebben een preventieve, signalerende taak, bijvoorbeeld bij onduidelijkheid over het cognitief functioneren. In de dagbehandeling observeren medewerkers de cliënten en waar nodig passen zij cliëntgerichte interventies toe (bijvoorbeeld iemand uit de ruimte halen, reflecteren, afleiden door een bepaalde taak te geven).

Bij dagbehandeling is veelal sprake van een complexe groep. De patiënten hebben somatische of psychische problemen die voortdurende interventie of ondersteuning vereist. Binnen de dagbehandeling kunnen daarvoor behandelmilieus gecreëerd worden die zich onderscheiden in structuur en aanbod van activiteiten en prikkels.

Dagbehandeling moet worden onderscheiden van dagbesteding. Dagbesteding is voor patiënten met minder complexe problematiek bij wie het ontbreekt aan (zinnige) activiteiten en dagstructuur en die leegte en verveling ervaren. Zij moeten weer plezier krijgen in eenvoudige bezigheden en voor deze groep voldoet een aanbod van minder gespecialiseerde activiteiten.

De rol van de regiebehandelaar is adviezen geven over de wijze waarop de behandeldoelen zoveel mogelijk behaald kunnen worden, uitgaande van het individueel zorgplan. Hieronder valt ook de inrichting van het dagbehandelingsprogramma, de benadering van de patiënt en de keuze van interventies, mede op basis van de beperkingen, mogelijkheden en leerstijl van de patiënt en het systeem.

BIJLAGE 4

Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking binnen de extramurale behandeling¹⁰

De zorgbehoefte van mensen met een verstandelijk beperking en het hierop toegesneden zorgaanbod van de arts voor verstandelijk gehandicapten, de (gespecialiseerde) psycholoog/, orthopedagoog¹¹ en paramedici.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben dezelfde gezondheidsproblemen als mensen zonder verstandelijke beperking, maar mensen met een verstandelijke beperking presenteren hun klachten vaak niet, of op een voor zorgverleners niet of moeilijk herkenbare wijze. Ook kunnen zich gezondheidsproblemen manifesteren die bij mensen zonder verstandelijke beperking weinig, pas op latere leeftijd of in clusters van comorbiditeit voorkomen. Dit maakt de zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke beperking anders en de zorg die zij nodig hebben specifiek.

De zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke beperking verschillen op een aantal punten van de zorgbehoeften van de algemene bevolking. Sommige verschillen zijn terug te leiden tot de verstandelijke beperking zelf, zoals een minder of een afwijkend ziektebesef en ziekte-inzicht. Deze kenmerken van de verstandelijke beperking vereisen een specifieke manier van communiceren en een andere bejegening door de zorgverlener. Andere verschillen zijn terug te leiden tot het vóórkomen van syndroom-gerelateerde aandoeningen en tot de prevalentie van aandoeningen en risicofactoren die bij verstandelijk beperkten anders is.

Aan de gepresenteerde klacht van iemand met een verstandelijk beperking ligt vaak een onderliggende klacht ten grondslag. Deze gelaagdheid in de zorgvraag van iemand met een verstandelijke beperking houdt in dat de zorgvraag een medische én bijna altijd ook een gedragswetenschappelijke component heeft. De 'uiteindelijke' zorg- of behandelvraag van de verstandelijk beperkte is soms moeilijk te achterhalen. Daarom is de zorg aan de verstandelijk beperkte altijd multidisciplinair: (tenminste) een arts verstandelijk gehandicapten en een psycholoog of orthopedagoog, die voldoende specifieke kennis van en werkervaring met deze doelgroep heeft, werken samen in het behandelteam.

Voorts moet bij de diagnostiek en de behandeling van de klachten van de verstandelijk beperkte zijn "systeem" (familie en/of begeleiders) worden betrokken. De verstandelijk beperkte is immers afhankelijk van de ondersteuning van het systeem voor signalering en duiden van de klacht en voor het correct toepassen en/of volhouden van de behandeling. Aanpassingen in het systeem kunnen de impact van de beperking of de gedragsproblematiek verkleinen. Daarvoor moet het systeem zonodig gecoacht worden.

1.4 Kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking

Een aantal kenmerken van mensen met een verstandelijke beperking leiden tot een specifieke zorgbehoefte. De diagnose 'verstandelijke beperking' wordt op drie criteria gebaseerd¹²:

- Er is sprake van een significant beperkte intelligentie. Het gaat bij een 'significante stoornis' om meer dan twee standaarddeviaties van het populatiegemiddelde;
- De intellectuele beperking treedt gelijktijdig op met een significante beperking in adaptief gedrag;

¹⁰ De tekst van dit hoofdstuk is mede gebaseerd op en ontleend aan het document *Extramurale behandeling van volwassenen met verstandelijke beperkingen: een voorstel voor multidisciplinaire comorbiditeitsclusters* van de multidisciplinaire werkgroep specialistische professionalisering in de gezondheidszorg voor verstandelijk gehandicapten, december 2015, en op de uitgave van de NVAVG *Zorgaanbod van de arts verstandelijk gehandicapten*, van maart 2012.

¹¹ Met psycholoog of orthopedagoog wordt in dit rapport de GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist bedoeld.

¹² American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)

- De stoornissen en beperkingen zijn blijvend en voor het achttiende jaar aanwezig. In de omschrijving van 'verstandelijke beperking' gaat het in eerste instantie om een mentale functiestoornis. Twee andere kenmerken zijn: 1. de heterogeniteit van de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking en 2. de gevolgen van de stoornissen voor de ontwikkeling van vaardigheden.

1.4.1 Mentale functies

Bij mensen met een verstandelijke beperking kunnen problemen op mentaal gebied zich op allerlei wijzen uiten: in specifieke stoornissen van de mentale functies, gebrekkig ziektebesef en -inzicht en in probleemgedrag.

- Specifieke stoornissen in de mentale functies. Deze stoornissen variëren in mate van ernst en kunnen in de uitingsvormen verschillende beelden opleveren. Het gaat om specifieke functiestoornissen op het gebied van plannen, abstract denken en redeneren, problemen oplossen en tempo van leren. Het ICF-(CY)-systeem voegt hier nog een aantal intrapersoonlijke functies aan toe, zoals aanpassingsvermogen, reactievermogen, actieniveau, consistent handelen, doorzettingsvermogen, en openheid die niet te wijten zijn aan andere stoornissen of aan belemmeringen uit de omgeving;
- Ziektebesef en -inzicht. Vrijwel alle mensen met een verstandelijke beperking hebben als gevolg van deze beperking een verminderd ziektebesef¹³ en een gering ziekte-inzicht¹⁴. Dit kan tot problemen leiden bij de diagnostiek en behandeling. Zo kan het zijn dat lichaamssignalen niet worden herkend en in de gebruikelijke context worden geplaatst. Wanneer ziektebesef ontbreekt, is de patiënt afhankelijk van ziektesignalering en acties door derden. Als gevolg van een mogelijk verstoord ziektebesef in combinatie met een verminderd ziekte-inzicht, zal bij een patiënt met een verstandelijke beperking nogal eens sprake zijn van een atypische klachtenpresentatie. De presentatie is atypisch in die zin dat de gepresenteerde klachten niet goed passen in het referentiekader zoals de (huis)arts dat gewend is. De gebruikelijke diagnostische, op zelfrapportage en medewerking gebaseerde instrumenten, zijn meestal ontoereikend;
- Probleemgedrag. Probleemgedrag komt voor bij 40-60% van de kinderen en bij 30-40% van de volwassenen met een verstandelijke beperking. Het duidt bij mensen met een verstandelijke beperking vaak op een ander, onderliggend probleem. Er kan sprake zijn van het ervaren van lichamelijk ongemak en pijn of van een psychiatrische aandoening of van communicatieproblematiek. Gedragsproblemen zijn een belangrijke reden voor verwijzing naar de arts voor verstandelijk gehandicapten of naar een in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog. Veel voorkomende gedragsproblemen zijn bijvoorbeeld agressief of zelfverwondend gedrag en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Psychiatrische aandoeningen die veel voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking zijn stemmingsstoornissen, aanpassingsstoornis, Post Traumatische Stress Stoornis, angststoornissen, psychotische ontregeling, autismespectrum stoornis en ADHD.
In het geval van (het vermoeden van) een psychiatrische aandoening zal de cliënt ook aangewezen zijn op gespecialiseerde GGZ.

1.4.2 Lichamelijke functies

Bij mensen met een verstandelijke beperking komen sommige lichamelijke functiestoornissen vaker voor dan in de algemene bevolking. Daarnaast kunnen ze al op jongere leeftijd verschijnen, chronisch van aard zijn en een onderdeel vormen van een zgn. multimorbiditeitscluster. Veelvuldig voorkomende stoornissen in de lichaamsfuncties zijn onder meer:

- Epilepsie;
- Stoornissen in de spijsvertering. Bijvoorbeeld 30-100% van de EMB-populatie heeft

¹³ Een verminderd ziektebesef kan een gebrekkig waarnemen van zintuiglijke signalen betekenen. De patiënt voelt niet dat iets pijn doet, voelt niet dat de darm geprikkeld is, voelt niet dat hij slecht kan slikken enz. Ook kan het zijn dat de patiënt wel pijn of ongemak voelt maar dit niet herkent.

¹⁴ Ziekte-inzicht betreft het redeneren over de aard, oorzaken en consequenties van de eigen gezondheid dan wel ziekte. Ziekte-inzicht is primair een verstandelijke functie. Bij mensen met een verstandelijke beperking is ziekte-inzicht zeer beperkt aanwezig of geheel afwezig.

zodanige problemen met de spijsvertering dat ingrijpen nodig is. Er is een sterke relatie met voedingsproblemen en het handhaven van het lichaamsgewicht. Hierbij spelen zowel organische als niet-organische factoren een rol

- Zintuigstoornissen. Mensen met een verstandelijke beperking kampen vaak met visuele stoornissen en hoorstoornissen. De prevalentie is hoger dan in de normale populatie en wordt veel hoger wanneer de beperking ernstig tot zeer ernstig is.
- Motorische functiestoornissen. Mensen met een verstandelijke beperking variëren sterk in hun motorische mogelijkheden. Leeftijdsadequate motoriek wordt afgewisseld met lichte coördinatioestoornissen en gebrek aan variatie en vloeiendheid van de spontane motoriek
- Luchtweginfecties, huidaandoeningen en incontinentie. Al deze problemen komen in wisselende mate voor.
- Taal en spraak. De verstandelijke beperking brengt doorgaans een beperking in de communicatie met zich mee. Bij veel mensen met een ernstige verstandelijke beperking is de taal-/spraakontwikkeling niet of nauwelijks op gang gekomen: zij zijn doorgaans minder of niet verbaal. Mensen met een matige of lichte verstandelijke beperking hebben doorgaans moeite met gesproken taal, vooral met ingewikkeld taalgebruik of veel informatie ineens. Omgekeerd bestaat bij deze categorie mensen het gevaar dat hun goede verbaliteit onevenredig sterk imponeert. Daardoor worden onderliggende beperkingen niet tijdig herkend met overschatting als gevolg. Overschatting kan een belangrijk probleem zijn, zowel bij de diagnostiek als in de behandeling.
- Het hebben van een verstandelijke beperking leidt ten slotte ook tot stoornissen in het tempo van reageren. Dit geldt in de eerste plaats voor het tempo van informatieverwerking zoals bij taalreceptie, maar bijvoorbeeld ook bij het tempo van bewegen.
- Co- of multimorbiditeit. Bij mensen met een verstandelijke beperking is multiproblematiek eerder regel dan uitzondering.

1.4.3 Kenmerken op het niveau van vaardigheden en maatschappelijk functioneren

Mensen met een verstandelijke beperking kunnen problemen ondervinden bij allerlei soorten activiteiten en bij hun maatschappelijke participatie. Er is vaak sprake van allerlei vaardigheidstekorten als gevolg van de al eerder genoemde stoornissen.

Bij mensen met een 'verstandelijke beperking' uiten de vaardigheidsbeperkingen zich in een breed veld¹⁵.

Leefstijl

Ook wat betreft het initiëren en aanhouden van een gezonde leefstijl is er een verschil met de algemene bevolking. Mensen met een verstandelijke beperking die zelfstandig wonen hebben vaak een ongezonde leefstijl (roken, ongezonde voeding en te weinig bewegen). Deze ongezonde leefstijl kan leiden tot een verhoogd cardiovasculair risico. Een verstandelijk beperkte persoon heeft specifiekere stimulans en coaching nodig om een gezonde leefstijl aan te houden dan iemand zonder een verstandelijke beperking.

Disharmonisch ontwikkelingsprofiel

Bij veel mensen met een verstandelijke beperking is sprake van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel: cognitieve vaardigheden kunnen beter ontwikkeld zijn dan communicatieve vaardigheden, adaptieve (praktische) vaardigheden kunnen beter zijn geleerd dan de sociaal-emotionele, en vice versa. Het belangrijkste risico van het hebben van een disharmonisch ontwikkelingsprofiel is overvraging (door bijvoorbeeld de zorgverlening), omdat de verwachtingen worden afgestemd op het waarneembare communicatieve niveau, terwijl de copingvaardigheden in geval van stress en ziekte aanzienlijk minder sterk kunnen zijn¹⁶.

¹⁵ In feite kunnen alle negen de domeinen van de ICF-(CY) betrokken zijn: 'leren en toepassen van kennis', 'mobiliteit', 'zelfverzorging', 'communicatie', 'tussenmenselijke interacties en relaties', 'algemene taken en eisen', 'maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven' en 'belangrijke levensgebieden'.

¹⁶ Bijvoorbeeld in de situatie waarin de cognitieve mogelijkheden vergelijkbaar zijn met die van een 10-jarig kind, de emotionele mogelijkheden met die van een grote kleuter, maar de presentatie en levenservaring overeenkomen met die van een vlotte jongeman.

1.4.4 Cliëntstelsel als kenmerk

Mensen met een verstandelijke beperking zijn vaak afhankelijk van ondersteuning vanuit hun 'stelsel': familie en begeleiders, maar ook mantelzorgers, vrijwilligers, zorgprofessionals. Het stelsel helpt de cliënt zelfstandig te blijven wonen bij hun ouders, in een eigen huis of begeleid in een gezinshuis.

Bij de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking moet met de zorgbehoefte ingegeven door bovenstaande kenmerken rekening worden gehouden.

In de volgende paragraaf bespreken we eerst de behandeldoelen en zien we hoe de arts verstandelijk gehandicapten en de gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog op deze doelen inspelen.

1.5 Behandeldoelen

De zorg aan verstandelijk beperkten is gericht op hun specifieke gezondheidsproblemen; 'genezing' of herstel van de beperking in medische zin is niet aan de orde. De doelen van de specifieke zorg aan mensen met een verstandelijke beperking liggen op het vlak van het compenseren of voorkomen van (verergering van) motorische en zintuiglijke beperkingen en multimorbiditeit, psychische- en gedragsstoornissen en chronische aandoeningen. Doel is het verbeteren van het functioneren van de verstandelijk beperkte en het uitbreiden van de vaardigheden teneinde vooruitgang te (blijven) behalen binnen de mogelijkheden van de cliënt. De benaderingswijze gaat uit van de ontplooiingskansen en -mogelijkheden van de integrale persoon. In de behandeling ligt een accent op de vaardigheidsontwikkeling, omdat voor mensen met een verstandelijke beperking hier de beste kansen liggen voor verbetering van de kwaliteit van leven of bestaan.

De specifieke behandeling richt zich bijvoorbeeld op de vroege opsporing en behandeling van risicofactoren en het realiseren van omgevingsaanpassingen, zowel fysiek als in de omgang met de verstandelijk beperkte, die de impact van de beperking of de gedragsproblematiek verkleinen. Het adviseren en coachen van het cliëntstelsel maakt hier in de meeste gevallen deel van uit, gezien de afhankelijkheid van de verstandelijk beperkte van zijn ondersteunend stelsel (ouders of begeleiders). Het cliëntstelsel wordt op zijn beurt door de professional ondersteund, bijvoorbeeld via kennis van de aandoening en aanwijzingen voor omgang met de cliënt.

1.6 Zorgarsenalen

Wie leveren dit specifieke zorgaanbod aan mensen met een verstandelijke beperking? Hieronder gaan we in op de aanbieders van de zorg: de arts voor verstandelijk gehandicapten, de voor deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog en paramedici en op hun onderlinge relatie in de zorgverlening.

1.6.1 Arts voor verstandelijk gehandicapten

Het Besluit geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten¹⁷ beschrijft de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten als volgt:

Het specialisme dat zich richt op de aanpak van algemene en handicapgerelateerde gezondheidsvragen van mensen met een verstandelijke handicap, inhoudende doelgroepspecifieke preventie, diagnostiek behandeling en begeleiding, waar nodig in multidisciplinair verband.

De beroepsgroep noemt de volgende specifieke zorgonderdelen en competenties van de arts verstandelijk gehandicapten.

1.6.1.1 Doelgroepspecifieke preventie

Een groot deel van de zorg door de arts verstandelijk gehandicapten heeft een proactief karakter. Dit betekent het opsporen en behandelen van bekende syndroomgebonden risico's op comorbiditeit (epilepsie, autisme, zintuigstoornissen). Dit is een onderdeel van de zorg

¹⁷ College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Besluit van 21 augustus 2008 houdende opleidings-, erkennings- en (her)registratie-eisen voor het specialisme geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten.

verleend door een arts verstandelijk gehandicapt. De arts verstandelijk gehandicapt is immers op de hoogte van de mogelijke comorbiditeit en risicofactoren en hij anticipeert hier op door middel van bijvoorbeeld Healthwatch trajecten, waarin de patiënt (een leven lang) 1 à 2 keer per jaar wordt terug gezien voor periodiek geneeskundig onderzoek. Bovendien is de verstandelijke beperkte niet altijd in staat om zijn hulpvraag expliciet te formuleren¹⁸.

1.6.1.2 Specifieke competenties en kennis van de arts verstandelijk gehandicapt

Een eerste specifieke competentie van de arts verstandelijk gehandicapt betreft het schatten van de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. De arts verstandelijk gehandicapt moet rekening houden met de afwijkende prevalentie van aandoeningen en moet betekenis geven aan klachten en problemen, zoals de patiënt die presenteert. De arts verstandelijk gehandicapt moet beschikken over specialistische communicatieve vaardigheden, begrip en geduld, herkennen en kunnen omgaan met een disharmonisch ontwikkelingsprofiel en kunnen duiden van probleemgedrag in de context van het ontwikkelingsniveau.

Samengevat betreffen de competenties van de arts verstandelijk gehandicapt:

- kennis van de populatiespecifieke afwijkende epidemiologie;
- kennis van de levensfasegebonden gezondheidsproblematiek van de verstandelijk beperkte,
- kennis van de gedrags- en psychiatrische stoornissen voorkomend bij mensen met een verstandelijke beperking,

De arts verstandelijk gehandicapt moet:

- kunnen diagnosticeren en begeleiden van somatische problemen die zich veel meer en/of zich op een andere manier presenteren bij verstandelijk beperkten;
- syndromen herkennen en health watch (regelmatig preventief onderzoek) ontwikkelen en uitvoeren.

De NVAVG heeft voor een aantal aandoeningen die veel voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking, richtlijnen geschreven. In deze richtlijnen wordt aandacht besteed aan de atypische presentatie van gezondheidsklachten en aan de op de verstandelijke beperking toegesneden diagnostiek en behandeling.

Voorts is recent verschenen het document *Extramurale behandeling van volwassenen met verstandelijke beperkingen*. De werkgroep specialistische professionalisering doet hierin een voorstel voor negen multidisciplinaire comorbiditeitsclusters in de gezondheidszorg voor verstandelijk gehandicapt. ¹⁹

1.6.1.3 Samenwerking huisarts/Arts voor verstandelijk gehandicapt

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapt (NVAVG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben gezamenlijk een Handreiking opgesteld waarin de samenwerking tussen huisarts en arts voor verstandelijk gehandicapt voor mensen met een verstandelijke beperking is beschreven²⁰. Deze handreiking vermeldt dat de huisarts mensen met een verstandelijke beperking de gebruikelijke huisartsenzorg in hun eigen omgeving geeft. In aanvulling hierop kan de arts voor verstandelijk gehandicapt zorg bieden²¹.

¹⁸ Zintuigstoornissen komen bijvoorbeeld veel vaker voor bij verstandelijk beperkten dan in de algemene bevolking. Een verstandelijk beperkte kan, met name bij geleidelijke achteruitgang van zijn zintuigen, niet altijd zijn zorgvraag kenbaar maken. Dit kan leiden tot onderdiagnostiek voor wat betreft deze aandoeningen. Periodieke controle van de zintuigen biedt bij verstandelijk beperkten uitkomst de achteruitgang van de zintuigen te identificeren en te corrigeren (met behulp van een bril of gehoorapparaat). Een arts verstandelijk gehandicapt is op de hoogte van de mogelijke geleidelijke achteruitgang en zal, in het kader van goede zorgverlening, hierop anticiperen en via periodieke screening, casefinding of healthwatch-projecten een eventuele achteruitgang (laten) vaststellen.

¹⁹ Zie: noot 10

²⁰ LHV, Handreiking huisarts en arts voor verstandelijk gehandicapt optimale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, 2010.

²¹ De huisarts kan naar de arts voor verstandelijk gehandicapt verwijzen voor:

- specifieke medische controle (monitoring of 'health watch') bij syndromen,
- spasticiteit en problemen bewegingsapparaat,

De (huis)arts kan ook vanwege communicatieve en/of begripsproblemen bij de verstandelijk beperkte verwijzen naar de arts verstandelijk gehandicapt en/of de in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog. Zij beschikken over specifieke competenties en kennis over de verstandelijke beperking en diagnostiek- en behandelmethoden die de verwijzend (huis)arts niet heeft. Met deze competenties en kennis komen de arts verstandelijk gehandicapt en de gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog, tegemoet aan de zorgbehoeften van de verstandelijk beperkte, zowel op medisch inhoudelijk gebied als op het gebied van communicatie en bejegening.

1.6.2 Gespecialiseerde psycholoog

De diagnostiek en de behandeling van klachten van mensen met een verstandelijke beperking betreft vaak onbegrepen gedragsveranderingen of gedragsproblematiek. Een onderliggende klacht wordt vaak gepresenteerd via gedragsproblematiek. Dientengevolge is een in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog bijna altijd bij de diagnostiek en behandeling betrokken. De psycholoog probeert, met behulp van het systeem rond de cliënt, allereerst de werkelijke zorgvraag te ontdekken: gaat het om de gedragsproblematiek of gaat het om een onderliggend somatisch of psychisch probleem dat zich manifesteert als gedragsprobleem.

Veelal blijkt na het aangepaste diagnostisch onderzoek dat het systeem waarin de verstandelijk beperkte verkeert, niet toereikend is voor de basisbehoeften van de verstandelijk beperkte. De te verlenen zorg richt zich dan in eerste instantie op het optimaliseren van de ondersteuning in het dagelijks leven. Dit kan voldoende zijn om de psychische klachten te laten verdwijnen.

Het klachtenpatroon van de persoon met een verstandelijk beperking is weliswaar vaak te classificeren in de DSM (bijvoorbeeld depressieve stoornis), maar het gaat hier om het traceren van het onderliggende somatische of psychische probleem. In het geval van een combinatie met GGZ-problematiek is ook de inzet van de gespecialiseerde GGZ aan de orde. In dat geval is er een samenloop van de geneeskundige zorg voor een verstandelijke beperking én de gespecialiseerde GGZ. De hoofddiagnose volgens de DSM is dan leidend voor de inzet van de interventies. Omgekeerd is eveneens mogelijk: agressief of zelf verwondend gedrag kan een uiting zijn van een onderliggend, DSM-classificeerbaar probleem als een angststoornis. De in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog heeft kennis en kunde om de relatie tussen psyche, somatiek en gedrag te ontrafelen en de klachten te classificeren.

1.6.3 Orthopedagoog

De deskundigheid van de orthopedagoog-generalist is gericht op het optimaliseren van de (individuele) ontwikkeling en het maatschappelijk functioneren van kinderen, jongeren en volwassenen in een afhankelijkheidsrelatie in eenvoudige en complexe situaties. De orthopedagoog generalist diagnosticeert handelingsgericht, bepaalt een passende vorm van behandeling of begeleiding, verricht pedagogische handelingen en evalueert deze. De orthopedagoog-generalist intervineert in principe preventiegericht. Het gehele spectrum van interventies, diagnostiek en behandeling is gericht op de (geestelijke) gezondheid van de genoemde doelgroep. Om de pedagogische relatie te behouden, te benutten en te versterken betreft de orthopedagoog-generalist systematisch (beroeps)opvoeders uit de (directe)

-
- voedingsproblemen, besluitvorming rond PEG-sonde en over- en ondergewicht,
 - slikstoornissen, refluxklachten en recidiverende luchtweginfecties,
 - ernstige obstipatie,
 - epilepsie,
 - zintuigstoornissen,
 - gedragsproblemen en psychiatrie,
 - slaapstoornissen,
 - etiologisch onderzoek (oorzaak verstandelijke beperking),
 - seksualiteit, anticonceptie en kindrewens,
 - levensfasen en levenseindeproblematiek,
 - wisbekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiging,
 - wet- en regelgeving,
 - ondersteuning en second opinion bij complexe besluitvorming rond behandelbeleid, met afweging van medisch, ethische en juridische aspecten.

omgeving, mits dit in het belang is van het kind, de jongere of de volwassene in een afhankelijkheidsrelatie²².

Het beroepscompetentieprofiel van de orthopedagoog-generalist geeft wat duidelijker handvatten om een beeld te krijgen van zijn werkterrein. De volgende alinea's zijn aan het Beroepscompetentieprofiel ontleend²³.

Een orthopedagoog is actief op het gehele spectrum variërend van alledaagse opvoedingsvraagstukken tot complexe opvoedingssituaties. Zijn primaire invalshoek daarbij is de opvoeders te ondersteunen in de opvoeding. Hierdoor kunnen de opvoeders hun kinderen (weer) bieden wat zij nodig hebben: veiligheid én uitdaging, rechten én plichten. Ook als het gaat om pedagogisch meer complexe situaties, zal hij gericht zijn op het realiseren van een zo optimaal mogelijke pedagogische relatie tussen de opvoeder en het kind.

De orthopedagoog is actief op verschillende taakgebieden: onderwijs; mensen met een fysieke en/of verstandelijke beperking; jeugdhulp; geestelijke gezondheidszorg (GGZ); ouderenzorg. De orthopedagoog zoekt in alle taakgebieden naar de kracht van het systeem. Hij neemt besluiten over interventies in zeer complexe situaties, adviseert en begeleidt andere professionals en voert regie over de hulpverlening voor het kind en zijn omgeving. Een specifiek domein waarin veel orthopedagogen werkzaam zijn, is het begeleiden van mensen met een verstandelijke, lichamelijke, auditieve of meervoudige beperking en hun opvoeders. Het gaat hierbij om mensen die niet geheel zelfstandig kunnen functioneren. De orthopedagoog-generalist richt zich bij deze groep op het begeleiden van de ontwikkeling en de kwaliteit van leven. Een kenmerkende beroepssituatie is hulp verlenen aan de cliënt in de context van het systeem.

Gezien de ontwikkeling van de verstandelijk beperkte en de belangrijke rol van het systeem, is het logisch dat de orthopedagoog een bijdrage kan leveren aan de zorg voor verstandelijk beperkten en hun systeem.

1.6.4 Kunstmatige scheidslijn zorgaanbod psycholoog - orthopedagoog

Omdat zowel de psycholoog als de orthopedagoog per definitie systemisch werken met de verstandelijk beperkte cliënt als 'integrale persoon', kunnen we concluderen dat de gespecialiseerde psycholoog en de orthopedagoog in de onderhavige praktijk van de 'extramurale behandeling' aan verstandelijk beperkten, dezelfde werkzaamheden verrichten. De aandachtspunten uit het takenpakket van de psycholoog zijn, in de praktijk van de 'extramurale behandeling' aan verstandelijk beperkten, identiek aan de taken van de orthopedagoog en daarom kunnen we de gespecialiseerde psycholoog en de orthopedagoog dan ook niet los van elkaar zien. De psycholoog maakt in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking per definitie gebruik van orthopedagogische visies en methodieken en de orthopedagoog maakt op zijn beurt gebruik van psychologische modellen en technieken, maar kan deze aanpassen op de individuele cliënt.

Dit laat onverlet dat de zorg die de orthopedagoog verleent alleen onder de geneeskundige zorg van de Zvw valt, voorzover de orthopedagoog hiertoe bekwaam en bevoegd is.

De psycholoog of orthopedagoog worden ingezet bij:

- de functionele diagnostiek: vaststellen van het 'beperkingenbeeld' en het functioneringsprofiel, zoals op het gebied van sociale, emotionele, communicatieve en praktische vaardigheden;

De orthopedagoog en psycholoog maken hierbij gebruik van contact met de client, observatie in de eigen omgeving, dossieronderzoek, gesprekken met de mensen die de client goed kennen, en van test- en schaal materiaal zowel uit regulier (neuro-) psychologisch onderzoek (bijv. intelligentietests als de WISC en de WAIS), als speciaal

²² <https://www.nvo.nl/themadossiers/overig/og-in-de-big.aspx>

²³ De Orthopedagoog-generalist als professional. Beroepscompetentieprofiel orthopedagoog-generalist. NVO. 2014.

voor mensen met een verstandelijke beperking ontwikkeld onderzoeksmateriaal (bijv. SRZ, Vineland-Z, AVZ-R, ESSEON, etc)²⁴. De orthopedagoog of psycholoog kan dit onderzoek zelf doen, of een psychodiagnostisch medewerker of een orthopedagoog of psycholoog in opleiding superviseren.

De orthopedagoog en psycholoog hanteert de visie en het model van Handelingsgerichte diagnostiek: een heldere onderzoeksvraag en een helder stappenplan, waarbij een verantwoorde diagnose én een bruikbaar advies met aanknopingspunten voor het dagelijks leven het doel zijn. De samenwerking met de client, de familie en de begeleiders speelt in het diagnostisch proces een belangrijke rol²⁵.

Inzicht verwerven in de mogelijkheden, beperkingen en (basis-) behoeften van de client is bedoeld voor de client zelf, maar zeker ook voor de mensen in zijn omgeving. Een goed passend inzicht in mogelijkheden en beperkingen maakt voor de client duidelijk waar mogelijkheden liggen voor ontwikkeling en voor interventies die de kwaliteit van leven kunnen verhogen (vinden van passend werk, ondersteuning bij het opbouwen van een sociaal netwerk, deelname aan clubs).

Een goed inzicht voorkomt chronische over- of ondervraging van de client door ouders en begeleiders, en voorkomt daarmee onnodige overbelasting en stress. Stress verhoogt het risico op psychische en psychiatrische aandoeningen, en op gedragsproblematiek als agressie en zelfverwonding.

Een goed inzicht in de cognitieve (denk aan: ziekte-inzicht) en communicatieve (denk aan: kunnen uiten van klachten op een manier die voor de omgeving begrijpelijk is) mogelijkheden en beperkingen van de client zorgt eveneens voor een grotere kans op goede observatie van gedrag en het signaleren van gedragsveranderingen, die bijvoorbeeld kunnen duiden op lichamelijke ongemakken of pijn²⁶.

- het (mede) vormgeven van een context waarin de verstandelijk beperkte voldoende tegemoet gekomen wordt aan zijn of haar basisbehoeften;

De orthopedagoog en psycholoog maken hierbij gebruik van benaderingsmodellen of -methoden die zijn ontwikkeld binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, zoals de Methode Heijkoop, Active Support, Meer Mens, Methode Vlaskamp, Eigen Initiatief Model en Triple-C²⁷. Al deze modellen hanteren een dynamische en systemische aanpak en gaan uit van het aansluiten bij de individuele en specifieke behoeften van de cliënt (het 'beperkingenbeeld'), het voortdurend op elkaar afstemmen en verbeteren van de relatie tussen de ouder/begeleider en de client en herstel of verbeteren van het gewone leven binnen de bestaande context. Coaching van de mensen in die context (ouders, begeleiders), on-the-job of via videotraining, is hierbij veelal een centrale en eerste keus interventie. Coaching is een doorlopend proces, met periodes meer of minder intensief, omdat de behoeften van de client in de loop van de tijd kunnen veranderen én omdat cliënten vaak te maken hebben met veel verschillende of steeds wisselende begeleiders.

- het leren omgaan of behandelen van problemen op het gebied van cognitie, stemming en gedrag die met aandoening, stoornis of beperking samenhangen;

Dit kan via individueel of groepsgewijs contact met de client, bijvoorbeeld bij het aanbieden van trainingen over 'sociale vaardigheden', 'weerbaarheid' of 'omgaan met

²⁴ Zie voor een uitgebreid overzicht: *Handboek psychodiagnostiek en beperkte begaafdheid*. D. Kraijer en J.J. Plas. Pearson Assessment and Information, 2006

²⁵ Zie bijvoorbeeld: *Handelingsgerichte diagnostiek. Een handreiking voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. N. Pameijer en E. van Laar-Bijman. Boom Lemma Uitgevers, 2007

²⁶ Zie: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptenzorg/richtlijn-signaleren-van-pijn-bij-mensen-met-een-verstandelijke-beperking.html>, waarin wordt betoogd dat het goed kennen van de client cruciaal is voor het goed kunnen signaleren van gedragsveranderingen die kunnen duiden op pijn.

²⁷ Zie voor een uitgebreid overzicht: *Handboek verstandelijke beperking. 24 succesvolle methoden*. Brian Twint en Jac de Bruijn. Uitgeverij Boom, 2014

agressie'²⁸. De orthopedagoog of psycholoog kan deze training of behandeling bieden, maar deze kan bijvoorbeeld ook worden gegeven door vaktherapeuten, onder supervisie van een orthopedagoog of psycholoog. Behandeling van stemmingsproblematiek kan plaatsvinden via een op de persoon aangepast individueel behandelplan. De orthopedagoog of psycholoog met specifieke kennis van de doelgroep kan deze behandeling bieden (zie ook de laatste bullet).

Het leren omgaan of behandelen van problemen zal echter meestal eveneens plaatsvinden via coaching van de mensen die de client in het dagelijks leven begeleiden. Mensen met een verstandelijke beperking generaliseren geleerde vaardigheden o.h.a. immers niet spontaan naar het dagelijks leven. Ondersteuning of 'vertaling' hiervan door de dagelijks begeleiders is noodzakelijk om een blijvend effect te sorteren. Met andere woorden: ook het leren omgaan met of behandelen van problemen is een multidisciplinair proces.

het uitvoeren van de primaire diagnostiek op het gebied van gedragsproblematiek: het vaststellen van de aandoening, stoornis en/of beperking en de verschillende gradaties hierin;

- het vaststellen van de oorzaak van de gedragsproblematiek en vaststellen van de werkelijke zorgvraag;
- het ondersteunen van het mantelzorgsysteem (en veelal ook het professionele zorgsysteem) door het vergroten van de kennis van het ziektebeeld, het leren omgaan met de patiënt gegeven diens beperkingen en het vergroten van de draagkracht van de mantelzorgers;

Het diagnostisch proces volgt op de functionele diagnostiek (bullet 1), maar kan ook gelijktijdig plaatsvinden, wanneer functionele diagnostiek niet eerder of niet adequaat gedaan is.

Wanneer sprake is van gedragsveranderingen of gedragsproblemen, is een inzicht in mogelijkheden en beperkingen van de client en diens omgeving noodzakelijk om te kunnen onderzoeken en achterhalen welke behoeften van de client niet goed gezien of ondersteund worden. Op basis daarvan kan verder gezocht worden naar oorzaken van de gedragsverandering of -problemen, en naar factoren die dit gedrag in stand houden of versterken (Pijn? Ziekte? Onjuiste bejegening? Angst? Overvraging? Eenzaamheid? Traumatische ervaringen? Leefstijlproblematiek? Depressieve stoornis? Etc.). Het gaat hier uitdrukkelijk om verklarende diagnostiek en niet om classificerende diagnostiek. Classificatie (bijvoorbeeld volgens de DSM) die leidt tot een interventie, kan hier wel een onderdeel van zijn.

In de meeste gevallen is sprake van een combinatie van factoren, op verschillende domeinen (medisch, pedagogisch, sociaal, motorisch, etc) en vraagt dit een multidisciplinaire aanpak²⁹.

Bij heldere diagnostiek of beeldvorming maakt de orthopedagoog of psycholoog, in samenwerking met de AVG en andere disciplines een op de individu en zijn omgeving afgestemd behandelplan. Binnen dit behandelplan verricht elke discipline indien van toepassing zijn werkzaamheden en/of deelbehandeling, na of naast elkaar. Frequent multidisciplinair overleg en afstemming is noodzakelijk om de behandelvolgorde, het beloop en effect van de behandeling goed te kunnen volgen, evalueren en waar nodig (tijdig) bijstellen. Een actieve betrokkenheid van het systeem is hierbij eveneens noodzakelijk, wanneer de client zelf de voortgang niet goed kan beoordelen of uiten. Wanneer geen sprake is van een strikt medische interventie, kan de orthopedagoog of psycholoog regiebehandelaar zijn.

²⁸ Bijvoorbeeld: *Minder vaak uit de bocht. Leren omgaan met spanningen*. G.J. Verberne en W. Verzijl. Specialistische Zorg Dichterbij, 2010 of: *Behandelmodule Psycho-educatie Psychose*. S. Kapitein, S. Muis en E. Aldenkamp. Kristal ().

²⁹ In de publicatie '*Zelfverwendend gedrag aan banden*' van B. Henderikse et. Al. van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) spreekt men van een 'Idiografische theorie': een opvatting van meerdere deskundigen, over welke factoren bij deze persoon, met deze beperkingen, dit (probleem-)gedrag veroorzaken en in stand of versterken. Een Idiografische theorie is nooit 'af': juist vanwege het specifieke op de individu afgestemde karakter en vanwege het belang van de context, kan of moet de verklarende theorie soms worden bijgesteld. Eveneens in deze publicatie wordt geadviseerd de gedragsdeskundige (orthopedagoog/psycholoog) de regie te geven in dit multidisciplinaire proces.

In het behandelplan worden onderliggende, in stand houdende oorzaken waar mogelijk behandeld conform de bestaande medische en psychologische richtlijnen, maar aangepast op het begripsniveau van de client én in samenspraak met het ondersteunend systeem van de client. Coaching van het systeem is daarbij noodzakelijk (psycho-educatie, uitleggen van clientprofiel, aanpassen van bejegening)

Indien niet (direct) duidelijk is wat de oorzaken en in stand houdende factoren van gedragsproblematiek zijn, kan de orthopedagoog of psycholoog eveneens coaching bieden in crisisinterventie en ondersteuning van het systeem, om draagkracht van de mantelzorgers te behouden of te vergroten.

- het bieden van een op het begrips- en communicatieniveau van de patiënt aangepaste psychologische of psychotherapeutische behandeling.

De orthopedagoog of psycholoog kan individuele behandeling bieden (bijv. CGT, Oplossingsgerichte therapie, EMDR) wanneer hij/zij hiertoe bevoegd en bekwaam is en voldoende kennis van en ervaring heeft met de doelgroep, vanwege de noodzakelijke aanpassingen in bejegening, communicatie en tempo.

Psychologische en psychotherapeutische behandeling van de client kan wederom niet 'los' van de context plaatsvinden. Ook wanneer individuele behandeling (bijvoorbeeld psychotherapie) geïndiceerd is, is praktische ondersteuning (Welke bus moet ik nemen? Is mijn OV-chip kaart voldoende opgeladen?), inhoudelijke coaching (psycho-educatie, do's en dont's in bejegening én ondersteuning in het oefenen en vertalen van geleerde vaardigheden) van het systeem noodzakelijk³⁰.

1.6.5 Paramedici

Naast de arts verstandelijk gehandicapten en de psycholoog of orthopedagoog kunnen paramedici zoals de ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist en de diëtist zorg verlenen. Ook voor deze zorgverleners geldt dat zij over specifieke kennis en competenties moeten beschikken voor de zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking.

De logopedist brengt bijvoorbeeld het communicatieniveau van de verstandelijk beperkte in kaart en geeft communicatie-adviezen aan het cliëntsysteem en (huis)arts. Zij adviseert over hoe de communicatie optimaal kan verlopen en wat voorwaarden zijn voor wederzijds begrijpen tijdens interactie. Zij adviseert in ondersteunende communicatie en begeleidt gewenning aan een hoortoestel.

De (gespecialiseerde) diëtist en logopedist kunnen worden ingezet bij eet-, slik- en gewichtsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. De ergotherapeut adviseert bij deze problemen over zithouding, aangepast bestek en servies en geeft alternatieve beweegmogelijkheden.

Bij de behandeling van comorbiditeit (onder andere spasticiteit en motorische beperkingen) zijn de fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en diëtist betrokken.

De diëtist vervult een rol bij de aanpak van de ongezonde leefstijl van de verstandelijk beperkte door de verstandelijk beperkte te proberen te motiveren gezond te leven.

Bij slaapproblemen adviseert de ergotherapeut over aanpassing van de slaapomgeving, bij zintuiglijke beperkingen 'vertaalt' de ergotherapeut adviezen van de zorgorganisaties, gespecialiseerd in de zorg bij een zintuiglijke beperking, in de dagelijkse praktijk van de verstandelijk beperkte.

1.6.6 Vaktherapeut

Net als bij de zorg voor specifieke patiëntengroepen en ouderen, kan binnen de extramurale behandeling voor verstandelijk beperkten vaktherapie worden verleend. Zoals we in het vorige hoofdstuk al hebben vermeld is vaktherapie een behandelvorm voor mensen met psychiatrische stoornissen en psychosociale problematiek, waarbij methodisch gebruik gemaakt wordt van een ervaringsgerichte werkwijze. Vaktherapie is de overkoepelende naam voor de volgende klassieke vaktherapeutische stromingen: beeldende therapie, danstherapie,

³⁰ Via het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling wordt gewerkt aan een Generieke Module GGZ bij LVB: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/project/generieke-module-psychische-stoornissen-en-een-lichte-verstandelijke-beperking-lvb/>

dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie. Deze vormen zijn geen doel op zich, maar zijn middelen om de problematiek, klachten en/of gedrag van cliënten 'al doende' zichtbaar te maken.

Vaktherapie kent verschillende behandeldoelen. In algemene zin gaat het bij de behandeling om het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied.

De behandeling hoeft niet in zijn geheel te worden uitgevoerd door de arts verstandelijk gehandicapten of de in deze doelgroep gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog. Na de diagnostiek kan (een deel van) de behandeling door bijvoorbeeld de huisarts, een basisorthopedagoog of -psycholoog en/of een vaktherapeut worden uitgevoerd.

Bijlage 5



nederlandse vereniging van artsen
voor verstandelijk gehandicapten



Nederlandse Vereniging voor
Logopedie en Foniatrie



nederlandse vereniging
van pedagogen en
onderwijskundigen



Diëtetiek
Verstandelijk
Gehandicaptenzorg



ergotherapie nederland



ErasmusMC



Nederlands Instituut van Psychologen
Gezondheidszorg **NIP**

Extramurale behandeling van mensen met verstandelijke beperkingen: een voorstel voor interdisciplinaire comorbiditeitsclusters

Multidisciplinaire werkgroep 'Specialistische professionalisering
in de (gezondheids)zorg voor verstandelijk gehandicapten'

Juni 2016

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) (Bas Castelein, Heleen Evenhuis)

Samenwerkingsverband van Pedagogen en Psychologen werkzaam in de zorg voor mensen met een Verstandelijke Beperking (ZMVB) van Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) & Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) (Carmen van Bussel, Ruud Geus)

Nederlandse Vereniging van Fysiotherapeuten voor Verstandelijk Gehandicapten (NVFVG) (Mariët Horsthuis, Annelies Goetheer)

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) (Marguerite Boersma, Anneriet Nubé)

Ergotherapie Nederland (EN) - Netwerk Ergotherapie Verstandelijk Gehandicapten (ETVGN) (Annemarie Remmerswaal, Lucelle vd Ven)

Diëtetiek Verstandelijk Gehandicaptenzorg (Marisca Luijsterburg)

Vakgroep Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten, Afd Huisartsgeneeskunde, Erasmus MC (Heleen Evenhuis)

Inhoud

	Blz
Voorwoord	3
81 poli's voor verstandelijk gehandicapten: wat gebeurt daar?	6
Comorbiditeitsclusters	9
1. Cluster Beeldvorming	10
2. Cluster Probleemgedrag, psychische en psychiatrische stoornissen	11
3a. Cluster Syndromen en andere genetische aandoeningen	13
3b. Cluster Syndroom Onbekend	15
4. Cluster Eet-, slik- en gewichtsproblemen	16
5. Cluster Systematische medicatiereviews	17
6. Cluster van comorbiditeit bij mensen met verstandelijke beperkingen en cerebrale paresthesiën	18
7. Cluster Zintuiglijke beperkingen	20
8. Cluster Leefstijl	22
9. Cluster Slaapproblemen	25
10. Cluster Ouderen: functionele achteruitgang, multimorbiditeit, kwetsbaarheid	26
11. Cluster Ethische vraagstukken	28

Voorwoord

In de langdurige zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen werken gespecialiseerde behandelaars van verschillende disciplines: artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG), gedragskundigen (orthopedagogen en GZ-psychologen), fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten. Daarnaast wordt poliklinische zorg geleverd aan mensen die bij familie, zelfstandig, begeleid zelfstandig of in groepshuizen wonen: extramurale behandeling.

De werkgroep Specialistische Professionalisering bestaat uit formele vertegenwoordigers van al deze disciplines en van de vakgroep Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten aan het Erasmus MC Rotterdam. De werkgroep is eind 2014 opgericht met als doel, de krachten te bundelen in het proces van specialistische professionalisering (richtlijnontwikkeling, specialistische opleiding en deskundigheidsbevordering, kwaliteitsverbetering). Optimale kwaliteit in het toenemend aantal AVG-poli's en de ontwikkeling naar interdisciplinaire poli's VB was een belangrijk aandachtspunt, mede vanwege de voorgenomen overgang van 'extramurale behandeling' van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

Toen het Zorginstituut van het ministerie van VWS de opdracht kreeg om voor de langdurige verstandelijk en lichamelijk gehandicaptenzorg en de ouderenzorg een antwoord te geven op de vraag, of en in hoeverre het aanbod van extramurale zorg door de langdurige zorg aangemerkt kan worden als 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zorgverzekeringswet, en daarvoor experts zocht, kwamen de activiteiten van de werkgroep in een stroomversnelling. Met ondersteuning van de VGN en het Zorginstituut heeft de werkgroep dit rapport voorbereid, waarbij in tussenrondes de diverse achterbannen zijn geraadpleegd.

In dit kader kwamen ook de uitkomsten van een recente enquête in negen AVG-poli's door de Werkgroep 'Poli VB' van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) goed van pas.

De AVG is de enige behandeldiscipline die nog geen plaats heeft in de Zorgverzekeringswet. In het NVAVG-rapport 'Zorgaanbod van de AVG' is in 2012 overzichtelijk vastgelegd in welke zin aandoeningen

bij de doelgroep specifiek zijn en welke bijzondere eisen gesteld worden aan de medische zorg.¹ Het interdisciplinaire aspect komt in dit rapport nog niet expliciet aan de orde.

Epidemiologisch onderzoek door de Erasmus MC vakgroep en klinische ervaring hebben getoond dat veel beperkingen en aandoeningen in deze populatie geclusterd en met een verhoogd risico voorkomen. Daarom wordt in dit rapport een reeks clusters beschreven waaronder vrijwel alle extramuraal aangeboden problematiek valt. De clusters overlappen tevens in sterke mate de in 2013 door de Landelijke Werkgroep Transitie onderscheiden groepen kinderen met verstandelijke beperkingen en multiproblematiek, vastgelegd in het rapport 'Handreiking transitie van zorg bij adolescenten met een verstandelijke beperking'.² Hierin wordt de overdracht geregeld van 18-plussers met verstandelijke beperkingen en gecompliceerde multiproblematiek naar de AVG als andere specialist-generalist, samen met een multidisciplinair behandelteam.

Het wordt uit dit rapport heel duidelijk, dat de poli's VB toe moeten naar interdisciplinaire expertisecentra (die niet noodzakelijk deel hoeven te zijn van de langdurige zorg). In zulke centra zouden ook voor de doelgroep effectieve leefstijlprogramma's kunnen worden aangeboden. Hoewel, behalve een evidence-based fitheidsprogramma,^{3,4} in Nederland nog geen leefstijlprogramma's beschikbaar zijn waarvan de effectiviteit in de doelgroep voldoende is aangetoond, wordt vooruitlopend op nieuwe wetenschappelijke inzichten en daarop gebaseerde richtlijnen en protocollen, een cluster Leefstijl beschreven.

De door ons ontwikkelde interdisciplinaire comorbiditeitsclusters zijn dus, behalve als basis voor de ontwikkeling van te vergoeden zorgpakketten, goed bruikbaar voor het bevorderen van een gelijke inhoudelijke kwaliteit in de poliklinieken. Naar onze mening zijn de clusters eveneens goed toepasbaar in de langdurige zorg, mits ook daar de basale huisartsgeneeskundige zorg door huisartsen wordt geleverd.

De werkgroep Specialistische Professionalisering gaat zich dan ook verder inspannen voor gezamenlijke ontwikkeling van op deze clusters gebaseerde professionele richtlijnen en deskundigheidsbevordering c.q. specialistische scholing. De clusters zijn tevens bruikbaar voor de ontwikkeling van specialistisch post-MBO, post-HBO en postacademisch onderwijs.

Mede als gevolg van de primaire gerichtheid op vergoedingen door de zorgverzekeraar, hebben wij ons in dit rapport beperkt tot de basis van onze beroepsuitoefening op de ICF-niveaus van stoornissen en

functies. Bij de uitwerking van onderwijs, professionele richtlijnen en deskundigheidsbevordering zal vanzelfsprekend ook het niveau van inclusie en participatie specifiek aandacht dienen te krijgen.

Prof Dr Heleen Evenhuis, AVG

Erasmus MC Rotterdam, Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten

h.evenhuis@erasmusmc.nl

1. NVAVG. Zorgaanbod van de AVG. Wat doet de arts voor verstandelijk gehandicapten? (2012)
www.nvavg.nl/diverse-publicaties
2. Landelijke Werkgroep Transitie. 'Handreiking transitie van zorg bij adolescenten met een verstandelijke beperking'. NVK, NVAVG, NVKN, VRA, 2013. www.nvavg.nl/diverse-publicaties
3. Van Schijndel-Speet M, Evenhuis HM, van Wijck R, Van Montfort CAGM & Echteld MA. A structured physical activity and fitness programme for older adults with intellectual disabilities: results of a cluster-randomised clinical trial. *J Intellect Disabil Res* 2016, Apr 13, Epub ahead of print
4. www.kennispleingehandicaptensector.nl/bewegen

81 poli's voor mensen met verstandelijke beperkingen: wat gebeurt daar?

inmiddels zijn er in Nederland 81 poliklinieken voor mensen met verstandelijke beperkingen (*poli VB*). Hier voert de AVG de regie, terwijl het in de AWBZ-tijd afhing van het individuele zorgkantoor en de onderhandelingsvaardigheden van het management van zorgorganisaties, in hoeverre ook diagnostiek en behandeling door gedragskundige en paramedische disciplines vergoed werden. Overigens zijn er ook situaties, waarin de AVG interdisciplinair samenwerkt met de bestaande kring van hulpverleners rond de patiënt. De poli's zijn veelal verbonden aan de langdurige zorg, maar bevinden zich toenemend ook in ziekenhuizen. Daarnaast zijn individuele AVGs als behandelaar werkzaam in epilepsiecentra, de geestelijke gezondheidszorg, slaapcentra, lokale en supraregionaal georganiseerde syndroompoli's en zelfs onder daklozen. De financiering daarvan geschiedt veelal nog via creatieve en tijdelijke constructies.

Doelgroep en verwijzers

Recent is door de NVAVG-poliwerkgroep een enquête verricht in 9 poli's VB, waarbij gegevens werden verkregen over 86 nieuw verwezen patiënten met een leeftijd van 6-71 jaar (gemiddeld 27 jaar). De ernst van de verstandelijke beperking was zwakbegaafd in 5%, licht in 28%, matig in 31%, ernstig in 18%, zeer ernstig in 13% en onbekend in 5% van de gevallen. Tweeënvijftig procent woonde bij familie, 3% zelfstandig, 11% begeleid zelfstandig en 34% in een groepshuis.

De hulpvraag kwam in 76% van de gevallen bij de familie, de cliënt zelf of de woonbegeleider vandaan, bij 14% van een medisch specialist, en de rest kwam van gedragskundigen, paramedici, thuiszorg of sociaal wijkteam. De verwijzer was bij 52% de huisarts en bij 40% een medisch specialist, zoals de kinderarts, neuroloog (integrale zorg bij ernstige epilepsie), psychiater (probleemgedrag), geriater (functionele achteruitgang en dementie), revalidatiearts (ernstige cerebrale paresen met comorbiditeit). Verder werd soms verwezen door collega-AVGs of anderszins.

Hulpvraag

De enquête toonde dat de top-5 wordt gevormd door psychiatrische en gedragsproblemen (24%), overname van complexe zorg of *health watch* (21%), medicatievragen (20%), eet-, slik- en gewichtsproblemen (7%) en epilepsie (4%). In 30% van de gevallen is er sprake van meerdere vragen.

Vaak is ook sprake van een verzoek om beeldvorming (als de huisarts, de eerstelijnsgezondheidspsycholoog, het sociale wijkteam, de behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg er niet uitkomt), van diagnostiek of behandeling met specifieke diagnostische instrumenten of behandelmethoden waar andere specialisten niet over beschikken, overname van (een deel van) de behandeling die voor de huisarts nog te specialistisch is (zoals vaak bij moeilijk behandelbare epilepsie), van een bijdrage aan systematische medicatiereviews in de eerste lijn, of het aanbieden van specifieke leefstijlbegeleiding. Vrijwel altijd is bij deze verwijzingen sprake van multiële lichamelijke of psychische comorbiditeit en vrijwel altijd zijn dus meerdere disciplines van de poli VB betrokken (gedragkundigen, paramedici).

Van best practices naar evidence-based gezondheidszorg

Op dit moment berust nog lang niet alle geleverde polizorg op speciaal voor de doelgroep wetenschappelijk geëvalueerde diagnostiek en effectieve interventies. Richtlijnen zullen dan ook deels *evidence-based* zijn, terwijl de gaten opgevuld moeten worden door breed gedragen consensus over *best practices*. Daarop gebaseerde protocollen voor diagnostiek, behandeling, en gegevensverzameling zullen verdere wetenschappelijke evaluatie mogelijk maken.

Proactieve benadering

De diagnostiek en behandeling zijn deels gebaseerd op actuele problematiek en hebben deels, zoals hierboven al duidelijk is geworden, een proactief karakter (secundaire preventie), d.w.z. dat op basis van wetenschappelijke kennis te verwachten comorbiditeit en risicofactoren actief worden opgespoord d.m.v. interdisciplinaire screening en follow-up. Een dergelijke benadering is voor de reguliere eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg nog betrekkelijk nieuw. De patiënt die niet klaagt, krijgt vaak geen diagnostiek en behandeling. Omdat mensen met verstandelijke beperkingen, zelfs als dat een lichte beperking is, in veel gevallen niet klagen, of hun klacht op een afwijkende manier uiten, worden aan de buitenkant niet direkt zichtbare aandoeningen bij hen niet of pas in een laat stadium onderkend. Epidemiologisch onderzoek in de brede cliëntenpopulatie met verstandelijke beperkingen (intra- zowel als extramuraal) heeft getoond, dat bijvoorbeeld pijn, benauwdheid, zuurbranden, metabool syndroom (= sterk verhoogd risico op hart- en vaatziekte), slechthorendheid, slechthorendheid, depressie, obstipatie, moeite met slikken, slaapproblemen, alle in eenderde tot meer dan de helft van de gevallen waren gemist, en dat niet alleen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking.

Geneeskundige zorg?

De extramurale diagnostiek en behandeling, zoals die tot nu toe geboden wordt in de poli's VB, heeft dus in alle opzichten het karakter van 'geneeskundige zorg' in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Uiteindelijk doel is het voorkómen of uitstellen van onnodige ziekten en beperkingen, multimorbiditeit en vroege geriatrische kwetsbaarheid. Het adviseren en coachen van het *cliëntstelsel* zal hier in veel gevallen deel van uitmaken, gezien de afhankelijkheid van de doelgroep van het ondersteunend systeem (ouders, begeleiders). *Indirekte patiëntgebonden zorg* (communicatie en coördinatie cliëntstelsel, eerste lijn en medisch specialisten) is dan ook een tijdrovend onderdeel van de geboden behandeling.

Comorbiditeitsclusters

1. Cluster Beeldvorming

Van huisartsen, eerstelijns-gezondheidspsychologen en orthopedagogen/psychologen in de geestelijke gezondheidszorg krijgen de poli's VB en in de zorg werkzame gedragsdeskundigen vaak verzoeken die in dit cluster thuishoren. Het belang van dit cluster wordt breed onderschreven.

Het gaat hierbij doorgaans om de volgende hulpvragen:

1. Probleemgedrag in kaart brengen. Dit vormt de meest voorkomende verwijzindicatie naar de poli VB. 'Probleemgedrag' is doorgaans het topje van een ijsberg van onderliggende lichamelijke, psychiatrische of psychosociale problemen. Multidisciplinaire differentiaal-diagnostiek en advisering is dus vereist.
2. Bepalen of er sprake is van een ontwikkelingsachterstand. Omdat dit doorgaans al op de kinderleeftijd is gedaan, betreft het op volwassen leeftijd voornamelijk mensen met zwakbegaafdheid of lichte verstandelijke beperkingen, die op volwassen leeftijd achteruitgaan in functioneren of decompenseren en in de problemen komen.
3. Communicatieproblemen en onbegrepen klachten: de huisarts of het sociale wijkteam komt niet verder, en verzoekt om een inventarisatie van de gezondheidstoestand en/of psychische toestand. De logopedist kan een inventarisatie verrichten en adviseren over communicatieniveau, communicatiebehoeften en communicatiemogelijkheden, onder andere in geval van slechthorendheid.
4. Het in kaart brengen van comorbiditeit of medicatie waarmee de huisarts niet vertrouwd is. Dit is veelal multidisciplinair.
5. Ergo- en fysiotherapeuten krijgen daarnaast veel vragen over sensorische informatieverwerking: is er sprake van prikkelvermijden of prikkelzoeken, over- of onderregistratie van zintuigprikkel, voor welke zintuigsystemen, en in welke situaties?

Op basis van de uitkomsten kan, met advies, worden terugverwezen naar de eerste lijn, kunnen (zorg)adviezen aan het cliëntstelsel worden gegeven, of gaat de patiënt door naar één van de andere clusters.

Zorgvraag: probleem in kaart brengen, bepaling niveau van cognitief, emotioneel en sociaal functioneren

Doel: de verwijzer heeft voldoende informatie als basis voor verdere besluitvorming

Wie geeft aan: sociaal wijkteam, eerstelijns gezondheidspsycholoog, psycholoog geestelijke gezondheidszorg, gezinsbegeleider, woonbegeleider.

Wie indiceert: huisarts

Welke disciplines zijn betrokken: AVG, gespecialiseerde psycholoog/orthopedagoog, psychiater, paramedische disciplines.

2. Cluster Probleemgedrag, psychische en psychiatrische stoornissen

'Probleemgedrag' is een containerterm en heel vaak een verwijfsindicatie, waaronder allerlei lichamelijke, psychosociale en omgevingsproblematiek schuil kan gaan, maar ook een psychiatrische aandoening. 'Gedragsstoornis' is een DSM-IV-diagnose. Aan dit cluster gaat dus altijd een fase Beeldvorming vooraf, om behandelbare lichamelijke en psychiatrische oorzaken van probleemgedrag en psychische klachten op te sporen. Behandeling van deze oorzaken kan vaak plaatsvinden in de reguliere eerste en tweede lijn. Behandeling van psychiatrische aandoeningen is echter soms beter op zijn plaats op de gespecialiseerde poli VB, waar meer oog is voor de context en het ontwikkelingsniveau van de patiënt; patiënten worden daarvoor nogal eens expliciet verwezen vanuit de eerste en tweede lijn. Indien geen onderliggende medische oorzaak wordt vastgesteld, of ondanks behandeling probleemgedrag blijft bestaan, is sprake van een gedragsstoornis.

Het multidisciplinair team verwijst dan door naar dit cluster, dat drie fasen heeft: multidisciplinaire diagnostiek en omgevingsinterventies, farmacologische en/of psychosociale en psychotherapeutische interventies, periodieke follow-up.

Fase 1 Diagnostiek en start interventies

Zorgvraag: Breng psychosociale en andere omgevingsinvloeden als basis van de gedragsstoornis in kaart en adviseer over of lever interventies

Doelen: de aard van het gedrag en door welke psychosociale en andere omgevingsfactoren het wordt bevorderd of verminderd, is volledig geanalyseerd; gerichte interventies worden aangeboden volgens geaccepteerde *best practice*-gebaseerde modellen; het cliëntsysteem wordt gericht gecoacht

Wie indiceert: multidisciplinair team bestaande uit AVG, gespecialiseerde gedragskundige, zo nodig psychiater. De AVG en gedragskundige werken in deze clusters altijd samen, terwijl in individuele gevallen naar elk van beiden als eerste verwezen kan worden.

Methoden: multidisciplinaire diagnostiek en interventie, coaching van het cliëntsysteem

Centrale disciplines: gespecialiseerde psycholoog/orthopedagoog, gespecialiseerde woonbegeleider, gezinsbegeleider.

In dit cluster kunnen ook paramedici ingeschakeld worden; zo kan probleemgedrag gevolg zijn van communicatieproblemen (logopedist) en is de fysieke en sociale omgeving van invloed op het functioneren (ergotherapeut, maatschappelijk werker).

Indien ondanks interventie psychiatrische of gedragsproblemen blijven bestaan, wordt verwezen voor fase 2.

Fase 2

Psychosociale of psychotherapeutische interventie

Behandeling kan individueel plaatsvinden, bij de cliënt zelf, zoals een aangepaste vorm van cognitieve gedragstherapie) of mediatief (gedragstherapie via het systeem van ouders en begeleiders.

Wie indiceert: het multidisciplinair team

Doelen: Afname van probleemgedrag, door behandeling van de onderliggende en/of in stand houdende psychische of psychosociale factoren.

Centrale disciplines: gespecialiseerd orthopedagoog/psycholoog, psychotherapeut of psychiater

Met wie wordt samengewerkt: AVG, eventueel vaktherapeuten (psychomotorische of speltherapeut)

Farmacologische interventie

Zorgvraag: Welke medicatie kan ondersteunend werken aan de ingestelde gedragsmatige en in fase 1 opgestarte behandeling?

Wie indiceert: AVG of gedragsdeskundige

Doel: doelmatige farmacologische behandeling

Methoden: onderbouwde keuze voor farmacologische behandeling, effectevaluatie, actieve preventie van metabole en motorische bijwerkingen

Centrale disciplines: AVG, gedragskundige, psychiater

Met wie wordt samengewerkt: diëtist, bewegingsdeskundige.

Fase 3 Follow-up

Bij gedragsstoornissen en psychiatrische stoornissen is periodieke follow up noodzakelijk.

Doel: 1. voorkomen van verergering van gedragsstoornissen en andere chronische psychiatrische problematiek, 2. zo mogelijk staken van farmacologische behandeling, indien het probleem verdwenen is of alleen met gedragsinterventies verder behandeld hoeft te worden.

Methoden: behandelresultaten evalueren, al of niet voortzetten interventies, medicatiewijzigingen, controle op bijwerkingen, controle van comorbiditeit, advisering cliëntsysteem.

Centrale disciplines: AVG en gedragskundige, indien nodig psychiater.

3a. Cluster Syndromen en andere genetische aandoeningen

Bij een toenemend aantal syndromen die leiden tot een verstandelijke beperking, is of wordt epidemiologisch in kaart gebracht, welke overige lichamelijke en geestelijke comorbiditeit gedurende de levensloop specifiek kan optreden. Fundamenteel onderzoek richt zich op de oorzaken van deze specifieke, syndroomgebonden problematiek, en biedt daarmee aanknopingspunten voor bijvoorbeeld gerichte farmacologische behandeling van epilepsie of psychische problemen, die wezenlijk kan verschillen van die bij anderen. Er is dan ook toenemende *evidence* voor effectieve preventie en interventie van zulke comorbiditeit. De opsporing en advisering worden deels centraal aangeboden in specifieke academische syndroompoli's, waar, naast kinderartsen, AVGs veelal een coördinerende functie hebben voor de volwassenen, maar worden ook dicht bij huis aangeboden in de AVG-poli's.

Zorgvraag: met welke comorbiditeit moet gericht rekening gehouden worden, spoor deze tijdig op en adviseer over specifieke preventie en behandeling.

Doel: juiste disciplinaire zorg bieden door een coördinerend AVG als de huisarts dat niet kan of wil; voorkomen en uitstellen van onnodige gezondheidsproblematiek en beperking.

Methoden

Het periodiek proactief opsporen en behandelen van bekende syndroomgebonden risico's op comorbiditeit (secundaire preventie). Meestal betreft het volwassen patiënten, die op de kinderleeftijd voor deze comorbiditeit door de kinderarts gevolgd werden. Op welke wijze en door wie deze periodieke gezondheidscontroles zouden moeten plaatsvinden is per syndroom in wisselende mate beschreven in protocollen, procedures of richtlijnen. Het gaat hier dus om langdurige, periodieke geneeskundige zorg, waarin verschillende behandeldoelen aan de orde kunnen komen.

Welke partijen indiceren?

Indicatie wordt gesteld door verschillende medici:

- De verwijzer is vaak de partij die op jonge leeftijd verantwoordelijk was voor de coördinatie van de zorg voor de patiënt met het syndroom (meestal de kinderarts). Idealiter wordt deze syndroomgebonden zorg geleidelijk overgedragen van de generalist die de zorg coördineert op de kinderleeftijd naar de AVG-generalist die de zorg coördineert op de volwassen leeftijd. (<http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/diverse-publicaties/2013-04-handreiking-transitie-van-zorg-bij-adolescenten-met-een-vb.pdf>)
- De huisarts.
- De klinisch geneticus (als de diagnose van het syndroom pas op volwassen leeftijd gesteld wordt).
- Een andere specialist die betrokken is in verband met de syndroomgebonden co-morbiditeit op zijn vakgebied (bijvoorbeeld neuroloog, revalidatiearts, psycholoog/orthopedagoog, psychiater etc).

Welke partijen voeren uit en werken samen?

- Per syndroom zijn er verschillende partijen betrokken, afhankelijk van de aard van het syndroom (welke comorbiditeit kan verwacht worden op grond van het syndroom). Meestal zijn er meerdere medisch specialisten betrokken, alsook paramedici en gedragskundigen. Van belang is dat het duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de coördinatie (regie) (dat kan een AVG zijn, maar dat hoeft niet).

3b. Cluster Syndroom Onbekend

Naar de poli's VB wordt een grote groep verwezen met gecompliceerde multimorbiditeit, zowel psychisch (bijvoorbeeld autisme) als lichamelijk, die doet denken aan een syndroom, maar (nog) niet als zodanig diagnostiseerbaar is. Hoewel dus niet gericht proactief kan worden gescreend op comorbiditeit met een bekend verhoogd risico, is de problematiek zo gecompliceerd, dat deze mensen jaarlijks op de poli worden gezien. Hieronder vallen ook epilepsiepatiënten die door de neuroloog goed zijn ingesteld, maar daarnaast meervoudige problematiek hebben waarmee de neuroloog niet vertrouwd is. In de enquête in negen poli's VB (86 nieuwe verwijzingen) bleek dit een regelmatig terugkerende specifieke verwijfsindicatie, zowel door huisartsen als neurologen; ook worden patiënten na het 18e jaar regelmatig door de kinderneuroloog direct doorverwezen naar de AVG.

Ook hier gaat het dus om langdurige, periodieke geneeskundige zorg met als doel onnodige beperking of morbiditeit te voorkomen en de gezondheid zo lang mogelijk intact te houden.

Al naar gelang de problematiek kunnen gedragskundigen of paramedische disciplines ingeschakeld worden.

4. Cluster eet-, slik- en gewichtsproblemen

Vragen op dit gebied, die vanzelfsprekend in sterke mate samenhangen, staan in de top-5 van verwijzingen naar poli's VB, en betreffen veelal mensen met ernstige verstandelijke beperkingen, mensen met cerebrale paresen*, en 50-plussers.

Zorgvragen: Wat is de oorzaak van het eetprobleem?

Advies over oorzaken van specifieke eetstoornissen.

Waarom heeft de patiënt ondergewicht en wat is daaraan te doen?

Wel of niet sondevoeding?

Kunnen de longontstekingen te maken hebben met verslikken en wat is daaraan te doen?

Specialistische advisering over gewichtsvermindering.

Ondersteuning van woonbegeleiders en wijkteam.

Doel: preventie en interventie van versliklongontstekingen, ondervoeding, obesitas

Methoden: multidisciplinaire diagnostiek, advisering en behandeling; coachen van begeleiders.

Wie indiceert: huisarts

Welke disciplines staan centraal: huisarts, AVG, gespecialiseerde diëtist, logopedist met specialisatie in eet- en drinkproblemen bij mensen met verstandelijke beperkingen, gedragskundige.

Met welke disciplines wordt samengewerkt: MDL-arts, KNO-arts, neuroloog, specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut (houding/zitvoorziening, advisering, routine, hulpmiddelen t.b.v. eten), revalidatiearts*

*Dit cluster overlapt deels met het comorbiditeitscluster rond mensen met cerebrale paresen

5. Cluster systematische medicatiereviews

Dit cluster is gebaseerd op de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, volgens welke de huisarts samen met de apotheker systematische medicatiereviews uitvoert bij ouderen met vijf of meer chronische medicijnen. De zorgverzekering vergoedt dat i.h.a. voor 65-plussers. Een aangepaste versie van deze richtlijn voor volwassenen met verstandelijke beperkingen, waarin de huisarts tevens kan samenwerken met de poli VB, wordt momenteel bij 35-plussers door het Erasmus MC getoetst in een door ZonMw gefinancierd project in de eerste lijn. Vraagstelling: welke randvoorwaarden zijn nodig?

Bij volwassenen met verstandelijke beperkingen komt als gevolg van chronische multimorbiditeit veel polyfarmacie voor. De zorgvraag ligt hier overigens breder dan alleen polyfarmacie, en betreft ook gecompliceerde medicatie waarmee de huisarts niet vertrouwd is, m.n. psychofarmaca en anti-epileptica, of bijwerkingen in geval van minder dan vijf medicijnvoorschriften. In veel gevallen is de medicatie al vele (tientallen) jaren geleden voorgeschreven en is de indicatie niet meer te achterhalen, was deze destijds gebaseerd op incomplete diagnostiek of zijn inzichten veranderd. Eerste ervaringen tonen, dat de reviews zeker de eerste keer zeer veel opleveren en in feite persoonlijke bijscholing van huisartsen zijn over specifieke aandoeningen en medicatie.

Zorgvraag: Hulp en advies bij polyfarmacie en gecompliceerde medicatie waarmee de huisarts niet vertrouwd is, bij 18-plussers met verstandelijke beperkingen.

Doel: doelmatige medicatievoorschriften en preventie van onnodige polyfarmacie, optimale behandeling van epilepsie, voorkomen van niet-geïndiceerd psychofarmacagebruik en aandacht voor bijwerkingen, waaronder metabool syndroom.

Methode: deelname van de AVG aan systematische medicatiereview

Wie indiceert: huisarts, diverse medisch specialisten.

Welke disciplines staan centraal: huisarts, apotheker, AVG.

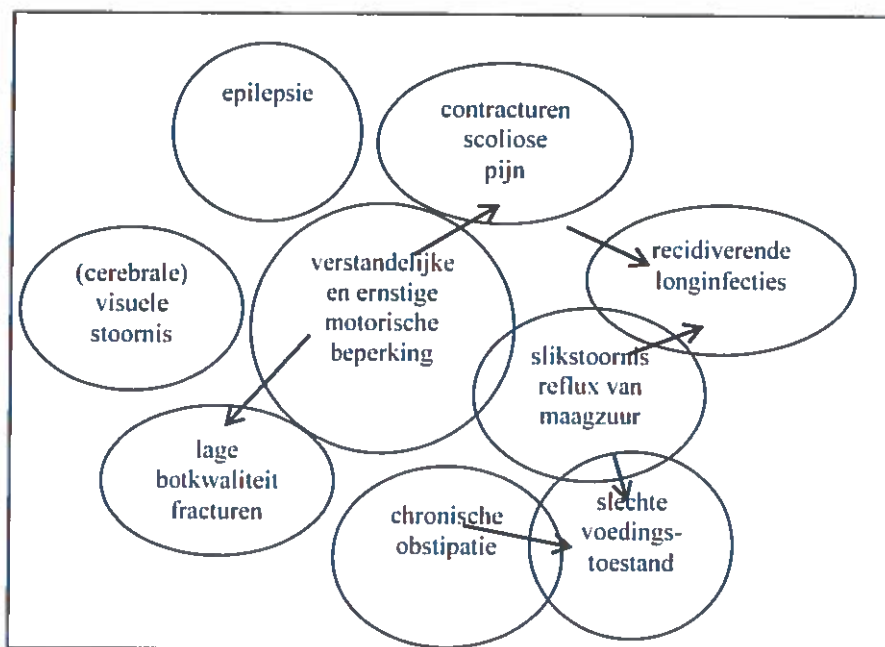
Met welke disciplines wordt preventief samengewerkt: diëtist

Follow-up

Wanneer de medicatie en indicaties eenmaal goed in kaart zijn gebracht en de medicatie is geoptimaliseerd, kunnen de huisarts en apotheker veelal weer goed vooruit. In gecompliceerde gevallen

kan de AVG opnieuw worden ingeschakeld bij een review, terwijl huisartsen in gecompliceerde gevallen de jaarlijkse reviews geheel kunnen overdragen. Waar het gaat om psychofarmaca valt dit onder het cluster 'Gedragsstoornissen en andere psychiatrische aandoeningen'.

6. Cluster van comorbiditeit bij mensen met verstandelijke beperkingen en cerebrale paresen



Veugelers et al, 2010; Calis et al, 2008; Rieken et al, 2011; Mergler et al, ingezonden

Deze cluster betreft enerzijds volwassenen met ernstige **meervoudige** (verstandelijke en motorische en vaak ook zintuiglijke) beperkingen; bij hen heeft doorgaans alle comorbiditeit zich al op de kinderleeftijd gemanifesteerd.

Voor andere volwassenen, met lichte en matige verstandelijke beperkingen en meer of mindere ernstige vroegkinderlijke motorische beperkingen, is dit een cluster van gedurende de levensloop te verwachten comorbiditeit, waarop dus kan worden geanticipeerd. De communicatie is vaak een probleem. Omdat bestaande richtlijnen van kinderartsen en revalidatieartsen zich uitsluitend richten op kinderen met spastische paresen, zijn preventie en behandeling van deze groep nog grotendeels *practice-based*.

Niettemin is hiermee in de langdurige zorg door alle betrokken disciplines een grote ervaring opgebouwd.

Zorgvraag: met welke comorbiditeit moet gericht rekening gehouden worden, spoor deze tijdig op en adviseer over specifieke preventie en behandeling; neem (een deel van) de behandeling over.

Doel: preventie van ziekte, pijn, vermoeidheid, benauwdheid, ondervoeding, botbreuken; onderhouden van zelfstandigheid en kwaliteit van leven.

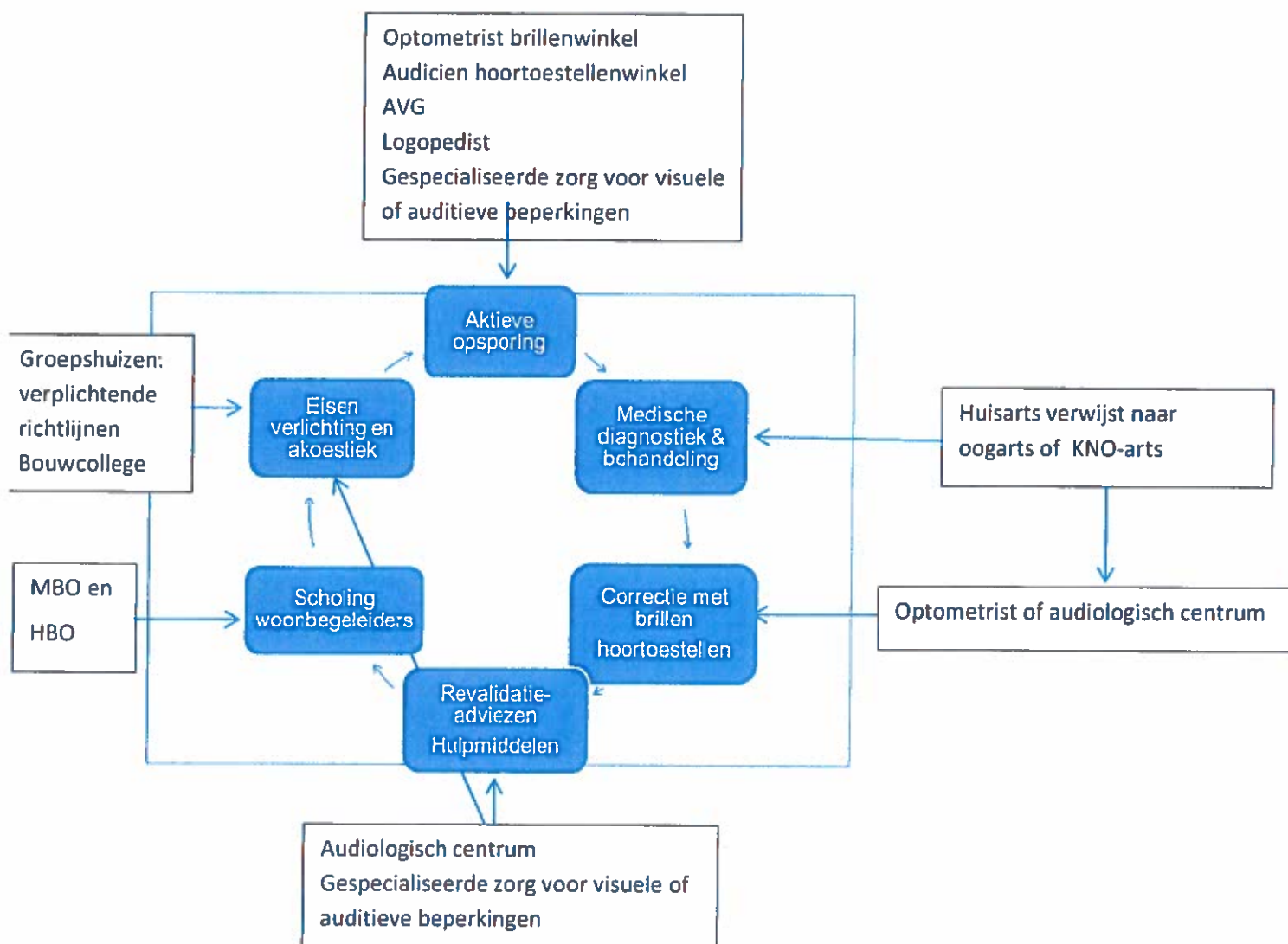
Methoden: 1. proactieve multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en revalidatie van comorbiditeit;
2. gecompliceerde medische zorg voor 18-plussers met ernstige meervoudige beperkingen overnemen van de kinderarts of medebehandelaar zijn bij jongere kinderen.

Wie indiceert: kinderarts, huisarts, revalidatiearts en andere medisch specialisten

Welke disciplines staan centraal: AVG of revalidatiearts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist.

Met welke disciplines wordt verder samengewerkt: orthopeed, neuroloog, gespecialiseerde zorg visuele beperkingen.

7. Cluster Zintuiglijke beperkingen



Ondanks het in deze populatie vanaf jonge leeftijd sterk verhoogde risico op zintuigstoornissen, blijven deze bij een meerderheid ongediagnostiseerd. Dit geldt ook voor achteruitgang van het gehoor of gezicht op oudere leeftijd; dat de persoon ophoudt met hobby's als lezen, handwerken of figuurzagen wordt vaak opgevat als vroege veroudering en geaccepteerd. De NVAVG-richtlijnen op dit gebied bevatten dan ook nauwkeurige aanwijzingen voor periodieke screening van visus en gehoor op de kinderleeftijd (die door de jeugdartsen in het speciaal onderwijs zijn overgenomen), bij mensen met het Down syndroom vanaf het 30ste levensjaar en bij de anderen vanaf de leeftijd van 45 jaar elke 5 jaar, en

bij iedere volwassene bij wie dit nooit eerder is onderzocht. Op de poli VB behoort laagdrempelige screening van visus en gehoor dan ook tot de basale gegevens die worden verzameld bij elk eerste consult.

Overigens heeft een pilot van de Erasmus MC vakgroep getoond dat optometristen in brillenwinkels goed in staat zijn, visuele screening te verrichten bij mensen met lichte en matige verstandelijke beperkingen. De optometrist heeft daarvoor echter geen tarief, omdat het optometrisch onderzoek of iemand een bril nodig heeft normaliter is inbegrepen bij de bril die verkocht wordt. Zulk onderzoek is echter bij mensen met verstandelijke beperkingen tijdrovender, terwijl de visuele beperking veel vaker dan bij andere mensen wordt veroorzaakt door onbehandelbare oorzaken.

Zorgvraag voor de AVG: onderdeel van de standaard minimale dataset

Doel: preventie van onnodige meervoudige beperking

Wie indiceert: huisarts, AVG

Welke disciplines staan centraal: AVG, logopedist (hoorscreening)

NB. Wij vragen ons af of de gespecialiseerde zorgorganisaties voor mensen met visuele en auditieve beperkingen niet een centrale rol moeten blijven spelen in het hele proces: van actieve opsporing door screening via groepshuizen of gezondheidscentra, via vervolgdagnostiek, waar nodig verwijzing naar oogarts, optometrist, KNO-arts of audiologisch centrum en advisering over verlichting en akoestiek, naar gerichte revalidatie. Extramurale taken van deze organisaties worden met ingang van dit jaar door de zorgverzekering vergoed.

Zolang woonbegeleiders onvoldoende geschoold zijn in de omgang met slechtzienden, slechthorenden, brillen en hoortoestellen, en er geen verplichtende richtlijnen zijn voor verlichting en akoestiek, ligt er een extra, voorlichtende taak voor deze gespecialiseerde zorg.

Toevoeging van deze specifieke risicogroep aan het reeds uitgewerkte pakket voor extramurale behandeling in de zintuiglijk gehandicaptenzorg lijkt dan ook gewenst.

8. Cluster leefstijl

Volwassenen met verstandelijke beperkingen leven even gezond of ongezond als andere volwassenen (roken, voeding) of veel ongezonder (sport en beweging). Onderzoek heeft aangetoond: hoe zelfstandiger, des te ongezonder, dus de populatie met lichte verstandelijke beperkingen of zwakbegaafdheid heeft een extra hoog risico op obesitas en een lage fitheid. Het gevolg is een verhoogd risico voor hart- en vaatziekte en diabetes vanaf jonge leeftijd. In de zelfstandige groep met lichte verstandelijke beperkingen speelt tevens het probleem van verslaving (alkohol, drugs) en seksueel onverstandig gedrag.

Leefstijlprogramma's voor roken en verslaving zullen vooral adviezen en coaching betreffen, met daarnaast groepsprogramma's, indien nodig aangepast aan de doelgroep. Mensen met lichte verstandelijke beperkingen kunnen vaak nog wel deelnemen aan programma's in het gemeentelijk domein of de verslavingszorg, maar hebben vanwege de lage intelligentie daarnaast vaak individuele psychologische begeleiding nodig.

Hieronder werken wij de zorg voor volwassenen met een verstandelijke beperking en obesitas nader uit, omdat deze multidisciplinair is en meerdere zorgdomeinen raakt. Daarbij gaan wij niet nader in op de huisartsgeneeskundige of specialistische diagnostiek en behandeling van *comorbiditeit ten gevolge van obesitas*, die volgens bestaande standaarden kunnen worden uitgevoerd, maar richten ons op specifieke onderliggende risicofactoren voor obesitas in de doelgroep.

Waarom hebben volwassenen met verstandelijke beperkingen vaker obesitas, diabetes, atherosklerose en depressie dan andere mensen (Tabel)?

Metabole effecten van te weinig gebruik spieren	Metabole effecten van antipsychotica	Metabole effecten van chronisch verstoord slaap-waakritme
Gewichtstoename	Gewichtstoename	Gewichtstoename
Hoog glucose	Hoog glucose	Hoog glucose
Hoge bloedvetten	Hoge bloedvetten	Hoge bloedvetten

Metabool syndroom	Metabool syndroom	Metabool syndroom
		Depressie

- De fysieke activiteit en fitheid zijn veelal uiterst laag; dit kan te maken hebben met de in deze groep veel voorkomende motorische en (niet altijd onderkende) visuele beperkingen, maar ook met het vaak lage looptempo (zo laag dat zelfs een extra gevoelige stappenteller niets signaleert).
- Het gebruik van antipsychotica, veelal voor gedragsstoornissen, is hoog (in elk onderzoek ca. 30%); het is niet bewezen dat antipsychotica daarvoor werkzaam zijn, dus dit is off-label gebruik.
- Het circadiaan slaap-waakritme is vaak verstoord en gefragmenteerd. Dit kan veroorzaakt worden door nachtelijke pijn of andere klachten, licht en geluid in de nacht, sederend medicijngebruik, en een zittend leven overdag, maar daarnaast speelt ook de hersenschade een rol met, evenals bij mensen met dementie, invloed op de centrale regulatie van het dag-nachtritme in de hersenen.

Deze drie factoren leiden dus ieder afzonderlijk tot obesitas en verhoging van bloeddruk, bloedsuiker en cholesterol. In geval van extreme obesitas, of van obesitas samen met andere risicofactoren voor diabetes en hart- en vaatziekte, kan dus specifieke gecombineerde diagnostiek en interventie noodzakelijk zijn.

Screening op onderliggende risicofactoren voor lage fitheid en obesitas in de eerste lijn

- Gedrag op gebied van voeding en beweging
- Motorische beperking
- Contrôle gezichtsvermogen
- Fitheid (wandelsnelheid en knijpkracht, kan in principe in de huisartspraktijk)
- Antipsychoticagebruik en de (deugdelijkheid van de) indicatie (vaak jaren geleden)
- Klachten van slaapproblemen, objectief meten van het slaap-waakritme (actigrafie)

NB. Vanwege de beperkte betrouwbaarheid van de (hetero)anamnese is in veel gevallen objectieve diagnostiek aangewezen.

Gecombineerde interventie

1. Aan het begripsvermogen aangepaste adviezen/coaching, ook van het thuisfront (familie, woonbegeleiders) t.a.v. voeding, bewegen, gedragsverandering
2. Motorische beperking: consult fysiotherapie en/of ergotherapie

3. Aanwijzing voor visuele beperking: verwijzing naar oogarts of gespecialiseerde organisatie voor visuele beperkingen
4. Lage fitheid: G-sport of specifiek aangepast groepsprogramma voor beweging en fitness
5. Niet-geïndiceerd antipsychoticagebruik: verwijzing naar de multidisciplinaire poli VB voor psychiatrische diagnostiek en advies
6. Verstoord slaap-waakritme: verwijzing naar naar de multidisciplinaire poli VB voor diagnostiek en advies, advies verlichting leefomgeving. Er zijn inmiddels enkele slaappoli's voor deze doelgroep.

Groepsprogramma's voor leefstijl

Om deze mensen zover te krijgen dat ze niet alleen besluiten om mee te doen, maar ook echt actief deelnemen en dat blijven doen, is naast een afwisselend groepsprogramma in een prettige sfeer met veel prijzen en aanmoediging méér nodig: een gelijktijdig lopend scholingsprogramma op hun begripsniveau met afwisselende didactische methoden, intensieve individuele ondersteuning en voordoen door vertrouwde begeleiders/trainers, zeer geleidelijke, individuele opbouw van de moeilijkheidsgraad, en veel herhaling opdat het routine wordt: liefst meerdere malen per week. Zulke programma's zouden kunnen worden aangeboden via de multidisciplinaire poli VB, dagbestedingscentra, het gemeentelijk beweegactiviteiten/sportaanbod. Dit vereist voorlopig nog een intensieve implementatieslag.

Welke bewezen effectieve programma's zijn er op dit moment al?

De laatste jaren zijn er allerlei initiatieven ontplooid, maar leefstijlprogramma's waarvan de effectiviteit bewezen is in wetenschappelijk onderzoek van voldoende kwaliteit, ontbreken vrijwel geheel. Voorzover wij op de hoogte zijn, geldt dit alleen voor het trainingsprogramma Meer bewegen op de Dagbesteding.¹⁻⁴ Dit programma is onder leiding van Prof Dr Heleen Evenhuis (Erasmus MC) ontwikkeld in samenwerking met het GOUD-consortium, en bestaat uit een educatief deel en een trainingsdeel waarin de intensiteit geleidelijk wordt opgebouwd vanaf een laag niveau. De effectiviteit is onderzocht in een RCT. Het programma werd goed geaccepteerd, leidde in 8 maanden tot eerste significante verbetering van fitheids- en gezondheidsmaten, en zou buiten de langdurige zorg de opstap kunnen vormen naar deelname aan regulier beschikbare sport- en fitheidsactiviteiten. Het educatieve deel is te downloaden op het Kennisplein Gehandicapten.⁵

1-4. Van Schijndel et al, 2013; 2014a; 2014b; in press 2016

9. Cluster Slaapproblemen

Slaapproblemen komen bij mensen met verstandelijke beperkingen vaker voor dan in de algemene bevolking; dit neemt op oudere leeftijd toe tot ruim 70%. Dit heeft enerzijds te maken met nachtelijke lichamelijke of psychische klachten, anderzijds met omgevingsfactoren (licht, geluid, te vroeg naar bed). Chronische stress en hyperarousal spelen een grote rol.

Daarnaast is uit onderzoek aan het Erasmus MC gebleken dat het circadiaan (24-uurs) slaap-waakritme in zijn geheel gefragmenteerd is; dit heeft vermoedelijk te maken met de hersenontwikkelingsstoornis of hersenschade die ook geleid heeft tot de verstandelijke beperking. Bij een verstoord slaapwaakritme is er sprake van een verminderd welbevinden, meer stemmingsstoornissen en verhoogd risico op ziektes als diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

Slaap is een hogere neurologische vaardigheid: hoe ernstiger de verstandelijke beperking, hoe meer ondersteuning er op het gebied van slaap nodig is om tot een gezond slaap-waakritme te kunnen komen. Een verstoord slaap-waakritme dient dan ook onderkend te worden voor een tijdige verwijzing naar een gespecialiseerd slaapwaakcentrum. Echter, het merendeel van de slaapproblemen wordt juist niet als zodanig onderkend. Een opsporingsvragenlijst voor woonbegeleiders en een richtlijn voor systematische, multidisciplinaire differentiaal-diagnostiek worden gevalideerd en daarna geïmplementeerd, terwijl onderzoek loopt naar de effecten van lichttherapie op het circadiaan ritme en depressie.

Zorgvragen: is er een slaapprobleem en wat is de oorzaak; is er sprake van een stoornis van het circadiaan slaap-waakritme; interventie-advies.

Doel: beter slapen; optimaliseren van het slaap-waakritme. Bij een verstoord slaap-waakritme dient er aandacht te zijn voor cardiovasculaire morbiditeit en depressief syndroom.

Methoden: multidisciplinaire diagnostiek en advisering.

Wie indiceert: huisarts, medisch specialisten

Welke disciplines staan centraal:* huisarts, AVG, gespecialiseerde psycholoog/orthopedagoog, eerstelijnspsycholoog, woonbegeleiders, gezinsbegeleiders, fysiotherapeut.

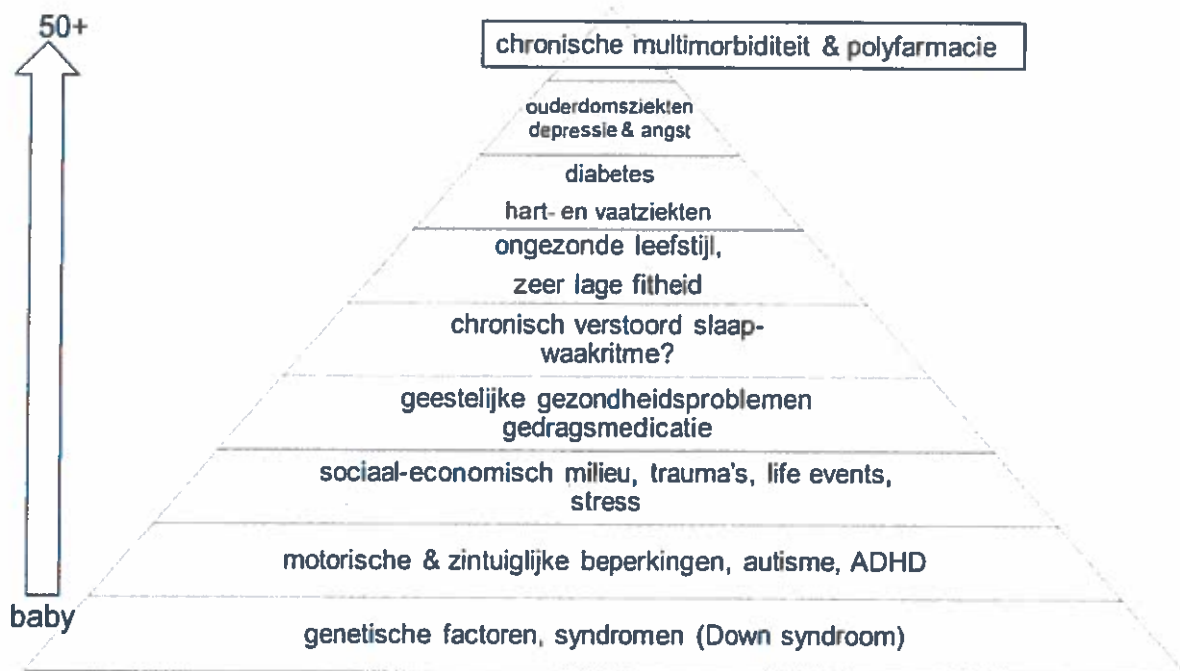
Met welke disciplines wordt samengewerkt: regionale slaappoli, ouderengeneeskundige, therapeut sensorische informatieverwerking, ergotherapeut (slaaphouding en omgeving).

*Voor verbetering van de lichamelijke activiteit overdag wordt verwezen naar het cluster Leefstijl.

10. Cluster Ouderen: functionele achteruitgang, multimorbiditeit, kwetsbaarheid

'Ouderen' is in de populatie met verstandelijke beperkingen een relatief begrip: bij vijftigers worden gemiddeld al evenveel gezondheidsproblemen, chronische multimorbiditeit, polyfarmacie en kwetsbaarheid aangetroffen als bij 75-plussers in de algemene populatie. Dat wil zeggen dat de problemen al vóór het 50ste jaar kunnen optreden. Het heeft daarom geen zin, een precieze leeftijdsgrens aan te geven.

Bij volwassenen met het Down syndroom heeft vroege veroudering een genetische basis. Bij degenen met andere oorzaken voor hun verstandelijke beperking is dat veelal nog niet onderzocht. Bij hen ontstaan vroege chronische multimorbiditeit en kwetsbaarheid op basis van enerzijds genetische aanleg en aangeboren beperkingen en aandoeningen, anderzijds door ongunstige factoren die zich gedurende de levensloop opstapelen (figuur). Een screeningsinstrument voor kwetsbaarheid bij mensen met verstandelijke beperkingen is in ontwikkeling.



Meerdere van deze factoren zijn in een eerder stadium behandelbaar of te voorkomen, o.a. door goede medische en psychosociale zorg volgens de hiervoor beschreven clusters, waarmee de gezondheid proactief in stand gehouden wordt.

Bij ouderen bij wie reeds sprake is van achteruitgang en kwetsbaarheid, gaat dit cluster dan ook niet meer over preventie, maar over gerichte advisering over begeleiding, activering en zorg.

Zorgvraag: hoe kan functionele achteruitgang worden beperkt, wat is de zorgbehoefte, waar kan deze worden geboden?

Doel: optimale begeleiding van kwetsbare ouderen

Wie indiceert: huisarts, klinisch geriater, wijkverpleegkundige

Welke disciplines staan centraal: AVG, gespecialiseerde psycholoog/orthopedagoog, paramedische disciplines (waaronder ergotherapeut, fysiotherapeut, logopedist, diëtist), woonbegeleiders.

Met welke disciplines wordt samengewerkt: wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater.

11. Cluster Ethische vraagstukken

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking staan de hulpverleners met regelmaat voor ethische dilemma's. Er zijn ethische vragen over het opleggen van beperkingen, bijvoorbeeld het achter slot en grendel houden van voedsel bij ernstig overgewicht of vrijheidsbeperking in verband met risicovol gedrag. Beslissingen over anticonceptie en het krijgen van kinderen behoeven zorgvuldige afweging waarbij morele aspecten een grote rol spelen. Bij *advance care planning* aan het einde van het leven, waarin bijvoorbeeld gesproken wordt over het geven of onthouden van kunstmatige voeding via een PEG-sonde, over al dan niet behandelen van een ziekte, over palliatie en het levenseinde, moeten er afwegingen gemaakt worden die vaak van morele aard zijn. Zowel de patiënt zelf als deze wilsbekwaam is, als ouders/wettelijk vertegenwoordigers bij vaak voorkomende wilsonbekwaamheid ter zake, hebben daarbij ondersteuning nodig van een AVG of andere professional die getraind is om deze ethische vraagstukken met de betrokkenen te bespreken en gezamenlijk tot een besluit te komen.

De NVAVG ontwikkelt handreikingen over ethische vragen en er is recent een boek uitgekomen met een bespreking van ethische dilemma's in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.*

Zorgvraag: begeleid de betrokkenen bij het verhelderen van het ethische dilemma dat in de medische zorg van de patiënt ontstaan is, zodat er een afgewogen besluit kan worden genomen.

Doel: verhelderen van het ethische dilemma/ gericht zijn op consensus en besluitvorming

Wie indiceert: huisarts, AVG, medisch specialist

Welke disciplines staan centraal: AVG (of gedragskundige) met ethische scholing, ethicus

Met welke disciplines wordt samengewerkt: huisarts, medisch specialist, (ethicus)

*Schermer M, Ewals F & Weisz M. Ethische dilemma's in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Koninklijke Van Gorcum BV, Assen, 2016

BIJLAGE 6

Extramurale behandeling AWBZ

Individuele behandeling

(bron: Zorgcijfersdatabank, College voor zorgverzekeringen; realisatie 2012)

Prestatiecode NZa	Omschrijving	Kosten (1 = 1 euro)
H325	Behandeling basis JLVG[1]	18.736.900
H326	Behandeling basis SGLVG-traject	6.747.900
H327	Behandeling basis SGLVG deeltijd	2.286.000
H328	Behandeling basis SOM, PG, VG, LG	14.234.600
H329	Behandeling gedragswetenschapper	19.703.200
H330	Behandeling paramedisch	8.084.100
H331	Behandeling Families First (J)LVG	2.020.200
H334	Behandeling IOG (J)LVG	32.585.200
	Totaal behandeling individueel	104.398.100

Behandeling in groepsverband

(bron: Nederlandse Zorgautoriteit; budgettering 2013)

Prestatiecode NZa	Omschrijving	Kosten (1 = 1 euro)
H802	Dagbehandeling ouderen SOM en PG	14.087.800
H819	Dagbehandeling VG emg	3.227.500
H820	Dagbehandeling VG kind midden	14.919.600
H821	Dagbehandeling VG kind zwaar	30.492.100
H817	Dagactiviteit VG kind emg	38.289.600
H818	Dagactiviteit VG kind gedrag	4.456.700
H822	Dagbehandeling VG kind gedrag	4.274.800
H837	Dagbehandeling LG licht	194.400
H838	Dagbehandeling LG midden	1.355.500
H839	Dagbehandeling LG zwaar	1.185.900
H891	Dagactiviteit JLVG	29.972.000
	totaal budgettering	142.455.900
	Inschatting realisatie o.b.v. gegevens dagbesteding over 2012 (in 2012 waren er nog geen aparte prestatiecodes dagbehandeling)	11,40%
	Totaal behandeling in groepsverband	158.695.900
	Totaal extramurale behandeling	263.094.000

Afkortingen:

JLVG: jeugdige licht verstandelijk gehandicapten

SGLVG: sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten

SOM: mensen met een somatische aandoening of beperking

PG: mensen met een psychogeriatrische aandoening of beperking

VG: mensen met een verstandelijke beperking

LG: mensen met een lichamelijke handicap

Subsidieregeling 'extramurale behandeling' (exclusief zintuiglijke handicap)**Subsidieregeling*:** **Individuele behandeling**

Prestatiecode NZa	Omschrijving	Kosten
S325	Behandeling LVG (18 - 23 jaar)	€ 705.879
S326	Behandeling SGLVG-traject	€ 4.065.123
S327	Behandeling SGLVG deeltijd	€ 491.939
S328	Behandeling SOM, PG, LG en VG 18+	€ 4.627.553
S329	Behandeling gedragswetenschapper	€ 7.221.500
S330	Behandeling paramedisch	€ 944.280
S331	Behandeling Families First LVG (18 - 23 Jaar)	€ 22.673
S334	Behandeling IOG LVG (18 - 23 jaar)	€ 742.684
Subtotaal		€ 18.821.631

WLZ.2.3.7.VV.07:** **Individuele behandeling**

Prestatiecode NZa	Omschrijving	Kosten
H325	Behandeling basis JLVG	€ 1.960.697
H326	Behandeling basis SGLVG-traject	€ 267.282
H327	Behandeling basis SGLVG deeltijd	€ 299.594
H328	Behandeling basis SOM, PG, VG, LG	€ 2.109.575
H329	Behandeling gedragswetenschapper	€ 2.795.230
H330	Behandeling paramedisch	€ 738.342
H331	Behandeling Families First (J)LVG	€ 65.427
H334	Behandeling IOG (J)LVG	€ 2.003.044
Subtotaal		€ 10.239.191
Subtotaal	Individuele behandeling	€ 29.060.822

Subsidieregeling: **Behandeling in groepsverband**

Prestatiecode NZa	Omschrijving	Kosten
S802	Dagbehandeling ouderen SOM en PG	€ 30.024.312
S804	Dagbehandeling ouderen SOM en PG Huntington	€ 236.370
S819	Dagbehandeling VG emg	€ 523.617
S837	Dagbehandeling LG licht	€ 573.357
S838	Dagbehandeling LG midden	€ 1.108.696
S839	Dagbehandeling LG zwaar	€ 2.527.020
Subtotaal		€ 34.993.373
Subtotaal	Behandeling in groepsverband	€ 34.993.373

Totaal extramurale behandeling **€ 64.054.195**

* Bron: © Zorginstituut Nederland - Gegevensbron: 2015 (geproduceerd in mei 2016)

** Bron: © Zorginstituut Nederland - Gegevensbron: 4e kwartaal 2015 (geproduceerd op 12-02-2016)

Bijlage 7



Aan : Zorginstituut Nederland, t.a.v. C.
Van : Patiëntenfederatie Nederland, C.
Onderwerp : Consultatie concept rapport extramurale behandeling
Datum : 19 september 2016

Beste C

Eind augustus ontvingen wij de conceptversie van het rapport extramurale behandeling, ter consultatie. Dank daarvoor. In onderstaande reactie gaan wij in op de aandachtspunten m.b.t. ouderen. Voor consultatie m.b.t. de VG problematiek gaan wij ervan uit dat Ieder(in) geraadpleegd is.

Ouderen blijven steeds langer thuis wonen met zwaardere zorgvragen. Passende en samenhangende zorg, ondersteuning en behandeling thuis wordt steeds belangrijker. Wij verwachten dat het onderbrengen van de extramurale behandeling onder de Zvw een bijdrage kan leveren aan passende en samenhangende zorg, ondersteuning en behandeling thuis. Tegelijk zien wij ook belangrijke aandachtspunten:

Toegankelijkheid

Het moet voor ouderen/mantelzorgers duidelijk zijn hoe en waar ze de zorg, ondersteuning en behandeling kunnen regelen, wie het coördineert en wie hun aanspreekpunt is. In het rapport staat dat de huisarts het eerste aanspreekpunt is en dat in overleg met de specialist ouderengeneeskunde besloten kan worden de zorg tijdelijk over te dragen aan de specialist ouderengeneeskunde. Deze wordt dan ook regiebehandelaar. Wij vinden het belangrijk dat de oudere/mantelzorger kan mee beslissen wie de regiebehandelaar is. Het dient altijd helder te zijn wie het aanspreekpunt voor de oudere/mantelzorger is.

Betaalbaarheid

Extramurale behandeling werd bekostigd vanuit de AWBZ, daarna via een subsidieregeling en nu is het voorstel om het onder te brengen in de Zvw. Binnen de Zvw krijgen ouderen/mantelzorgers te maken met het eigen risico en de polisvoorwaarden van de 'gekozen' zorgverzekering. Wanneer de specialist ouderenzorg in de tweede lijn werkzaam is, vergoeden wellicht niet alle polissen deze zorgverlener. Daarnaast is de vergoeding van paramedische zorg anders. Binnen de AWBZ werd bijvoorbeeld aandoeninggerelateerde fysiotherapie volledig vergoed, terwijl binnen de Zvw fysiotherapie voor aandoeningen op de chronische lijst vanaf de 20^e behandeling wordt vergoed. Het moet voor ouderen/mantelzorgers vooraf duidelijk zijn wat wel en niet vergoed wordt. Daarnaast moet aandacht zijn voor stapeling van kosten, omdat binnen de Zvw (paramedische) zorgvormen onafhankelijk van elkaar begrensd zijn of een eigen bijdragen kennen.

Keuzevrijheid

In het rapport staat dat voor goede multidisciplinaire zorgverlening samenhangende zorg- en functieprogramma's noodzakelijk zijn. Op basis van deze programma's worden individuele zorgplannen opgesteld. Samenhangende zorg- en functieprogramma's zijn wenselijk, maar mogen nooit de keuzevrijheid m.b.t. zorgverleners en individuele invulling van zorg in de weg staan.

Naast de drie bovenstaande thema's vragen wij aandacht voor de volgende punten:

- Door extramurale behandeling onder te brengen in de Zvw, krijgen ouderen te maken met zorgverleners uit de intramurale setting. We vinden het belangrijk dat deze zorgverleners ook de competenties hebben om te werken in een thuissituatie met het perspectief op (zolang mogelijk) thuis blijven. Dat betekent dat ze over de grenzen van hun eigen zorgorganisatie heen moeten kunnen kijken.
- De zorg zoals beschreven in het rapport zou per 1 januari 2018 onder de Zvw moeten vallen. Om dit te realiseren moeten zorgverzekeraars de zorg al eerder inkopen. Zorgverzekeraars kunnen inkopen als zorg- en functieprogramma's gereed zijn. Er is nog veel te realiseren en tijdsdruk mag niet ten koste gaan van kwaliteit van zorg- en functieprogramma's en kwaliteit van inkoop.
- De doelgroep waarover dit rapport gaat zijn mensen die thuis wonen, waarschijnlijk met zorg zoals wijkverpleging en Wmo-voorzieningen, en die behandeling nodig hebben vanwege complexe problematiek. Voor 2015 kregen deze mensen zorg uit de AWBZ. Een heldere beschrijving van de doelgroep en een inschatting van het aantal mensen waarover het gaat, staat niet in het rapport. Voor de begrijpelijkheid van het rapport is dit wel wenselijk.

Wij hopen dat u bovenstaande punten mee kunt nemen in de definitieve versie.

Met vriendelijke groet,

Corrien van Haastert
Senior beleidsmedewerker Patiëntenfederatie Nederland

19 september 20

Beste C, F en J

Allereerst veel dank voor het door u geleverde rapport. Het is een gedegen stuk werk en er is goed geluisterd naar de vertegenwoordigers uit de diverse beroepsgroepen. Het lijkt mij dat het een zeer compleet document is geworden. Op mijn beurt wil ik een poging doen de gestelde vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Daarbij spreek ik vooral als vertegenwoordiger van de beroepsgroep diëtisten die werkzaam zijn in de verstandelijk gehandicaptenzorg en die georganiseerd zijn in de vereniging DVG waarvan ik momenteel voorzitter ben.

Onderschrijf ik de conclusies betreffende de plaats van deze zorg in de Zvw?

Jazeker, die kan ik onderschrijven. Extramurale zorg aan verstandelijk beperkten dient zeker te vallen onder de Zvw. Ook dan is multidisciplinaire zorg voorwaarde voor goede zorg.

Naar aanleiding van hoofdstuk 7:

Ik kan het er mee eens zijn dat nog niet alle zorg zoals diëtisten die leveren binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking goed omschreven is. Deze groep mensen is dan ook zeer divers.

In principe hanteert elke diëtist de bestaande dieetbehandelingsrichtlijnen zoals die al langer voor diëtetiek bestaan. Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn echter vaak aanvullende eisen aan het dieet noodzakelijk vanwege syndroom, comorbiditeit, multifarmacie, taalbegrip, ziektebesef en woonvorm. Communicatie verloopt anders en er zijn weinig aangepaste materialen beschikbaar. Er wordt al wel gesproken over het uitwerken van deze aanvullende richtlijnen, maar concrete initiatieven op dit gebied zijn er op dit moment niet. Uniformiteit in behandeling is echter wel een punt dat op de agenda staat van onze vereniging.

Ik wil er met nadruk op wijzen dat binnen onze eigen vereniging DVG aan de individuele leden al wel eisen worden gesteld. Deze staan deels statutair vast en worden nader omschreven in ons huishoudelijk reglement. Deze zal ik hier vermelden:

- Verplichting tot registratie en regelmatige herregistratie in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Minimaal 8 uur per week werkzaam in de sector van mensen met een verstandelijke beperking.
- Actieve deelname aan regionale DVG bijeenkomsten waarin naast uitwisseling van kennis en ervaring ook vormen van intervisie worden beoefend. Daarbij is men verplicht om over 3 jaar gemeten tweederde van deze bijeenkomsten bij te wonen.
- Vanwege onder meer de transitie in de zorg en de bezuinigingen die daarmee samengaan merken wij dat instellingen voor verstandelijk beperkten steeds vaker hun vaste contacten met paramedici niet meer verlengen of zelfs beperken. Er wordt dan gekozen voor zelfstandig gevestigde diëtisten. In een dergelijk geval kan niet meer precies worden nagegaan hoeveel tijd de betreffende diëtist aan werkzaamheden ten behoeve van mensen met een verstandelijke beperking besteedt. Daarvoor hebben we als vereniging aanvullende eisen die liggen op het vlak van scholing en deelname aan regiobijeenkomsten en intervisie. Dat alles wordt bijgehouden via aanwezigheidsregistratie. Als een lid niet aan deze eisen voldoet kan zij worden uitgesloten van verder lidmaatschap.

De vereniging DVG is bezig specifieke kennis betreffende dieetzorg aan mensen met verstandelijke beperking via scholing aan de eigen leden uit te breiden en zodoende ervoor zorg te dragen dat elk lid dezelfde scholing kan krijgen. Daarvoor is inmiddels een eigen 3 daagse scholing gestart die een eerste basis moet bieden en er zijn plannen voor meerdere extra verdiepingdagen. Thuis studie en casus uitwerkingen en besprekingen zijn een belangrijk onderdeel bij deze scholing.

Voorts zijn binnen de vereniging DVG inmiddels al vele specifieke syndromen die bij verstandelijk beperkten voorkomen uitgebreid beschreven waarbij met name de daarbij voorkomende voedingsproblemen in kaart gebracht zijn.

Op deze manier proberen wij als vereniging DVG kennis en ervaring met elkaar te delen en te toetsen en streven wij naar meer eenduidigheid in de behandelingen.

Met de NVAVG en met de vereniging van orthopedagogen en psychologen en met andere paramedische disciplines is vorig jaar een begin gemaakt met samenwerking juist om betere zorg te kunnen bieden en de multidisciplinaire

samenwerking beter gestalte te kunnen geven. Dit proces zal zeker voortgang vinden. Wij blijven hier beslist aan deelnemen.

Als DVG zijn wij zeker bereid mee te denken en mee te werken aan een goede beschrijving van de zorg die door diëtisten geleverd dient te worden aan mensen met een verstandelijke beperking. Naar mijn mening is juist dit multidisciplinair overleg zeer geschikt om hiervoor een eerste aanzet te geven.

Overige opmerkingen:

Gezien de aard van het rapport en de uitgebreide beschrijving van de geleverde zorg is het gedeelte betreffende de paramedici zeer kort. Begrijpelijk omdat dit al binnen de Zvw geregeld is. Echter naar mijn mening had nog meer benadrukt kunnen worden dat voor diëtistische hulp aan mensen met een verstandelijke beperking in alle gevallen 3 uur op jaarbasis zo weinig is dat geen succes van de behandeling verwacht kan worden. Het in kaart brengen van de benodigde gegevens via het netwerk van de bewuste cliënt is al zeer intensief en de behandeling nog meer. En juist deze groep cliënten heeft in het algemeen geen eigen geld om zelf extra hulp in te kopen.

Ik wil u danken voor de samenwerking in het afgelopen jaar en uw bereidheid ons als paramedische discipline bij dit overleg aanwezig te laten zijn.

Met vriendelijke groet,

Marisca Lijsterburg
Voorzitter vereniging DVG

Reactie van Verenso op het concept rapport 'Extramurale behandeling' van het Zorginstituut Nederland

Allereerst willen wij complimenten maken over het rapport in zijn totaliteit en in het bijzonder over de wijze waarop de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde, de werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde en het arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde zijn omschreven. Wij zijn van mening dat hier een helder en realistisch beeld wordt neergezet van het werk van de specialist ouderengeneeskunde.'

Zoals wij in eerdere gesprekken met u hebben uiteengezet gaat uw conclusie dat "de zorg die de specialist ouderengeneeskunde biedt overeenkomt met de zorg zoals de huisarts die aan een algemene populatie biedt" ons te ver.

Wij hebben hierbij verschillende overwegingen:

- Huisartsen bieden zorg aan alle patiënten die bij de huisartsenpraktijk staan ingeschreven. Ook aan ouderen met een grote variatie aan aandoeningen. Slechts voor een beperkt aantal kwetsbare ouderen met multiple problematiek ziet de huisarts dat het arsenaal waarover hij beschikt te kort schiet. Voor deze groep ouderen is het van belang dat de huisarts kan door verwijzen naar de specialist ouderengeneeskunde. In principe is deze doorverwijzing niet anders dan een verwijzing naar een internist die eveneens zorg biedt met een generalistisch karakter en ook gebruik maakt van anamnese, lichamelijk onderzoek en diagnostiek.
- De specialist ouderengeneeskunde begint daar waar de huisartsgeneeskunde onvoldoende mogelijkheden heeft.
- Ook voor de geriatrische revalidatie zorg welke in 2013 is ondergebracht in de zorgverzekeringswet is de zorg van de specialist ouderengeneeskunde omschreven. In artikel 2.5c Bzv is bepaald dat: "Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multi morbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is." Is het niet logisch dat deze omschrijving wordt verbreed naar alle activiteiten van de specialist ouderengeneeskunde binnen de zorgverzekeringswet?
- Ouderengeneeskunde is een zelfstandige generalistische tak van geneeskunde. In het kaderbesluit van het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten staat in artikel A3: "De volgende deelgebieden der geneeskunde worden als specialisme aangewezen en daaraan zijn de genoemde titels verbonden: a. huisartsgeneeskunde: huisarts; b. specialisme ouderengeneeskunde: specialist ouderengeneeskunde; c. geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten: arts voor verstandelijk gehandicapten."
- Het zou vreemd zijn als binnen de zorgverzekeringswet het registratiesysteem van erkende specialismen wordt genegeerd.
- Tot slot zijn wij van mening dat wanneer de specialist ouderengeneeskunde niet met naam en toenaam wordt genoemd in de zorgverzekeringswet de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekeraars hier ook geen melding van maken. Voor patiënten en (verwijzende) professionals wordt het dan wel heel lastig om na te gaan in hoeverre er een recht bestaat op zorg en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde. Laat staan dat de patiënt kan weten dat deze deskundigheid beschikbaar is.

Uw vraag met betrekking tot omschrijvingen van goede zorg kunnen wij voor een deel onderschrijven. Voor een deel bestaan er omschrijvingen van goede zorg. Wij denken daarbij onder andere aan de zorgstandaard dementie en cva. Ook voor de GRZ is deze beschrijving beschikbaar en zelf noemt u ook een aantal goede voorbeelden. Omdat de specialist ouderengeneeskunde te maken heeft met multi -morbiditeit, er niet alleen gekeken wordt naar de patiënt, maar ook naar het systeem daaromheen en functionele beperkingen en mogelijkheden belangrijker zijn dan diagnostische etiketten, zal het lastig zijn tot éénduidige omschrijvingen te komen. Samen met de LHV hebben wij een viertal modules omschreven die op een meer generieke wijze omschrijven welke producten de specialist ouderengeneeskunde kan leveren. Wel zijn wij het met u eens dat het wenselijk is om meer systematisch te omschrijven voor welke categorieën patiënten de specialist ouderengeneeskunde van betekenis kan zijn. Wij zijn voornemens om in afstemming met de kaderopleiding specialisme ouderengeneeskunde eerste lijn, deze taak op te nemen.

Reactie Carmen van Bussel en Mark Vervuurt (namens ZMVB van NIP/NVO) op document Extramuraal behandeling

Aan: jlatta@zinl.nl, fmeer@zinl.nl en cmastenbroek@zinl.nl

Nogmaals willen we allereerst graag benoemen dat we het stuk over het algemeen goed vinden, en recht doend aan de groep mensen waar we dit voor doen, onze cliënten, én aan onze beroepsgroep en de collega-zorgverleners.

Dank voor de wijze waarop onze eerdere 'input' vanuit de inhoud van het werk, is vertaald naar een voorstel tot beleid.

Beantwoording van de vragen:

1. Onderschrijft u onze conclusies over de plaats van deze zorg in de Zvw?

We onderschrijven de conclusies m.b.t.:

- Extramuraal zorg passend binnen de ZVW
- De verwachting dat er goede beschrijvingen komen van de zorgpaden/programma's (processen) waar de cliënt op kan rekenen en die de zorgverzekeraars handvaten geven voor de financiering.
- De noodzakelijke aanpassingen in multidisciplinair werken en vergoeding van meer tijd vanwege de doelgroep specifieke vragen

Wij zien vooral nog 'mitsen en maren' als het gaat om het onderscheid tussen de psycholoog en de orthopedagoog. We zijn blij dat Carmens reactie op de vorige versie van dit stuk (m.b.t. het kunstmatige onderscheid tussen GZ-psycholoog en orthopedagoog generalist) is verwerkt (zie "2016105583 Bijlage VB bij EMB - 1- POVOOPEN - 2").

Toelichting:

In de conclusie en de samenvatting wordt de GZ-psycholoog 'geheel vergoed' en de orthopedagoog generalist (in één adem genoemd met de vaktherapeuten) alleen als de behandeldoelen duidelijk omschreven staan. Dit is, omdat zij veelal exact hetzelfde werk doen, en beiden bevoegd en bekwaam dienen te zijn, een onterecht onderscheid tussen psycholoog en orthopedagoog en zouden we graag aangepast zien. Dit geldt ook voor de titel van het kopje ("*zoals de gespecialiseerd psycholoog en paramedici*", op bladzijde 8) die de onjuiste suggestie wekt dat de orthopedagoog onder de paramedische beroepen valt.

Waarschijnlijk is dit onderscheid ontstaan omdat de orthopedagoog generalist (nog) niet toegelaten is tot de wet BIG. Daar zit, denken wij, het probleem en is wat wringt in de hele huidige praktijk in relatie tot de wetgeving/de vergoedingen. Hiermee worden cliënten echt tekort gedaan: de gemiddelde GZ-psycholoog is wel bevoegd, maar niet altijd bekwaam in het werken met mensen met een VB (weigert dat zelfs vaak om die reden te doen, of ziet geen mogelijkheden vanwege het lage IQ). Dit geldt uiteraard niet voor alle GZ-psychologen: wanneer een GZ-psycholoog wel bevoegd en bekwaam is, betreft het vaak een GZ-psycholoog die eerst de opleiding tot (basis-) orthopedagoog heeft gevolgd. Ook de vereniging voor GZ-psychologen (NVGzP) en de opleiding tot GZ-psycholoog sluiten nog onvoldoende aan bij de behoeften van de GZ-psychologen (i.o.) die werken met mensen met een VB. De opleiding van de orthopedagoog generalist sluit op dit moment inhoudelijk veel beter aan op het benodigde deskundigheid op het zorg- en behandelaanbod voor mensen met een verstandelijke beperking, maar is dus geen BIG-beroep. De cliënt met een VB die gebruik wil maken van de inzet en deskundigheid van de orthopedagoog generalist moet, om deze kwalitatief goede zorg te krijgen, de behandeling om die reden nu (grotendeels) zelf betalen. O.i. is dit een mismatch tussen de wetgeving en praktijk, waar de mens met een VB de dupe van wordt. Misschien is dit nog iets om in het hoofdstuk 'Cliëntperspectief' toe te voegen?

De 'GZ-psycholoog-en-Orthopedagoog Generalist-kwestie', geldt overigens ook nog voor de beroepsgroep van de Kinder- en Jeugdpsychologen, die nu in het geheel niet genoemd worden. Zij zijn eveneens frequent werkzaam met mensen met een VB, ook als regiebehandelaar. Ook zij hebben een postmaster opleiding en kunnen, net als de GZ-psycholoog en orthopedagoog generalist, ook deze taken uitvoeren.

We willen u daarom vragen nogmaals aandacht te besteden aan paragrafen 6.1 en 6.2. Er wordt naar onze mening een onderscheid gemaakt dat meer verwarring oproept dan duidelijkheid geeft. De beschrijving onder 6.2 zien we graag aangepast. De eerste alinea van 6.2 kan misleidend zijn in de zin dat het impliceert dat 'het arsenaal' van de orthopedagoog-generalist grotendeels niet onder de ZVW kan vallen, of niet voldoen aan de eisen van regisserend behandelaarschap (laatste alinea 6.2 voor witregel). Echter belangrijker om te benoemen is dat de kennis en competenties van de orthopedagoog generalist voldoen t.b.v. inzetbaarheid van een functie zoals in dit stuk benoemd als 'gespecialiseerde psycholoog'. Hieruit volgt vanzelfsprekend dat de OG juist inzetbaar is als gespecialiseerd psycholoog/regisserend behandelaar, zoals u dat zelf ook later in de tekst (en in de conclusie) stelt. We willen u dan ook vragen de eerste twee zinnen uit die alinea aan te passen of te verwijderen. Overigens werken ook GZ-psychologen in domeinen als onderwijs en jeugdhulp waar dan ook de genoemde competenties voorop staan. De nadruk die daarop bij de orthopedagoog wordt gelegd vonden wij dan ook wat vreemd. Ook niet alle werkzaamheden die een GZ-psycholoog uitvoert vallen daarom onder de ZVW en ook een GZ-psycholoog dient, net als een orthopedagoog generalist bevoegd en bekwaam te zijn (pag. 33). In het stuk wordt eenmaal vermeld dat de orthopedagoog generalist ook regiebehandelaar kan zijn (bladzijde 37), maar dat komt niet geheel overeen met de opmerkingen in eerdere hoofdstukken (bladzijde 33). Daarnaast wekt de tekst in de samenvatting onder het kopje *zoals de gespecialiseerd psycholoog en paramedici* de indruk dat zowel psycholoog als orthopedagoog geen regiebehandelaar kunnen zijn, terwijl in de hoofdtekst dat wel duidelijk wordt genoemd. Dit kan voor verwarring zorgen en we willen u vragen dit aan te passen.

2. In hoofdstuk 7 concluderen wij dat er nog niet voor alle zorg beschrijvingen van de goede zorg zijn. Voor welke doelgroep is deze beschrijving er nog niet? Bent u het eens met onze aanbeveling om zo spoedig mogelijk initiatieven te ontwikkelen om (voor alle doelgroepen) te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is. Welke rol wilt u daarbij spelen?

We zijn het zeer eens met de stelling dat er nog geen uniforme beschrijving is van 'goede zorg' voor mensen met een VB. We zijn het ook eens met de stelling dat de beroepsgroepen zelf tot beschrijvingen moeten komen. Er zijn beschrijvingen, maar we denken dat ordening gewenst is, en een denken 'buiten' de instellingen. In de bestaande beschrijvingen is overigens naar onze verwachting meer overlap dan verschil.

Voor ons is echter toch niet helder wat precies wordt verstaan onder 'per aandoening': is de VB op zich een 'aandoening'? Of gaat het om behandelbare 'aandoeningen' bij mensen met een VB en hoe hiermee om te gaan? O.i. betreft het beiden: (1) het accepteren van en leren omgaan met de 'aandoening' verstandelijke beperking, bijvoorbeeld, met behandeling welke een inclusief en zo zelfredzaam mogelijk leven beoogt, maar ook (2) behandeling van andere (reguliere) medische en psychiatrische 'aandoeningen', die een bijzonder aanpak en benadering vragen (bejegening, communicatie, brede, pro-actieve diagnostiek, met het systeem, met een aangepast tijdsbeloop, etc).

En maken we dan een onderscheid tussen verschillende 'aandoeningen' als Licht VB, Matig VB en Ernstig VB? Of tussen medisch/somatische aandoeningen en psychische aandoeningen (GGZ-zorg?)

Kortom: voordat we zorgprocessen 'per aandoening' kunnen gaan beschrijven, dient eerst de definitie hiervan helder te worden, juist vanwege de vrijwel altijd aanwezige samenhang in en de complexiteit van de zorgvraag (het bio-psycho-sociaal model, wat in het hele beleidsstuk juist zo goed beschreven is).

Wellicht dat een aantal voorbeelden ons hierin meer richting en begrip kunnen geven. Heel fijn dat het ZIN hiertoe een inhoudelijke voorzet kan doen/een bijdrage kan leveren, om te voorkomen dat we opnieuw stukken gaan schrijven die niet voldoen aan de taal/vorm/criteria die de NZA wenst/begrijpt/kan vertalen in financiering.

De reeds bestaande maar momenteel niet actieve Werkgroep Multidisciplinair werken (NVAVG, NIP/NVO en paramedici), waar ook het stuk 'Clusters van Comorbiditeit' is ontstaan, lijkt ons

hiervoor de juiste ingang, (t.z.t.) aangevuld met wetenschappelijk deskundigen uit het veld en de vaktherapeuten. Overigens zijn hier in het land ook al initiatieven gaande, zoals het Nationaal Programma Gehandicaptenzorg.

Vanuit NIP/NVO is Carmen hiervoor met plezier contactpersoon voor het maken van vervolgspraken. Afhankelijk van het inhoudelijk beloop, kunnen wij dan intern specialisten zoeken die kunnen meedenken en -schrijven.

Daarbij kunnen organisaties als de VGN en Vilans hierbij mogelijk eveneens een belangrijke rol hebben of krijgen.

3. Heeft u overige opmerkingen en/of suggesties, zijn er zaken die u mist?

Opmerkingen bij de Samenvatting:

De term 'gespecialiseerd psycholoog' vraagt in het gehele stuk om een betere uitleg. Het is geen gangbare term en kan voor verwarring zorgen. Bedoeld wordt 'in mensen met een verstandelijke beperking gespecialiseerde psycholoog', maar dit is geen algemeen gebruikte 'titel', zoals bijvoorbeeld 'ouderenpsycholoog' dat wel is. Nu loopt dat geheel aan functiebenamingen in de tekst door elkaar (nog los van het verschil in 'bevoegdheden' zoals beschreven onder vraag 1). Dat behoeft meer duidelijkheid. De term is wel bruikbaar (maar dan 'gespecialiseerd psycholoog of orthopedagoog' i.p.v. gespecialiseerd psycholoog) om de leesbaarheid van het stuk te verbeteren. Echter, de term 'gespecialiseerd psycholoog of orthopedagoog' kan in onze ogen niet worden gebruikt als een vervanger van de nu beschreven en erkende beroepstermen zoals GZ-psycholoog, orthopedagoog generalist, Kinder- en Jeugdpsycholoog, basispsycholoog, basisorthopedagoog en klinisch (neuro) psycholoog. Onze voorkeur heeft gewoon de algemene beschrijving, zeker in de samenvatting: 'psycholoog of orthopedagoog' (dus zonder nadere differentiatie). Mogelijk kan een modelletje (in een bijlage?) de terminologie verhelderen. Ook kan het hierbij helpen om een onderscheid te maken tussen vak- en domeinkennis. Bijvoorbeeld: de OG voldoet aan de inzetbaarheid als behandelaar en regisserend behandelaar voor behandeling van VB in de ZvW (dus qua vak- en domeinkennis). De GZ-psycholoog voldoet wél aan de vak-, maar niet vanzelfsprekend aan de benodigde domeinkennis (VB).

NB: Wij willen t.z.t. best de tekst nalopen om dit te stroomlijnen, maar dan graag in een WORD-document.

Op pagina 9: Eveneens in deze samenvatting wordt opnieuw benoemd dat beschrijvingen van goede zorg nog gemaakt moeten worden. We zijn het hier grotendeels mee eens, maar vragen ons af of dit 'per aandoening' zou moeten (zie verder bij vraag 2).

Opmerkingen bij de Inleiding (hoofdstuk 1):

Bladzijde 12: bij de opsomming van de werkbezoeken komen de orthopedagogen er een beetje bekaaid vanaf, omdat ze worden opgesomd tussen de paramedici. De orthopedagoog is echter een academicus, evenals de psycholoog. Bovendien zijn de orthopedagogen óók verenigd, in de NVO. Het zou daarom passender zijn om in één regel te schrijven: "gesprekken gevoerd met ... vertegenwoordigers van de Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO)". Dit benadert bovendien beter de werkelijkheid, aangezien de aanwezigen (Carmen en Mark) aanwezig waren namens het samenwerkingsverband van NIP én NVO, maar beiden NVO-lid zijn. De 'orthopedagoog' kan dan tussen de paramedici geschrappt worden, dat doet ook de paramedici meer recht.

Opmerkingen bij Duiding gedragsdeskundigen, vaktherapeuten en paramedici (hoofdstuk 6)

Bladzijde 33, Paragraaf 6.1.

In de voetnoot op blz 22 wordt helder gemaakt dat in principe de GZ en OG worden bedoeld. Elders in de tekst wordt soms wel weer de GZ-psycholoog expliciet genoemd, maar de orthopedagoog generalist niet (alleen 'orthopedagoog'). Voor de nauwkeurigheid zouden wij er (zoals eerder genoemd) voor pleiten om in de hele tekst standaard 'psycholoog of orthopedagoog' te gebruiken. Dit komt ook overeen met het beroepscompetentieprofiel voor de VB sector zoals momenteel wordt geschreven (VGN i.s.m. de beroepsverenigingen). Dit helpt ook om de beroepsgroepen zelf te laten beoordelen wie wel en wie niet als gekwalificeerd mag worden beschouwd.

Wat betreft regiebehandelaarschap in relatie tot de Wet BIG: zie onze eerdere opmerkingen.

Opmerkingen bij Een apart te verzekeren prestatie voor Extramurale zorg (hoofdstuk 8)

Hoofdstuk 8 gaat ons eerlijk gezegd inhoudelijk een beetje boven de pet, omdat taalgebruik en woordkeuze voor ons geen dagelijkse kost zijn.

Kopje 8.5: Ook hier wordt de orthopedagoog generalist ogenschijnlijk gelijk geschakeld aan de vaktherapeut als 'ten dele vallend onder de voorwaarden van de basisverzekering'. Het verschil is dat de OG voldoet aan de inzetbaarheid als behandelaar en regisserend behandelaar voor behandeling van VB in de ZvW, qua vak- en domeinkennis. De vaktherapeut daarentegen voldoet niet vanzelfsprekend aan de domeinkennis.

In hoofdstuk 8.3 staat dat de chronische zorg en NAH wel een aparte prestatie zouden kunnen zijn en de VB zorg niet? Het waarom van dit onderscheid is niet helder. En volgens ons wordt er in de Samenvatting een andere suggestie gewekt.

REACTIE VANUIT NIEUW UNICUM OP CONCEPT RAPPORT EXTRAMURALE BEHANDELING ONTLEED

Reactie op positie specialist ouderengeneeskunde (pag 7, pag 8, pag 60)

Zoals reeds aangegeven in het overleg en gedeeld met de andere deelnemers zijn wij van mening dat de zorg van de specialist ouderengeneeskunde niet wordt gedekt door 'de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Hieronder onze toelichting.

De specialist ouderengeneeskunde (s.o.) beschikt over bijzondere deskundigheid op het gebied van de zorg voor specifieke groepen (ouderen met multimorbiditeit, chronisch zieken met progressieve degeneratieve aandoeningen, lichamelijk gehandicapten met complexe stoornissen en beperkingen)¹.

De zorg die de s.o. deze specifieke groepen biedt, is aan de ene kant functiegericht (gericht op omgaan met beperkingen, verbeteren van functioneren, optimaliseren autonomie en zelfredzaamheid) aan de andere kant ziektegericht (gericht op voorkomen van complicaties en zo nodig behandelen van complicaties, samenhangend met de validiteit bepalende diagnose(n))².

Dit is het domein van de gespecialiseerde medische zorg, die door een s.o. wordt geboden.

Daarnaast biedt de s.o. generalistisch geneeskundige zorg. Deze zorg is echter anders dan de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.³ De generalistisch geneeskundige zorg, die een s.o. biedt, wordt mede bepaald door zijn specifieke deskundigheid, met name ten aanzien van het voorkomen van complicaties, het diagnosticeren en zo nodig behandelen van complicaties. Een 'ordinaire verkoudheid' bestaat niet binnen de groep van kwetsbare patiënten, die aan de zorg van de s.o. zijn toevertrouwd. Verstoring van het wankеле evenwicht in de zin van bijvoorbeeld een delier of een bronchopneumonie dreigt. Aandoeningen die op het eerste oog onder de generalistische geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, vallen, vragen in de praktijk om specifieke kennis en vaardigheden met betrekking tot preventie, diagnostisering en behandeling van mogelijke complicaties. Het is de s.o. die deze kennis en vaardigheden, die tot zijn bijzondere deskundigheid behoren, toepast. Bij het leveren van gespecialiseerde geneeskundige zorg, maar zeker ook in de generalistisch geneeskundige zorg, die hij verleent.

Reactie op "beroepsgroepen moeten gezamenlijk per aandoening de specifieke beschrijving opstellen" (pag 9, pag 37)

Wij hebben begrepen dat bij het opstellen van een beschrijving van 'goede zorg' (bijvoorbeeld in de vorm van een zorgprogramma), een belangrijke rol is weggelegd voor de betrokken beroepsgroepen, naast de zorgverzekeraar en patiëntenorganisatie. Wij begrijpen deze insteek maar voorzien bij aandoeningen die vragen om specialistische

¹ Zie pag. 60

² In tegenstelling tot gestelde op pag. 7

³ Zie pag. 8

kennis/ervaring, (zoals bij MS maar o.a. ook bij Parkinson en de ziekte van Huntington) een ongewenste situatie door het zwaartepunt te leggen op de beroepsgroepen gezien onderstaande punten:

- bij de betrokken beroepsbeoefenaren in de eerste en tweedelijns ontbreekt over het algemeen de noodzakelijke specialistische kennis als het gaat om de behandeling van de gevolgen van MS. Dit doordat zij in hun praktijk meestal slechts een zeer beperkt aantal MS-patiënten zien; deze spreiding van MS-patiënten in Nederland is beperkend voor ontwikkelen van specialistische kennis bij de eerste- en tweedelijns behandelaren. Daarmee is een algemene vertegenwoordiging vanuit de beroepsgroepen alleen onvoldoende om te komen tot een adequate beschrijving van 'goede zorg', zowel wat betreft volledigheid als inzicht in de onderlinge samenhang.
- bijkomend probleem is dat de bovengenoemde beroepsbeoefenaren zich doorgaans niet bewust zijn van het feit dat ze niet beschikken over deze specialistische kennis en niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden en ontwikkelingen als het gaat om de behandeling van de gevolgen van MS.

Ons voorstel is bij het beschrijven van de goede zorg waar nodig specialistische centra / toonaangevende gespecialiseerde zorginstellingen (voor het betreffende ziektebeeld) officieel een leidende rol te geven. Vanuit die rol kan samen met een vertegenwoordiging van de betrokken beroepsgroepen, patiënten en zorgverzekeraars een passende beschrijving van de goede zorg worden opgesteld. Voor MS zou Nieuw Unicum deze rol kunnen vervullen, mede gezien de academische backing van het VUmc en het partnership met zowel de patiënten- vereniging als de onderzoeksstichting.

Reactie op het gebruik van de term 'extramurale behandeling' op pag. 39 e.v.

De term 'extramurale behandeling' dekt de lading onvoldoende. Is het mogelijk om in plaats daarvan de term 'extramurale diagnostiek en behandeling' te gebruiken? De term extramurale behandeling impliceert dat het alleen de behandeling inclusief de daaraan voorafgaande diagnostiek betref. Het kan echter ook gaan om enkel diagnostiek / klinisch onderzoek i.h.k.v. advisering. De behandeling kan dan met de adviezen voortkomend uit het onderzoek door de gespecialiseerde beroepsbeoefenaren, zo nodig worden *uitgevoerd* door de niet gespecialiseerde beroepsbeoefenaar in de eigen omgeving van de patiënt. Juist in de nieuwe werkelijkheid waarbij de zorg grotendeels in de eerstelijns komt is voor het opstellen van een goed behandelplan een dergelijke screening door gespecialiseerde professionals (vaak werkzaam in de intramurale zorg) essentieel.

Reactie op pag 46 'Wij gaan er vanuit dat voor ouderen.....ouderengeneeskunde'

Wij stellen voor 'chronisch zieken' toe te voegen.

Reactie op pag 55 'overheveling per 1-1-2018'

Dat lijkt ons beslist te ambitieus en weinig realistisch; het daadwerkelijk beschrijven van de goede zorg, genoemd als een randvoorwaarde voor de overheveling, zal ons inziens meer tijd vragen. Zie eerdere argumentatie rondom dit punt.

Reactie op pag 56, 13.1 'samenhangend aanbod'

Aangegeven wordt dat de in dit rapport beschreven zorg zich in de komende jaren verder moet ontwikkelen in de transformatie van instellingszorg naar zorg door samenwerkende professionals in de setting van de eerstelijnszorg, en dat dit in het belang van goede zorg voor diverse doelgroepen, in de komende periode de nodige aandacht vraagt. Hieraan zouden wij graag specifiek toegevoegd zien 'inclusief de vorming van expertisecentra en netwerkzorg'. Alleen een zorgprogramma is ons inziens onvoldoende voor de vorming van een kwalitatief goed regionaal samenhangend zorgaanbod.

Voorstel voor een oplossingsrichting:

Voor een aantal aandoeningen / ziektebeelden is de rol van expertisecentra belangrijk omdat de eerstelijnszorg alleen onvoldoende in staat is de noodzakelijke specialistische, samenhangende zorg te bieden. Dit wordt o.a. veroorzaakt door het lage volume van patiënten in individuele eerstelijnspraktijken. Dit geldt ook voor V&VT instellingen met een laag volume van een bepaalde patiëntengroep. Participatie / advies van een expertisecentrum is onmisbaar.

In combinatie met de eerstelijnszorg kan de rol van een expertisecentrum bestaan uit het indiceren, adviseren en opstellen van een behandelplan. Deze screening wordt uitgevoerd op verwijzing van een huisarts of specialist. Het multidisciplinaire behandelplan wordt besproken met de cliënt en verwijzend arts, als ook met evt. overige en volgende behandelaren. Het expertisecentrum monitort de voortgang en is daarmee tevens vraagbaak voor de uiteindelijk behandelende beroepsbeoefenaren in de eigen omgeving van de patiënt.

Met deze samenwerking tussen eerstelijnspraktijken en expertisecentra zal de beoogde transformatie van instellingszorg naar zorg door samenwerkende professionals in de setting van de eerstelijnszorg soepeler en sneller tot stand komen + kwalitatief goed zijn. Bovendien kan hiermee voorkomen worden dat onterecht zorggebruik (met een forse kostenstijging) als gevolg kan ontstaan

Reactie op pag 56, 13.3. tijdsbeslag

Is de beschrijving zoals die hier wordt gegeven echt zo specifiek alleen voor de verstandelijk gehandicapten? Naar onze mening geldt dit ook bij andere groepen patiënten, waaronder de groep van patiënten met chronische, progressieve aandoeningen die meerdere functionele beperkingen tot gevolg hebben

Reactie op pag 56, 13.3

Wij vragen ons af of het klopt dat de ouderen en chronisch zieken hier niet genoemd worden? De genoemde punten zijn nl. ook van toepassing op ouderen en chronisch zieken met meerdere functionele beperkingen, waaronder cognitieve beperkingen.

Reactie op pag 8, onder ' zoals de gespecialiseerde

psycholoog en paramedici

Vallen (neuro)psychologen zonder BIG registratie ook onder de term 'gespecialiseerde psycholoog'? Binnen de intramurale setting zijn nl voornamelijk niet BIG geregistreerde (neuro)psychologen actief dit i.t.t. de settings in de eerstelijns.

Reactie op pag 41, onder 8.3. Voor welk indicatiegebied?

In deze paragraaf wordt aangegeven dat de zorgbehoefte van de verstandelijk beperkte veel meer individueel is bepaald en dat de bijbehorende zorg meer variatie in aard en omvang kent. Dit geldt ook voor bepaalde groepen lichamelijk gehandicapten. Daarom de suggestie voor een toevoeging in de zin daarna: 'Hetzelfde geldt voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met multimorbiditeit'.

Reactie op pag 37 toevoeging bij laatste paragraaf onder 7.2.

Zowel de arts voor verstandelijk gehandicapten als de gespecialiseerde psycholoog kunnen binnen de sector Verstandelijk Gehandicapten regiebehandelaar zijn.

In deze paragraaf (7.2) wordt over nergens de specialist ouderengeneeskunde genoemd. Moet die nog worden toegevoegd?

Pagina 12 onder paragraaf 1.2.1. Werkwijze

Vermelding van onze zorginstelling bij de werkbezoeken: Nieuw Unicum in Zandvoort i.p.v. Unicum Zandvoort

Aan: drs. C.G. M
ZiNL

Betreft: consultatie concept rapport: Extramurale behandeling

Utrecht, 20 september 2016

Geachte heer M: , beste C ,

Dank je wel voor de uitnodiging om te reageren op het concept rapport 'Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw' met behulp van de door u gestelde 3 vragen:

1. *Onderschrijft u onze conclusies over de plaats van deze zorg in de Zvw?*

Ja, Ergotherapie Nederland onderschrijft uw conclusies over de plaats van deze zorg in de Zvw. Over de financiering van de paramedische zorg zal gesproken moeten worden omdat er verschillen zijn tussen de extramurale behandeling en de eerstelijns zorg, zoals duidelijk aangegeven in het rapport.

2. *In hoofdstuk 7 concluderen wij dat er nog niet voor alle zorg beschrijvingen van de goede zorg zijn. Voor welke doelgroep is deze beschrijving er nog niet? Bent u het eens met onze aanbeveling om zo spoedig mogelijk initiatieven te ontwikkelen om (voor alle doelgroepen) te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is. Welke rol wilt u daarbij spelen?*

Wij zijn het eens dat het van belang is om te komen tot beschrijvingen van wat goede (multidisciplinaire) zorg is. Middels deelname aan een werkgroep kan Ergotherapie Nederland hieraan een bijdrage leveren. Per onderwerp zal een ergotherapeut met expertise op betreffende gebied gevraagd worden dit namens Ergotherapie Nederland te doen.

3. *Heeft u overige opmerkingen en/of suggesties, zijn er zaken die u mist?*

Slechts op 2 plekken willen we graag de ergotherapeut toegevoegd hebben:

-In het concept rapport:

blz 16 (PDF-blz 18) Laatste alinea

.....multidisciplinaire teams wordt veelal samengewerkt met

gedragsdeskundigen , en paramedici als de fysiotherapeut, logopedist en ook de vaktherapeut

Svp toevoegen: ergotherapeut

Motivatie voor dit verzoek: Het is de expertise van de ergotherapeut om in de woonsituatie de uitvoer van activiteiten te analyseren en interventies te richten op het zo optimaal (zelfstandig)

mogelijk laten functioneren van de cliënt (en zijn mantelzorger). De ergotherapeut slaat de brug tussen zorg (ziekte, diagnose) en welzijn (dagelijks functioneren, leven met...)

- In de bijlage VB bij EMB:
pag 4 laatste alinea:
Svp toevoegen: ergotherapeut

Mochten er nog vragen uwerzijds zijn, of mochten aanvullende documenten of informatie van ons gewenst zijn, dan horen we dat graag.

Met vriendelijke groet,

Lucelle van de Ven-Stevens
Beleidsmedewerker Ergotherapie Nederland.



Nederlandse Vereniging voor

Logopedie en Foniatrie

Woerden, 20 september 2016

Beste C , F en J ,

Het concept rapport heeft voorgeleggen aan onze commissies. U stelde de volgende vragen:

Wij hebben daarbij de volgende vragen;

1. Onderschrijft u onze conclusies over de plaats van deze zorg in de Zvw?
2. In hoofdstuk 7 concluderen wij dat er nog niet voor alle zorg beschrijvingen van de goede zorg zijn. Voor welke doelgroep is deze beschrijving er nog niet? Bent u het eens met onze aanbeveling om zo spoedig mogelijk initiatieven te ontwikkelen om (voor alle doelgroepen) te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is. Welke rol wilt u daarbij spelen?
3. Heeft u overige opmerkingen en/of suggesties, zijn er zaken die u mist?

Ad 1 Ja.

Ad 2 Er worden geen doelgroepen gemist. Wij zijn het eens met de aanbeveling om zo spoedig mogelijk initiatieven te ontwikkelen om (voor alle doelgroepen) te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is. De NVLF speelt hier graag een actieve rol in en wil zorg dragen voor onder andere input vanuit het werkveld van de logopedisten.

Ad 3

- Wij willen benadrukken dat wij, net als Het Zorginstituut, het belangrijk vinden dat de bekostiging van de zorg genoeg ruimte biedt voor het multidisciplinaire karakter en het feit dat deze zorg extra tijd en aandacht vergt. Het is noodzakelijk dat er een prestatie komt voor multidisciplinair overleg zodat de multidisciplinaire zorg mogelijk wordt gemaakt. Het feit dat de zorg extra tijd en aandacht vergt maakt dat deze niet te bekostigen is vanuit het huidige tarief van de prestatie voor logopedische behandeling. Hier zal ook een passende prestatie voor moeten komen.

- Vervolgens willen wij benadrukken dat de zorg beschreven in het rapport niet ten koste van het huidige eerstelijnsbudget logopedie moet gaan. Er zal extra budget beschikbaar moeten worden gemaakt om deze zorg te bekostigen.
- Taal en spraak (pagina 23 van het rapport) staat genoteerd onder lichamelijke functies. Naar ons idee past dit beter onder mentale functies. In de ICF valt taal onder mentale functies (b167), spraak heeft zijn eigen functie (b3 stem en spraak). Ons voorstel is om het kopje spraak en taal onder mentale functies te plaatsen in het rapport.
- Verstandelijk beperkt en verstandelijk gehandicapt worden door elkaar gebruikt, ons advies is om één van de twee termen consequent te gebruiken.

Mocht u naar aanleiding van deze reactie vragen of opmerkingen hebben, aarzel dan niet om contact met mij op te nemen.

Met vriendelijke groet,

Marloes van der Boom-Arendse
Beleidsmedewerker

Beste C

Zoals zojuist toegezegd, onderstaande mail van de Zorgboog.
De opsomming 2-9 benoemt een aantal omissies in de tekst, die we jullie via deze weg graag mee willen geven ter aanpassing van de volgende versie.
Zoals gezegd ontvangen jullie onze reactie volgende week.

Met vriendelijke groet,
ActiZ, organisatie van zorgondernemers

P. G.
Senior beleidsadviseur
Team Arbeid & Organisatie

Werkdagen: ma-di-do-vr

A: Postbus 8258, 3503 RG Utrecht

E:
W: www.actiz.nl
D: [disclaimer e-mail](#)
T:

Volg ActiZ updates via LinkedIn

Van: T B
Verzonden: woensdag 7 september 2016 10:39
Aan: F G H B
CC: J K ; Bestuurssecretariaat
Onderwerp: RE: Consultatie Extramurale Behandeling - advies Zorginstituut

Beste P H

Hierbij namens de Zorgboog een reactie op het conceptadvies Extramurale behandeling van het Zorginstituut.

1. Ons eerste punt sluit aan op jullie conceptreactie zoals verwoord onder punt 1: Wij zien het als een fundamentele denkfout dat (opnieuw) wordt uitgegaan van de koppeling aan de huisarts (zie met name hoofdstuk 5). De SO en de Avg zijn beide medisch specialisten en hebben in de keten ook een zelfde positie als andere medisch specialisten namelijk als tweede/derde echelon na en aanvullend aan de huisarts. Dit is enerzijds van belang voor een juiste positionering maar ook veel herkenbaarder voor het veld zelf. Immers de specialist heeft meer mogelijkheden dan de huisarts in termen van kennis, kunde, tijd, diagnostiek en therapie. Denk hierbij zeker aan de multidisciplinaire aanpak maar ook aan de mogelijkheid van observaties en onderzoek tijdens de dagbehandeling en de mogelijkheden van opnames. Ergo of apart omschrijven conform GRZ (voetnoot pagina 18) of als medisch specialist geeft veel meer duidelijkheid. Een andere optie is rechte aansluiting zoeken bij de (klinisch) geriater
2. Positief is de opening voor multidisciplinaire behandelprogramma's denk aan DBC/DOT structuur. Wij nemen aan gecombineerd met programma's/standaarden. Het verder ontwikkelen hiervan kost wel veel tijd zo heeft de ziekenhuis en huisartsenwereld ons

- geleerd. Dit des te meer als er ook nog voldoende evaluatie en effectonderzoek met plaatsvinden waar wij overigens erg voor zijn
3. SO en AVG moeten ook monodisciplinair voor consultatie, overname van behandeling en medebehandeling in de tarievenstructuur en de verstrekking worden opgenomen
 4. Wij missen het voorschrijven van gebruik standaard classificatie als eis.
 5. Pagina 9 2e alinea. Wij zijn voorstander van standaarden en beschrijvingen. Vergt veel wetenschappelijk onderzoek naar goede zorg. Echter we moeten nu niet doorschieten voor so en avg immers veel geneeskunde is voor alle specialismen en voor huisartsen vooral veel geneeskunst. Dit is voor de gespecialiseerde ouderenzorg zeker ook het geval.
 6. Pagina 29/30 de beschrijving van het arsenaal is incompleet en geldt voor ongeveer elke dokter met allerlei toepassingsgradaties. De SO heeft net zoals huisarts en medisch specialist in ziekenhuis een breed arsenaal aan diagnostische mogelijkheden variërend van functieonderzoeken, de diverse laboratoria etc, al dan niet gebruik makend van andere disciplines. Wat het arsenaal van een discipline is verschuift voortdurend door veranderende inzichten en door technologische innovaties. Denk aan veranderingen DM zorg en e-health.
 7. Pagina 31 onder conclusie 5.2. de eerste zin van deze alinea gaat ongeveer voor elk specialisme over de denkfout t.a.v. horizontale taakherschikking , zie hiervoor.
 8. Pagina 32 eerste zinnen: verwijzing naar andere specialisten moet altijd mogelijk zijn ook zonder tussenkomst huisarts
 9. Ten aanzien van hoofdstuk 7 : Hoofdstuk 7.1: er kan ook monodisciplinaire consultatie, medebehandeling of overname behandeling plaatsvinden. Er is niet altijd sprake van chronische fase en veelal ook van diagnostiekfase.
T.a.v. hoofdstuk 7 punt 2 en 4: niet alle zorg kan in standaarden en programma's worden vastgelegd. Maatwerk op basis van evidence based en state of the art handelen is zeker in ouderenzorg van groot belang en belangrijker dan kookboek geneeskunde. Denk onder meer aan grenzen aan de zorg discussie. Verder wordt onvoldoende onderkend dat ouderengeneeskunde een ondergeschoven kindje is geweest in het toekennen van middelen voor een goede wetenschapsagenda. Pas de laatste jaren wordt er in de vorm van universitaire kennisnetwerken gewerkt aan de vorming van modelpraktijken met toepassing van evidence based zorgprogramma's. De verdere ontwikkeling neemt ongetwijfeld nog jaren in beslag.
 10. Jullie conceptreactie over de indicatiegebieden zoals verwoord onder 8.3 heeft nog aanvulling: Denk aan orgaanaandoeningen (zoals COPD, chronisch hartfalen) maar ook aan oncologie, gerontopsychiatrische en psychogeriatrische problemen etc.

Wij kunnen ons overigens verder vinden in jullie conceptreactie

Met vriendelijke groet, mede namens collega Henri Plagge en Janine Kooijman

A.F.C.(Ton) Borghs
Raad van Bestuur
De Zorgboog
Postbus 16 5760AA Bakel
Paterslaan 42 5701NZ Helmond

Van: P. G.
Verzonden: maandag 5 september 2016 15:07
Aan:

CC.

Onderwerp: Consultatie Extramurale Behandeling - advies Zorginstituut

Beste allen,

Eerder heeft u van mij het concept advies Extramurale Behandeling van het Zorginstituut ontvangen, met daarbij een aantal vragen die zij stellen ter consultatie (zie bijlage). Ik heb u gevraagd een eventuele reactie toe te zenden, uiterlijk 16 september.

Van een aantal van u heb ik inmiddels een reactie ontvangen, en inmiddels hebben wij het stuk ook besproken in het bestuur van ActiZ.
Bijgevoegd vindt u dan ook onze conceptreactie aan het Zorginstituut (zie worddocument). Na deze week ben ik op vakantie, mijn collega's Hillie Beumer en/of Marc van Eck (zie cc) zullen deze reactie aan het Zorginstituut toezenden.

Mocht u nog aanvullingen hebben, dan ontvang ik ze graag. Waar mogelijk voor het einde van de week.

Met vriendelijke groet,
ActiZ, organisatie van zorgondernemers

Senior beleidsadviseur
Team Arbeid & Organisatie

Werkdagen: ma-di-do-vr

A: Postbus 8258, 3503 RG Utrecht
T: 030-2739393 (algemeen)

Beste C:

Ik heb het rapport met veel plezier gelezen. Ik zie dat jullie bij het standpunt gebleven zijn het werk van de SO te zien als generalistische medische zorg zoals de huisarts die pleegt te bieden. Ik zie ook dat jullie de inzet van de SO dan zien als een vorm van horizontale taakherschikking als ik het goed gelezen heb. Ik moet zeggen dat ik me hier redelijk in gaan vinden, maar vind het toch jammer dat jullie niet kort beargumenteerd hebben waarom de SO en AVG niet vallen onder de medisch specialistische zorg. Dat zou het namelijk nog duidelijker kunnen maken dat jullie hiervoor niet kiezen. Het klopt ook wel dat de SO en AVG in mijn ogen generalistische specialisten zijn en in die zin dus een geen van beide categorieën strikt genomen passen.

Verder ben ik benieuwd naar het aangekondigde rapport over behandeling in de WLZ

Tot slot vind ik het ook verheugend te zien dat jullie het punt van zorgstandaarden en functieprogramma's maken. Ik hoop daaraan met het UKON ene bijdrage te gaan leveren (zie eerdere mail daarover), maar zou daarin graag willen afstemmen met Verenso en ZiNL, temeer ook daar er staat dat ZiNL een initiatief gaat nemen. Dus wellicht een keer bellen?

Met hartelijke groet

Prof.dr. Raymond T.C.M. Koopmans

Specialist Ouderengeneeskunde en Hoogleraar Ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg
Afdeling Eerstelijngeneeskunde

**Radboud universitair medisch
centrum**
117 ELG, Postbus 9101, 6500 HB
Nijmegen
Geert Grooteplein Noord 21 (route
106)
www.radboudumc.nl

Joachim en Anna, specialistisch zorg-
en
behandelcentrum
Groesbeekseweg 327, 6523 PA
Nijmegen
www.waalboog.nl

Universitair Kennisnetwerk
Ouderenzorg Nijmegen
ukon.elg@radboudumc.nl
www.ukonnetwerk.nl

Retouradres Postbus 171, 9700 AD Groningen
Stedumermaar 6
9735 AC Groningen
Postbus 171
Zorginstituut Nederland
9700 AD Groningen
t (050) 597 38 00
T.a.v. de heer drs. C.G. M

e Info@noorderbrug.nl
Postbus 320
1110 AH DIEMEN
Groningen, 19 september 2016
Kenmerk: 016-1029 rvb/jvd
www.noorderbrug.nl

Betreft: advies extramurale behandeling

KvK Groningen 02055577

Geachte heer M

Vanuit veertien zorgaanbieders die betrokken zijn bij extramurale behandeling aan mensen met niet-aangeboren hersenletsel reageren wij hierbij graag op het conceptadvies extramurale behandeling ontleed: de zorg door specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw.

Wij zijn zeer verheugd dat het Zorginstituut heeft voortgebouwd op de belangrijkste conclusies uit onze rapportage extramurale NAH-behandeling (juli 2016) omdat hiermee de zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel het beste gediend is. We begrijpen uit het advies dat het Zorginstituut pleit voor een aparte, multidisciplinaire aanspraak voor deze vorm van behandeling, wat tegemoet komt aan de huidige praktijk van behandeling. Het is bovendien een goede zaak dat vervoer apart aandacht krijgt en integraal wordt opgenomen in de verzekerde prestatie.

Hierbij nog enkele opmerkingen en aanvullingen die wij graag verwerkt zouden zien:

1. De **doelgroepomschrijving** op pag. 7 (onder 'vier groepen met aandoeningen en/of beperkingen') met betrekking tot niet-aangeboren hersenletsel aanvullen als volgt: "niet-aangeboren hersenletsel als gevolg van ongeval of ander trauma, een CVA, zuurstoftekort (bijvoorbeeld door hartstilstand of bijna verdrinking), een hersentumor, een hersen(vlies)ontsteking of een andere hersenziekte (bijvoorbeeld MS)". De reden is dat de huidige doelgroep bestaat uit volwassenen met NAH door diverse oorzaken, niet alleen door traumatisch hersenletsel. Ook bij relatief jonge mensen is een CVA een veelvoorkomende oorzaak. De andere genoemde aandoeningen komen zelfs vaker voor bij mensen die nog niet tot de doelgroep ouderen behoren en dus nog een heel leven voor zich hebben.

Datum: 19 september 2016

Kenmerk: 016-1029 rvb/jvd

Volgblad: 1

2. In de **samenvatting** komt het advies van een aparte multidisciplinaire prestatie voor de doelgroep NAH niet duidelijk naar voren. We zouden graag zien dat dit hier expliciet in staat, gekoppeld aan de bij 1 genoemde doelgroepomschrijving.

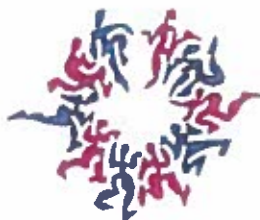
3. Het lijkt ons zinvol om in **paragraaf 8.3** de onder 1 genoemde doelgroepomschrijving te herhalen als gesproken wordt over een aparte aanspraak voor twee doelgroepen, waaronder NAH.

Hartelijk dank voor de constructieve samenwerking bij de totstandkoming van het advies.

Met vriendelijke groet,

Namens de bestuurders van Boogh, EsDeGe Reigersdaal, Gors, Heliomare, Gemiva-SVG, InteraktContour, Middin, Siza, SGL, SWZ, Pluryn, Amarant/Pauwer, Zozijn, mevrouw drs. M.J.M. van der Harten MMO

Raad van Bestuur en voorzitter stuurgroep Hersenz



Zorginstituut Nederland
De heer Drs. G M

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon

Doorkiesnummer

Ons kenmerk B-16-4076-jkui1

Uw kenmerk

Datum 7 oktober 2016

Onderwerp Consultatie rapport ZiNL Extramurale behandeling ontleed

Geachte heer M , beste C

Op 23 augustus ontvingen wij van u het consultatiedocument Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw U verzocht zorgverzekeraars een drietal vragen te beantwoorden. In deze brief treft u de antwoorden op de gestelde vragen aan.

1. Onderschrijft u onze conclusies over de plaats van deze zorg in de Zvw?

Ten principale onderschrijven zorgverzekeraars het ZiNL-advies dat plaatsing van de extramurale behandeling onder de Zvw mogelijk is. Zorgverzekeraars zien dat steeds meer verzekerden zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen en zorg in de eigen omgeving willen ontvangen. Het beëindigen van het onderscheid tussen de zorg die op basis van de subsidieregeling extramurale behandelzorg wordt vergoed en de zorg die nu in de Zvw wordt vergoed past bij deze beweging. Verder komt een groot gedeelte (maar niet alle soorten) van de zorg onder de subsidieregeling overeen met de zorg die nu al wordt geboden in de eerste lijn/ wijkverpleging, waarvoor de infrastructuur reeds aanwezig is. Vanuit dit perspectief lijkt er dan ook geen aanleiding te zijn om te veronderstellen dat het hier echt om een andere doelgroep gaat dan die zich nu in de Zvw bevindt

Tegelijkertijd constateren zorgverzekeraars ook dat de zorgbehoefte van de cliënten onder de subsidieregeling intensiever is dan de behoefte van de gemiddelde cliënt onder de Zvw En dat een aantal typen van zorg (nog) niet past binnen de Zvw Bij zorgverzekeraars bestaat dan ook een grote behoefte aan een nadere analyse op de plaatsing van deze zorg in de Zvw. Aanbeveling vanuit verzekeraars is om in deze nadere analyse goed de

aard en het karakter van de gehandicaptenzorg en ouderenzorg te onderscheiden. In het voorgelegde advies worden de wettelijke gronden benoemd op basis waarvan deze zorg vanuit de Zvw vergoed kan worden. Hoewel deze beschrijving juridisch mogelijk juist is, geeft de voorgelegde uitwerking zorgverzekeraars te weinig handvatten om daadwerkelijk tot een goede en zorgvuldige plaatsing in de Zvw te komen.

Het door ZiNL neergelegde rapport geeft vanuit Wlz perspectief op hoofdlijnen weer welke partijen een rol kunnen spelen in het zorgaanbod nu vallend onder de subsidieregeling extramurale behandeling. Deze beschrijving dient naar de mening van zorgverzekeraars veel gedetailleerder uitgewerkt te worden waarbij de verschillende doelgroepen, de verschillende behandel mogelijkheden en de uitvoerende professionals duidelijk gepositioneerd moeten worden vanuit het huidige Zvw-perspectief. Bij zorgverzekeraars spelen in dit kader de volgende vragen.

- o Wat wordt precies verstaan onder extramurale behandeling binnen de subsidieregeling? Welke doelgroepen en bijbehorende prestaties zijn nu opgenomen in de subsidieregeling?
- o Hoe verhoudt deze extramurale zorg zich met de zorg die al in de Zvw is opgenomen? Wat is de plek van deze extramurale zorg in de Zvw keten?
- o Wie is nu eindverantwoordelijke voor deze zorg? Wat is de positie van de SO en de AVG en hoe verhoudt deze positie zich tot de positie van de huisarts?
- o Op welke wijze en binnen welke kwaliteitskaders mogen de verschillende professionals de zorg leveren en declareren binnen de Zvw kaders?
- o Over welke toelating dient een aanbieder te beschikken?
- o Op welke wijze wordt de toegang tot deze zorg georganiseerd?

In dit kader zien zorgverzekeraars dat een deel van het in het rapport beschreven zorg geen zelfstandig verzekerde zorg onder de Zvw is. Denk bijvoorbeeld aan de vaktherapeut. Indien je deze vormen niet meer kan, mag of wil aanbieden, betekent dit dat deze doelgroep *minder of andere zorg gaat ontvangen dan nu* – wat politiek/maatschappelijk - tot discussies gaat leiden (denk aan casemanagement dementie). Indien dit wel overeind blijft, is er een risico aanwezig dat je de deur open zet voor allerlei zorgvormen en professionals binnen de Zvw. Dit vraagt dan om sterke afbakening van wie wat mag leveren onder welke condities. Eveneens mist een verkenning over de rol van gemeenten in dit kader.

De oproep van zorgverzekeraars is dan ook meer gedetailleerd uit te werken wat de extramurale zorg nu precies behelst en duidelijker uit te werken op welke wijze cliënten/verzekerden aanspraak kunnen maken op deze zorg vanuit de Zvw. De informatie die verzekeraars hierover zelf beschikken kan hierbij behulpzaam zijn.

2. *In hoofdstuk 7 concluderen wij dat er nog niet voor alle zorg beschrijvingen van de goede zorg zijn. Voor welke doelgroep is deze beschrijving er nog niet? Bent u het eens met onze aanbeveling om zo spoedig mogelijk initiatieven te ontwikkelen om (voor alle doelgroepen) te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is. Welke rol wilt u daarbij spelen?*

Zorgverzekeraars hebben in een eerdere fase aangegeven dat niet transparant is welke doelgroepen nu onderdeel uitmaken van de subsidieregeling extramurale behandeling en hebben het Zorginstituut gevraagd dit kader transparant te maken in het rapport. In het rapport is, tot spijt van zorgverzekeraars, gekozen voor een globale en niet uitputtende beschrijving. Gevolg is dat zorgverzekeraars deze vraag niet kunnen beantwoorden totdat

duidelijk is welke groepen nu onderdeel vormen van het extramurale zorgaanbod onder de subsidieregeling.

Zorgverzekeraars onderschrijven het advies om voor alle doelgroepen een duidelijk en compleet kwaliteitskader te ontwikkelen om de inhoud en de bijbehorende kwaliteitsaspecten van het extramurale zorgaanbod transparant te maken (zeer relevant voor de inkoop en de selectie van de aanbieders). Het is aan de zorgprofessionals om een dergelijk kader te creëren. Zorgverzekeraars zijn in dit kader bereid mee te denken en als klankborggroep te dienen om te bepalen of de kaders voldoende transparant zijn. De normen blijven echter altijd het eigendom van de zorgprofessionals zelf.

Bij dit punt willen zorgverzekeraars nog meegeven dat het zeer wenselijk is dat dit kwaliteitskader ontwikkeld wordt in samenhang met de ontwikkeling van de medisch herkenbare producten zodat er duidelijke koppeling tussen beide ontstaat.

3. Heeft u overige opmerkingen en/of suggesties, zijn er zaken die u mist?

Zorgverzekeraars missen in het advies een analyse van de impact van de overheveling en een beschrijving van de randvoorwaarden die nog uitgewerkt moeten worden om een zorgvuldige overheveling mogelijk te maken. Deze randvoorwaarden moeten ingevuld worden voordat een overheveling doorgevoerd kan worden. Zorgverzekeraars zien in dit kader de onderstaande randvoorwaarden. Hiervan ligt een deel van randvoorwaarden buiten de directe invloedssfeer van ZiNL (NZa, VWS) maar is de uitwerking van ZiNL essentieel om tot een goede invulling van deze voorwaarden te komen.

Voor zorgverzekeraars is van groot belang dat tijdig beslissingen worden genomen over de wijze waarop de extramurale behandeling Wlz wordt overgeheveld. Willen zorgverzekeraars zowel qua inkoop als qua uitvoering tijdig gereed zijn, dan moet uiterlijk 1 januari t-1 de hoofdlijn waarop de extramurale behandeling Wlz overgeheveld wordt, bekend zijn. Dan kunnen de resterende maanden tot 1 juli gebruikt worden om deze hoofdlijn formeel vast te leggen in regelgeving.

- *De aanspraak dient vertaald te worden naar medisch herkenbare producten zodat verzekeraars kunnen sturen op kwaliteit en doelmatigheid.*

Eerdere overhevelingen zijn vorm gegeven op de huidige producten uit de Wlz. De medische herkenbaarheid van deze producten is echter beperkt. Tevens blijkt vaak uit onderzoek dat de spreiding en behandeldiversiteit bij de huidige aanbieders groot is. Hiermee zijn de producten alleen bruikbaar als deze in dezelfde setting worden gebruikt zoals deze nu ook gebruikt worden.

Deze uitkomst past niet bij het neergelegde advies omdat er dan verschillende bekostigingsmogelijkheden zouden kunnen ontstaan voor dezelfde zorg. Het is dan ook belangrijk dat op productniveau goed gekeken gaat worden hoe de aanspraak gekoppeld wordt aan het producten kader van de NZa. Deze vergelijking dient gemaakt te worden zowel op het niveau van de inhoud als op het niveau van de kosten.

- *Er dient door de verzekeraars een beslissing genomen te worden over de wijze waarop de zorg door verzekeraars ingekocht moet worden.*

Zoals in het vorige punt al opgenomen ligt een voortzetting van de huidige setting voor de hand. Dit zou in Zvw-termen mogelijk een inkoop op basis van representatie kunnen betekenen. Een dergelijke inkoop komt echter niet (geheel) overeen met de wijze waarop de eerstelijnszorg momenteel onder de Zvw wordt ingekocht. De branche dient over welke gewenste wijze van inkoop geschikt is zelf nog een discussie te voeren.

Er dient een vertaling gerealiseerd te worden van de aanspraak naar een budgettair kader waarbinnen verzekeraars kunnen voldoen aan hun zorgplicht en er gestuurd kan worden op macro budgettaire beheersing.

Verzekeraars hebben een zorgplicht. Het budgettaire kader dient daarom vastgesteld te worden overeenkomstig de te verwachten kosten op basis van de aanspraak en de vast te stellen producten. In dit kader is het wenselijk als het Zorginstituut in het rapport meer transparant maakt wat de financiële gevolgen van een eventuele overheveling zou zijn op de kaders voor de Zvw (niet alleen de som van de huidige uitgaven). Hierbij zal de overheveling ook impact hebben op de premie en het eigen risico.

- *Er dient duidelijkheid gegeven te worden over de wijze waarop verzekeraars risico gaan lopen over de kosten in de risicoverevening.*

De algemene inzet van VWS is dat de zorgverzekeraars volledig risicodragend worden voor de zorg. Verzekeraars stellen als voorwaarde aan deze stap dat verzekeraars pas risico kunnen lopen als het ex ante model op orde is en verzekeraars op basis van een goede productstructuur de zorg kunnen sturen. Op dit moment zijn zowel het ex ante model als de productstructuur nog niet op orde.

- *Op welke wijze wordt de informatieoverdracht richting zorgverzekeraars vorm gegeven?*

Er dient een dataset te komen waarmee voor zorgverzekeraars transparant gemaakt wordt welke zorg in het verleden is geleverd om zo de continuïteit van zorg te borgen. Deze dataset dient tijdig ter beschikking gesteld te worden zodat zorgverzekeraars deze kunnen gebruiken als startpunt voor de inkoop. Afhankelijk van de keuze voor het inkoopmodel (punt 2) dient bekeken te worden welke informatie verstrekt moet worden aan zorgverzekeraars. Wanneer de overstap naar inkoop door de individuele zorgverzekeraars wordt gemaakt dient voor de individuele zorgverzekeraar inzichtelijk te worden gemaakt welke zorg in het verleden aan de eigen verzekerden is verstrekt.

- *Er dient duidelijkheid te komen over het kader (de standaard) waarbinnen de extramurale zorg gedeclareerd moet gaan worden.*

Worden de huidige producten omgezet naar de Zvw-standaarden of blijven de prestaties via de Wlz standaard lopen? Uiterlijk 1 apriljaar t-1 moet duidelijk zijn wat we gaan doen. Zorgverzekeraars hebben vervolgens de resterende maanden nodig voor de implementatie. Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat niet alle verzekeraars concessiehouder in de Wlz zijn. Deze verzekeraars zullen hun systemen moeten aanpassen om individuele declaratie mogelijk te maken.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Mevrouw J.G.W. Lensink,
Directeur Zorg



Zorginstituut Nederland
t.a.v. dhr. drs. A.H.J. M

Datum	19 september 2016	Contact
Ons kenmerk	20160919FM	Telefoon
Onderwerp	Reactie uitvoeringstoetsen	E-mail

Geachte heer M

Hierbij reageert de VGN op uw uitvoeringstoets 'Extramurale behandeling ontleed'. De definitieve – en bestuurlijke - reactie van de VGN kunt u tegemoetzien als we ook de uitvoeringstoets over de positionering van de behandeling in de Wlz kunnen beoordelen.

U hebt op verzoek van VWS de vraag onderzocht of extramurale behandeling van voorheen de AWBZ kan worden overgeheveld naar de Zvw en of daarbij een aparte aanspraak nodig is. U concludeert dat extramurale behandeling kan worden overgeheveld. Daarbij adviseert u een aparte multidisciplinaire aanspraak (één te verzekeren prestatie) te formuleren voor twee doelgroepen, waaronder de behandeling voor Niet aangeboren hersenletsel (NAH).

Ten eerste wil de VGN graag aangeven dat wij vinden dat er binnen de Wlz sprake moet zijn van een integraal zorgpakket, inclusief behandeling. Dat we verderop in deze brief de gedachte van overheveling van de extramurale behandeling naar de Zorgverzekeringswet steunen, betekent dus niet dat we deze gedachte ook voor de Wlz aanhangen. Graag komen we daar meer uitvoerig op terug als u later dit jaar de VGN consulteert over uw advies over behandeling in de Wlz.

De VGN kan zich in grote lijn dus vinden in de overheveling van de extramurale behandeling naar de Zvw. Maar wij zien daarbij een aantal randvoorwaarden.

1. *Afbakening met de Jeugdwet.* De overheveling van de behandeling (door AVG, OG) zou consequenties kunnen hebben voor de toegang tot de Jeugdwet. Volgens de VGN mag de overheveling er niet toe leiden dat de Zvw voorliggend en daarmee een drempel wordt die eerst genomen moet worden, alvorens een kind voor behandeling door een gedragskundige in de Jeugdwet komt. Wij vrezen echter op grond van uw toets dat de Zvw toch voorliggend gaat worden, hetgeen

bijvoorbeeld in de Kinderdienstencentra (KDC's) zeker geen staande praktijk is. Het beginpunt van de zorg ligt in de regel in de Jeugdwet en pas op het moment dat extra medische zorg nodig is, komt logischerwijs de Zvw in beeld. Aan deze randvoorwaarde (de Zvw wordt niet voorliggend op de Jeugdwet) moet in de optiek van de VGN eerst voldaan worden.

2. *Een aparte aanspraak.* U onderscheidt in de uitvoeringstoets vier doelgroepen:

- ouderen met chronische en/of complexe aandoeningen;
- chronisch, degeneratieve, progressieve aandoeningen;
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- mensen met een verstandelijke beperking.

U stelt dat een eventuele aparte aanspraak samengestelde, multidisciplinaire programma's voor afgebakende prestaties vereist. Dat is volgens u met name het geval bij de doelgroepen van bullet 2 en 3. U adviseert dat er in ieder geval een aparte aanspraak komt voor die twee doelgroepen. Dat roept de vraag op wat de implicaties zijn voor doelgroepen die in dit stadium nog onvoldoende uitgewerkte behandelprogramma's hebben (binnen de gehandicaptenzorg met name VG) én voor doelgroepen die wel dergelijke programma's hebben, maar niet onder de door u genoemde doelgroepen vallen (binnen onze sector met name de SGLVG-behandeling). Wij vinden dat ook voor de doelgroep VG (en specifiek voor de ambulante SGLVG-behandeling, multidisciplinair bij uitstek) een aparte aanspraak geregeld moet worden. Voor de nadere onderbouwing en uitwerking hebben wij u informatie aangeleverd bij § 4.3 van uw toets, welke informatie wij in de eindversie niet terugzien. Ook aan deze randvoorwaarde (ook een aparte aanspraak voor de VG/SGLVG) moet in de optiek van de VGN eerst voldaan worden.

3. *Behandelprogramma's.* De VGN onderschrijft het belang van evidence-based behandelprogramma's, ten eerste voor de zorgverlener uit oogpunt van kwaliteit van de zorgverlening, ten tweede voor de verzekeraars uit oogpunt van een adequate inkoop en ten derde voor de NZa uit oogpunt van het opstellen van prestatiebeschrijvingen in verband met de tariefstelling. De behandelprogramma's voor NAH die recent door een aantal lidinstellingen van de VGN zijn opgesteld (Hersenz) én een aantal programma's bij de Borg-instellingen kunnen inhoudelijk als voorbeeld dienen. De beroepsgroepen moeten primair dit initiatief nemen en de VGN is bereid dit proces te faciliteren. In de optiek van de VGN is dan ook randvoorwaardelijk dat de behandelprogramma's klaar zijn, alvorens de overheveling kan plaatsvinden. Anders dreigen cliënten qua behandeling gemakkelijk 'tussen wal en schip te vallen', omdat de inkoop van de zorg dan niet zal plaatsvinden. Dit zal ook tot financiële schade voor de zorgverleners leiden. In dat geval moet volgens de VGN de subsidieregeling een jaar verlengd worden.

pagina 3 kenmerk B20160919FM

Als aan bovengenoemde randvoorwaarden wordt voldaan, kan de VGN instemmen met uw advies de extramurale behandeling over te hevelen naar de Zvw. Dit geldt niet voor behandeling in de Wlz. Binnen de Wlz moet sprake zijn van een integraal zorgpakket, inclusief behandeling.

Daarnaast is er nog een aantal nader uit te werken aspecten die van groot belang zijn voor de zorgvuldige overgang van de extramurale behandeling: de vervoerskosten, de bekostigingsregels en de budgetoverheveling vergen nog een nadere uitwerking. De VGN werkt ook daar graag aan mee.

Met vriendelijke ~~greet~~,

F. ~~Frank~~ Bluijminck
Directeur

Reactie ActiZ op concept duiding

Extramurale behandeling ontleed : De zorg door specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw.

Naar onze mening kan de extramurale behandeling alleen goed landen in de Zvw wanneer binnen die Zvw voldoende ruimte wordt geboden voor die specifieke aard van de AWBZ-behandelzorg.

We hebben u eerder aangegeven dat het van belang is de vraag als vertrekpunt te nemen "hoe de Zvw voldoende ruimte kan bieden voor de kenmerkende functionaliteiten van de extramurale AWBZ-behandelzorg". In de beschrijving die u heeft gegeven van de extramurale behandeling zien wij een aantal thema's die wij zeer waardevol achten voor deze zorg terugkomen, zoals de functiegerichte benadering, kwaliteit van leven, het beschouwen van de cliënt in zijn context en de multidisciplinaire insteek en specifieke deskundigheid van zorg die deze inzet van zorg kenmerkt. Wij herkennen ons dan ook in de zorg die u beschrijft.

En we zijn dan ook blij dat u de benadering kiest dat de extramurale behandeling aparte prestatie-omschrijvingen bij de NZa verdient, omdat het zorg voor een specifieke doelgroep is waar de huidige prestaties geen recht aan doen. Dit komt tegemoet aan onze eerdere inbreng.

Meer in het algemeen brengen wij daarbij bij u onder de aandacht dat een aantal leden signaleert dat de vraag naar extramurale behandeling toeneemt doordat mensen langer thuis blijven wonen. Ook de complexiteit van de zorgvragen is groter dan voorheen. Deze gaat niet in alle gevallen gelijk op met afspraken over verruiming van de productie. Leden wijzen o.a. op de strenge toegangseisen van het CIZ; het gevolg is dat maar met moeite behandeling geïndiceerd wordt.

Daarbij zijn er nog steeds zorgen, deze belichten we hoofdstuksgewijs, in de aan ons gestelde vragen:

1. Onderschrijft u onze conclusies over de plaats van deze zorg in de Zvw?

In uw beschrijving van zorg kiest u er niet voor deze zorg apart in de Zorgverzekeringswet onder te brengen, zoals u eerder wel heeft gedaan bij de extramurale behandeling voor visueel en auditief gehandicapten (conclusie 1 en 2). Tevens kiest u ervoor de specialist ouderengeneeskunde te scharen onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' (conclusie 1). We onderschrijven uw benadering dat de extramurale behandeling een aparte prestatie verdient, maar het baart ons zorgen dat er in aanspraak wordt aangesloten bij de huidige omschrijving in de Zvw en er geen aparte aanspraak wordt geformuleerd; het is van belang dat het onderscheid basis medische zorg en specialistische zorg helder is. Dit maakt ook dat aanspraak en bekostiging niet voldoende met elkaar in evenwicht zijn. Dit richt zich specifiek op de volgende elementen:

- Het multidisciplinaire karakter en het streven naar optimum van zorg en kwaliteit van leven is een benadering die nu ontbreekt in de Zvw; dit maakt dat de huidige wijze waarop deze behandelzorg in de Zvw staat, niet passend is.
- De diverse individuele behandelaren hebben een positie in de Zvw, met uitzondering van de Specialist Ouderengeneeskunde. Volgens het Zorginstituut valt deze zorg echter te scharen onder generieke geneeskundige zorg (zoals huisartsen die plegen

te bieden), die in de Zvw is opgenomen. U sluit daarbij aan bij het arsenaal wat deze beroepsgroep in zet. Echter zijn wij van mening dat de zorg die wordt ingezet een dergelijke specifieke deskundigheid van een complexe doelgroep vraagt, dat dit niet inwisselbaar is.

We kunnen ons vinden in de aparte prestatiebeschrijvingen die u voorstelt. Ook kunnen wij ons vinden in het voornemen om de problematiek die speelt op de beschikbaarheid van vervoer, de bekostiging van de aparte benadering die deze doelgroep kent (afstemming, indirecte tijd, bieden van structuur) en het zonder eigen bijdrage toegankelijk maken van het multidisciplinaire aanbod van zorg via deze weg recht te doen.

In de gegeven doelgroep- en zorgvragenomschrijving (hoofdstuk 5) kunnen we ons vinden, deze zijn herkenbaar. Waar we wel voor willen waken, is dat dit toe lijkt te spitsen op een limitatieve lijst van 'diagnoses' terwijl er juist een grote groep kwetsbare mensen baat heeft bij deze zorg die niet per definitie aan deze diagnoses op te hangen is.

2. In hoofdstuk 7 concluderen wij dat er nog niet voor alle zorg beschrijvingen van de goede zorg zijn. Voor welke doelgroep is deze beschrijving er nog niet? Bent u het eens met onze aanbeveling om zo spoedig mogelijk initiatieven te ontwikkelen om (voor alle doelgroepen) te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is. Welke rol wilt u daarbij spelen?

Wij onderschrijven de conclusie dat de beroepsgroepen hiertoe zelf het initiatief moeten nemen, maar menen dat het goed is als ActiZ hierbij een stimulerende rol op zich neemt, samen met de beroepsgroepen. Het opzetten van een ondersteunend programma is een optie.

Nogmaals benadrukken wij dat wij liever geen limitatieve opsomming zien van doelgroepen. Zorgvragers lopen als gevolg hiervan het risico om tussen wal en schip te raken.

3. Heeft u overige opmerkingen en/of suggesties, zijn er zaken die u mist?

Wij hebben, hoofdstuksgewijs, nog een aantal opmerkingen die we mee willen geven.

- In hoofdstuk 8.3 noemt u een aantal indicatiegebieden. Op deze omschrijving is een kleine aanvulling te maken. Het gaat om chronische en/of, progressieve en/of degeneratieve aandoeningen, die zowel psychogeriatrisch als somatisch kunnen zijn.
- We zijn met de hele sector juist de beweging naar voren aan het maken. Zorg zo dicht mogelijk bij mensen organiseren. De beweging van de GRZ en het eerstelijns verblijf en de wijze waarop dit is ondergebracht in de Zvw, mist in de duiding; deze verbinding moet worden gelegd, net als met de wijkverpleging, in hoofdstuk 9.
- Onduidelijk is, in de conclusie, welke consequenties dit advies heeft voor het tijdspad van de overheveling van de extramurale behandeling, en de voorwaarden die hiervoor moeten zijn ingevuld. Op 1 januari 2018 stopt de subsidieregeling. Echter de ervaring leert dat het beschrijven van 'goede zorg' vaak een omvangrijk proces is (hoofdstuk 8). Gegeven de wijze waarop de nog te formuleren prestaties

voor extramurale behandeling als belangrijk vehikel worden gepositioneerd voor de inbedding van deze zorg in de Zvw, betekent het wel dat het beschikbaar zijn van deze prestaties randvoorwaardelijk is voor overheveling. Dit staat echter nergens benoemd.

- In paragraaf 13.7.1 willen we graag ook toegevoegd zien dat de onderbesteding mogelijk te maken heeft met de huidige wijze van indicatiestelling voor o.a. kortdurende inzet van zorg. Hierover lopen al geruime tijd gesprekken met ActiZ, NIP, CIZ, het Zorginstituut en Verenso.
- In de bijlage wordt gesproken over 'vaktherapeut'; de muziektherapie zouden wij graag toegevoegd zien.
- Om de extramurale behandeling te waarborgen, is het van belang dat er wordt samengewerkt tussen partijen. Dit kan vergemakkelijkt en gestimuleerd worden door het ontschotten van financieringen. In het geval van dagbehandeling kan bijvoorbeeld samen met de gemeente gekeken worden hoe passende dagopvang in de wijk ontwikkeld kan worden.

Ten aanzien van het proces zouden we graag aangeven dat het voor ons onduidelijk is, welke partijen consulteert zijn. Zo is onbekend of ook de huisartsen betrokken zijn bij de consultatie van deze duiding. Daarnaast zijn er diverse netwerken (van zorgaanbieders, die ziektegebonden zijn, zoals niet uitputtend: het Parkinson Netwerk, CVA Kennisnetwerk en het Kenniscentrum Dementie op jonge leeftijd). Onduidelijk is of deze partijen geconsulteerd zijn. Graag een lijst van geconsulteerde partijen opnemen.

Van: M.
Verzonden: woensdag 21 september 2016 0:37
Aan: M.
CC:
Onderwerp: FW: Concept rapport extramurale behandeling
Urgentie: Hoog
Bijlagen: POVOOPEN-#2016093876-v8-____opm MT.pdf; Convenant LHV-Verenso Samenwerking huisarts - specialist ouderengeneeskunde.pdf

Geachte heer M

Hartelijk dank voor het toesturen van de documenten en het rapport over de extramurale behandeling. Namens de LHV reageer ik op uw mail.

Wij hebben het rapport doorgenomen en in het rapport onze opmerkingen vermeld.

De belangrijkste punten:

1. Het onderscheid tussen huisartsenzorg en de zorg die specialisten ouderengeneeskunde/AVG bieden is onduidelijk door het hele rapport heen.
Continu wordt gesproken over 'zorg zoals huisartsen die plegen te beiden'. Zowel huisarts als SO en AVG hebben een andere opleiding met andere opleidingseisen. Dit wordt in het document niet duidelijk omschreven, nu wordt alles op 1 hoop gegooid; 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit kan nogal wat consequenties hebben die wij niet kunnen overzien. Het lijkt net of deze duiding daarom een duidelijk financiële insteek heeft terwijl de zorg die huisarts en SO/AVG bieden en de opleiding die deze artsen hebben genoten, echt anders is.
2. De terminologie zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen wordt door elkaar heen gebruikt.
Tussen deze terminologieën zitten essentiële verschillen. Het is daarom nodig dat het er secuur gekeken wordt wat er precies mee wordt bedoeld.
3. Multimorbiditeit.
Veel patiënten die in aanmerking komen voor extramurale behandeling kampen met co- of multimorbiditeit. Er staat in het rapport: het zorginstituut concludeert dat voor het realiseren van het multidisciplinaire zorgaanbod vanuit de ZvW, vroegen gevat onder de noemer extramurale behandeling, zowel voor patiënt, voor de zorgverlener als voor de zorgverzekeraar zorgprogramma's nodig zijn waarin de multidisciplinaire zorg per aandoening is beschreven. Daar zijn wij het niet mee eens. Zie ook het platform kwaliteit en sector overstijgende zorg dat ZiN ondersteunt. Zorgstandaarden per aandoening is voor deze groep per definitie eigenlijk niet gepast. Het gaat om zorg op maat en daarin is elke patiënt weer anders. Aangezien in het rapport ook niet naar voren komt waar de scheiding tussen huisartsenzorg en SO/AVG zorg ligt, blijft het ook onduidelijk om wat voor zorgstandaarden/protocollen het hier gaat.
4. De inhoud van zorg en organisatie van zorg lopen in het rapport door elkaar.
Dit roept onduidelijkheden op. Met name in hfd 7 en 8. De inhoud/kwaliteit van zorg moet het uitgangspunt zijn, niet de organisatie van zorg. De verwijzing naar ketenzorg bij COPD/diabetes is daarom naar ons idee ook niet gepast (pg 41).
5. Aparte prestaties
Wat betreft de vraag over er een aparte prestatie 'extramurale behandeling' moet komen? Op dit moment worden SO's onder de subsidieregeling extramurale behandeling ingezet in de eerstelijns volgens de modules afgesproken tussen Verenso en LHV in het convenant dat tussen partijen gesloten is. Zie bijlage. In lijn hiermee onderscheiden wij drie situaties:
 - a. De huisarts die de SO inschakelt voor een 'afgeronde' prestatie dwz een consult, MDO, geriatrisch assessment of consult polyfarmacie
 - b. De huisarts die de SO inschakelt voor medebehandeling gedurende een kortere of langere periode.

- c. De huisarts die de SO inschakelt voor hoofdbehandeling. Deze situatie komt nu, ook vanwege het feit dat er geen betaaltitel is in de Zvw voor de SO, nog weinig voor. Graag zouden wij zien dat eventuele prestaties zo worden omschreven dat deze flexibiliteit gehandhaafd blijft, dat het poortwachterschap en het besluit voor het inzetten van de SO bij de huisarts blijft en dat er vandaaruit dus ook helderheid blijft over het onderscheid tussen huisartsenzorg en zorg die specialisten ouderengeneeskunde/AVG bieden. Wij menen dat daarvoor het onderscheid tussen de situaties a tot c nodig is. Het is uiteraard ook aan de beroepsgroep zelf

Als algemene opmerking nog het volgende: Door de transitie in de langdurige zorg zijn veranderingen zoals 'extramurale behandeling' in de thuissituatie/extramurale setting noodzakelijk geworden. Wij hopen echter dat goed gevolgd zal worden wat dit betekent voor mensen thuis en of de zorg nog verantwoord geboden en georganiseerd kan worden in de toekomst. Dit blijft wat ons betreft een continue aandachtspunt.

Wat betreft de inhoudelijke zaken en richtlijnen verwijzen we u naar de NHG. De NHG is vanuit de wetenschappelijke inhoud betrokken bij de ontwikkeling van standaarden en protocollen in de huisartsensector, dit is in principe niet de LHV. Wij zien onze rol hierin dus daarom ook beperkt.

Met vriendelijke groet,

Drs. Monica Terhal
Beleidsmedewerker

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

Aanwezig: maandag, dinsdag, donderdag, vrijdag

Van: M:

Verzonden: dinsdag 23 augustus 2016 16:03

Aan: K

CC:

Onderwerp: Concept rapport extramurale behandeling

Geachte heer R

Hierbij sturen wij het concept rapport extramurale behandeling (met bijlagen) aan u toe voor een consultatie. Dit rapport gaat weliswaar over de extramurale behandeling maar heeft relaties met de huisarstenzorg. Vandaar ons verzoek.

Wij hebben daarbij de volgende vragen:

1. Onderschrijft u onze conclusies over de plaats van deze zorg in de Zvw?
2. In hoofdstuk 7 concluderen wij dat er nog niet voor alle zorg beschrijvingen van de goede zorg zijn. Voor welke doelgroep is deze beschrijving er nog niet? Bent u het eens met onze aanbeveling om zo spoedig mogelijk initiatieven te ontwikkelen om (voor alle doelgroepen) te komen tot beschrijvingen van wat goede zorg is. Welke rol wilt u daarbij spelen?
3. Heeft u overige opmerkingen en/of suggesties, zijn er zaken die u mist?

Wij zouden het zeer op prijs stellen als u in een separaat (word)document uw reactie zou willen formuleren en ons deze uiterlijk dinsdag 20 september 1200 uur aan ons zou willen toesturen.

Bij voorbaat dank voor uw reactie.

Wilt u de reactie toezenden aan jlatta@zinl.nl, fmeer@zinl.nl en cmastenbroek@zinl.nl ?

Met vriendelijke groet,

Carel Mastenbroek

adviseur

.....
Zorg: team zorg thuis
Zorginstituut Nederland
Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....
T +31 (0)20 7978657

cmastenbroek@zinl.nl
<http://www.zorginstituutnederland.nl>

.....
Aanwezig maandag tot en met donderdag

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.



Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

Relcouradres Postbus 248 - 3800 AE Amersfoort

Zorginstituut Nederland

De heer A.H.J. M

Postbus 320

1110 AH DIEMEN



Postbus 248
3800 AE Amersfoort
Stadsring 159b
3817 BA Amersfoort

T 033 467 29 00

F

hoofdkantoor@kngf.nl

www.kngf.nl

www.defysiotherapeut.com

IBAN NL59ABNA0553044028
BTW 0025.84.700.B.01
KvK 40506528

Relatienummer	318718	Doorkiesnummer	
Datum	26 september 2016	E-mailadres	
Onderwerp	Reactie KNGF op het concept rapport	Pagina	1 van 2

Geachte heer M

Namens het bestuur leg ik het volgende aan u voor.

We hebben met belangstelling kennis genomen van het concept rapport van het ZINL "Extramurale behandeling ontleed: de zorg door specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw.

Het KNGF is van mening dat de inhoud van dit rapport niet op zichzelf staat. We missen, in dit rapport de samenhang tussen het nog te verschijnen rapport "Positionering behandeling Wlz" en de overgang van het eerstelijns verblijf (ELV) naar de Zvw. We zien in dit rapport graag de samenhang aangebracht tussen deze delen van zorg. Alleen op deze wijze kan voorkomen worden dat er hiaten in de zorg ontstaan, dat de bekostiging onevenwichtig is en dat er verschillend mee wordt omgegaan door zorgverzekeraars. Wat uiteindelijk het leveren van 'goede zorg' in de weg staat.

We delen met u dat patiënten die behoefte hebben aan extramurale behandeling, multidisciplinaire zorg van goede kwaliteit behoeven. Fysiotherapie maakt een belangrijk onderdeel uit van deze zorg. Het is van essentieel belang dat deze zorg (incl. fysiotherapie) toegankelijk blijft voor patiënten die deze zorg behoeven.

Het KNGF is daarom van mening dat Extramurale Behandeling uitsluitend naar de Zvw kan worden overgeheveld, als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan (deze sluiten deels aan op de belemmeringen die u in uw rapport benoemt):

- 1 Er moet omschreven zijn wat onder goede zorg in dit kader wordt verstaan. Het KNGF draagt als werkgroep graag bij aan de benodigde ontwikkeling van de hiervoor benodigde richtlijnen en standaarden.

Het KNGF vindt dat er een aparte integrale prestatie moet komen voor deze zorg, zonder eigen risico (waar fysiotherapie onderdeel vanuit maakt). Een beter alternatief is dat de aanspraak fysiotherapie gewijzigd wordt binnen de Zvw op een wijze dat goede zorg voor iedereen toegankelijk is. Voorkomen dient immers te worden dat de patiënt, onder meer vanwege de stapeling van kosten, niet de zorg krijgt die hij of zij nodig heeft.

De bekostigingssystematiek dient bij te dragen aan de realisatie van goede samenhangende zorg. De zorg kent een multidisciplinair karakter, waarbinnen multidisciplinair overleg een belangrijke rol vervult. Tezamen met het gegeven dat de doelgroep van deze zorg extra tijd en aandacht vergt, betekent dit dat hier rekening mee dient te worden gehouden in de bekostiging.



In het rapport zien we graag opgenomen dat de belemmeringen om een overgang naar de ZVW verantwoord plaats te laten vinden, worden weggenomen.

Met vriendelijke groet,

Marcel Sturkenboom
Directeur-secretaris