

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Inzicht in de positionering, doelgroepen, behandeltrajecten en kwaliteit

Auteurs

dr. Patrick Jansen
drs. Louise Pansier
Moniek Rolleman MSc.

Opdrachtgever

VGN

Kenmerk

PJ/23/1665/gzsp

Publicatiedatum

november 2023

© Bureau HHM



Inhoud

1.	Inleiding.....	3
2.	Positionering en definitie GZSP	5
2.1	Positionering GZSP binnen wettelijk kader	5
2.2	Kenmerken GZSP volgens beleidsregel	8
2.3	GZSP in de gehandicaptenzorg	10
2.4	GZSP-prestatiebeschrijvingen en zorgprogramma's	10
3.	Inhoud van GZSP.....	12
3.1	Beschrijving VB-problematiek.....	12
3.2	Beschrijving NAH-problematiek.....	13
3.3	Start GZSP-traject.....	14
3.4	Diagnostiek	16
3.5	Behandeling.....	17
3.6	Afsluiting.....	20
4.	Organisatie en kwaliteit van GZSP	21
4.1	Kaders voor organisatie en kwaliteit.....	21
4.2	Behandelteam.....	22
	Bijlage 1. Overzicht kosten GZSP 2021	24

1. Inleiding

De VGN heeft bureau HHM opdracht gegeven om samen met stakeholders (beroepsgroepen en zorgverzekeraars) te komen tot een zorginhoudelijke omschrijving van goede Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) in de gehandicaptenzorg. De beschrijving moet bijdragen aan professionalisering in de sector en transparantie (o.a. richting Nederlandse Zorgautoriteit en zorgverzekeraars).

In 2021 is de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze zorg werd voorheen vergoed vanuit de Tijdelijke subsidieregeling Extramurale behandeling. In de loop van 2021 werd steeds duidelijker dat zorgaanbieders, professionals en cliënten knelpunten ervaren in de uitvoering van GZSP, waaronder:

- inkoop door zorgverzekeraars op basis van tarieven die niet toereikend zijn,
- (kwalitatieve) contracteisen die niet aansluiten bij de diversiteit van de zorgvragen en bij de wijze waarop GZSP wordt uitgevoerd,
- het ontbreken van een sectorbreed gedeelde beschrijving van goede GZSP.

Daarom is bureau HHM gevraagd om, in samenwerking met professionals en betrokken organisaties, een zorginhoudelijke omschrijving van GZSP uit te werken. In vier fasen hebben we aan deze beschrijving gewerkt:

- identificeren van doelgroepen in de gehandicaptenzorg (verwerkt in paragraaf 2.3, 3.1 en 3.2)
- beschrijven van behandeltrajecten per doelgroep (verwerkt in paragraaf 3.3 tot en met 3.6)
- uitwerken van de organisatie en kwaliteit van GZSP (verwerkt in hst. 4)
- uitwerken van een integrale beschrijving van goede GZSP, inclusief de positionering in het stelsel (verwerkt in hoofdstuk 2).

In iedere fase zijn we gestart met een eerste uitwerking van het onderwerp op basis van beschikbare documentatie (denk aan de beleidsregel voor GZSP, de uitgangspunten die ZN heeft opgesteld voor GZSP en inhoudelijke beschrijvingen van GZSP door zorgaanbieders). Deze uitwerking legden we vervolgens voor aan een projectgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen (NVAVG, NVO en NIP) en zorgorganisaties. Daarna organiseerden we een werksessie met een groep professionals en managers uit de

gehandicaptenzorg, waarbij we input ophaalden om de concepttekst aan te vullen en aan te scherpen.

Op drie momenten in het proces hebben we een klankbordgroep geraadpleegd bestaande uit vertegenwoordiging vanuit LFB, Ieder(in), VGN, ZN, zorgverzekeraars, NZa en VWS. In deze overleggen stond de vraag centraal of de omschrijving bijdroeg aan transparantie over de zorg die in het kader van GZSP wordt geboden en of de beschrijving bruikbaar was voor de partijen bij hun taak (met name voor de zorgverzekeraars bij de zorginkoop).

De omschrijving van GZSP in deze rapportage bevat een door de partijen gedragen beeld van wat GZSP in de gehandicaptenzorg inhoudt en kan als handreiking worden gebruikt voor het beschrijven van zorgprogramma's.

Resultaat: een omschrijving van GZSP in de gehandicaptenzorg die de essentie weergeeft van de doelgroep en de vormen van zorg en die binnen deze kaders ruimte laat voor maatwerk, vanwege de diversiteit in de doelgroep en de zorginvulling.

2. Positionering en definitie GZSP

Dit hoofdstuk start met de positionering van GZSP binnen het wettelijk kader, om de afbakening ten opzichte van andere vormen van behandeling en ondersteuning duidelijk te maken. Daarbij is de voorgeschiedenis van de GZSP relevant. Daarna beschrijven we wat GZSP volgens de beleidsregel kenmerkt. We citeren enkele passages uit de toelichting op de beleidsregel en hoe men daar vanuit de sector op reflecteert.

NB. In de gehandicaptenzorg is de term 'cliënt' gebruikelijk. Wij spreken daarom, buiten citaten uit de regelgeving, over cliënten.

2.1 Positionering GZSP binnen wettelijk kader

Tot 2015 maakte extramuraal behandeling voor mensen met een beperking onderdeel uit van de AWBZ. Deze zorg werd door het CIZ geïndiceerd. De AWBZ werd per 1 januari 2015 opgeheven en de gehandicaptenzorg werd (in grote lijnen) ondergebracht in de volgende domeinen:

- Intramuraal zorg: Wet langdurige zorg (Wlz) bij blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in nabijheid.
- Begeleiding en behandeling tot 18 jaar (met uitloop naar 21 jaar voor pleegzorg en gezinshuizen en 23 jaar voor zorg die niet uit een ander wettelijk kader kan worden geregeld): Jeugdwet.
- Begeleiding vanaf 18 jaar: Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).
- Behandeling vanaf 18 jaar: tijdelijk ondergebracht in een subsidieregeling ter voorbereiding op overheveling naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Behandeling in de Tijdelijke subsidieregeling behandelingsomvatte 'geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde'.

Deze behandeling kon zich richten op:

- verbetering van functionele vaardigheden ('herstel') of,
- het leren omgaan met de aandoening en de beperkingen die daaruit voortkomen of,
- het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag, of
- stabiliseren van functioneren en het voorkomen van verergering van de gevolgen van een aandoening.

De behandeling uit de Tijdelijke subsidieregeling is in twee fasen overgeheveld naar de Zvw: vanaf 2020 werd de inzet van de arts VG en de specialist ouderengeneeskunde uit de Zvw vergoed en vanaf 2021 ook de overige vormen van behandeling, zoals de inzet van de gedragswetenschapper. Deze

vormen van behandeling vormen nu de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP).

GZSP kan in de gehandicaptenzorg worden ingezet voor mensen met een (vermoeden van) verstandelijke beperking (VB) en mensen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Deze groepen omvatten een diversiteit aan cliënten en behandelvragen, die we in hoofdstuk 3 van deze rapportage beschrijven. Een aantal punten vraagt vooraf om verduidelijking.

GZSP: geneeskundig, specifiek en generalistisch

GZSP is (de naam zegt het al) *geneeskundige* zorg voor specifieke cliëntgroepen. Geneeskundige zorg uit de Zorgverzekeringswet “omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden” (Besluit zorgverzekering, artikel 2.4 lid 1). Het Zorginstituut legt het begrip geneeskundige zorg als volgt uit: “Geneeskundige zorg omvat meer dan alleen medische zorg (...). Ook zorg gericht op functiebehoud bij gevolgen van een aandoening of beperking valt onder geneeskundige zorg. Dit geldt ook voor het leren omgaan met of het compenseren van dergelijke beperkingen en het geven van uitleg en begeleiding rond een ziekte of aandoening.” (Zorginstituutnederland.nl, geraadpleegd op 26 mei 2023). Dit komt overeen met de beschrijving in de Tijdelijke subsidieregeling behandeling zoals in het vorige kopje beschreven.

GZSP kan dus een medische component hebben (zoals de zorg door de arts VG, specialist ouderengeneeskunde of een klinisch psycholoog), maar dit is niet altijd het geval. Ook de zorg van specifiek gedragswetenschappelijke en specifiek paramedische aard behoort tot de GZSP. Dit vormt bovendien een veel groter onderdeel van GZSP dan de medische zorg (zie ook bijlage 1). Deze zorg wordt uitgevoerd door of onder regie van de gedragswetenschapper (GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist). In principe kunnen alle

cliënten die in aanmerking komen voor GZSP zonder tussenkomst van de arts VG terecht bij de gedragswetenschapper. In de praktijk gaat het om dié cliënten waarbij geen sprake is van (zwaarwegende) medische aspecten, maar waarbij de psychische, psychiatrische en/of gedragsproblemen zich nadrukkelijk manifesteren binnen de beantwoording van de hulpvraag. Door de sterke multidisciplinaire verbinding met de arts VG kan deze desgewenst eenvoudig ingeschakeld of geconsulteerd worden.

Het gaat dus bij GZSP om geneeskundige zorg, maar het betreft altijd generalistische zorg. De arts VG en specialist ouderengeneeskunde enerzijds en de gedragswetenschapper anderzijds zijn als het ware de specialist binnen de generalistische zorg. Deze positionering binnen de generalistische zorg onderscheidt GZSP van de medisch-specialistische zorg.

Afbakening met medisch-specialistische zorg bij NAH

Een specifieke overgang van medisch-specialistische zorg naar GZSP komt voor bij mensen met NAH. Zij gaan in hun ziekte- en herstelproces van de fase van functionele genezing en herstel tijdens revalidatie naar de chronische, adaptieve fase waarin het omgaan met beperkingen centraal staat. De zorg en begeleiding die als integraal onderdeel van een revalidatietraject vanuit een revalidatiecentrum nodig is, valt onder de medisch-specialistische zorg van de Zw. Het maakt deel uit van de integrale behandeling door de revalidatiearts. Wanneer de revalidatiearts oordeelt dat de zorg niet meer valt onder ‘zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden’, en er is nog mogelijkheid voor herstel van vaardigheden en leren omgaan met beperkingen, dan is GZSP de aangewezen zorgvorm.

Afbakening behandeling voor jeugdigen tot 18 jaar

Het merendeel van de extramurale behandeling voor kinderen en jongeren tot 18 jaar met een verstandelijke beperking die voorheen beschikbaar was in

de AWBZ is ondergebracht in de Jeugdwet. Dit geldt echter niet in alle gevallen voor de inzet van de arts verstandelijk gehandicapten (arts VG), zoals blijkt uit deze duiding door het Ministerie van VWS:

“Voor de arts verstandelijk gehandicapten geldt dit (in casu declareren in Zvw) voor alle medische zorg, diagnostiek en opstellen van het behandelplan, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Het Zorginstituut stelt in haar pakketadvies ‘Extramurale behandeling ontleed’: “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, [...]. De psychische/gedragsmatige zorg valt onder de Jeugdwet.” (Kamerstukken II, 2016-2017, 33578 en 29389 nr.36)

Op deze laatste zin, dat de psychische/gedragsmatige zorg onder de Jeugdwet valt, is door professionals aangegeven dat probleemgedrag van een jeugdige onder de 18 ook kan samenhangen met de medische, somatische kant en dat de behandeling daar niet los van kan worden gezien. In dat geval moet niet alleen het diagnostisch proces, maar ook de behandeling door de arts VG als GZSP worden gezien. Wanneer de jeugdige zorg ontvangt vanuit een jeugd-zorgtraject en de arts VG wordt hierbij betrokken, dan wordt de arts VG ook vanuit de Jeugdwet betaald. De inzet van de gedragswetenschapper valt tot het 18^e levensjaar altijd onder de Jeugdwet, ongeacht de oorzaak van het probleemgedrag (syndroom-/handicap-gerelateerd of systemisch).

Afbakening met geneeskundige GGZ

Mensen met een verstandelijke beperking of NAH kunnen psychische klachten ervaren waarvoor behandeling nodig is. Vaak is sprake van verwevenheid tussen hun specifieke aandoening of beperking en de psychische klachten. Dit vraagt om specifieke kennis en vaardigheden bij de behandelaar. Ook vraagt het werken met cliënten met een verstandelijke beperking om een wezenlijk

andere bejegening en aanpak dan het werken met mensen zonder deze beperking. De verstandelijke beperking of het niet-aangeboren hersenletsel noodzaakt de behandelaar tot aanpassingen in de uitvoering van de behandeling (bijvoorbeeld meer tijd nemen voor uitleg en toepassen van mediërende behandeling, dat wil zeggen richting de sociale omgeving). Dat zijn redenen dat mensen met een VB of NAH voor psychische problemen zorg ontvangen vanuit de GZSP. Dit staat ook beschreven in de Beleidsregel GZSP: *“Wat betreft de afbakening met de GGZ geldt dat niet zozeer de aard van de zorg geleverd binnen GZSP verschilt van de GGZ, maar dat de patiëntkenmerken vragen om een andere bejegening en/of andere opzet van zorg. Het gaat daarbij om patiënten met:*

- *(het vermoeden van) een chronische en/of complexe aandoening met gevolgen voor het psychisch en cognitief functioneren of*
- *multiple problematiek (hoge ouderdom met stapeling van somatische klachten en bijv. zingevingsproblematiek), vaak degeneratief en progressief van aard.*

Hierbij is 'herstel of genezing' (zoals in de GGZ als doelstelling geldt) niet het behandeldoel. Juist deze complexe of chronische vraag van GZSP-cliënten heeft standaard een multidisciplinaire aanpak nodig waarbij de aandoening een specifieke benadering vereist die binnen de GGZ onvoldoende geboden kan worden.”

De psychische of psychiatrische problematiek kan ook dusdanig complex zijn dat de expertise binnen de GZSP ontoereikend is. In dat geval wordt de persoon voor dat deel van de zorgvraag verwezen naar de specialistische GGZ. De regiebehandelaar vanuit de GZSP stemt hierover af met de regiebehandelaar vanuit de GGZ.

Afbakening met begeleiding

GZSP is een vorm van behandeling en verschilt in aard van begeleiding. Behandeling is (onder andere) gericht op het aanleren van vaardigheden en gedrag en is meestal tijdelijk van aard, terwijl begeleiding gericht is op het inslijpen van het geleerde door het (herhaald) toepassen in de praktijk en vaak structureel / chronisch nodig blijft. Bij behandeling gaat het om het toepassen van behandelinterventies (zoals psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, farmacotherapie en erkende gedragsinterventies bij bijvoorbeeld agressie of verslaving). Bij begeleiding gaat het bijvoorbeeld om één of meerdere keren per week hulp bieden bij het doornemen van de dag- of weekstructuur, het ondersteunen bij praktische handelingen ten behoeve van de zelfredzaamheid (denk aan het voeren van een administratie en contact met instanties) en het meedoen in de samenleving (denk aan het opbouwen van sociale contacten en de invulling van vrijetijd). Begeleiding kan, net als behandeling, in groepsverband worden geboden. Dit wordt dan vaak dagbesteding genoemd.

Behandelaren vanuit de GZSP stemmen tijdens en bij afronding van de behandeling af met betrokken begeleiders, zodat zij de cliënt kunnen helpen de behandeladviezen goed in praktijk te brengen.

2.2 Kenmerken GZSP volgens beleidsregel

De cursieve teksten zijn passages uit de beleidsregel. Op ieder citaat volgt de reflectie van professionals, waaruit meestal een bevestiging blijkt en waarbij soms een aanvulling of nuancering wordt gegeven.

“De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare patiënten die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek.”

Het gaat altijd om mensen die thuis wonen. Onder ‘thuis’ vallen diverse situaties: mensen die (begeleid) zelfstandig wonen, mensen die in huis bij ouders (of andere naasten) wonen en begeleid wonen in een instelling vanuit de Wmo. Zodra iemand een Wlz-indicatie heeft, komt hij niet meer in aanmerking voor GZSP (ook niet als de persoon thuis blijft wonen met een Wlz-indicatie¹). Er kunnen ook mensen zijn die wel de kenmerken hebben van de Wlz-doelgroep (blijvende behoefte aan 24-uurs zorg of permanent toezicht) maar om uiteenlopende redenen geen Wlz-indicatie hebben.

De formulering ‘(hoog) complex’ wekt de indruk dat het altijd gaat om ingewikkelde problematiek, maar dit ervaren professionals in de sector anders. GZSP kan worden ingezet bij problematiek die voor de gehandicaptenzorg relatief eenvoudig is, maar wel een belastend effect heeft op meerdere levensgebieden. De term (hoog) complex duidt op het feit dat specifieke deskundigheid nodig is die niet beschikbaar is in de reguliere geneeskundige zorg. Deze specifieke deskundigheid kan worden ingezet voor enkelvoudige behandelvragen en voor complexe, meervoudige vragen.

“Dit betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare patiënten. (...) Daarnaast omvat gzsp ook zorg die niet meer op genezing is gericht, maar op het omgaan met de problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien.”

Hoewel een VB en NAH zelf niet te genezen zijn, kan GZSP gericht zijn op functionele genezing en herstel, ook in de chronische, adaptieve fase. Behandelaren zoeken altijd naar mogelijkheden voor verbetering van het functioneren. Vaak is sprake van een geleidelijke overgang van de fase waarin sprake

door middel van een ‘rekenmodule’ geregeld binnen de Wlz. Cliënten behouden op die manier toegang tot een vergelijkbare behandeling.

¹ Wanneer een cliënt GZSP-behandeling ontvangt en uit voorzorg een Wlz-indicatie aanvraagt, zonder direct te verhuizen naar een intramurale setting, wordt de financiering

is van gedeeltelijk functioneel herstel naar een fase waar duidelijk wordt wat de blijvende beperkingen zijn. De focus van behandeling komt dan te liggen op het (leren) omgaan met de problemen en beperkingen en het voorkomen van verergering.

“Dit betreft vooral (...) patiënten met een verstandelijke beperking (IQ<85), patiënten met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen of niet-aangeboren hersenletsel.”

Een lager dan gemiddeld IQ is niet voldoende voor het vaststellen van een verstandelijke beperking; er moet ook sprake zijn van beperkingen in het adaptief functioneren. Zie hoofdstuk 3 voor de nu gangbare omschrijving van een verstandelijke beperking. Zie hoofdstuk 4 voor de omschrijving van mensen met NAH.

“De problemen en beperkingen manifesteren zich op alle levensdomeinen.”

De problemen en beperkingen zijn niet per definitie op alle levensdomeinen aanwezig, maar de problematiek speelt wel vaak op meerdere domeinen. Ook heeft de behandelaar oog voor alle levensdomeinen, vanwege de samenhang tussen problemen die op verschillende levensdomeinen spelen (de problemen werken op elkaar in).

“De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische, het communicatieve, het cognitieve, en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook multidisciplinair door de tijd heen. Er kunnen ook periodes zijn waarin de zorg monodisciplinair is. 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.”

De behandelvraag van mensen binnen GZSP kan in de verschillende fases van het leven variëren en kan zowel enkelvoudig zijn als complex en veelzijdig. In alle gevallen is aandacht voor het sociaal-emotionele welzijn en functioneren

van belang (naast het in de beleidsregel genoemde somatische, psychische, communicatieve, cognitieve en gedragsmatige gebied).

“Ook het systeem van de patiënt (de mantelzorg) kan bij de behandeling worden betrokken voor zover dit ten goede komt aan de patiënt. (...) Het gaat om vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de patiënt.”

Bij mensen met een VB of NAH is het van groot belang dat hun omgeving wordt meegenomen in de behandeling. De context speelt altijd een rol; in het ontstaan, in stand houden of juist verminderen van problematiek. Daarom is expliciete aandacht voor de omgeving noodzakelijk. Hierbij denken we allereerst aan de sociale omgeving: heeft de persoon een sociaal netwerk, hoe gaan mensen uit het netwerk om met de persoon, is de omgeving gemotiveerd om mee te werken en heeft de omgeving hiervoor ook de juiste, steunende capaciteiten? Afhankelijk van het type behandelvraag kan de professionele omgeving verschillen, qua samenstelling van disciplines maar ook qua aanpak: individueel of groepsgericht. Tot slot is aandacht voor de fysische omgeving (zowel fysiek als sensorisch) van belang. Hoe is de thuis-situatie (is deze veilig, voelt de persoon zich hier prettig en zijn alle noodzakelijke hulpmiddelen aanwezig) en wat is nodig in relatie tot een succesvolle GZSP-behandeling?

“Welke zorg een patiënt uiteindelijk krijgt, wordt bepaald door de zorgvraag en de professionele afweging die gelden voor de specifieke interventies die aangeboden worden. Het behandelplan moet kunnen verhelderen op basis van welke professionele afweging interventies worden aangeboden, met welk doel en wanneer succes behaald is of dat er geen succes meer te verwachten is bijvoorbeeld door afnemende of ontbrekende leerbaarheid en/of trainbaarheid.”

Bij sommige cliënten wordt behandeling maar kort ingezet en kan het traject worden afgesloten (tot later in het leven eventueel opnieuw een behandelvraag ontstaat). Bij andere cliënten is langdurige inzet nodig, vanwege de ernst van de problemen, omwille van preventie van problemen of vanwege bijkomende problematiek. Bij behandeling worden verbeterdoelen geformuleerd, die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd.

2.3 GZSP in de gehandicaptenzorg

In aanvulling op de omschrijvingen in de Beleidsregel GZSP zijn vanuit de [visie op behandeling binnen de gehandicaptenzorg](#) de volgende aspecten typerend voor GZSP:

- De zorgvragen:
 - variëren van licht² tot zwaar,
 - zijn te complex voor reguliere generalistische zorg.
- De behandeling is:
 - kennisintensief en contextgebonden,
 - vaak multi- of interdisciplinair³,
 - gebaseerd op specifieke kennis over de doelgroep,
 - mede gericht op preventie, signalering en ontwikkeling,
 - gelaagd op niveaus van individuele behandeling tot beïnvloeding van de omgeving,
 - eventueel mediërend en langdurend,
 - onlosmakelijk verbonden met begeleiding in het dagelijks leven.

² Hoewel de zichtbare of hoorbare beperking soms de indruk wekt 'licht' te zijn, kunnen de onzichtbare gevolgen van bijvoorbeeld NAH toch een grote lijdensdruk en ziekte last met zich meebrengen.

³ Bij multidisciplinaire samenwerking is er aandacht voor alle relevante aspecten en kan de problematiek vanuit meerdere brillen geduid worden (cognitief, gedragsmatig, psychiatrisch, medisch, psychomotorisch, systemisch, et cetera). Bij interdisciplinaire samenwerking integreren de

GZSP in de gehandicaptenzorg wordt geboden door een breed scala aan behandelaren met specialistische en specifieke kennis van de doelgroep, bijvoorbeeld door artsen VG, gedragswetenschappers, verpleegkundig specialisten, physician assistants⁴, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, logopedisten en vaktherapeuten. De rol van de regiebehandelaar wordt ingevuld door de arts VG, specialist ouderengeneeskunde, gedragswetenschapper, verpleegkundig specialist of physician assistant. Behandeling vraagt vaak om intensieve samenwerking en om het betrekken van de context waaronder het informele netwerk van de persoon en de fysieke omgeving.

In deze rapportage beschrijven we GZSP-behandelvragen van mensen met een VB en mensen met NAH. We hebben met professionals uit de sector verkend of zij ook GZSP bieden aan mensen met een lichamelijke beperking (LB). Het huidige beeld is dat deze groep niet wordt behandeld binnen de gehandicaptenzorg. Zij ontvangen mogelijk wel GZSP, maar dan vanuit andere GZSP-prestaties dan de hiervoor genoemde. Daarmee vallen zij buiten de scope van dit traject.

2.4 GZSP-prestatiebeschrijvingen en zorgprogramma's

In de Beleidsregel GZSP zijn verschillende prestaties beschreven. Een aantal prestaties is in algemene termen omschreven, bijvoorbeeld 'Zorg zoals artsen verstandelijk gehandicapten plegen te bieden' en 'Zorg zoals gedragswetenschappers plegen te bieden'. Andere prestaties zijn doelgroepgericht beschreven, bijvoorbeeld 'Zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke

professionals samen de verschillende brillen, om te komen tot een vakoverstijgend inzicht op de problematiek en mogelijke interventies.

⁴ De verpleegkundig specialist en physician assistant hebben een zelfstandige behandelbevoegdheid binnen hun eigen bekwaamheidsgebied.

handicap en/of aan patiënten met niet-aangeboren hersenletsel' en 'Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (SGLVG)'. In de praktijk worden door de zorgverzekeraars binnen deze twee doelgroepgerichte prestaties momenteel twee vastgestelde behandelprogramma's vergoed (respectievelijk Hersenz en Zorgprogramma De Borg). Er zijn dus al twee vastgestelde programma's waaraan we in voorliggend rapport beschrijvingen toevoegen, omdat er ook GZSP wordt geboden die kwalitatief vergelijkbaar is maar (nog) niet in een programma is beschreven. Aanbieders en beroepsgroepen zijn met zorgverzekeraars in gesprek over de aanvullende eisen die momenteel door verzekeraars worden gesteld.

Voor een totaaloverzicht van GZSP hebben we in bijlage 1 per NZa-prestatie een overzicht opgenomen van de uren en kosten per gebruiker / cliënt (informatie over de bandbreedtes is niet openbaar beschikbaar).

3. Inhoud van GZSP

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe behandeling er uit kan zien voor mensen met een verstandelijke beperking (VB) en mensen met een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) die geen Wlz-indicatie hebben. In de eerste twee paragrafen beschrijven we de problematiek waarvoor behandeling nodig kan zijn. Daarna beschrijven we het GZSP-behandeltraject in verschillende fasen: start, diagnostiek, behandeling en afsluiting. Een GZSP-traject kan alle fasen beslaan, maar er zijn ook situaties waarin geen diagnostiek nodig is en situaties waarin alleen diagnostiek wordt gevraagd. Het komt ook voor dat de noodzaak van (aanvullende) diagnostiek gedurende een GZSP-traject duidelijk wordt. De stappen kennen dus niet altijd een lineair, opvolgend verloop.

3.1 Beschrijving VB-problematiek

Internationaal gezien is de beschrijving van verstandelijke beperking van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) leidend geworden. Wij sluiten met de beschrijving van de doelgroep 'mensen met een verstandelijke beperking' bij deze definitie aan. In de benadering van de AAIDD ligt minder nadruk op een IQ-score lager dan 70 (of lager dan 85) als statisch gegeven en wordt de verstandelijke beperking meer contextueel gezien.

Volgens de AAIDD wordt een verstandelijke beperking gekenmerkt door belangrijke beperkingen in zowel het verstandelijk functioneren als in adaptief gedrag. Deze beperkingen worden duidelijk in de ontwikkelingsperiode, vóór de leeftijd van 22 jaar.

Verstandelijk functioneren (ook wel intellectueel functioneren genoemd) omvat verschillende vaardigheden, zoals leren, redeneren en problemen oplossen.

Adaptief gedrag is een geheel aan vaardigheden die mensen in hun dagelijks leven leren en uitvoeren. Het gaat om conceptuele vaardigheden, sociale vaardigheden en praktische vaardigheden:

- Conceptuele vaardigheden: taal en geletterdheid, tijdsbesef en getalsconcepten en zelfsturing.
- Sociale vaardigheden: interpersoonlijke vaardigheden, sociale verantwoordelijkheid, zelfrespect, goedgelovigheid, naïviteit, het oplossen van sociale problemen en het vermogen om regels te volgen / wetten te gehoorzamen en te voorkomen dat je ergens slachtoffer van wordt.
- Praktische vaardigheden: activiteiten van het dagelijks leven, werk gerelateerd, gezondheidszorg, reizen / transport, schema's / routines, veiligheid, gebruik van geld, gebruik van telefoon.

Er wordt meestal gebruikgemaakt van gestandaardiseerde testen om deze vaardigheden te beoordelen en de benodigde ondersteuning vast te stellen. Bij het definiëren en diagnosticeren van een verstandelijke beperking is het belangrijk om rekening te houden met aanvullende factoren, zoals de omgeving in de samenleving en de cultuur (taalkundige diversiteit, culturele verschillen). Diagnostiek moet er ook van uitgaan dat beperkingen bij individuen vaak samengaan met sterke punten, en dat iemands niveau van functioneren in het leven verbetert als gedurende een langere periode de juiste gepersonaliseerde ondersteuning wordt geboden. Alleen op basis van dergelijke veelzijdige beoordelingen kunnen professionals bepalen of iemand een verstandelijke beperking heeft en individuele ondersteuningsplannen op maat maken om de kwaliteit van bestaan van de persoon te verbeteren.

Mensen met een VB zijn verminderd in staat tot zelfinzicht en reflectie, probleembesef en -inzicht. De persoon heeft hierdoor vaak een verwant, hulpverlener of huisarts nodig om:

- a) tot behandeling te komen,
- b) in adequaat overleg met behandelaar tot een passend traject te komen en
- c) om de transfer van het geleerde in therapie naar de dagelijkse leefsituatie te kunnen maken.

Mensen met een VB zijn verminderd in staat om die generalisatie zelfstandig te kunnen maken, waar mensen met een normale begaafdheid dit gemakkelijker kunnen. Mensen met een LVB worden daardoor vaak overschat en overvraagd. Dit kan leiden tot faalervaringen, frustratie en een negatief zelfbeeld.

Er kan ook sprake zijn van *bijkomende problematiek*, in het bijzonder (ernstig) probleemgedrag en psychiatrische problematiek:

- De definitie van probleemgedrag volgens de Richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een VB luidt: *“Probleemgedrag is internaliserend en/of externaliserend gedrag dat door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst wordt gezien en van zodanige intensiteit, frequentie of duur, dat het voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is.”* De richtlijn gaat ervan uit dat probleemgedrag altijd in de context benaderd moet worden en vaak het gevolg is van interactie tussen een persoon en zijn/haar omgeving. Ernstig probleemgedrag kenmerkt zich door het onderhevig zijn aan gedragspatronen die de persoon zelf en/of anderen ernstig schaden of benadelen.
- De kans op aanwezigheid of het ontwikkelen van psychische of psychiatrische problemen en stoornissen is bij mensen met een VB groter dan bij mensen zonder een VB. Probleemgedrag kan in samenhang met een VB en de psychiatrische stoornissen ontstaan.

3.2 Beschrijving NAH-problematiek

Bij NAH gaat het om hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot het aangewezen zijn op zorg en ondersteuning. NAH ontstaat plotseling, na een incident waarbij de hersenen onherstelbaar beschadigd raken, zoals een herseninfarct, hersenbloeding of ongeluk. Onder NAH valt ook hersenletsel door andere oorzaken, zoals asfyxie (tijdelijk zuurstoftekort), ontstekingen zoals meningitis of encefalitis, tumoren of tumorresectie, maar ook behandelingen waaronder bestraling of chemotherapie.

Het typerende is dat bij mensen met NAH sprake is van een onomkeerbare breuk in de levenslijn. Dit kan leiden tot een veelheid aan klachten en beperkingen op fysiek, cognitief, communicatief, gedragsmatig en sociaal-emotioneel gebied en gaat vaak gepaard met verwerkingsproblematiek en aanpassingsproblemen als gevolg van het sterk veranderde toekomstperspectief. De voor anderen meest zichtbare problematiek bij mensen met NAH wordt gevormd door de lichamelijke, functionele beperkingen, zoals verlamming, verlies van spierkracht, epilepsie of afasie. Daarnaast zijn er veelal ook onzichtbare gevolgen zoals vermoeidheid, vergeetachtigheid, concentratieproblemen, overprikkeling, persoonlijkheidsverandering, angst en somberheid. Deze problematiek leidt vaak tot toenemende psychische problemen en/of gedragsproblematiek en verstoorde sociale en gezinsrelaties. De problematiek speelt een rol op alle levensgebieden: sociaal (privé), werk, vrije tijd en toekomstperspectief.

Bij NAH is doorgaans sprake van een stabiele vorm van hersenletsel. Hiermee sluiten we mensen met progressieve degeneratieve aandoeningen (zoals Parkinson, multiple sclerose en dementie) uit in voorliggende beschrijving. Dat neemt niet weg dat deze doelgroep baat kan hebben bij de GZSP-zorg, maar omdat mensen met deze aandoeningen meestal buiten de doelgroep van de gehandicaptenzorg vallen, worden ze in dit document niet beschreven.

3.3 Start GZSP-traject

De start van een GZSP-traject bestaat uit een aanmelding en in een deel van de gevallen ook een intakegesprek.

Aanmelding

Cliënten melden zich aan met een verwijzing van de huisarts of worden aangemeld door bijvoorbeeld hun ambulante begeleider (na een verwijzing van de huisarts of vanuit de GGZ-instelling). De aanmelding wordt verwerkt door een medewerker van de frontoffice (zoals een zorgloket of zorgbemiddeling). De medewerker staat de cliënt en/of andere betrokkenen te woord, controleert of alle formulieren volledig zijn ingevuld en welke informatie al bekend is. Indien nodig wordt aanvullende informatie, bijvoorbeeld geldige diagnoses en eerdere behandeling, opgevraagd bij andere instanties.

De aanmelding wordt besproken in een kernteam of screeningsteam, bestaande uit één of meer BIG-geregistreerde behandelaren (GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, arts VG, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant), de frontofficemedewerker en eventueel een vaktherapeut. Zij bespreken of de vraag past binnen de expertise en mogelijkheden van de organisatie en bepalen of de juiste financieringsgrond aanwezig is aan de hand van de in- en exclusiecriteria voor GZSP.

Inclusiecriteria voor GZSP voor mensen met een VB:

- Mensen die zich met een geldige verwijzing aanmelden bij een arts VG, specialist ouderengeneeskunde, gedragswetenschapper, verpleegkundig specialist of physician assistant voor diagnostiek en/of behandeling uit de Zorgverzekeringswet.
- Er is sprake van een behandelvraag en de behandelaars verwachten dat hun behandeling kan leiden tot vermindering van de klachten of voorkomen of vertragen van verergering (behandelperspectief).
- Jongeren onder de 18 jaar: onderzoek (diagnostiek) en somatische, handicap-, stoornis- of syndroomgerelateerde behandeling door of onder regie van een arts VG, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig

specialist of physician assistant. Overige behandeling komt voor jongeren tot 18 jaar uit de Jeugdwet.

Exclusiecriteria voor GZSP voor mensen met een VB:

- De persoon met VB heeft een door het CIZ afgegeven Wlz-indicatie. Zij hebben aanspraak op behandeling vanwege de verstandelijke beperking uit de Wlz.
- Intramurale behandeling is noodzakelijk (zoals bij een floride psychose of verslaving waar eerst detox nodig is).
- Er is sprake van zodanige veiligheidsrisico's dat geen verantwoorde ambulante behandeling mogelijk is. Nota bene: vaak wordt dit pas gaandeweg duidelijk en neemt onveiligheid langzamerhand toe. In die gevallen blijven behandelaars betrokken totdat een passend aanbod is gerealiseerd.
- Jongvolwassenen van 18 tot 23 jaar met behoefte aan LVG-behandeling door orthopedagogisch behandelcentrum: de leeftijdsgroep van 18 tot 23 jaar maakt gebruik van de tijdelijke LVG-behandeling in de Wlz.

Inclusiecriteria voor GZSP voor mensen met NAH:

- Er is sprake van NAH dat is ontstaan door bijvoorbeeld een herseninfarct, hersenbloeding, ongeval, asfyxie (tijdelijk zuurstoftekort), ontstekingen zoals meningitis of encefalitis, tumoren of tumorresectie, bestraling of chemotherapie.
- Er is sprake van multidomeinproblematiek als gevolg van beperkingen op twee of meer functioneringsgebieden en drie of meer participatiedomeinen op de ICF.
- Er is sprake van een behandelvraag en de behandelaars verwachten dat hun behandeling kan leiden tot vermindering van de klachten of voorkomen of vertragen van verergering (behandelperspectief).

- De zorgvragen kunnen niet in de gebruikelijke generalistische (eerstelijns) zorg of met Wmo ondersteuning worden beantwoord.
- De persoon met NAH heeft mogelijkheden om middels multidisciplinaire behandeling een hoger niveau van kwaliteit van leven en eigen regie te bereiken.
- De persoon met NAH is voldoende gemotiveerd en in staat om relevante doelen te bereiken.

Exclusiecriteria voor GZSP voor mensen met NAH:

- De persoon met NAH heeft een door het CIZ afgegeven Wlz-indicatie.
- De persoon met NAH komt in aanmerking voor medisch-specialistische revalidatie.
- De persoon met NAH heeft een progressieve aandoening (bijvoorbeeld Huntington, Korsakov, Alzheimer) waarvoor een ander behandelprogramma passender is.
- De persoon met NAH beschikt over een beperkt leervermogen.
- De persoon met NAH heeft ernstige cognitieve problemen waardoor geen resultaten zijn te verwachten van de GZSP-behandeling.
- De persoon met NAH heeft ernstige psychiatrische- of verslavingsproblemen waardoor GZSP-behandeling niet mogelijk is (uitgezonderd psychische problemen die nauw samenhangen met het hersenletsel, waar de GGZ geen adequaat antwoord op heeft).

Organisaties kunnen binnen deze algemene in- en exclusiecriteria een specialisatie (zoals afasie) hanteren met het oog op de doelgroep waar zij zich op richten. Indien cliënten voldoen aan de inclusiecriteria, zorgt het screenings-team of kernteam voor doorgeleiding van de vraag naar de juiste persoon of afdeling. Bij exclusie voor GZSP wordt ook gezorgd voor doorgeleiding naar passende zorg.

Intake

Soms is uit de aanmelding voldoende duidelijk wat de vraag is en welke behandeling gestart moet worden. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de verwijzer gericht vraagt om enkelvoudige diagnostiek voor het vaststellen van een verstandelijke beperking. Bij andere vragen is meer informatie nodig om een goed beeld te vormen en te bepalen wat een passend traject is. In dat geval vindt een intakegesprek plaats met de persoon, meestal in aanwezigheid van een verwant of begeleider. Ook wordt vaak de verwijzer geraadpleegd. De intake wordt verricht door een BIG-geregistreerde behandelaar. Dit is meestal een gedragswetenschapper omdat de problematiek veelal gedragsmatig en/of psychosociaal van aard is (dit geldt zowel voor mensen met een VB als met NAH). Indien de vraag een medische component heeft die op de voorgrond ligt, is de arts VG de regiebehandelaar, maar dit kan ook een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant zijn. Op basis van de beschikbare informatie beslist het screenings-team of kernteam welke disciplines aanwezig moeten zijn bij de intake en wie de lead heeft. Afhankelijk van de vraag kunnen bijvoorbeeld een master-orthopedagoog, pedagogisch psychologisch assistent of psychiater bij het intakegesprek aansluiten.

Bij de vier landelijk erkende SGLVG-behandelcentra (verenigd in de Stichting Landelijk Expertisecentrum SGLVG De Borg) maakt een huisbezoek (uitgevoerd door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige) onderdeel uit van de intake, om een beeld te krijgen van de persoon in zijn context.

3.4 Diagnostiek

Diagnostiek is nodig als startpunt voor passende behandeling. Daarom wordt bij de intake nagegaan welke diagnostische gegevens aanwezig zijn en of nieuw of aanvullend onderzoek noodzakelijk is. In de gehandicaptenzorg

wordt diagnostiek vrijwel altijd gevolgd door behandeling; de aard en omvang van de behandeling kan variëren (zie verder paragraaf 3.5) en de behandeling kan soms in een ander domein worden uitgevoerd (bijvoorbeeld door de huisarts).

Voor mensen met een VB is een onderscheid te maken in twee categorieën diagnostiekvragen: een enkelvoudige diagnostievraag voor het vaststellen van een verstandelijke beperking en diagnostiek bij meervoudige problemen, zoals een combinatie van een verstandelijke beperking met psychische problematiek.

Diagnostiek voor het vaststellen van een verstandelijke beperking bestaat standaard uit het gebruik van gevalideerde testen voor de intelligentie, de adaptieve vaardigheden en de sociaal-emotionele ontwikkeling. De testen worden afgenomen door een diagnostisch medewerker (via de verlengde arm constructie), een master-orthopedagoog, pedagogisch psychologisch assistent of psychodiagnostisch medewerker (niet BIG-geregistreerd). De resultaten worden verwerkt in een rapportage. De regiebehandelaar (meestal een GZ-psycholoog of orthopedagoog-generalist en bij dominante medische problematiek de arts VG, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant) stelt op basis van deze rapportage de diagnose en het behandeladvies vast en bespreekt dit met de persoon, verwanten en/of begeleider.

Bij diagnostiek voor meervoudige problemen worden (eventueel in aanvulling op de al genoemde testen) onderzoeken gedaan gericht op de bijkomende problematiek naast de verstandelijke beperking. Welke onderzoeken dit zijn, hangt af van de kenmerken van de problematiek.

Voor mensen met NAH is de medische diagnose (NAH) gesteld door de revalidatiearts die regie voerde tijdens de medische revalidatie, de neuroloog op basis van beeldvorming of de huisarts op basis van klachten. Bij GZSP gaat het om mensen die de eerste fase van klinisch herstel voorbij zijn, waardoor de diagnostiek zich ook richt op de gevolgen voor de langere termijn. Het betreft diagnostiek (cognitieve beeldbepaling) die nodig is om te kunnen bepalen welke behandeling nodig is in de chronische-, adaptatie- of participatiefase waarin psychosociale en emotionele problemen centraal staan.

Factoren die de duur van de diagnosestelling bij cliënten met een VB of NAH voornamelijk beïnvloeden zijn:

- vermogen van de cliënt om te communiceren,
- combinatie van diagnoses,
- ziekte-inzicht bij de cliënt,
- motivatie van de cliënt,
- aanwezigheid van een steunend netwerk en/of begeleiders,
- gezondheidstoestand (en motorische vaardigheden).

Andere factoren zijn de mogelijkheden van de cliënt om een afspraak te plannen en de mogelijkheid om zelfstandig te kunnen reizen.

3.5 Behandeling

Wanneer de diagnose duidelijk is, volgt behandeling. GZSP-behandeling heeft verschillende doelen die per cliënt variëren en parallel of stapsgewijs behaald kunnen worden:

- behandeling van handicap-, stoornis-, syndroomgerelateerde of psychische problematiek,
- herstel van vaardigheden en verbeteren van zelfstandig functioneren;

- voorkomen van verergering,
- leren omgaan met beperkingen,
- leren omgaan met verlies en afname van vaardigheden.

Behandelaren voeren zelf interventies uit en geven aanwijzingen aan andere betrokken professionals (mediërende behandeling). Behandeling kan zich daarnaast ook richten op het sociale netwerk, door ondersteuning en aanleren van vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen voor het netwerk.

Binnen GZSP onderscheiden we de volgende typen behandelingen:

- Monodisciplinaire behandeling voor mensen met een VB of NAH
- Multidisciplinaire behandeling voor mensen met een VB of NAH
- Multidisciplinaire behandeling voor mensen met een VB en ernstig probleemgedrag dat ondanks eerdere specialistische GGZ-behandeling of geïndiceerde VG-zorg persisteert.

Hierna geven we een korte omschrijving van deze behandelvormen.

Monodisciplinaire behandeling

Deze vorm van behandeling wordt uitgevoerd door één behandelaar. Voor mensen met een VB is dit bijvoorbeeld een medicatieconsult of een jaarlijkse gezondheidscheck door een arts VG of verpleegkundig specialist bij een verder stabiele situatie (chronische laagfrequente behandeling). Of er is sprake van een afgebakend behandelingstraject, bijvoorbeeld behandeling van medische problematiek door een arts VG, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant of van een enkelvoudig trauma door een gedragswetenschapper.

Voor mensen met NAH is bijvoorbeeld bij de volgende situaties sprake van een monodisciplinaire behandeling: omgang met levend verlies, omgang met een enkelvoudig trauma, terugval in de beperking als gevolg van NAH en het

meenemen van het gezinssysteem in het nieuwe leven van de cliënt met NAH. Het betreft veelal enkelvoudige vragen die naar één discipline worden uitgezet, maar worden behandeld vanuit de brede expertise over NAH en de effecten die de NAH heeft op het cognitief functioneren. Deze behandeling wordt meestal verricht door een gedragswetenschapper en eventueel door een psychomotore therapeut, logopedist of afasietherapeut en kan individueel of in een groep plaatsvinden.

Multidisciplinaire behandeling

Bij deze vorm van behandeling zijn minimaal twee behandelaren betrokken die hun aanpak op elkaar afstemmen. Behandelvragen van mensen met een VB spelen vaak op diverse levensdomeinen waaraan verschillende disciplines in samenhang een bijdrage leveren. Afhankelijk van de vraag is dit een combinatie van een gedragswetenschapper, arts VG, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant met bijvoorbeeld een vaktherapeut, paramedicus, systeemtherapeut en/of psychiater. Door de multidisciplinaire aanpak is er aandacht voor alle relevante aspecten en kan de problematiek vanuit meerdere brillen worden geduid (cognitief, gedragsmatig, psychiatrisch, medisch, psychomotorisch, systemisch, et cetera). Multidisciplinaire behandeling vindt bijvoorbeeld plaats bij mensen waarbij ook sprake is van probleemgedrag of psychische problematiek (ontstaan vanuit overvraging, trauma en/of middelengebruik).

Een specifieke zorgvorm voor mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en ernstig psychiatrische aandoeningen is FACT LVB. Kenmerkend voor de doelgroep van FACT LVB is dat er sprake is van langdurende gedrags- en/of psychiatrische problematiek in combinatie met problematiek op andere

levensgebieden. Het gaat om mensen die door een scala aan oorzaken de grip op het leven zijn kwijtgeraakt, die zelf niet om zorg (kunnen) vragen, die moeilijk te stabiliseren zijn en regelmatig in crisissituaties belanden⁵. Cliënten hebben vaak meerdere medische klachten en worden zowel psychisch als lichamelijk (vaak causaal van invloed op elkaar) gevolgd en behandeld. De multidisciplinaire behandeling kan individueel plaatsvinden of in een groep. Individuele behandeling zijn bijvoorbeeld de gesprekken met een orthopedagoog-generalist, arts VG, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of physician assistant. Groepsbehandeling wordt vaak ingevuld door vaktherapeuten en paramedici. Ook kunnen specifieke vraagstukken, zoals seksueel overschrijdend gedrag of problematisch middelengebruik, via groepsessies worden behandeld. Een cliënt kan een combinatie van individuele behandelingen en groepsbehandeling ontvangen. Twee- of driemaandelijks vindt een multidisciplinair overleg plaats met alle betrokken behandelaren.

De duur van een traject hangt af van de problematiek en kan zowel een kortdurend afgebakend traject zijn als een langdurig (meerjarig) traject. Bij complexe problemen is ook sprake van wisselende intensiteit, met periodes van intensievere betrokkenheid of juist (bij stabielere periodes) meer betrokkenheid op afstand (dit geldt in ieder geval voor de arts VG of verpleegkundig specialist).

De multidisciplinaire behandeling voor mensen met NAH is veelzijdig en kan liggen op somatisch, psychisch, communicatief, cognitief en/ of gedragsmatig gebied. Volgens de informatie op hersenletsel.nl hebben mensen met NAH

⁵ Beschrijving van de doelgroep uit de [Modelbeschrijving FACT LVB](#) van CCAF, dat de kwaliteit van FACT en andere programma's bewaakt.

verschillende problemen. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de meest voorkomende problemen.

Type problemen	Percentage
Lichamelijke problemen	75%
Concentratieproblemen	64%
Geheugenproblemen	63%
Persoonsverandering	58%
Communicatieproblemen	56%
Emotionele problemen	54%
Problemen met plannen en organiseren	53%
Problemen door minder flexibel gedrag	50%
Moeite met initiatief nemen	39%

Tabel 3.1 meest voorkomende problemen bij mensen met NAH

Het algemene doel van multidisciplinaire behandeling in de GZSP voor mensen met NAH is het verbeteren van de kwaliteit van leven door het vergroten van de mate van zelfredzaamheid en eigen regie. Dit wordt bereikt door het benutten van alle resterende mogelijkheden voor functieherstel en daarnaast het stabiliseren en leren omgaan met alle blijvende gevolgen van NAH. Binnen

de behandeling is daarom ook ruime aandacht voor het psychologisch proces en dat van de direct betrokken naasten.

Binnen de groep mensen met NAH vormen personen met afasie een bijzondere groep, omdat het niet goed kunnen communiceren grote gevolgen heeft voor alle levensdomeinen.⁶

Bij mensen met NAH die multidisciplinaire behandeling nodig hebben is altijd sprake van een combinatie van problemen op diverse levensdomeinen die binnen de GZSP door verschillende disciplines in samenhang kunnen worden behandeld. Deze samenhang wordt bereikt met behulp van een regiebehandelaar die zorgt voor een samenhangend individueel behandelplan en behandelaanbod, waarin de zorg van verschillende disciplines is beschreven. Door regelmatige MDO's zorgt de regiebehandelaar voor coördinatie en waar nodig bijsturing. De behandeling wordt in de meeste gevallen in groepsverband geboden vanwege de ervaring dat cliënten veel van elkaar kunnen leren. In aanvulling daarop kunnen er ook individuele behandelcontacten zijn (bijvoorbeeld met de naasten in de thuissituatie).

De wijze waarop de behandeling wordt aangeboden kan verschillen, afhankelijk van de problematiek en van de cliënt. Binnen Hersenz bestaan de behandelprogramma's uit vaste modules van 14 weken, daarnaast werken andere organisaties met intermitterende behandelprogramma's waarbij deelname in overleg met de regiebehandelaar kan worden op- en afgeschaald. De ervaring van organisaties die deze zorg bieden, is dat de totale duur van een behandeltraject varieert van enkele maanden tot twee jaar, met een gemiddelde duur van 1,5 jaar.

⁶ Om de kwaliteit van de zorg voor personen met afasie te bevorderen en verbeteren heeft de Stichting Afasie Nederland (SAN) AfasieNet ontwikkeld. Dit is een landelijk netwerk voor professionals.

Multidisciplinaire behandeling voor mensen met een VB en persistent probleemgedrag

Deze vorm van behandeling wordt ingezet wanneer andere (multidisciplinaire) behandelingen ontoereikend zijn gebleken. Onderscheidend ten opzichte van de hiervoor beschreven multidisciplinaire behandeling voor mensen met een VB is het werken vanuit dagelijkse risicotaxatie en risicomangement. Het gaat om geïntegreerde psychiatrische en gedragswetenschappelijke behandeling, uitgevoerd door een hiervoor gecertificeerde instelling (De Borg instellingen). In deze instellingen werken diverse disciplines met elkaar samen, bijvoorbeeld de GZ-psycholoog, SPV, psychiater, arts VG en/of vaktherapeut. Ongeveer 90% van de behandelaren bij deze vorm van behandeling is BIG-geregistreerd. Wekelijks vindt een multidisciplinair overleg plaats met de betrokken behandelaren.

De duur van dit traject is gemiddeld anderhalf jaar en wordt onder andere bepaald door de combinatie van diagnoses. Vanwege deze combinatie worden interventies stapsgewijs en afwisselend ingezet. Minimaal eens per half jaar wordt de behandeling geëvalueerd met de betrokken behandelaren en de persoon; waar nodig worden doelen bijgesteld.

Factoren die duur en verloop bepalen

Bij zowel mono- als multidisciplinaire behandeling voor mensen met VB en mensen met NAH kunnen diverse factoren de duur en het verloop van de behandeling(en) beïnvloeden. De duur van het traject wordt door de regiebehandelaar ingeschat op basis van de volgende factoren:

- (combinatie van) diagnose(s),
- gezondheidstoestand,
- wisselingen in de gezondheidstoestand,
- voorspelbaarheid van deze wisselingen,
- vermogen om adequaat te communiceren,

- ziekte-inzicht,
- motivatie om mee te werken aan de behandeling,
- risico op gevaar voor zichzelf en/of naasten.

Specifiek voor mensen met NAH zijn bijvoorbeeld de spanningsboog en wisselingen in energie belangrijke aanvullende factoren die invloed hebben op de duur en het verloop van de behandeling.

Soms is de aanwezigheid en impact van deze factoren vanaf de aanmelding duidelijk, maar vaak ontstaat hiervan pas gaandeweg een goed beeld. Dit betekent dat de duur en intensiteit van de behandeling niet goed voorspelbaar is bij de start van een traject.

Andere zorgvormen

Aanvullend of volgend op de behandeling kan ondersteuning uit de Wmo worden ingezet (ambulante begeleiding, dagbesteding en hulpmiddelen) of zorg en medische hulpmiddelen vanuit de Zvw. Zie paragraaf 2.1 voor meer informatie over de afbakening met begeleiding.

3.6 Afsluiting

Tijdens de behandeling en bij afronding vindt een evaluatie plaats tussen de regiebehandelaar en de cliënt. In sommige gevallen vindt actieve monitoring plaats door uitnodiging voor een halfjaarlijks of jaarlijks consult (in ieder geval bij monodisciplinaire behandeling door arts VG of verpleegkundig specialist). Voor het meten van de resultaten (routine outcome monitoring, ROM) worden verschillende vragenlijsten gebruikt, afhankelijk van de doelgroep. Als de behandeling voor een bepaalde zorgvraag is afgerond, stuurt de regiebehandelaar een overdrachtsbrief of mail naar de verwijzer en (indien van toepassing) de organisatie die de persoon begeleidt. Ook worden afspraken gemaakt voor eventuele her-aanmelding bij terugkeer van klachten, andere of nieuwe problematiek.

4. Organisatie en kwaliteit van GZSP

We gaan in dit hoofdstuk in op aspecten van organisatie en kwaliteit in de uitvoering van de behandeling. De kwaliteit van het behandelteam is hierin een cruciale factor en wordt daarom specifiek belicht.

4.1 Kaders voor organisatie en kwaliteit

De zorgaanbieder werkt vanuit de kwaliteitskaders in de gehandicaptenzorg, zoals het Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg en (waar van toepassing) het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. De zorgaanbieder participeert in relevante (kennis)netwerken en onderzoek en werkt aan verbetering van zorgproducten. De zorgaanbieder draagt zorg voor de continuïteit van de te leveren zorg aan bestaande cliënten, mits de zorgaanbieder hierin wordt gefaciliteerd in inkoop en contractering door de zorgverzekeraar.

Planmatig werken

Behandeling is altijd gestructureerd en wordt op een programmatische manier nagestreefd. De individuele en groepsbehandeling wordt uitgevoerd zoals beschreven in het behandelplan, qua volgorde, onderdelen en tijdsduur. De professional bepaalt welke richtlijn(en) van toepassing is/zijn bij het uitvoeren van de behandeling en handelt naar deze richtlijn(en). Wanneer afwijking van de richtlijn noodzakelijk is om maatwerk te bieden aan de cliënt, wordt dit onderbouwd in het behandelplan. De behandeling voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' (SW&P). Het beoordelingskader hiervoor is te vinden bij [het Zorginstituut](#).

Duur behandeling

De duur van de behandeling is gebaseerd op de zorgvraag van de cliënt en prognose/onderbouwing van de regiebehandelaar; dit wordt beschreven in het behandelplan. Als geen verbetering, stabiliteit of vertraging van progressie meer te bereiken is, wordt de behandeling beëindigd. De behandeling wordt ingezet, uitgevoerd en afgerond in samenspraak met de cliënt.

Bij *zorg in een groep* wordt het aantal dagdelen bepaald door de zorgvraag van de cliënt en de toegevoegde waarde die zorg in een groep kan hebben. Dit wordt opgenomen in het individuele behandelplan, opgesteld door de

regiebehandelaar, ten behoeve van de multidisciplinaire afstemming rondom de cliënt. Zorg in een groep kent zowel behandel- als activeringsaspecten, dit wordt vastgelegd in het individueel behandelplan. Tenminste 50% van de activiteiten staat ten dienste van de behandeldoelen. Groepsactiviteiten kunnen ook onderdeel van het behandelplan zijn; dit is terug te vinden in het behandelplan.

Monitoring voortgang behandeling

De behandelvoortgang van cliënten wordt minimaal elk half jaar multidisciplinair geëvalueerd, waarna de behandeldoelen zo nodig gemotiveerd worden bijgesteld. In het behandelplan is opgenomen wanneer en hoe geëvalueerd wordt. Het werken volgens een methodische cyclus draagt bij aan regelmatige monitoring van de voortgang. Hetzelfde geldt voor dossiervorming, het vastleggen van het behandelplan en de MDO-verslagen. Een manier om de resultaten van een behandeling te meten is met gebruik van de Routine Outcome Monitoring (ROM). Daarnaast kunnen bijvoorbeeld de afname van mantelzorgbelasting, cliënttevredenheid en tevredenheid van naastbetrokkenen worden gemeten.

Leefsituatie cliënt

Bij de individuele behandeling is het betrekken van en vertalen naar de leefsituatie (zoals de thuis- of werksituatie) essentieel. De behandeling kan geheel of gedeeltelijk in de thuissituatie plaatsvinden, op basis van wat nodig is om de gestelde doelen te bereiken.

Zorg voor en door het netwerk

De familie/naastbetrokkenen (het netwerk) worden voor zover mogelijk en wenselijk ingezet bij de behandeling van de cliënt. Het gaat hierbij om

betrokkenheid bij de intake (omdat zij een belangrijke informatiebron zijn over de cliënt en over eerder ingezette interventies), de individuele behandeling, de evaluatiegesprekken en de transfer van de behandeling naar de thuis-situatie. De cliënt heeft een doorslaggevende stem in de wijze waarop het netwerk wordt betrokken bij de behandeling. Naasten krijgen zelf, voor zover noodzakelijk en passend, ook ondersteuning. Het gaat hierbij om ondersteunende gesprekken met de behandelaren.

4.2 Behandelteam

GZSP-behandelaren moeten, net als medisch-specialisten, voldoen aan eisen om in een beroepsregister te kunnen worden opgenomen. De artsen, gedragswetenschappers, verpleegkundig specialisten, physician assistants vaktherapeuten en paramedici (verenigd in beroepsorganisaties zoals de NVAVG, Verenso, NIP, NVO, FVB, NVLF, NvP, V&VN VS, NAPA, KNGF en PPN) werken volgens het kwaliteitsbeleid van hun beroepsorganisatie.

Hieronder volgt een korte beschrijving van hoe kwaliteit geborgd wordt binnen de beroepsgroepen⁷ :

1. Vakbekwaamheid: Een professional bouwt vakbekwaamheid op via opleiding en kan deze verzilveren via beroepsregistraties (bij de beroepsvereniging of wettelijk). Vakbekwaamheid wordt permanent onderhouden via herregistratie (werkervaring, scholing en reflectie).
2. Professionele standaard: De beroepsvereniging stelt normen voor de beroepsuitoefening van de eigen beroepsgroep via de professionele standaard, die onder meer bestaat uit de beroepscode, kwaliteitsstandaarden en wet- en regelgeving.
3. Verantwoorden van kwaliteit: Beroepsbeoefenaren zijn aan te spreken op hun handelen via verantwoording en toetsing binnen de beroepsgroep

⁷ Gebaseerd op de notitie 'Kwaliteitsborging gedragswetenschappers – GZSP' van NVO en NIP (2023).

zelf. Zij zijn gehouden aan hun professionele standaard en hierop aan te spreken middels (verenigings of wettelijk) tuchtrecht. Is een cliënt niet tevreden over de organisatie of praktijk dan kan deze zich wenden tot een klachtenregeling. Meent een cliënt dat een behandelaar zich niet heeft gehouden aan de gedragsnormen van de beroepsgroep dan kan deze zich wenden tot een tuchtcollege.

Deskundige behandelaars op het gebied van een VB of NAH

De behandeling wordt uitgevoerd door een vakbekwame behandelaar, die werkt volgens het vastgestelde behandelplan en gebruik maakt van bewezen interventies. De behandelaars hebben aantoonbaar specifieke kennis van gevolgen van een VB of NAH door opleiding of scholing. Zij werken volgens de professionele standaard van hun beroepsorganisatie en sluiten aan bij relevante kennisnetwerken voor scholing, kennisdeling en (implementatie van) standaarden en richtlijnen.

Regiebehandelaar

De regiebehandelaar is BIG-geregistreerd, voert regie op het behandelplan en stuurt het multidisciplinair team aan. De regiebehandelaar is een arts VG, specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, verpleegkundig specialist of physician assistant.

De regiebehandelaar is binnen kantoortijden beschikbaar voor consulten. Hij houdt zich aan de landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts en

generalistische basis-GGZ over verwijzing, wederzijds informeren, consulteren en terugrapporteren. De regiebehandelaar kan andere disciplines inzetten als dit duidelijk is beschreven in het behandelplan.

Disciplinemix

BIG-geregistreerde behandelaren voor GZSP in de gehandicaptenzorg zijn de arts VG, specialist ouderengeneeskunde, psychiater, physician assistant, verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist en oefentherapeut. Naast BIG-geregistreerde behandelaren kunnen diverse andere disciplines betrokken zijn in het traject van intake tot afsluiting, waaronder: (psycho)diagnostisch medewerker, pedagogisch psychologisch assistent, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, afasietherapeut, systeemtherapeut, psychomotore therapeut en andere vaktherapeuten, psycholoog, master-orthopedagoog en cognitief trainer.

Multidisciplinaire samenwerking

De zorgorganisatie heeft de benodigde disciplines in dienst of heeft een netwerk waar hij een beroep op kan doen, zodat multidisciplinaire zorg verleend kan worden. Alle zorgverleners stemmen hun handelen intensief met elkaar af door multi- of interdisciplinaire samenwerking⁸. Het team heeft voldoende manieren om multidisciplinair samen te werken en met elkaar te communiceren, zoals casusbespreking en intervisie.

⁸ Bij multidisciplinaire samenwerking is er aandacht voor alle relevante aspecten en kan de problematiek vanuit meerdere brillen geduid worden (cognitief, gedragsmatig, psychiatrisch, medisch, psychomotorisch, systemisch, et cetera). Bij interdisciplinaire samenwerking integreren de

professionals samen de verschillende brillen, om te komen tot een vakoverstijgend inzicht op de problematiek en mogelijke interventies.

Bijlage 1. Overzicht kosten GZSP 2021

NZa-GZSP-prestatie	Aantal gebruikers	Totale kosten	Kosten per gebruiker	Totaal uren	Uren per gebruiker	Kosten per uur
Arts verstandelijk gehandicapten	1.161	€ 476.756	€ 410	2.993	2,57	€ 159
Gedragswetenschapper	7.942	€ 18.063.999	€ 2.274	142.221	17,91	€ 127
Groepszorg aan lichamelijk gehandicapten / mensen met niet-aangeboren hersenletsel	2.276	€ 13.187.358	€ 5.794	579.589	254,65	€ 23
Zorg aan patiënten met sterk gestoord gedrag lichte verstandelijke beperking, sglvg	558	€ 8.072.044	€ 14.456	30.023	53,80	€ 268

Bron: [Zorgcijfersdatabank.nl](https://zorgcijfersdatabank.nl)