



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 Jolanda Latta, Carel Mastenbroek, Freerkje van der Meer

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 comorbideiteitsclusters.
- 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 (eerstelijnsverblijf), 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 pedagogogen 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 (zonedig 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 *Cliëntstelsysteem*

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 cliëntstelsysteem maakt hier in de meeste gevallen deel van uit, gezien de afhankelijkheid van de verstandelijk beperkte van zijn ondersteunend systeem (ouders of begeleiders). Het cliëntstelsysteem 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 behandelmethoden 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 werkterrein 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 werkterrein 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 zondig 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, Multipele 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 verstrekkings' 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 verstrekkings 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 gesignaleerd, 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 NZa³⁸ 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 Gehandicaptent (NVFVG)
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Nederlandse Vereniging van Pedagogen en onderwijskundigen (NVO)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicaptent (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 Pedagogen 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 schaaft 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