



Reactie VGN op consultatie NZa 'Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn'

September 2017

Inleiding

Hierbij reageert de VGN op het consultatiedocument van de NZa over de bekostiging van de aanvullende geneeskundige zorg (voorheen: extramurale behandeling), wanneer deze zorg wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onze reactie is als volgt opgebouwd:

- In §1 vatten we de essentie samen, voor zover relevant voor onze reactie;
- In §2 geven we de visie van de VGN, alvorens te reageren;
- In §3 en 4 bespreken we de doelgroepen binnen de gehandicaptenzorg;
- in §5 gaan we de consultatievragen bij langs;

§1 Samenvatting van het document

Het betreft de (voorheen genoemde) extramurale zorg voor cliënten die door het Zorginstituut Nederland (ZINL) als volgt worden ingedeeld:

- ouderen met chronische en/of complexe aandoeningen;
- chronisch, degeneratieve, progressieve aandoeningen;
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- mensen met een verstandelijke beperking.

Bij alle cliënten gaat het om zorg die veelal door een multidisciplinair team van zorgverleners wordt verleend. De te onderscheiden keuzes voor bekostiging van die zorg kan (zo stelt de NZa) grofweg in twee richtingen worden gesplitst:

- monodisciplinaire bekostiging:
 - er komen te tarifieren prestaties obv de subsidieregeling
 - er komen te tarifieren prestaties obv de huidige prestaties eerstelijnszorg
- multidisciplinaire bekostiging: bekostiging obv integrale standaarden of programma's. Van elk der varianten geeft de NZa een beschrijving.

1.1 Monodisciplinair obv de subsidieregeling

Er komen 3 prestaties, één voor de SO/AVG; één voor de psycholoog, orthopedagoog en vaktherapeut; één voor de paramedicus. Voor en nadelen (we citeren uit het consultatiedocument):

Voordelen van monodisciplinaire bekostiging op basis van subsidieprestaties

- aansluiting bij huidige bekostigingspraktijk uit de Tijdelijke Subsidieregeling;
- snelle en laagdrempelige overheveling, een "zachte landing", als eventuele tussenstap voor verdere doorontwikkeling;
- relatief weinig administratieve aanpassingen.

Nadelen van monodisciplinaire bekostiging op basis van subsidieprestaties

- geen inzicht in wie (welke discipline) de zorg heeft geleverd;
- geen adequate prikkels om de kwaliteit en doelmatigheid transparant te maken en invulling te geven aan de elementen van het toekomstig kader;
- risico op overbehandeling.

1.2 Monodisciplinaire bekostiging obv de huidige prestaties in de eerstelijnszorg

Iedere zorgverlener declareert eigenstandig zijn geleverde zorg met de voor die zorgverlener vastgestelde prestaties. Er zijn of worden dan prestaties vastgesteld voor SO, AVG, psychologen, orthopedagoog, vaktherapeut en paramedici. Voor en nadelen (we citeren uit het consultatiedocument):

Voordelen van monodisciplinaire bekostiging op basis van huidige prestaties eerstelijnszorg:

- bekostiging sluit aan op bestaande functionele aanspraken, kaders en huidige eerstelijns bekostigingssystemen, en voor een deel van de partijen bij bestaande administratie-, registratie- en declaratiesystemen;
- relatief snelle overheveling, als eventuele tussenstap voor verdere doorontwikkeling;
- zorgverleners declareren eigenstandig.

Nadelen van monodisciplinaire bekostiging op basis van huidige prestaties eerstelijnszorg:

- monodisciplinaire insteek;
- risico op overbehandeling;
- geen adequate prikkels om de kwaliteit en doelmatigheid transparant te maken en invulling te geven aan de elementen van het toekomstig kader;
- sturing en controle op doelmatigheid, kwaliteit en rechtmatigheid door de zorgverzekeraar complex;
- huidige prestaties eerstelijns zijn mogelijk niet van toepassing of volledig passend, verdere analyse is nodig;
- consequentie van de Zvw-bekostigingssystematiek is een toename van administratieve lasten ten opzichte van de huidige situatie, met name voor instellingen waarvan de zorgverleners in loondienst zijn, vanwege het opstarten van meerdere parallelle declaratiestromen.

1.3 Multidisciplinaire bekostiging

In tegenstelling tot de monodisciplinaire bekostiging, declareert binnen een multidisciplinaire bekostiging niet elke zorgverlener voor zich, maar valt de zorg als geheel onder één enkele prestatie. In de basis gaat het om een 'arrangement' van zorg, waarbij alle (behandel)activiteiten rondom de zorgvraag van de patiënt onderdeel zijn van één integrale prestatie. Vanuit deze prestatie leveren alle individuele zorgverleners de zorg. Het kan gaan om een prestatie per dag, een prestatie per week, een prestatie voor delen van het zorgtraject (bijvoorbeeld functiegerichte modules) en ook prestaties voor het gehele zorgtraject zijn denkbaar. Een multidisciplinaire bekostiging ondersteunt het multidisciplinaire karakter van de aanvullende geneeskundige zorg. Het kent een hoofdaannemer (dan wel hoofd-/regiebehandelaar) die voor de zorgverzekeraar als aanspreekpunt fungeert voor het gehele arrangement voor aanvullende geneeskundige zorg. De NZa onderscheidt bekostiging obv standaarden (vb. prestatie Huntington, prestatie MS, prestatie Korsakov), obv zorgzwaarte (vb.: prestatie 'complex' of prestatie 'hoog complex') of obv functieprogramma's die voor meerdere aandoeningen kunnen worden ingezet. Voor en nadelen (we citeren uit het consultatiedocument):

Voordelen van een multidisciplinaire bekostiging

- zorginhoud is vooraf duidelijk, met duidelijke in- en uitstroomcriteria;
- duidelijkheid welke zorgverleners voor welk deel betrokken zijn;
- prikkel om de kwaliteit en doelmatigheid op voorhand transparant te maken en invulling te geven aan de elementen van het toekomstig kader;
- ondersteunt multidisciplinaire karakter met één verantwoordelijk aanspreekpunt;
- laag risico op overbehandeling;
- prikkel voor samenwerking(safspraken);
- prikkel voor doelmatigheid.

Nadelen van een multidisciplinaire bekostiging

- vraagt inspanningsverplichting van gezamenlijke beroepsgroepen voor de ontwikkeling van standaarden, voorspellende kenmerken en/of functieprogramma's, wat een langdurig traject kan zijn;
- afhankelijk van het detailniveau dreigt het risico op wildgroei aan standaarden en mogelijk overlap;
- 'one size fits none';
- risico op dubbele bekostiging, onderbehandeling en risicoselectie aan de poort.

1.4 Combinaties

Er kunnen ook combinaties van mono- en multidisciplinaire bekostiging uitgewerkt worden. Combinaties van monodisciplinaire en multidisciplinaire bekostiging kunnen in verschillende varianten worden uitgewerkt. Een mogelijkheid is, dat naast de multidisciplinaire bekostiging, prestaties worden vastgesteld voor de monodisciplinaire inzet van zorgverleners. Hierbij valt te denken aan de functie consultatie en diagnostiek van de specialist ouderengeneeskunde / arts voor verstandelijk gehandicapten. Een andere mogelijke variant is, dat er naast de monodisciplinaire bekostiging, een prestatie wordt vastgesteld voor multidisciplinaire programmatische zorg (ziekte van Huntington, NAH). Dit geeft de mogelijkheid om – als er een standaard is vastgesteld – deze zorg in een multidisciplinaire (integrale) vorm af te spreken. Deze situatie is analoog aan de bekostiging van de huisartsenzorg, waarbij in segment 1 onder andere de monodisciplinaire huisartsenzorg staat en in segment 2 de multidisciplinaire programmatische zorg (zoals nu bestaat voor bijvoorbeeld COPD en, diabetes).

§2 Visie van de VGN

In deze paragraaf gaan we in op de zienswijze van de VGN op dit onderwerp. Dit is nodig als achtergrond, om in de volgende paragraaf reactie op de consultatie te kunnen geven.

2.1 Eerdere reactie aan het ZINL

In september 2016 heeft de VGN aan het ZINL laten weten de volgende aspecten van groot belang te vinden:

- Aanspraak: de VGN is van mening dat de aanvullende geneeskundige zorg in de eerstelijns voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel en voor mensen met een verstandelijke beperking op het niveau van een 'aparte aanspraak' in de Zvw geregeld moet worden. Dat biedt voor deze doelgroepen de beste mogelijkheid om adequate en kwalitatief verantwoorde zorg te krijgen.
- Afbakening: de VGN wil een duidelijke afbakening met andere wettelijke domeinen, zoals de Wmo en de Jeugdwet.
- Zorgprogramma's: de VGN onderschrijft het belang van het goed (laten) uitwerken van multidisciplinaire zorgprogramma's en is bereid daaraan mee te werken.

2.2 Voorlopige indeling in drie hoofdgroepen binnen de gehandicaptenzorg

In de zomer van 2017 hebben we geïnventariseerd welke zorg en welke programma's of modules reeds in de praktijk gebruikt worden binnen de gehandicaptenzorg. Vooral nog lijken er in de gehandicaptenzorg drie hoofdgroepen te onderscheiden als het gaat om behandelprogramma's:

1. Volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of met ernstige meervoudige beperkingen (in de subsidieregeling aangeduid met LVG of EMG);
- 2.a Volwassenen met een complexe licht verstandelijke beperking verband houdend met psychiatrische aandoeningen die niet onder de noemer SGLVG vallen (in de subsidieregeling aangeduid met LVG);
- 2.b Volwassenen met een complexe licht verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek en ernstige gedragsproblemen die onder de noemer SGLVG vallen of als het gaat om vervolgzorg na forensische zorg bij LVB (in de subsidieregeling aangeduid met SGLVG), zie paragraaf 4 voor de afbakening van de doelgroep
3. Volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel als gevolg van trauma, CVA, zuurstoftekort (bijvoorbeeld na hartstilstand), hersentumor of hersen(vlies)ontsteking of neurologische aandoening (in de subsidieregeling aangeduid met LG, in de praktijk gaat het om NAH).

Doelgroepen 1, 2.a en 3 worden verder besproken in paragraaf 3. De doelgroep 2.b wordt apart besproken in paragraaf 4. Deze SGLVG-doelgroep wordt apart beschreven omdat het gaat om zorg die past in de hoogspecialistische ggz, als opschaling van aanvullende geneeskundige zorg nadat tweedelijns zorg of behandeling onvoldoende resultaat heeft gehad. SGLVG kan gezien worden als derdelijns zorg.

	(L)VG/EMG	LVG	NAH
Derde lijn (hoog specialistisch)		2.b Extramurale behandeling SGLVG	
Tweede lijn (specialistisch)		2.a Extramurale behandeling LVG- complex	
Eerste lijn (generalistisch)	1. Extramurale behandeling (L)VG/EMG		3. Extramurale behandeling NAH (zorgprogramma Hersenz)

De uitkomsten van de inventarisatie zullen we gebruiken bij de verdere uitwerking van deze programma's. Met name het programma voor NAH wordt ook door ZINL vaak als goed voorbeeld aangehaald (evenals het reeds bestaande programma voor Huntington).

Tenslotte: de VGN is voorstander van proeftuinen. De effectiviteit van de extramurale behandeling en de preventieve waarde die van de extramurale behandeling uitgaat, zijn op dit moment nog onvoldoende onderzocht. Een goede positie van deze zorg heeft ongetwijfeld zijn effect op het zorggebruik in de achterliggende keten. Graag zouden we dan ook de innovatieve kracht van de extramurale behandeling beter willen monitoren en benutten door te gaan werken met proeftuinen en door de informatie uit deze proeftuinen op te halen en in te zetten ten behoeve van de doorontwikkeling van de nieuwe bekostiging.

3 Doelgroepen (L)VG/EMG, LVG-complex en NAH

3.1 Kern van de aanvullende geneeskundige zorg voor deze cliënten

Kenmerk gehandicaptenzorg

In het aanbod van extramurale behandeling zijn de geschiedenis en het karakter van de gehandicaptenzorg terug te vinden. De insteek is meer agogisch en psychologisch dan medisch, gericht op behoud en verbetering van de kwaliteit van leven. Sinds decennia spelen gedragswetenschappers een centrale rol. De insteek is multidisciplinair (naast psycholoog of orthopedagoog ook paramedici en vaktherapeuten) en breed gericht, op alle levensgebieden en ook op de context van de cliënt (leefsituatie, arbeid, netwerk). Dit is noodzakelijk omdat de cliënt het geleerde niet vanzelfsprekend zelf kan toepassen op andere terreinen en omdat de context van belang is voor het slagen van de behandeling en het voorkomen dat de cliënt in zwaardere vormen van zorg terecht komt. Behandeling binnen de langdurige gehandicaptenzorg wordt gedefinieerd als het geheel van de interventies, activiteiten en het (pedagogisch c.q. agogisch) woon-leefklimaat zoals door behandelaren beschreven in het behandelplan, ook wanneer deze uitgevoerd worden door uitvoerend medewerkers. Het gaat in dit laatste geval dus om een mediërende aanpak waarbinnen behandeling, begeleiding en verpleging en verzorging plaatsvindt.

Wat betekenen deze kenmerken voor de (extramurale) behandeling

Extramurale behandeling wordt ingezet bij cliënten met een behandelvraag die geen Wlz-indicatie hebben *en bij wie eerstelijnszorg ontoereikend is*¹. Er zijn verschillende redenen om specialistische expertise in te zetten.

1. Het behandelen van cliënten met (L)VG/EMG, LVG complex of NAH vraagt andere vaardigheden en stelt aanvullende eisen aan de beroepsbeoefenaar (bijvoorbeeld de huisarts of eerstelijns paramedici).

Cliënten met een (L)VG/EMG of LVG complex vragen om een specifieke bejegening, die aansluit om hun niveau van sociaal-emotionele ontwikkeling en die positief en competentiegericht is, in combinatie met veel structuur en vaak een meer directe benadering. Daarbij worden in het verlengde van de gedragswetenschapper vaak vaktherapieën en Hbo-geschoolde cognitief trainers en agogisch medewerkers ingezet, die nu niet in de eerste lijn beschikbaar zijn.

Bij cliënten met NAH is de diagnostiek complex: klachten dienen altijd in verband gebracht te worden met de gevolgen van het hersenletsel om ze goed te duiden en te behandelen, wat voor huisartsen lastig blijkt². Voorbeelden: Een relatieprobleem doordat een cliënt niets bijdraagt aan het huishouden kan niet via relatietherapie worden opgelost als de oorzaak ligt in initiatiefloosheid als gevolg van hersenletsel. Depressiviteit ten gevolge van een breuk in de levenslijn vraagt om een andere aanpak dan een 'gewone' depressie. Door gebrek aan ziekte-inzicht ziet iemand met NAH het probleem zelf niet terwijl de omgeving er wel last van heeft en de cliënt risico loopt op verlies van werk, relatie, enzovoort. De inzet van de juiste interventies om de doelen te bereiken is altijd maatwerk en vraagt om specialistische expertise.

Daarnaast vraagt de communicatie met mensen met NAH extra vaardigheden, door de problemen met informatieverwerking en (bij een deel van de cliënten) door afasie.

¹ Zie *Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ – Een verkennend onderzoek* (Trimbos Instituut, 2010). Hieruit blijkt dat professionals in de eerste lijn en de basis GGZ vaak moeilijk onderscheid kunnen maken tussen verstandelijke en psychische problemen. Cliënten met een (licht) verstandelijke beperking worden daardoor regelmatig overvraagd. Gevolg is dat de gedrags- of psychiatrische problemen blijven voortbestaan of verergeren, en dat de begeleiding en behandeling onvoldoende effect sorteert.

² Maastricht University ontwikkelt in opdracht van de Hersenstichting een huisartsentool zodat huisartsen meer oog krijgen voor hersenletsel als mogelijke oorzaak van psychische en maatschappelijke problemen.

2. De gangbare therapieën kunnen niet zonder meer worden ingezet. Er zijn veel richtlijnen, programma's en modules beschikbaar die specifiek zijn aangepast aan of ontwikkeld voor de doelgroepen (L)VG/EMG, LVG-complex en NAH die niet vanzelfsprekend toegepast kunnen worden vanuit generalistische benadering. Bijvoorbeeld zoals EMDR, (F)ACT, oplossingsgericht werken, neuropsychologische behandelprotocollen, behandelmodules van Hersenz.
3. De problematiek van cliënten met een (L)VG/EMG of LVG-complex of NAH vereist de inzet van meerdere disciplines en een integrale, samenhangende aanpak. Dit betekent dat gewerkt wordt vanuit een interdisciplinair team en dat de behandeling meer is dan de som der losse delen. Verschillende disciplines werken gezamenlijk aan hetzelfde doel, waarbij de inzet van elke discipline per cliënt en per moment kan verschillen. Centraal staat het behalen van de behandoelen. Belangrijke disciplines zijn de gedragswetenschapper (psycholoog of orthopedagoog), paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut), vaktherapeuten (psychomotorisch therapeut, creatief therapeut), cognitief trainers en agogisch medewerkers.

Voor (L)VG/EMG, LVG-complex en NAH brengt extramurale behandeling specialistische expertise dichtbij de generalistische omgeving.

Voor NAH geldt dat deze behandeling een specifieke plaats in de zorgketen inneemt, namelijk als de primaire revalidatie³ is afgerond en de thuiswonende cliënt direct of na verloop van tijd vastloopt in zijn leven. Door de inzet van extramurale behandeling worden duurdere vormen van zorg tijdelijk of langdurig voorkomen. Het gaat steeds om aanvullende geneeskundige zorg (behandeling) die bijdraagt aan de kwaliteit van leven en aan het functioneren op alle levenssterreinen, via een integrale, multidisciplinaire aanpak. De gedragswetenschapper vervult een centrale rol, vaak die van regieverantwoordelijke behandelaar. Daarnaast worden andere disciplines ingezet, met name paramedici en vaktherapeuten.

Voor de doelgroep (L)VG/EMG kan de AVG een rol vervullen, maar deze wordt veel minder vaak ingezet.

Voor LVG complex geldt dat de specialistische expertise die extramuraal wordt ingezet zich bevindt op het niveau van de specialistische GGZ. Het gaat daarbij onder andere om deskundigheid op het gebied van verslaving, (forensische) psychiatrie en systemen. Bij de inzet van deze expertise wordt uitgegaan van de herstelgerichte benadering. Het behalen van resultaten op het gebied van zelfredzaamheid, eigen regie en participatie zijn het doel waardoor zorg afgeschaald kan worden. Deze benadering is tevens de kern van de bestaande zorgprogramma's.

3.2 Voorlopige voorkeur van de VGN mbt de bekostiging

Extramurale behandeling heeft een specifiek karakter, waarvan we de volgende aspecten geborgd willen zien in de toekomstige financiering:

- Het aanbod moet integraal, samenhangend en multidisciplinair zijn en geleverd (kunnen) worden vanuit verschillende disciplines (inclusief cognitief trainer en agogisch medewerkers in het verlengde van de gedragswetenschapper);
- De verhouding waarin disciplines worden ingezet, moet kunnen verschillen per cliënt (al is er wel een gemiddelde inzet te bepalen);
- De instroom- en uitstroomcriteria zijn duidelijk;
- Het behandelprogramma is vooraf in grote lijnen duidelijk, maar moet gedurende de behandeling aangepast kunnen worden als dat nodig blijkt om de behandoelen te behalen;

³ Primaire revalidatie vindt plaats in revalidatiecentra of revalidatieafdelingen van ziekenhuizen maar ook door paramedische behandeling in de eerste lijn. De insteek is medisch-specialistisch of paramedisch.

- De in de gehandicaptenzorg opgebouwde specifieke en specialistische expertise moet breed kunnen worden ingezet;
- De gedragswetenschapper moet als regiebehandelaar ingezet kunnen worden;
- Er moet permanente afstemming mogelijk zijn met andere organisaties en zorgverleners, omdat deze complexe cliënten vaak al een heel traject achter zich hebben liggen (bij NAH bijvoorbeeld revalidatie, paramedische behandeling in de eerste lijn of generalistische of specialistische ggz);
- Ruimte voor maatwerk, bijvoorbeeld omdat de informatieverwerking en communicatie moeizamer verloopt en meer tijd kost (en dus ook de behandeling) en het tempo van zowel fysieke als psychologische aanpassing lager ligt, als gevolg van de cognitieve, motorische en communicatieve beperkingen van de cliënten;
- Er moeten voldoende mogelijkheden zijn voor behandeling die zich richt op de context (naasten, netwerk, werkomgeving) omdat de context een belangrijke rol speelt. Bij NAH zijn verliesverwerking door naasten, psycho-educatie aan het systeem en adaptie van de naasten aan de nieuwe situatie belangrijke behandeldoelen.

Omdat deze expertise bij uitstek vaak te vinden is in de instellingen voor langdurige zorg, neigen we voor de doelgroepen VG/EMG, LVG en NAH op dit moment naar een model van de bekostiging van multidisciplinaire programma's, te kenschetsen als specialistische zorg in het verlengde van de huisartsenzorg; met een tarief per programma (nog nader uit te werken); waarbij de behandelaars veelal in dienst zijn van een VG- of LG-instelling en deze zorg dus extramuraal leveren (de instelling kan eventueel ook contracten sluiten met vrijgevestigde beroepsbeoefenaren); waarbij niet alleen de AVG, maar juist ook de GZ-psycholoog of de OG regieverantwoordelijk kan zijn; waarbij de instelling het contract sluit met de verzekeraar (vooralsnog gaan we uit van gereguleerde i.p.v. vrije tarieven); waarbij de instelling dan ook de behandelaars (die de zorg in de eerste lijn uitvoeren) betaalt. Hier liggen nog wel uitvoeringstechnische en juridische vragen, maar dat moet verder uitgezocht worden, maar dat is volgens ons wel in lijn met de voornemens van de NZa, hetgeen uit de consultatie blijkt.

4 Doelgroep SGLVG

4.1 Kern van de specialistische ggz voor deze cliënten

Het gaat hier om een afgebakende doelgroep met duidelijk in- en exclusiecriteria.

Inclusiecriteria

1. De cliënt is 18 jaar of ouder.
2. Bij de cliënt is sprake van:
 - beperkingen in zowel het verstandelijke als het adaptieve functioneren, in de conceptuele, sociale en praktische domeinen (lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafd intelligentieniveau; IQ 50-85), EN
 - een of meer diagnosticeerbare psychiatrische aandoeningen, EN
 - ernstige gedragsproblematiek (d.w.z. het onderhevig zijn aan gedragspatronen die de cliënt en/of anderen ernstig kunnen schaden of benadelen) die met de verstandelijke beperking en/of de psychiatrische aandoening(en) samenhangt.
3. De verstandelijke beperking is vóór het 18e levensjaar ontstaan als gevolg van een gestagneerde ontwikkeling. Indien dit niet zonder meer aantoonbaar is, geldt het volgende:
 - onaannemelijk is dat de verstandelijke beperking is verworven, bijvoorbeeld ten gevolge van schizofrenie, NAH (tenzij op zeer jonge leeftijd ontstaan), langdurig drugsgebruik e.d.

- in het voortgezet onderwijs is alleen speciaal of praktijkonderwijs gevolgd OF het voortgezet onderwijs is niet met succes doorlopen (geen diploma en geen uitzicht daarop)
 - vóór het 18e levensjaar was sprake van gedragspatronen die op grond van een verstandelijke beperking kunnen worden verklaard EN/OF een structurele behoefte aan een bovengemiddeld intensief steunsysteem.
4. Er is sprake van een behandelvraag en de behandelaars van het SGLVG-behandelcentrum verwachten dat hun behandeling kan leiden tot vermindering van de klachten (behandelperspectief).
 5. Cliënt heeft eerder specialistische GGZ-behandeling of geïndiceerde VG-zorg ontvangen die geen of onvoldoende resultaat geeft gehad, of wordt door zijn GGZ-behandelaar of VG-arts naar het SGLVG-behandelcentrum doorverwezen. Geen of onvoldoende resultaat wordt geacht te bestaan als de cliënt voor zijn hulpvraag eerder specialistische GGZ-behandeling of geïndiceerde VG-zorg ontving.
 6. Cliënt is door een huisarts, GGZ-regiebehandelaar of VG-arts naar het SGLVG-behandelcentrum verwezen met een specifieke vraag om SGLVG-behandeling.

Exclusiecriteria

1. Klinische behandeling van de cliënt is noodzakelijk.
2. Er is sprake van zodanige veiligheidsrisico's dat geen verantwoorde ambulante behandeling mogelijk is.

Kenmerken van de behandeling

SGLVG-behandeling kenmerkt zich door geïntegreerde psychiatrische en gedragswetenschappelijke behandeling van een doelgroep die een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek als kenmerken heeft.

SGLVG-behandeling onderscheidt zich van de vormen van GGZ-behandeling die op dit moment door de ZVW worden gedekt.

- SGLVG-behandeling is in het leven geroepen om adequate behandeling te bieden aan een doelgroep die onvoldoende baat vindt in de reguliere GGZ en de reguliere VG-zorg. SGLVG-behandeling biedt zodoende *meer* dan reguliere GGZ of reguliere VG-zorg.
- Dit meerdere hangt samen met het *geïntegreerde karakter* van de behandeling. 'Geïntegreerd' moet hierbij letterlijk worden verstaan en behelst dus meer dan (mede)behandeling door gedragswetenschappers in een psychiatrisch behandeltraject, zoals in de GGZ gebruikelijk is. Zowel de diagnostiek (met name betreffende de ontwikkelingsgeschiedenis, waarin stoornissen en beperkingen in onderlinge samenhang zijn ontstaan) als de eigenlijke behandeling (met name van de gedragsproblematiek, waarin zowel stoornissen als beperkingen een aandeel kunnen hebben) zijn integratieve trajecten, waarin psychiatrische en gedragswetenschappelijke bevindingen en methoden het niet zonder elkaar kunnen stellen.

Het zorgprogramma behelst zodoende een uitwerking van een geïntegreerde, psychiatrische en gedragswetenschappelijke behandeling voor een doelgroep die onvoldoende baat vindt in de reguliere GGZ en de reguliere VG, met voldoende kwaliteitsgaranties om de geïntegreerde behandeling wel te doen slagen. Om deze vorm van behandeling te beperken tot noodzakelijke gevallen, stellen wij voor het criterium te formaliseren dat voorafgaande GGZ-behandeling of VG-zorg geen of onvoldoende resultaat heeft gehad. Een soortgelijk criterium geldt ten aanzien van klinische SGLVG-behandeling en voorkomt dat op SGLVG-behandeling een beroep wordt gedaan zodra sprake is van psychiatrische en gedragsproblematiek in combinatie met een verstandelijke beperking. De extramurale SGLVG-behandeling situeert zich daarmee in de derde lijn.

Impliciet is hiermee de vraag beantwoord of SGLVG-behandeling tot de specialistische zorg moet worden gerekend. Gezien het karakter van SGLVG-behandeling als geïntegreerde psychiatrische en gedragswetenschappelijke behandeling die zich in de derde lijn situeert, is SGLVG-behandeling naar haar aard specialistisch en zelfs hoogspecialistisch te noemen. Hier komt bij dat in het geval van SGLVG-behandeling zowel de complexiteit (meervoudige, multicausale problematiek) als het risico (ernstige gedagsproblematiek) aanwezig zijn die in het domein van de GGZ de keuze voor specialistische zorg bepalen. Verder fungeren in de SGLVG-behandeling niet de AVG of de SOG als regiebehandelaar, maar hetzij de psychiater, hetzij de GZ-psycholoog. Een psychiater levert medisch-specialistische zorg, terwijl de GZ-psycholoog zorg biedt zoals klinisch psychologen plegen te bieden. Ten slotte sluit SGLVG-behandeling in veel gevallen rechtstreeks aan op forensische of klinische behandeltrajecten die eveneens als specialistische zorg te typeren zijn. Een positionering van SGLVG-behandeling buiten de specialistische zorg zou dan ook een belemmering opleveren voor de continuïteit van zorg voor de forensische doelgroep waaraan stelselmatig is gewerkt in het programma *Continuïteit van zorg* van VenJ, VWS, ZN, GGZ en de VGN.

4.2 Voorlopige voorkeur van de VGN mbt de bekostiging

SGLVG-behandeling is een derdelijns voorziening is die thuishoort in de tweedelijns bekostiging. Daarbij willen wij wijzen op de algemene herziening van bekostigingsmodellen in de GGZ die door de NZa wordt voorbereid en in 2020 haar beslag gaat krijgen. Volgens dit model zijn geen diagnoses, maar zorgprofielen leidend. Wij kunnen ons goed voorstellen dat de extramurale behandelprestaties SGLVG een plaats vinden binnen de nieuwe zorgprofielen. Dit geldt zeker voor SGLVG-behandeling, die immers geen bepaalde diagnose veronderstelt, maar een bepaalde samenhang van psychiatrische problematiek, gedragsproblematiek en een verstandelijke beperking, die goed in de vorm van een zorgprofiel kan worden beschreven. In 'Extramurale behandeling ontleed' heeft het Zorginstituut al gesignaleerd dat er een overlap is in de zorgverlening voor deze groep met de specialistische GGZ en de forensische zorg waardoor afbakeningen sterk individueel bepaald zijn (blz. 74). Bekostiging door middel van een DBC of een Zorgcluster in de nieuwe bekostiging ondervangt dit probleem.

§5 Reactie op de consultatievragen

De consultatievragen over het toekomstperspectief:

Vraag 1 en vraag 2: de VGN heeft geen aanvullingen.

De consultatievragen over monodisciplinaire bekostiging obv subsidieprestaties:

Vraag 3: we hebben geen aanvulling. In deze analyse, inclusief de door de NZa genoemde voor- en nadelen, kunnen we ons vinden.

Vraag 4: deze variant lijkt ons logisch en haalbaar, in elk geval voor de doelgroepen VG/EMG en LVG complex en mogelijk ook voor de doelgroep NAH.

Voor de doelgroep LVG complex staan er diverse zorgprogramma's in de steigers maar deze zijn nog niet landelijk afgestemd. Voor VG/EMG zijn er nog nauwelijks uitgewerkte zorgprogramma's. Vanuit de VGN is inmiddels initiatief genomen de ontwikkeling van zorgprogramma's landelijk gezamenlijk ter hand te nemen. We streven naar integrale, onderling samenhangende zorgprogramma's per doelgroep en zorgvraag, gericht op het voorkomen van of afwenden van zwaardere vormen van zorg.

Voor NAH is er wel een uitgewerkt zorgprogramma, namelijk het behandelprogramma Hersenz. Mogelijk kan er voor de doelgroep NAH al sneller een stap richting multidisciplinair zorgprogramma worden gezet, al vraag dat ook nog voorbereiding. Wat haalbaar is zou Hersenz graag samen met de NZa nader onderzoeken.

Voor de overige doelgroepen lijkt monodisciplinaire bekostiging op basis van drie subsidieprestaties in elk geval logisch en haalbaar, met inachtneming van een aantal voorwaarden (die ook voor de doelgroep NAH gelden):

- De behandeling kan vanuit instellingen geleverd worden;
- De gedragswetenschapper mag regieverantwoordelijk zijn;
- De ruimte voor maatwerk en voor snelle op- en afschaling blijft hetzelfde als nu het geval is (bij individuele behandeling onbeperkt; regiebehandelaars bepaalt wat nodig is) omdat het aantal uren sterk varieert per cliënt en afhankelijk is van zorgzwaarte en de fase waarin de cliënt zich bevindt;
- De tarieven worden opnieuw bekeken en er wordt meer rekening gehouden met de multidisciplinaire aanpak en de investerings- en huisvestingscomponent dan in de huidige tarieven;
- Goede afspraken over verwijzing en de eisen die gesteld worden aan de zorg die wordt geleverd;
- Geen ingewikkeld, nieuwe bekostigingssystematiek en administratiewijze.
- Aandacht voor de eventuele eigen bijdrage en het eigen risico van de cliënt en de consequenties hiervan.

De drie genoemde monodisciplinaire prestaties zijn in de toekomst ook gemakkelijk te combineren tot multidisciplinaire programma's, net zoals nu het geval is. Deze variant biedt tijd en ruimte om de zorgstandaarden en behandelprogramma's beter uit te werken en aan te scherpen.

Vraag 5: Op lange termijn vinden wij multidisciplinaire bekostiging voor afgebakende multidisciplinaire zorgprogramma's wenselijk. Daarnaast kan monodisciplinaire bekostiging op basis van drie subsidieprestaties blijven bestaan.

Vraag 6 en 7: Aandachtspunten hierbij:

- Financiering van multidisciplinaire samenwerking. De ervaring in de praktijk is dat deze onvoldoende gefinancierd kan worden vanuit de huidige (monodisciplinaire) tarieven binnen de subsidieregeling.
- Vergoeding reistijd en reiskosten zorgverleners. Met name reistijd is een probleem omdat die nu niet declarabel is. Bij reiskosten worden niet de reële kosten vergoed.
- Vervoerskosten cliënt. Deze zijn in de huidige regeling beslist niet toereikend, vooral omdat veel cliënten met NAH afhankelijk zijn van rolstoelvervoer. In de praktijk belemmert dit cliënten om behandeling te krijgen.
- Vindt indicatiestelling in dit scenario plaats door de huisarts, SO of AVG?
- Voor de VGN geldt dat in dit scenario ook de gedragswetenschapper regiebehandelaar kan zijn, dus een vergelijkbare rol krijgt als SO of AVG.

De consultatievragen over monodisciplinaire bekostiging obv huidige prestaties eerstelijnszorg:

Vraag 8 t/m 13: deze vragen beantwoorden in één keer: deze variant heeft vooralsnog niet onze voorkeur, want het sluit niet aan bij de praktijk in onze sector. Dat maakt dan ook dat we de analyse zoals de NZa die beschrijft, delen. En voor de VGN betekent dit dat de door de NZa genoemde nadelen voor de gehandicaptenzorg juist sterk gelden. We citeren de twee eerdergenoemde belangrijkste nadelen:

- het is de vraag of de huidige prestaties en tarieven in de beleidsregels van de huisartsenzorg, basis-ggz en de gespecialiseerde ggz hiervoor passend zijn(het aantal

toegestane verrichtingen is bijvoorbeeld veel te laag), verdere analyse is nodig; het is zeer de vraag of de tarieven van de basis-GGZ toereikend zijn om bijvoorbeeld de vaak langdurige FACT-trajecten te bekostigen. Binnen een bestaand zorgprogramma 'specialistische geestelijke gezondheidszorg voor LVB complex' worden specialistische behandelingen geboden op het niveau van de specialistische ggz. Financiering op dat niveau moet dan ook dienovereenkomstig zijn.

- consequentie van de Zvw-bekostigingssystematiek is een toename van administratieve lasten ten opzichte van de huidige situatie, met name voor instellingen waarvan de zorgverleners in loondienst zijn, vanwege het opstarten van meerdere parallelle declaratiestromen;
- de eigen bijdrage en het eigen risico van de cliënt.

Tegelijk willen we nu alvast ook verwijzen naar ons antwoord op de vragen 18 en 19 (over de combinaties van mono- en multidisciplinaire bekostiging): in geval van gecombineerde bekostiging is wellicht voor het monodisciplinaire deel een situatie mogelijk à la segment 1 van de huisartsenzorg. Op pagina 43 van het consultatiedocument staat daar een mooi voorbeeld van beschreven.

De consultatievragen over multidisciplinaire bekostiging:

Vraag 14 t/m 16: voor de VGN ligt de multidisciplinaire bekostiging het meest voor de hand. Waar de programma's voldoende zijn uitgewerkt om een bekostigungsstructuur en tarieven op de baseren' (de NZa noemt Huntington en Hersenz als goed omschreven programma's), kan meteen tot multidisciplinaire bekostiging over te gaan. Voor de zorg waarvoor op de korte termijn nog geen programma klaar is, ligt monodisciplinaire bekostiging dan voor de hand (zie de vragen 3 t/m 7).

Vraag 17: De NZa noemt drie opties:

1. Bekostiging obv standaarden: geven volgens ons te weinig houvast om bekostiging aan te hangen. Ze geven meer een overkoepelend kader (bijv. Zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel) en zijn er niet voor alle doelgroepen of omvatten niet de hele doelgroep (bijv. aparte standaarden voor traumatisch hersenletsel en CVA)
2. Bekostiging obv zorgzwaarte: dit lijkt ons een reële optie, maar het is nog een uitdaging om de indicatoren voor zorgzwaarte vast te stellen (vooraf bij indicatie) obv voorspellende kenmerken van de cliënt.. Dan moeten we wel beter zicht krijgen op die kenmerken (want zware beperkingen hoeven niet per se tot een zwaar programma te leiden). De VGN is bereid deze uitdaging aan te gaan en samen met andere partijen: wat is complex, wat is hoog-complex.
3. Bekostiging obv functieprogramma's: deze variant lijkt ons lastig, omdat het 'fragmentarisch' van karakter is; het doorbreekt het integrale karakter en functies zijn beslist niet homogeen door verschil in doelgroepen/hulpvragen. Het lijkt ons een moeilijke variant, die geen recht doen aan de essentie van deze zorg.

De consultatievragen over een combinatie van mono- en multidisciplinaire bekostiging:

Vraag 18 en 19: in het huidige stadium heeft het er (naar de zienswijze van de VGN) alle schijn van, dat we vooralsnog toch op een combinatie uitkomen. Hoe dat er dan uit moet zien, is ook voor de VGN nog niet duidelijk en dat behoeft dus nadere uitwerking, waarbij we graag betrokken willen worden.

De consultatievragen over tariefregulering:

Vraag 20 t/m 22: de VGN is voorstander van vaste, landelijke tarieven. Gezien de ervaringen in het sociale domein is het niet wenselijk dat met iedere verzekeraar lokale afspraken gemaakt dienen te worden, wat leidt tot onnodige administratieve lasten, zeker in het licht van de relatief kleine omvang van de doelgroep.

Als minder gunstige variant zien we gereguleerde tarieven (onderhandelbaar met de verzekeraar en met een maximum vastgesteld door de NZa). Volledig vrije tarieven (alsof we een markteconomie zijn) lijkt ons helemaal niet in het belang van kwetsbare cliënten en verschillende, relatief kleine doelgroepen. Niet doen!

De consultatievragen 23 en 24:

We verwijzen primair naar onze visie die we schetsten in paragraaf 2.4. Samengevat:

- Voor de korte termijn gaat onze voorkeur uit naar: monodisciplinaire bekostiging obv drie nieuwe 'subsidieprestaties' en waar mogelijk multidisciplinaire bekostiging van zorgprogramma's (bijvoorbeeld voor NAH).
- Voor de langere termijn kiezen we voor multidisciplinaire bekostiging, naast voortzetting van de monodisciplinaire prestaties. En als er in de praktijk goede combinaties mogelijk zijn, moeten we dat gezamenlijk zeker uitvoeren.

Vraag 25: wat willen we verder nog meegeven?

Het is ingewikkelde materie en de bestaande behandeling in de Wlz past niet zonder meer in de bestaande systematiek van de Zvw. Daarom pleiten we voor een zorgvuldig ontwikkeltraject, waarin niet alles voor de eeuwigheid wordt vastgetimmerd. Dus maak een stappenplan, spreek evaluatie met het veld af (inclusief cliëntenorganisaties of gebruikersgroepen), stel tussentijds bij, enzovoort. Maar er een leertraject van samen met het veld en de stakeholders. Het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg geeft een goed voorbeeld van hoe vruchtbaar dit kan zijn.

Deze reactie is in september 2017 opgesteld onder redactie van de VGN. Vanuit diverse instellingen is input geleverd op basis waarvan de eindredactie aldus heeft plaatsgevonden.

Frits Mul en Judith Zadoks