

RAPPORTAGE

Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling Gebruik en ervaringen in de periode 2015 - 2018

significant.

Significant
Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Barneveld, oktober 2018
Referentie: LvdC/bv/000926
Auteurs: Irene Mulder en Lieke van de Camp

Inhoudsopgave

Voorwoord	3		
1. Achtergrond en aanleiding	4		
1.1 Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling	4		
1.2 Context subsidieregeling	4		
1.3 Doelstelling van het onderzoek	6		
1.4 Onderzoeksverantwoording	7		
1.5 Leeswijzer	9		
2. Analyse van het gebruik	10		
2.1 Globale analyse en inzichten	10		
3. Inzichten per prestatie	15		
3.1 A - Behandeling Gedragswetenschapper S329	16		
3.2 A - Dagbehandeling ouderen, som en pg S802	20		
3.3 B - Behandeling licht verstandelijk gehandicapten (lvg) S325	24		
3.4 B - Behandeling SGLVG Traject S326	25		
3.5 B - Behandeling paramedisch S330	27		
3.6 B - Behandeling specialist ouderengeneeskunde S335	28		
3.7 B - Behandeling Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) S336	29		
3.8 B - Dagbehandeling Huntington - S804	30		
3.9 B - Dagbehandeling LG licht, midden en zwaar S837, S838, S839	32		
4. Duiding van bevindingen	35		
4.1 Belang van heldere beschrijving prestaties bij overgang Zvw	35		
4.2 Huidige toegang tot extramurale behandeling door zorgaanbieders ervaren als onvoldoende passend	36		
4.3 Belang van een multidisciplinaire benadering bij extramurale behandeling	37		
4.4 Beschikbaarheid professionals vormt een obstakel bij het aanbieden van extramurale behandeling	37		

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van het onderzoek naar de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben wij in de periode van juni 2018 tot en met september 2018 een onderzoek uitgevoerd met als doel een beeld te geven van de werking van de subsidieregeling in de periode 2015 - 2018.

Het vormen van een beeld van de subsidieregeling zou niet gelukt zijn zonder de grote betrokkenheid van diverse partijen. Wij willen alle betrokkenen dan ook bedanken voor hun constructieve inbreng en de prettige samenwerking. Daarnaast willen wij onze opdrachtgever bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bedanken voor de hulp en informatieverstrekking en de plezierige samenwerking tijdens het onderzoek.

Met dit onderzoek hebben wij gebruik in kaart gebracht en ervaringen opgehaald van de subsidieregeling in de huidige situatie. Hier komen aandachtspunten uit voort die van belang zijn bij het onderbrengen van de extramurale behandeling in de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw)

per 2020. Wij vertrouwen erop dat deze rapportage en de factsheets, met daarop een analyse van het gebruik per prestatie, kan helpen bij de voorbereiding van onderbrenging van deze zorg in de Zvw per 2020.

Irene Mulder (projectleider)

Lieke van de Camp

1. Achtergrond en aanleiding

1.1 Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling

⁰¹ De Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) kent een verzekerd pakket aan zorg, waaronder specifieke behandeling, voor verzekerden bij wie sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Voor verzekerden zonder die behoefte aan Wlz-zorg is deze specifieke behandeling beschikbaar via de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling (hierna: de subsidieregeling). Het betreft behandeling en medisch noodzakelijk vervoer van mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of (meerderjarigen) met een verstandelijke handicap¹. Voorbeelden van deze zorg zijn de zorg door de specialist oudergeneeskunde of behandelaanbod voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. De subsidieregeling maakt in de huidige situatie de behandeling van zelfstandig thuiswonende cliënten met een complexe zorgvraag mogelijk.

¹ <http://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2017-01-01>

⁰² De specifieke doelgroepen waarvan de verwachting is dat zij gebruikmaken van deze subsidieregeling zijn ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve aandoeningen (zoals Parkinson, Huntington en Multiple sclerose (MS)), mensen met niet-aangeboren hersenletsel en volwassenen met een verstandelijke beperking. De aanvullende geneeskundige zorg betreft het verbeteren van functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen. Dit draagt eraan bij dat mensen langer zelfstandig blijven en dit kan de huisarts ontlasten en onnodige ziekenhuisopnames beperken².

1.2 Context subsidieregeling

⁰³ Extramurale behandeling is bedoeld voor cliënten zonder Wlz-indicatie. De zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) en/of Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) is voorliggend.

² Kamerbrief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn (16 januari 2018).

04 Een indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ) is noodzakelijk voor continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire behandeling (hierna: CSLM-behandeling) en behandeling gericht op verbetering van functionele vaardigheden ('herstel') en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag. Om in aanmerking te komen voor de functies Behandeling groep en/of Behandeling individueel moet de noodzaak voor extramurale behandeling onderbouwd worden. Het CIZ beoordeelt op basis van de indicatiecriteria of een cliënt voor een specifieke behandelvorm vallend onder de subsidieregeling in aanmerking komt³. Het CIZ onderzoekt niet op welke prestatie de cliënt is aangewezen.

05 Wanneer aanvullende functionele diagnostiek en medebehandeling wordt uitgevoerd door een gedragswetenschapper of een arts verstandelijk gehandicapten (hierna: AVG), dan is een indicatie van het CIZ ook noodzakelijk. Voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde op verwijzing van de huisarts is geen indicatie van het CIZ nodig. Een huisarts kan voor een verzekerde met een complexe zorgvraag een specialist ouderengeneeskunde consulteren,

³ <https://ciz.nl/zorgprofessional/subsidieregelingen/tijdelijke-subsidieregeling-extramurale-behandeling>.

vragen om aanvullende functionele diagnostiek te verrichten (ook wel geriatrisch assessment genoemd) of vragen om de uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek over te nemen (medebehandeling). De huisarts blijft als verwijzer medisch eindverantwoordelijk. Voor consultatie van een arts verstandelijk gehandicapten is ook geen indicatie van het CIZ nodig. Consultatie van een gedragswetenschapper vraagt wel om een indicatie van het CIZ⁴.

06 Het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) geeft subsidie voor extramurale behandeling aan zorgkantoren. Zorgkantoren sluiten een overeenkomst met zorgaanbieders die extramurale behandeling leveren. Voor de uitvoering van deze zorg is op grond van de subsidieregeling aan Wlz-uitvoerders in diverse regio's (aangewezen als zorgkantoor) een bedrag toegekend.

07 Op aanvraag van een aanbieder verstrekt de Wlz-uitvoerder een subsidie voor vastgestelde prestaties. Deze prestaties in de subsidieregeling (voor cliënten zonder Wlz-indicatie) sluiten nauw aan

⁴ <https://ciz.nl/zorgprofessional/subsidieregelingen/tijdelijke-subsidieregeling-extramurale-behandeling>.

op de prestatiebeschrijvingen in de NZa- beleidsregel voor modulaire zorg⁵ (voor Wlz-cliënten). De tarieven in de subsidieregeling betreffen vaste tarieven. De hoogte van de tarieven is vastgesteld op 94% van de maximumwaarden van de behandelprestaties in de NZa- beleidsregel voor modulaire zorg.

⁰⁸ Deze zorg komt voort uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ), maar maakt geen onderdeel uit van de Wlz. De subsidieregeling is per 1 januari 2015 van kracht. De tijdelijke subsidieregeling is voortgezet met het oog op de nog uit te voeren overgang van extramurale behandeling naar de Zvw. Bij de vormgeving van de Wlz is het voornemen uitgesproken om deze zorg voor specifieke doelgroepen onder te brengen in de Zvw. Gelet op de politieke besluiten, de samenhang met eerstelijnsverblijf (hierna: ELV) en (ambulante) Geriatrische revalidatiezorg (hierna: GRZ) en de voorbereidingstijd die nodig is voor een zorgvuldige implementatie, streeft de minister voor Medische Zorg en Sport deze zorg per 1 januari 2020 structureel in de Zvw onder te brengen.

⁵ NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242529_22/1/.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

⁰⁹ In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) hebben wij onderzoek gedaan naar de werking van en de ervaringen met de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Het doel van het onderzoek is een beeld te geven van de werking van de subsidieregeling in de periode 2015 - 2018. Specifiek betreft het onderzoek het in kaart brengen van het gebruik van de subsidieregeling en ervaringen van het Zorginstituut (uitvoerder van subsidieregeling), de zorgkantoren (ontvangers van subsidieregeling), de zorgaanbieders (aanbieders van zorg), professionals en cliënten met de subsidieregeling. Bij het beantwoorden van de vraag naar ervaringen kunnen knelpunten, succesfactoren en randvoorwaarden naar boven komen die aangeven waarom het voor partijen bijvoorbeeld wel of niet aantrekkelijk is om de extramurale behandeling aan te bieden onder de subsidieregeling. Met dit onderzoek beantwoorden wij de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is het gebruik van de 19 prestaties onder de subsidieregeling in de periode 2015 - 2017?

2. Wat zijn de ervaringen van het Zorginstituut, de zorgkantoren, de zorgaanbieders, professionals en cliënten met de subsidieregeling extramurale behandeling?
3. Wat kan op basis van de analyse van het gebruik en de ervaringen met de subsidieregeling geconcludeerd worden over mogelijke knelpunten, succesfactoren en randvoorwaarden voor de uitvoering van deze zorg?

¹⁰ Het onderzoek richt zich op ervaringen met de subsidieregeling behandeling 2015 - 2018 en niet op voorwaarden voor of gevolgen van het overbrengen van de extramurale behandeling in de Zvw.

1.4 Onderzoeksverantwoording

¹¹ Voor inzicht in gebruik van en ervaring met de subsidieregeling hebben wij verschillende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd om de onderzoeksvragen te beantwoorden. In de volgende subparagrafen beschrijven wij de verschillende onderzoeksactiviteiten.

⁶ De prestaties reiskosten zorgverlener (S321) en vervoer dagbehandeling (S803, S894, S895 en S896) zijn niet meegenomen in de analyse.

1.4.1 Analyse gebruik subsidieregeling

¹² Om inzicht te krijgen in het gebruik van de verschillende prestaties van de subsidieregeling extramurale behandeling hebben wij de gegevens over het gebruik van de 14 prestaties⁶ uit de subsidieregeling in de jaren 2015 tot en met 2017 geanalyseerd. Deze analyse hebben wij uitgevoerd op basis van de declaratiegegevens van het Zorginstituut en de analyse van Vektis⁷ met hierin het aantal unieke cliënten per prestatie. In de factsheets verwijzen wij bij diverse prestaties naar voorbeelden van zorgprogramma's en richtlijnen. Deze documenten zijn door betrokkenen aangedragen en geven inzicht in de mate waarin de inhoud van de prestaties beschreven is vanuit het veld.

1.4.2 Telefonische interviews ervaringen subsidieregeling

¹³ Door middel van telefonische interviews hebben wij een beeld van ervaringen met de subsidieregeling vanuit verschillende perspectieven opgehaald. Met deze interviews hebben wij mogelijke verklaringen

⁷ Vektis heeft in opdracht van het ministerie van VWS een cijfermatige analyse uitgevoerd voor inzicht in het gebruik van de subsidieregeling.

voor de ontwikkelingen in het gebruik van de verschillende prestaties uit de subsidieregeling in beeld gebracht. We hebben hiervoor respondenten gesproken van de volgende betrokken partijen:

- a. Cliënten: Patiëntenfederatie Nederland, Oogvereniging;
- b. Zorgaanbieders: VGN, ActiZ, Hersenz, Stevig, Kenniscentrum Dementie op jonge leeftijd, Topaz;
- c. Professionals: Verenso, NVAVG, LHV, NIP;
- d. Zorgkantoren: Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- e. Zorginstituut Nederland;
- f. Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

1.4.3 Focusgroepen en begeleidingsgroep

¹⁴ De organisatie van twee focusgroepen had als doel om vanuit de perspectieven van verschillende stakeholders ervaringen met de subsidieregeling te verifiëren en aan te vullen. In beide focusgroepen stond één prestatie centraal waarvan nadere duiding wenselijk is vanwege de ontwikkeling in het gebruik van de prestatie of omdat er onduidelijkheid bestaat over de inhoud van de prestatie. De volgende twee prestaties stonden centraal in de focusgroepen:

- a. S 802 - Dagbehandeling ouderen somatiek en psychogeriatric;
- b. S 329 - Behandeling gedragswetenschapper.

¹⁵ Het doel van de focusgroepen was om specifiek voor deze prestaties onze bevindingen aan te vullen en te duiden. Voor deze focusgroepen hebben wij bewust ook professionals uit de praktijk, die dagelijks met de prestatie te maken hebben, uitgenodigd. Dit perspectief vormde een zinvolle en inhoudelijke aanvulling op de perspectieven van de overige aanwezigen.

1.4.4 Analyse en rapportage

¹⁶ In de analysefase brachten wij de opgehaalde bevindingen uit de verschillende onderdelen van het onderzoek samen. Op basis van de analyse stelden wij een conceptrapportage op met daarin onze bevindingen en een uitwerking van de aanbevelingen. Na een consultatieronde onder betrokkenen hebben wij de rapportage en de factsheets definitief gemaakt.

1.4.5 Kwalitatieve duiding van enkele prestaties uitgebreider geïnventariseerd en beschreven

¹⁷ Voor de duiding van de analyse van het gebruik van de subsidieregeling extramurale behandeling en het inventariseren van ervaringen met de subsidieregeling, spraken we in dit onderzoek een

aantal respondenten die zicht hebben op de praktijk. Hun ervaringen zijn gedeeltelijk gebaseerd op signalen die zij vanuit de praktijk ontvangen. De respondenten hebben echter niet altijd zicht op de uitvoering(sverschillen) in de praktijk en de verschillende ervaringen van de leden/achterban die ze vertegenwoordigen. Doordat we een beperkt aantal respondenten per prestatie hebben gesproken, zijn de (soms beperkte) signalen die de respondenten vanuit het veld krijgen leidend voor de inzichten per prestatie. De bevindingen moeten met deze notie over de beperking in de aanpak gelezen worden.

¹⁸ De kwalitatieve duiding van de ervaringen met de subsidieregeling en mogelijke verklaringen voor de ontwikkelingen in het gebruik van de verschillende prestaties uit de subsidieregeling hebben we niet voor alle prestaties even uitgebreid opgehaald. Om deze reden beschrijven we in deze rapportage het inzicht voor een aantal prestaties uitgebreider dan voor andere prestaties. Welke prestaties dit betreft, lichten we toe aan het begin van hoofdstuk 3.

1.5 Leeswijzer

¹⁹ In deze rapportage beschrijven wij het gebruik van de individuele- en groepsprestaties onder de Tijdelijke subsidieregeling extramurale

1. Achtergrond en aanleiding

behandeling. Wij brengen ervaringen vanuit verschillende perspectieven met de subsidieregeling en de verschillende prestaties in beeld.

²⁰ In hoofdstuk 1 van dit rapport behandelen wij de achtergrond, aanleiding, doelstelling en onderzoekverantwoording. Hoofdstuk 2 beschrijft globaal de resultaten van de cijfermatige analyse van de subsidieregeling. In hoofdstuk 3 beschrijven wij de verschillende prestaties waarbij wij ingaan op de prestatiebeschrijving en de analyse per prestatie uitdiepen. Ook bevat hoofdstuk 3 een beschrijving van de randvoorwaarden, knelpunten en succesvoorwaarden per prestatie in de huidige situatie. Hoofdstuk 4 bevat een duiding van de bevindingen van dit onderzoek. In de bij deze rapportage behorende factsheets brengen wij het gebruik van de subsidieregeling in de periode 2015 - 2017 in beeld. Deze factsheets geven per prestatie een beknopte weergave van de beschrijving van de prestatie en een analyse van de uitgaven en het gebruik (uitgedrukt in het aantal unieke cliënten, de uitgaven en het aantal eenheden zorg).

2. Analyse van het gebruik

²¹ Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de cijfermatige analyse die wij hebben uitgevoerd om inzicht te krijgen in het gebruik van verschillende prestaties binnen de subsidieregeling. Dit hoofdstuk omschrijft de analyse op hoofdlijnen. De resultaten van de analyse per prestatie komen in hoofdstuk 3 aan bod. In het document 'Factsheet analyse extramurale behandeling' vindt u een gedetailleerde analyse per prestatie.

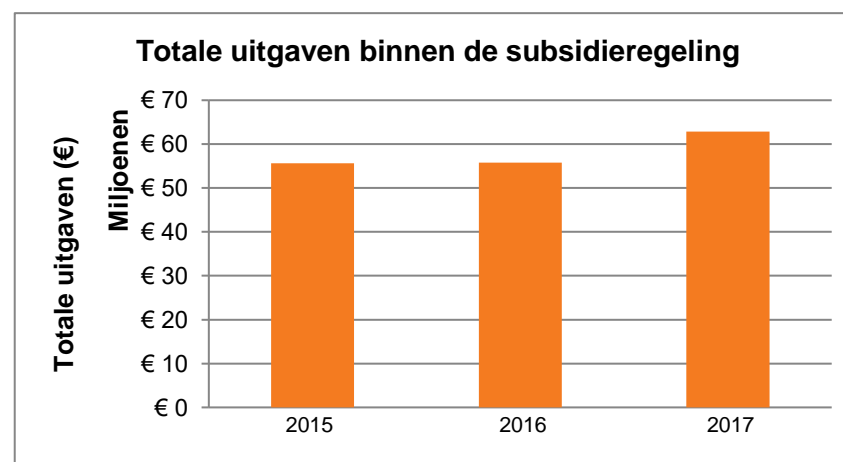
2.1 Globale analyse en inzichten

²² Sinds 2015 kunnen cliënten een beroep doen op de prestaties van de subsidieregeling behandeling. De totale uitgaven binnen de subsidieregeling en de ontwikkeling van deze uitgaven in de tijd worden in figuur 1 hiernaast weergegeven.

²³ De totale kosten van de subsidieregeling zijn gegroeid van € 55,7 miljoen (in 2015) naar € 62,8 miljoen (in 2017), een stijging van 13%. Een toename van het aantal eenheden van zorg dat onder de

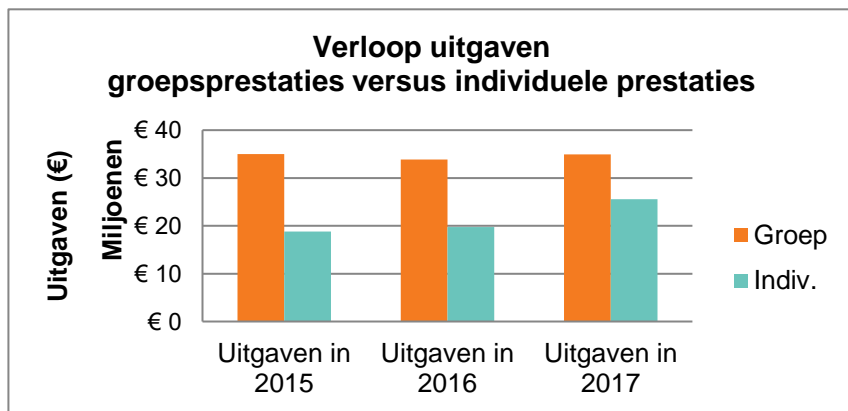
subsidieregeling wordt geleverd en jaarlijks geïndiceerde tarieven verklaren deze stijging.

Figuur 1. Totale uitgaven binnen de subsidieregeling 2015 - 2017



2.1.1 Individuele en groepsprestaties binnen de subsidieregeling

²⁴ De prestaties binnen de subsidieregeling zijn te splitsen in acht individuele prestaties, zes groepsprestaties en vijf prestaties voor vervoer. Figuur 2 geeft de uitgaven gesplitst naar individuele en groepsprestaties weer.



Figuur 2. Verloop uitgaven groepsprestaties versus individuele prestaties

²⁵ De uitgaven aan de groepsprestaties zijn redelijk stabiel en variëren de afgelopen drie jaren tussen € 33,8 en € 35 miljoen per jaar. Ten opzichte van het totale budget van de subsidieregeling, gaat ongeveer 60% van het budget om in groepsprestaties. De uitgaven aan individuele prestaties namen in de afgelopen drie jaren toe met 36% van € 18,8 naar € 25,5 miljoen per jaar. Deze stijging wordt

⁸ Vektis heeft een analyse opgeleverd aan VWS waarin het aantal unieke cliënten van de subsidieregeling in beeld is gebracht. De aantallen zijn afgerond.

grotendeels veroorzaakt door toename van de individuele prestatie 'S329 Gedragwetenschapper' (24%). De stijging is ook te wijten aan een toename in gebruik van de prestaties 'S335 Behandeling Specialist ouderengeneeskunde' en 'S336 Behandeling Arts voor Verstandelijk Gehandicapten'

²⁶ Een analyse van Vektis⁸ geeft inzicht in het aantal unieke cliënten binnen de subsidieregeling. Tabel 1 geeft het aantal unieke cliënten voor individuele en groepsprestaties weer. Tabel 1 laat zien dat het overgrote deel van de cliënten gebruik maakt van een individuele prestatie. In de tabel is ook een stijging van 26% zichtbaar in het aantal unieke cliënten in 2017 ten opzichte van 2015.

Categorie	2015	2016	2017
Aantal unieke cliënten groepsprestatie	4.800	4.600	4.900
Aantal unieke cliënten Individuele prestatie	18.600	21.800	25.500
Totaal aantal cliënten	22.900	25.400	28.900

Tabel 1. Overzicht aantal unieke cliënten per prestatie

27 Het totaal aantal unieke cliënten in de subsidieregeling is lager dan de som van individuele en groepsprestaties. Dit verschil wordt veroorzaakt door een aantal cliënten (1500) dat zowel een groepsprestatie als een individuele prestatie ontvangt maar als unieke cliënt slechts één keer meetelt. Het overgrote deel van de cliënten (81%) ontvangt zorg uit één (of meerdere) individuele prestatie(s). Dat de totale uitgaven voor de groepsprestaties hoger liggen dan voor de individuele prestaties wordt deels verklaard door het grotere aantal eenheden van zorg dat per cliënt bij groepsprestaties wordt afgenomen.

2.1.2 Individuele prestaties uitgesplitst

28 Tabel 2 geeft een uitsplitsing van de individuele prestaties naar de verschillende prestaties weer. Verreweg het grootste aantal cliënten, 20.880 van de 26.330 in 2017, doet een beroep op de prestatie 'S335 behandeling Specialist ouderengeneeskunde'. Om zorg te kunnen ontvangen onder deze prestatie, is indicatiestelling door het CIZ niet vereist. Naast deze prestatie doen de meeste cliënten een beroep op

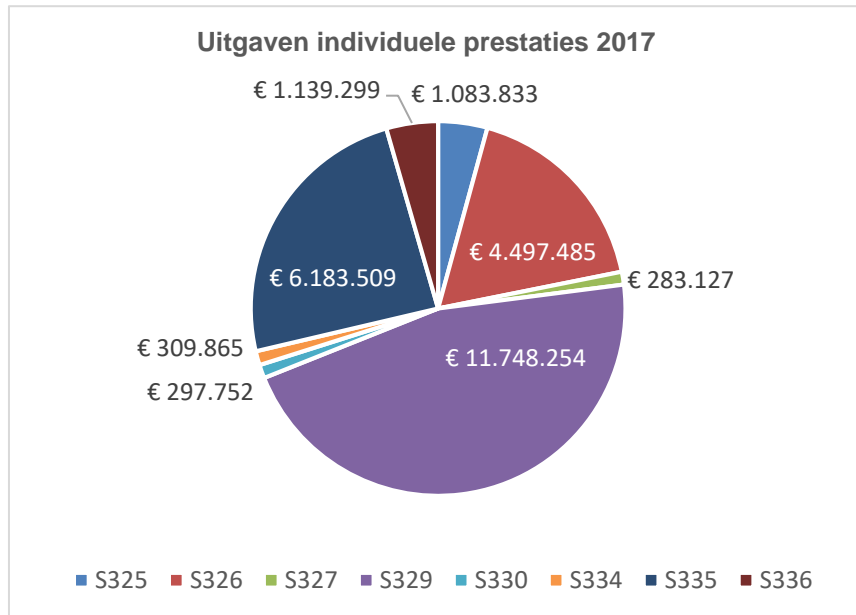
behandeling door de gedragswetenschapper. Voor deze prestatie is wél een indicatie van het CIZ vereist. De op twee na grootste prestatie (gerekend in het aantal cliënten dat ervan gebruik maakt) is de behandeling door de AVG, een indicatie vrije prestatie.

Individuele Prestatie	Aantal cliënten 2015	Aantal cliënten 2016	Aantal cliënten 2017
S328 Behandeling som, pg, lg en meerderjarig vg ⁹	15.920	-	-
S327 Behandeling sglvg deeltijd	30	30	30
S334 Behandeling IOG lvg	170	70	50
S325 Behandeling lvg	170	70	70
S330 Behandeling paramedisch	490	560	440
S326 Behandeling sglvg traject	640	530	510
S336 Behandeling arts verstandelijk gehandicapten	-	1.140	1.640
S329 Behandeling gedragswetenschapper	1.810	2.140	2.710
S335 Behandeling specialist ouderengeneeskunde	-	18.080	20.880
Totale aantal cliënten	19.230	22.620	26.330

Tabel 2. Overzicht aantal cliënten per individuele prestatie

⁹ Deze prestatie werd alleen in 2015 afgegeven, vanaf 2016 is deze gesplitst in s335 en s336.

29 Figuur 3 geeft voor de uitgaven voor de individuele prestaties, uitgesplitst per prestatie, weer voor 2017. Uit de figuur komt naar voren dat de meeste uitgaven in 2017 besteed zijn aan de prestaties S326 behandeling sglvg traject (4.497.485 euro), S335 Behandeling specialist ouderengeneeskunde (6.183.509 euro) en S329 Behandeling gedragswetenschapper (11.748.254 euro).



Figuur 3. Uitgaven individuele prestaties 2017

2. Analyse van het gebruik

2.1.3 Groepsprestaties uitgesplitst

30 Tabel 3 geeft per prestatie het aantal cliënten weer dat gebruik maakt van de zes groepsprestaties.

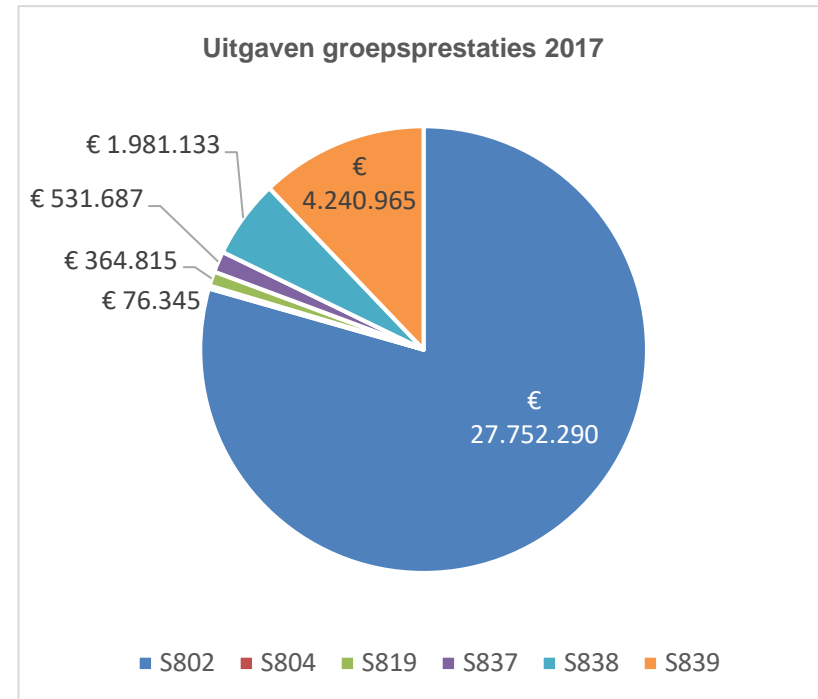
Groepsprestaties	Aantal cliënten 2015	Aantal cliënten 2016	Aantal cliënten 2017
S804 Gespecialiseerde dagbehandeling Huntington	20	10	10
S819 Dagbehandeling VG emg	30	40	50
S837 Dagbehandeling LG licht	70	70	60
S838 Dagbehandeling LG midden	180	290	380
S839 Dagbehandeling LG zwaar	580	810	1.010
S802 Dagbehandeling ouderen som,pg	3.980	3.410	3.370
Totaal aantal cliënten	4.860	4.630	4.880

Tabel 3. Overzicht aantal cliënten per groepsprestatie

31 Het overgrote deel van deze cliënten maakt gebruik van de prestatie 'S802 Dagbehandeling ouderen, som en pg (3370 van de 4880 cliënten in 2017). Vervolgens bevat de prestatie 'S839 Dagbehandeling LG zwaar' de meeste cliënten, 21% van het totale aantal cliënten in 2017. Dit zijn voornamelijk cliënten met niet-

aangeboren hersenletsel. Relatief weinig cliënten maakten in 2017 gebruik van de prestaties 'S804 Gespecialiseerde dagbehandeling Huntington', 'S819 Dagbehandeling VG emg' en 'S837 Dagbehandeling LG licht'.

³² Figuur 4 geeft voor de uitgaven voor de groepsprestaties, uitgesplitst per prestatie, weer voor 2017. Het overgrote deel van de uitgaven binnen de groepsprestaties werden in 2017 besteed aan s802 Dagbehandeling ouderen som en pg.



Figuur 4. Uitgaven groepsprestatie 2017

3. Inzichten per prestatie

³³ In dit hoofdstuk beschrijven wij per prestatie beknopt de cijfermatige analyse van de prestatie, de ervaringen vanuit verschillende betrokkenen en de succesfactoren, knelpunten en randvoorwaarden voor de uitvoering van de subsidieregeling in de huidige situatie. De bij dit onderzoek horende factsheet geeft een overzicht van het aantal cliënten, de uitgaven en het gebruik per prestatie.

³⁴ De verschillende prestaties zijn onder te verdelen in drie categorieën:

- a. Uitgebreide beschrijving inzichten per prestatie met uitgebreide analyse van het aantal cliënten, uitgaven en gebruik door informatie uit telefonische interviews en focusgroepen (deel A):
 - i. S329: Behandeling gedragswetenschapper (paragraaf 3.1);
 - ii. S802: Dagbehandeling ouderen som en pg (paragraaf 3.2).
- b. Beschrijving van inzichten op basis van informatie uit telefonische interviews met respondenten (deel B):
 - i. S325: Behandeling lvg (18 - 23 jaar) (paragraaf 3.3);
 - ii. S326: Behandeling sglvg traject (paragraaf 3.4);

- iii. S330: Behandeling paramedisch (paragraaf 3.5)
 - iv. S335: Behandeling specialist ouderengeneeskundige (SO) (paragraaf 3.6);
 - v. S336: Behandeling arts verstandelijk gehandicapten (AVG) (paragraaf 3.7);
 - vi. S804: Dagbehandeling Huntington (paragraaf 3.8);
 - vii. S837, S838, S839: Dagbehandeling LG licht, midden en zwaar (paragraaf 3.9).
- c. Beschrijving van de prestatie op basis van informatie uit de beleidsregel van de NZa en cijfermatige analyse zijn alleen in de factsheets van dit onderzoek opgenomen:
 - i. S327: Behandeling sglvg deeltijd (factsheets);
 - ii. S334: Behandeling IOG lvg (18 - 23 jaar) (factsheets);
 - iii. S819: Dagbehandeling VG emg (factsheets).

³⁵ Deze rapportage beschrijft de prestaties reiskosten zorgverlener (S321) en vervoer dagbehandeling (S803, S894, S895 en S896) niet. Deze prestaties zijn niet meegenomen in het onderzoek als op zichzelf staande prestatie. Een deel van deze vervoersprestaties wordt wel in samenhang met de groepsprestaties beschreven.

3.1 A - Behandeling Gedragwetenschapper S329

3.1.1 Prestatiebeschrijving¹⁰



Aanbod: *Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifieke gedragswetenschappelijke aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De behandeling is niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw) en omvat niet geneeskundige zorg van algemeen medische aard. De behandeling kan functionele diagnostiek, consulten, specifieke CSLM-zorg en/of kortdurende behandeling omvatten door of onder regie van een gedragswetenschapper.*

Grondslag: *Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.*

³⁶ Middels een concreet en haalbaar behandeldoel streeft deze behandeling naar blijvende verbeteringen in het functioneren en kwaliteit van leven. De behandeling kan uit de volgende onderdelen bestaan:

- a. Kortdurende multidisciplinaire diagnostiek, gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandel-mogelijkheden (verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid), bij complexe problematiek;
- b. Een gedragswetenschappelijk consult door een gedrags-wetenschapper met kennis van specifieke doelgroepen. Een consult kan bestaan uit 'face to face' contact met een cliënt, of gericht overleg met de behandelend arts van cliënt;
- c. Behandeling van meervoudig zorgbehoevende mensen die zijn aangewezen op CSLM-zorg door een gedragswetenschapper;
- d. Kortdurende behandeling gericht op herstel en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag, als dit een programmatische aanpak vereist waarvoor specifieke

¹⁰ De prestatiebeschrijving is telkens gebaseerd op de NZa beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242529_22/1/.

deskundigheid nodig is. De nieuw aan te leren vaardigheden of het gedrag richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen. De kortdurende behandeling kan zich ook richten op mantelzorg in de directe omgeving van de cliënt, als dit ten goede komt aan de cliënt. Bijvoorbeeld wanneer een mantelzorger overbelast dreigt te raken, kan de gedragswetenschapper met het systeem om de cliënt heen bespreken hoe hiermee om te gaan. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan de mantelzorger/ gebruikelijke verzorger hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de cliënt.

³⁷ Om behandeling uit deze prestatie door een gedragswetenschapper¹¹ te ontvangen, hebben cliënten een indicatie van het CIZ nodig. De toeleiding verloopt via wijkteams van gemeenten, casemanager, revalidatieartsen, specialistische ggz vanuit de gehandicaptenzorg en cliënten melden zich zelf aan. Bij de behandeling is een multidisciplinair team betrokken. Andere behandelaars leveren zorg onder regie van de regiebehandelaar. Inzet

¹¹ Term gedragswetenschappers is een verzamelterm voor verschillende beroepen, zoals: (gz-)psychologen en/of orthopedagogen (-generalist).

van paramedische deskundigheid vindt plaats in het multidisciplinaire team en kan gedeclareerd worden onder prestatie s330 Behandeling paramedisch. Het is voor paramedici niet mogelijk onder de prestatie S329 te declareren.

3.1.2 Analyse uitgaven en gebruik



³⁸ De problematiek van cliënten die thuis wonen wordt steeds complexer, mede door het beleid om mensen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Volgens betrokkenen maken mensen die hier wel behoefte aan hebben nog te weinig gebruik van de extramurale behandeling. Naar verwachting neemt dit gebruik in de toekomst toe. De inzet van de gedragswetenschapper kan het aanvragen van een Wlz-indicatie uitstellen of voorkomen.

³⁹ Mogelijke verklaringen voor de toename van deze behandeling zijn:

- a. Toegenomen bekendheid met de subsidieregeling extramurale behandeling bij huisartsen. Daarnaast scannen huisartsen

actiever op kwetsbare cliënten waardoor ze eerder in beeld komen voor behandeling door de gedragswetenschapper;

- b. Het aantal kwetsbare mensen dat langer thuis woont neemt toe waardoor steeds vaker sprake is van cognitie-, stemmings- en/of gedragsproblemen (multiproblematiek) die in samenhang en in relatie tot elkaar bekeken moeten worden. De gedragswetenschapper heeft een belangrijke rol binnen de diagnostiek van mensen met psychogeriatrische en gedragsproblematiek. Daarnaast wordt er vaker een beroep gedaan op de subsidieregeling door de netwerkvorming van wijkverpleegkundigen en casemanagers en een betere samenwerking in mobiele geriatrische teams in de eerste lijn;
- c. In de gehandicaptenzorg ontstaan meer poliklinieken in de eerste lijn, die frequenter doorverwijzen naar de subsidieregeling extramurale behandeling;
- d. Deze behandeling heeft een duidelijke positie gekregen in de keten voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

⁴⁰ Bij behandeling door de gedragswetenschapper is sprake van (kortdurende) behandeling van een gedragswetenschapper bij mensen (veelal) in de thuissituatie. Voor individuele behandeling door gedragswetenschappers (S329), moeten cliënten een indicatie

aanvragen. Voor individuele behandeling door de specialist ouderengeneeskunde (S335) en de arts verstandelijke gehandicapten (S336), is een dergelijke indicatie niet vereist. Om die reden wordt de gedragswetenschapper in de praktijk voor diagnostiek en (mede)behandeling aan ouderen en verstandelijk gehandicapten onder de noemer consultatie op verwijzing van huisarts in de verlengde arm van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten gedeclareerd onder S335 en S336. Voor cliënten met niet-aangeboren hersenletsel is de gedragswetenschapper de regiebehandelaar. Bij deze groep cliënten is vaak geen sprake van inzet van een specialist ouderengeneeskunde of

3.1.3 Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten



⁴¹ De gedragswetenschappers hebben volgens betrokkenen door de benodigde indicatie van het CIZ onvoldoende directe toegang om snel passende zorg te leveren. Op grond van de Awb is de termijn voor het nemen van een besluit door het CIZ zes weken. De indicatieaanvraag vraagt veel verdieping en onevenredig veel tijd van zorgaanbieders voor de zorg die onder deze prestatie wordt ingezet. De tijd van het aanvragen van een indicatie tot de indicatiestelling duurt volgens

betrokkenen relatief lang, waardoor de bijdrage aan het herstel vertraging oploopt of een crisissituatie ontstaat. Daarnaast kan het momentum voor behandeling verdwenen zijn, waardoor met name ongemotiveerde cliënten (met bijvoorbeeld een verstandelijke beperking) afhaken.

⁴² In de meeste gevallen moeten cliënten wachten op de indicatie voordat de behandeling start, terwijl het voor een deel van de cliënten van belang is om tijdig met de behandeling te kunnen starten. Als zorgaanbieders de behandeling al starten voorafgaand aan de indicatiestelling, kunnen zij dit niet met terugwerkende kracht declareren. Op het moment dat de indicatie wordt afgegeven, kan de zorg vaak niet direct gestart worden omdat het op voorhand niet altijd duidelijk is wanneer de indicatie wordt afgegeven en de zorgaanbieder geen inschatting kan maken van de start van de behandeling.

⁴³ Multidisciplinair overleg vormt een belangrijk onderdeel van deze behandeling in de subsidieregeling, net als bij intramurale zorg. Betrokkenen geven aan dat alleen als een cliënt bij het overleg aanwezig is, de bestede tijd gedeclareerd kan worden. De reden hiervan zou kunnen zijn dat een zorgkantoor moeten kunnen controleren of de zorg geleverd is aan de cliënt. Tot slot vormt de

behandeling van cliënten met een verstandelijke beperking een knelpunt. Voor het afgeven van een indicatie is een onderbouwing nodig die het aannemelijk maakt dat de verstandelijke beperking voor het 18e jaar aanwezig was. Aan cliënten waarbij de psychische grondslag bovenliggend is kan vanuit de subsidieregeling geen behandeling worden ingezet.

⁴⁴ Een randvoorwaarde voor het onderbrengen van individuele behandeling door de gedragswetenschapper in de Zvw, is een heldere beschrijving van de inhoud van de behandeling en wat hieronder wordt verstaan voor de verschillende doelgroepen. Hierbij is het van belang om inzichtelijk te maken welke behandeling professionals verlenen en wat de meerwaarde is voor cliënten. De extramurale behandeling voorziet in een behoefte waarin de opgebouwde expertise in de thuissituatie gebracht kan worden.

⁴⁵ Andere belangrijke randvoorwaarden betreffen de beschikbaarheid van voldoende bevoegde en bekwame gedragswetenschappers om de toenemende vraag naar zorg in de thuissituatie aan de specifieke doelgroepen te kunnen bieden. Hiervoor zijn volgens betrokkenen meer opleidingsplaatsen van groot belang. Daarnaast willen betrokkenen directe en snelle toeleiding naar

gedragwetenschappers om zo snel mogelijk passende zorg te kunnen bieden als er sprake is van cognitieve-, stemmings-, systemische en/of gedragsproblematiek.

⁴⁶ De huidige subsidieregeling extramurale behandeling bevat de volgende succesfactoren die volgens gedragwetenschappers bij overgang van de extramurale behandeling naar de Zvw gewaarborgd moeten worden:

- a. De mogelijkheid om de zorg in te zetten die mensen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie nodig hebben;
- b. De mogelijkheid tot multidisciplinaire samenwerking;
- c. De integraliteit van behandeling;
- d. De beschrijving van de specifieke doelgroep, waarmee de samenleving erkent dat er een groep kwetsbare mensen is die thuis aanvullende geneeskundige zorg nodig heeft.

3.2 A - Dagbehandeling ouderen, som en pg S802

3.2.1 Prestatiebeschrijving



Aanbod: *Dagbehandeling in groepsverband waarbij behandeling in samenhang staat met enige persoonlijke*

3. Inzichten per prestatie

verzorging, verpleging en begeleiding voor cliënten met een intensieve zorgvraag. Er is sprake van direct behandelcontact en intensieve begeleiding.

Doel: *Het doel van de CSLM-dagbehandeling voor cliënten met een somatische problematiek is gericht op het herstellen en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden, het stabiliseren van het functioneren, voorkomen van verergering van beperking en/of leren omgaan met beperkingen.*

Het doel van de CSLM-dagbehandeling voor cliënten met een psychogeriatrische problematiek is gericht op het behandelen, beheersbaar houden en vertragen van stemmings-, geheugen- en gedragsproblematiek.

⁴⁷ Zoals uit de prestatiebeschrijving van de NZa naar voren komt, onderscheidt deze groepsprestatie twee doelgroepen: cliënten met somatische problematiek (bijvoorbeeld COPD, Parkinson of een CVA) en cliënten met psychogeriatrische problematiek (voornamelijk dementiële problematiek, ook bij relatief jonge cliënten). De groep cliënten met somatische problematiek is kleiner dan de groep met

psychogeriatrische problematiek. Over het algemeen is de behandelduur van cliënten met somatische problematiek (afhankelijk van de aandoening) korter. Voor deze groep wordt gedurende een aantal weken in de dagbehandeling gewerkt aan het verbeteren en behouden van functionaliteit. De behandelduur van cliënten met psychogeriatrische problematiek is vaak van langdurige aard, deze cliënten met een degeneratieve hersenaandoening vertonen langzaam achteruitgang in hun functioneren.

⁴⁸ Om behandeling uit deze groepsprestatie te ontvangen hebben cliënten een indicatie van het CIZ nodig. De toeleiding verloopt via diverse kanalen. Toeleiding kan verlopen via een medisch specialist (jong dementerenden worden vaak naar de dagbehandeling verwezen door een specialist), via de specialist ouderengeneeskunde, een sociaal wijkteam, een casemanager dementie, een mobiel geriatrisch team of via de geestelijke gezondheidszorg.

⁴⁹ Bij de dagbehandeling is een multidisciplinair team betrokken, vaak is een specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar en worden onder andere gedragswetenschappers, muziektherapeuten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten (bijvoorbeeld bij Parkinson), logopedisten (bijvoorbeeld bij een Cerebro Vasculair Accident (hierna:

CVA)) en maatschappelijk werkers ingezet bij de behandeling. Dit multidisciplinaire team is nodig om aan de complexe zorgvraag van cliënt te voldoen. De behandeling die het team biedt is programmatisch en doelmatig. Concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een behandelplan.

3.2.2 Analyse uitgaven en gebruik



⁵⁰ Relatief veel cliënten maken gebruik van de prestatie S802 Dagbehandeling ouderen (3370 cliënten van de 4900 unieke cliënten die gebruik maken van een groepsprestatie in de subsidieregeling in 2017). Daarnaast omvat deze prestatie een groot deel van de uitgaven binnen de subsidieregeling (€ 27,8 miljoen van de € 62,8 miljoen in 2017). De daling in het aantal cliënten komt volgens de aanwezigen bij de focusgroep niet overeen met de behoefte aan en vraag naar deze prestatie. De volgende verklaringen worden gegeven voor de afname:

- a. Het aanvragen van een indicatie voor deze prestatie is complex. Bij het doorlopen van het proces van een indicatieaanvraag, worden volgens de betrokkenen relatief veel indicatieaanvragen afgewezen door het CIZ. Zorgaanbieders ontvangen zowel voor ouderen met somatische als psychogeriatrische problematiek afwijzingen, een mogelijke verklaring hiervoor is (het ontbreken

van) ervaring en deskundigheid van de zorgaanbieder die de aanvraag doet. Bij een goed onderbouwde aanvraag die voldoet aan alle geldende regels, is de kans groter dat er een positief besluit volgt op de aanvraag;

- b. Voor zorgaanbieders is het, onder andere wegens de complexiteit van de indicatieaanvraag en de tijd die hiermee gemoeid is, minder interessant om deze prestatie aan te bieden. Betrokkenen vinden het tarief voor kortdurende dagbehandeling bij met name cliënten met somatische problematiek niet altijd toereikend. Volgens de aanwezigen bij de focusgroepen zijn veel zorgaanbieders gestopt met het aanbieden van deze vorm van dagbehandeling. Hierdoor is het aantal plaatsen waar cliënten deze dagbehandeling kunnen ontvangen relatief klein.

⁵¹ Volgens betrokkenen draagt de inzet van deze prestatie bij aan het verantwoord thuis wonen van deze cliënten. Opname in de Wlz kan worden uitgesteld mede door de inzet van dagbehandeling, dit effect is goed zichtbaar voor bijvoorbeeld de doelgroep jonge dementerenden en ouderen met dementie, Parkinson of een CVA. De gedragswetenschapper en andere professionals verlenen door middel van een multidisciplinaire aanpak therapie aan de cliënt in combinatie met de partner of de mantelzorger, waardoor deze beter kan leren

omgaan met de problematiek en de cliënt langer thuis kan blijven wonen. De betrokkenen verwachten dat in de huidige situatie de vraag van cliënten niet volledig ingevuld wordt. Wanneer de toegang eenvoudiger wordt, verwachten zij ook dat meer cliënten met behoefte aan deze zorg instromen.

3.2.3 *Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten*



⁵² Het complexe proces van de aanvraag tot aan de indicatiestelling duurt, ook wanneer de indicatie in één keer wordt goedgekeurd, volgens betrokkenen voor veel cliënten te lang. Niet alleen is het tijdrovend en complex om een indicatie aan te vragen, de wettelijke doorlooptijd van de indicatiestelling van zes weken is volgens betrokkenen voor veel cliënten te lang. De daadwerkelijke doorlooptijd voor indicatiestelling verschilt per regio. In de periode van de aanvraag tot de indicatiestelling gaan cliënten in sommige gevallen dusdanig achteruit dat opname noodzakelijk is, dit houdt niet altijd direct verband met de doorlooptijd van de indicatiestelling. Betrokkenen geven aan dat de doorlooptijd van een indicatiestelling kan leiden tot tijdelijke opnames terwijl de inzet van dagbehandeling er juist aan bijdraagt dat cliënten langer thuis kunnen wonen. Goed en regelmatig contact met een vaste contactpersoon bij het CIZ die ervaren is met aanvragen

voor deze prestaties, draagt bij aan het tijdig ontvangen van de indicatie. Wanneer een indicatie is afgegeven, kan de dagbehandeling door het multidisciplinaire team worden gestart.

⁵³ De indicatiestelling door het CIZ voor de inzet van dagbehandeling vormt volgens betrokkenen een hoge drempel voor het bieden van deze doelmatige zorg die opname in de Wlz kan uitstellen. Betrokkenen geven aan dat dagbehandeling het meest doelmatig en waardevol is wanneer deze snel ingezet kan worden. Het CIZ heeft formeel zes weken de tijd om een indicatiebesluit af te geven. Door deze wettelijk vastgestelde doorlooptijd kunnen behandelaars dagbehandeling niet direct inzetten als een cliënt hier behoefte aan heeft.

⁵⁴ Cliënten krijgen in de dagbehandeling een behandelplan met concrete doelen. Kenmerkend voor de dagbehandeling is de behandeling met medische componenten in de vorm van specialistische multidisciplinaire zorg door de inzet van een multidisciplinair team. De dagbehandeling onderscheidt zich van dagbesteding in de Wmo doordat de begeleiding binnen dagbehandeling altijd in het kader van behandeling wordt ingezet.

⁵⁵ Werken met een multidisciplinair en specialistisch team en de flexibele inzet van verschillende professionals onder de subsidieregeling, dragen bij aan het succes van deze prestatie. De mate van professionele vrijheid waarmee passende zorg aan cliënten wordt verleend is groot en wordt gewaardeerd. Door de opbouw van intramurale expertise, kan deze extramuraal worden ingezet waardoor cliënten worden geholpen om zo lang mogelijk tevreden thuis te wonen.

⁵⁶ Het tarief vormt volgens betrokkenen een knelpunt in de huidige situatie bij intensieve en kortdurende dagbehandeling. Voor cliënten met somatische problematiek wordt in korte tijd veel georganiseerd, de kosten voor de dagbehandeling zijn in deze intensieve periode van zorg volgens zorgaanbieders niet toereikend. Daarnaast zijn de kosten voor vervoer van cliënten per dag volgens zorgaanbieders niet kostendekkend, zeker wanneer zorgaanbieders regionaal actief zijn (zoals het geval voor de doelgroep jonge dementerenden).

⁵⁷ De huidige levering in dagdelen is niet altijd passend. Niet alle cliënten kunnen een gehele dag (twee dagdelen) of een dagdeel aanwezig zijn. Zorgaanbieders proberen het vervoer zo efficiënt mogelijk te organiseren, daarbij helpt het om dagbehandeling in

dagdelen aan te bieden zodat cliënten gelijktijdig vervoerd kunnen worden. Het flexibel inzetten van passende zorg op basis van behoefte cliënt wordt hierdoor bemoeilijkt. Voor een deel van de cliënten is meer flexibiliteit wenselijk. Het declareren van geleverde zorg verloopt redelijk efficiënt.

⁵⁸ De verwachting is dat een tekort aan behandelaren een probleem kan vormen in de toekomst. Voor het bieden van dagbehandeling is een compleet behandelteam met diverse professionals nodig. De schaarste van behandelaren begrenst in de huidige situatie het aanbod van dagbehandeling.

3.3 B - Behandeling licht verstandelijk gehandicapten (Ivg) S325

3.3.1 Prestatiebeschrijving



Aanbod: *Multidisciplinair onderzoek in een poliklinische setting, ter verheldering van psychische en gedragproblematiek, met aanvullende poliklinische ambulante contacten.*

Grondslag: *Jongeren met een verstandelijke handicap die gepaard gaat met een psychische stoornis en ernstig probleemgedrag. Hulp wordt geboden door deskundigen op het gebied van orthopedagogische begeleiding.*

⁵⁹ Uit de interviews blijkt dat voornamelijk jongvolwassen cliënten gebruik maken van deze prestatie. Wanneer deze cliënten niet (meer) in aanmerking komen voor de (verlengde) Jeugdwet en geen Wlz-indicatie ontvangen maar zorg ontvangen uit de Wmo, vormt de behandeling uit de subsidieregeling hier vaak een aanvulling op.

3.3.2 Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten



⁶⁰ Het is voor deze cliënten soms lastig om de grondslag 'verstandelijk gehandicapt' aan te tonen. Afwijzingen van indicatieaanvragen door het CIZ vinden in sommige gevallen plaats vanwege een te hoog IQ van de cliënt. Zorgaanbieders begrijpen deze afwijzingen niet altijd aangezien de grondslag IQ een combinatie met sociale zelfredzaamheid beschrijft.

⁶¹ In de huidige situatie vormen de moeizame indicatiestelling en de relatieve onbekendheid van de subsidieregeling knelpunten. De

preventieve werking van de behandeling onder de subsidieregeling is een succesfactor. De inzet van deze prestatie kan verder afglijden van de cliënt en zwaardere zorgvormen voorkomen. Een randvoorwaarde van het bieden van deze zorg is het tijdig toekennen van zorg en middelen zodat op preventie ingezet kan worden.

3.4 B - Behandeling SGLVG Traject S326

3.4.1 Prestatiebeschrijving



Aanbod: *Ambulant onderzoek en behandeling van gedragsproblematiek bij volwassen personen, gericht op vermindering van het problematische gedrag van de cliënt, een vergroting van de competenties van de cliënt en een verbetering van de handelingsbekwaamheid van diens omgeving.*

Grondslag: *Volwassenen met een lichte verstandelijke beperking, gedrags- en genetische problematiek.*

⁶² Tot de eigenlijke doelgroep van cliënten die Sterke Gedragsstoornissen hebben en die Licht Verstandelijk Gehandicapt

(SGLVG) zijn, behoren mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblematiek voor wie bijzondere behandelinspanningen nodig zijn, naast of in plaats van reguliere zorg. Door haar integratieve karakter onderscheidt SGLVG-behandeling zich van reguliere GGZ en VG-zorg en kan ze uitkomst bieden wanneer reguliere GGZ en/of VG-zorg niet volstaan. SGLVG-behandeling is dan ook nadrukkelijk bedoeld als een voorziening waarnaar kan worden opgeschaald wanneer geïndiceerde GGZ en/of VG-zorg aantoonbaar ontoereikend zijn gebleken. Om behandeling uit deze prestatie te ontvangen is een indicatie van het CIZ vereist. De zorgaanbieder vraagt namens de cliënt een indicatie aan.

⁶³ Cruciaal voor een succesvolle SGLVG-behandeling is de duiding van cognitieve beperkingen, sociale en emotionele ontwikkelingsachterstanden, psychopathologie en gedragsproblematiek in de juiste samenhang en interactie. De diagnostiek heeft dan ook een integraal en interdisciplinair karakter. Op basis van de diagnostiek worden de behandeldoelen bepaald en vastgelegd in een behandelplan. De behandeldoelen dragen bij aan het hoofddoel van SGLVG-behandeling: maximale participatie met minimale risico's voor de veiligheid van cliënt en samenleving.

3.4.2 Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten



⁶⁴ Ambulante behandeling vindt plaats in de vorm van (poliklinische) deeltijdbehandeling en in de vorm van behandeling die in principe plaatsvindt op de verblijfplaats van de cliënt. Bij elk behandeltraject is een kernteam betrokken dat drie leden telt: een psychiater, een GZ-psycholoog of klinisch (neuro)psycholoog en een behandelaar die het dagelijks contact met de cliënt en diens omgeving onderhoudt. Als regiebehandelaar fungeert ofwel de psychiater, ofwel de GZ-psycholoog/klinisch (neuro)psycholoog. De multidisciplinaire zorg en behandeling wordt als succesfactor van deze prestatie genoemd.

⁶⁵ In de praktijk zijn verwijzende partijen vaak onvoldoende op de hoogte van regelgeving. Daarnaast zijn verwijzers vaak niet bekend met de subsidieregeling, waardoor ze niet doorverwijzen naar ambulante behandeling. De aanvraag van een indicatie door het CIZ verloopt redelijk. SGLVG-aanbieders geven aan dat medewerkers van het CIZ in sommige gevallen verschillend uitvoering geven aan de regeling.

⁶⁶ De doelgroep voor deze behandeling is niet zo groot, in 2017 maakten 510 cliënten gebruik van deze prestatie. Vanwege deze

kleine doelgroep die verspreid woont, reizen medewerkers relatief lange afstanden van en naar cliënten. Het tarief voor de prestatie Reiskosten zorgverlener (S321) is volgens zorgaanbieders niet toereikend, mede doordat de zorgaanbieder de Reiskosten zorgverlener maximaal een keer per behandeling kan declareren.

⁶⁷ Daarnaast vormt de beschikbaarheid van professionals zoals psychiaters, GZ-psychologen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen en AVG's een knelpunt. In de toekomst wordt dit probleem groter doordat er te weinig opleidingsplekken zijn en er nu al veel vacatures niet ingevuld kunnen worden.

⁶⁸ Tot slot vormen de omzetplafonds vanuit zorgkantoren een knelpunt, waardoor een wachtlijst voor extramurale behandeling ontstaat. Als de wachtlijsten oplopen, gaan de SGLVG-aanbieders in gesprek met de zorgkantoren waarna er meestal een oplossing komt.

3.5 B - Behandeling paramedisch S330

3.5.1 Prestatiebeschrijving

Aanbod: *Behandeling, niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw), gericht op personen met chronische gezondheidsbeperkingen en problemen. De behandeling bevat gerichte interventies als onderdeel van een zorgplan en vindt plaats onder regie van de SO of AVG.*

Grondslag: *Somatische aandoening, psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.*

3.5.2 Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten

⁶⁹ Zorgaanbieders geven aan dat het lastig is om voor deze prestatie productieafspraken te maken met Wlz-uitvoerders. Mogelijk komt de terughoudendheid van zorgkantoren voort uit de onduidelijkheid over het verschil tussen reguliere paramedische behandeling en meer specialistische behandeling aan cliënten met chronische gezondheidsbeperkingen uit de tijdelijke subsidieregeling extramurale

behandeling. Dit verklaart mogelijk de afname in 2017 ten opzichte van 2016. Doordat indicaties voor een langere periode worden afgegeven, wordt dit effect na de hervormingen langdurige zorg (vanaf 2015) pas in 2017 zichtbaar.

⁷⁰ Betrokkenen geven aan dat het van belang is om deze prestatie goed te omschrijven. Een heldere omschrijving moet voorkomen dat deze expertise verdwijnt en alleen nog reguliere paramedische behandeling beschikbaar is. Zorgverzekeraars benadrukken dat het verschil tussen reguliere behandeling en meer specialistische behandeling aan cliënten met chronische gezondheidsbeperkingen en problemen duidelijk moet zijn, omdat niet wenselijk is om twee vergelijkbare prestaties in de Zvw onder te brengen. Het Zorginstituut zegt over het onderscheid dat de zorg die paramedici aan deze specifieke groepen verlenen weliswaar speciale deskundigheid vergt,

maar dat deze zorg overeenkomt met de paramedische zorg die al onder de Zvw valt¹².

3.6 B - Behandeling specialist ouderengeneeskunde S335

3.6.1 Prestatiebeschrijving



Aanbod: *Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De behandeling is niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw) en omvat niet geneeskundige zorg van algemeen medische aard.*

¹² Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw. Zorginstituut Nederland (31 oktober 2016).

Grondslag: *Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.*

3.6.2 Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten



⁷¹ Een indicatie van het CIZ is niet nodig voor deze prestatie. De specialist ouderengeneeskunde levert deze behandeling in de volgende vormen:

- a. Kortdurende multidisciplinaire diagnostiek, gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandel mogelijkheden (verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid), bij complexe problematiek;
- b. Een medisch consult door een specialist ouderengeneeskunde;
- c. Behandeling door de specialist ouderengeneeskunde van meervoudig zorgbehoevende mensen die zijn aangewezen op CSLM-zorg. De specialist ouderengeneeskunde heeft de regie

en eindverantwoordelijkheid en kan naast de eigen inzet meerdere disciplines met kennis van specifieke doelgroepen aansturen om het behandeldoel te bereiken. De specialist ouderengeneeskunde schakelt een psycholoog in voor psychodiagnostiek, de advisering over en de behandeling van cognitieve-, stemmings-, systemische- en gedragsproblematiek. Als de psycholoog ter consultatie wordt gevraagd, dan kan dit consult gedeclareerd worden onder S335. Ook kan de specialist ouderengeneeskunde een verpleegkundig specialist inschakelen die vervolgens behandeling kan leveren onder deze prestatie. Voor onderlinge afstemming bestaat er periodiek multidisciplinair overleg.

⁷² Een succesfactor van de subsidieregeling extramurale behandeling is het integrale karakter waardoor multidisciplinaire afstemming en de inzet van meerdere disciplines onder een prestatie mogelijk is. Dit is met name van belang voor psychodiagnostiek bij de advisering over en de behandeling van cognitieve-, stemmings-, systemische- en gedragsproblematiek, hiervoor schakelt een specialist ouderengeneeskunde met regelmaat een psycholoog in.

3.7 B - Behandeling Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) S336

3.7.1 Prestatiebeschrijving



Aanbod: *Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De behandeling is niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw) en omvat niet geneeskundige zorg van algemeen medische aard.*

Grondslag: *Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.*

⁷³ Een indicatie van het CIZ is niet nodig voor deze prestatie. De AVG kan de behandeling in de volgende vormen leveren:

- a. Kortdurende multidisciplinaire diagnostiek, gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandel-mogelijkheden (verbeteren van het functioneren voor zover

mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid), bij complexe problematiek;

- b. Een medisch consult door een AVG;
- c. Behandeling door de AVG van meervoudig zorgbehoevende mensen die zijn aangewezen op CSLM-zorg. De AVG heeft de regie en eindverantwoordelijkheid, en kan naast de eigen inzet meerdere disciplines met kennis van specifieke doelgroepen aansturen om het behandeldoel te bereiken. De AVG schakelt een psycholoog in voor psychodiagnostiek, de advisering over en de behandeling van cognitieve-, stemmings-, systemische- en gedragsproblematiek. Als de psycholoog ter consultatie wordt gevraagd dan valt het onder S336. Voor onderlinge afstemming bestaat er periodiek multidisciplinair overleg.

⁷⁴ Cliënten komen voornamelijk in beeld via de volgende kanalen:

- a. Een aanmeldpunt, zoals een praktijk die inzet op het toegankelijk maken van specialistische expertise. Deze initiatieven komen voort uit de ingewikkelde toegang;
- b. Specialisten uit het ziekenhuis en de poliklinieken in het ziekenhuis verwijzen door naar de AVG in de eerste lijn.

3.7.2 Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten



⁷⁵ 90% van de AVG's werkt in een instelling en een deel hiervan draait een polikliniek voor cliënten uit de eerste lijn. De financiering van deze behandeling is complex. Een deel van de zorgaanbieders is daarom gestopt met het bieden van deze zorg waardoor de toegang in gevaar komt.

⁷⁶ Het landelijke tekort aan AVG's vormt ook een knelpunt. Door dit tekort kan niet aan de vraag van alle cliënten worden voldaan hoewel inhoudelijk veel mogelijk is. Het is van belang in de nieuwe situatie eenvoudige declaratie mogelijk te maken van samenhangende zorg.

3.8 B - Dagbehandeling Huntington - S804

3.8.1 Prestatiebeschrijving



Aanbod: *Dagbehandeling in groepsverband waarbij behandeling in samenhang staat met enige persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding voor cliënten met een intensieve zorgvraag.*

Doel: Met behulp van direct behandelcontact en intensieve begeleiding werken aan concrete en haalbare behandeldoelen. Gespecialiseerde behandeling met zinvolle dagbesteding en ondersteuning bij het ondernemen van sociale activiteiten.

3.8.2 Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten



⁷⁷ Volgens betrokkenen biedt de dagbehandeling een tussenstap tussen poliklinische behandeling en intramurale behandeling. Met de dagbehandeling kan opname worden uitgesteld en blijven cliënten langer thuis wonen. Dit voorportaal voor intramurale zorg in de vorm van dagbehandeling is volgens betrokkenen zeer waardevol.

⁷⁸ Een multidisciplinair team is betrokken bij deze behandeling. Dit team bestaat uit onder andere een specialist ouderengeneeskunde (met een specialisatie in Huntington), een psycholoog, ergotherapeut, fysiotherapeut, diëtist en logopedist. Iedere twee weken bespreken de behandelaars alle cliënten. De problematiek van deze groep is divers, forse achteruitgang kan in korte tijd plaatsvinden. Aangezien de doelgroep kampt met psychiatrische, cognitieve en lichamelijke klachten is de inzet van een multidisciplinair team een randvoorwaarde

voor het leveren van goede zorg. Deze relatief jonge groep van cliënten heeft behoefte aan de gespecialiseerde behandeling zoals binnen de subsidieregeling mogelijk is. Gespecialiseerd personeel is vereist voor goede zorg aan deze doelgroep, de betrokken zorgaanbieder leidt dit personeel intern op.

⁷⁹ Het aanvragen van een indicatie bij het CIZ verloopt soepel voor deze vorm van dagbehandeling. De betrokken zorgaanbieder ziet cliënten vaak al op de polikliniek voordat zij behoefte hebben aan de dagbehandeling. Bij het aanvragen van de indicatie is alle benodigde informatie, inclusief de diagnose en het behandelplan vaak al voorhanden. Als een cliënt niet bekend is bij de aanbieder en het volledige dossier voor de aanvraag nog opgebouwd moet worden voor de indicatieaanvraag, werkt dit vertragend. De zorgaanbieder start dan op een later moment dan wenselijk is met de behandeling. Volgens betrokkenen is declareren per individu en per uur beter passend dan de huidige declaraties in dagdelen.

3.9 B - Dagbehandeling LG licht, midden en zwaar S837, S838, S839

3.9.1 Prestatiebeschrijving



Aanbod: Het behandelprogramma wordt voor lange periode geboden, zo dicht mogelijk aansluitend op de behandeling in het ziekenhuis of revalidatie-instelling (multidisciplinair). De behandeling heeft als doel om het behandelresultaat in de revalidatiebehandeling in de chronische fase te behouden en restmogelijkheden te benutten in het dagelijks leven en maatschappelijk functioneren. Dagbehandeling LG volwassenen is een integraal programma en omvat tevens noodzakelijke persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding. Revalidatie valt niet onder deze prestatie.

Doel: De behandeling omvat het aanleren en oefenen van vaardigheden ter vergroting van zelfregie en praktische zelfredzaamheid en het aanleren van gezond gedrag ter voorkoming en vermindering van met Niet Aangeboren Hersenletsel (hierna: NAH) verbonden

gezondheidsproblematiek en gezondheidsrisico's. Het kan ook gaan om CSLM-behandeling met als doel het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of van het ontstaan van met de aandoening gerelateerde stoornis. De behandeling is programmatisch, doelmatig en kent concrete en haalbare behandeldoelen.

⁸⁰ Dagbehandeling LG betreft een interdisciplinair behandelprogramma voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel door bijvoorbeeld beroerte of ongeval in de 'chronische' fase en hun naasten. Het gaat om cliënten die na een ziekenhuisopname of revalidatiebehandeling thuis hun leven weer oppakken. Deze dagbehandeling wordt geboden op 65 tot 70 plaatsen in heel Nederland. Door een expertisenetwerk van 13 zorgaanbieders uit de gehandicaptenzorg is Hersenz ontwikkeld: een behandelprogramma voor volwassenen met hersenletsel, met als doel het leren omgaan met de gevolgen van het hersenletsel zodat ze weer grip krijgen op hun leven. Om aan het programma deel te nemen via de subsidieregeling is een indicatie voor LG midden of LG zwaar nodig.

⁸¹ Dagbehandeling LG bestaat uit blokken van 14 weken, met daarin 3 dagdelen dagbehandeling groep en 1 sessie behandeling individueel

(veelal in de thuissituatie). Tussen ieder blok van behandeling zit 3 tot 4 weken waardoor de duur van het gehele traject optelt tot 1,5 jaar. Het traject duurt langer bij cliënten met afasie. Het verschil tussen de prestaties LG licht – midden – zwaar is de groepsgrootte waarin de behandeling plaatsvindt.

3.9.2 *Randvoorwaarden, succesfactoren en knelpunten*



⁸² De prestatie dagbehandeling LG kent een aantal belangrijke randvoorwaarden waar de subsidieregeling in de huidige situatie niet volledig in voorziet. Zo geven betrokkenen aan dat het huidige tarief onvoldoende rekening houdt met interdisciplinaire aanpak en daarvoor benodigde overlegtijd. Betrokkenen ervaren het huidige tarief als een knelpunt in de uitvoering van deze prestatie. Daarnaast is de vergoeding van reiskosten van de zorgverlener volgens zorgaanbieders vaak niet kostendekkend, terwijl behandeling thuis een belangrijke succesfactor is van de aanpak. Ook vormen de vervoerskosten van de cliënt een knelpunt doordat de tarieven gebaseerd zijn op vervoer van grotere groepen op vaste tijden. Veel zorgaanbieders kiezen ervoor vervoer aan de cliënt zelf over te laten, andere zorgaanbieders voorzien met veel moeite in vervoer van cliënten.

⁸³ Een ander knelpunt betreft de groepsgrootte die nodig is om de dagbehandeling kostendekkend uit te voeren. In de praktijk krijgen zorgaanbieders niet altijd op hetzelfde moment voldoende aanmeldingen binnen om een goed gevulde groep voor dagbehandeling te starten. Daarnaast is, bijvoorbeeld bij cliënten met afasie, een kleinere groepsgrootte wenselijk dan rendabel. Het vormen van groepen vormt voor de zorgaanbieders een enorme uitdaging. Gedurende het gehele jaar melden zich nieuwe cliënten voor dagbehandeling op de verschillende locaties door het land. Als een cliënt nadat de indicatie is afgegeven niet direct in kan stromen in een groep voor dagbehandeling wordt dit opgevangen door behandeling individueel.

⁸⁴ Het indiceren van dagbehandeling LG vormde voorheen een knelpunt omdat medewerkers van het CIZ relatief weinig kennis hadden over deze specifieke doelgroep. Inmiddels verloopt het indiceren beter, mede doordat Hersenz scholing heeft gegeven aan CIZ medewerkers over NAH. Het opstellen van een indicatieaanvraag met een behandelplan kost zorgaanbieders veel tijd. Het CIZ heeft formeel zes weken de tijd om een indicatiebesluit af te geven aan de cliënt, door de voorbereiding voor een indicatieaanvraag duurt een indicatiestelling in de praktijk vaak zes tot acht weken. Aangezien

zorgaanbieders niet met terugwerkende kracht kunnen declareren, moeten cliënten helaas vaak een aantal weken wachten totdat de behandeling gestart kan worden.

⁸⁵ De systematiek van licht-midden-zwaar is verouderd en vormt een knelpunt in de praktijk. Het enige verschil tussen licht-midden-zwaar betreft de groeps grootte¹³. Sommige Zorgkantoren maken alleen afspraken voor dagbehandeling midden.

⁸⁶ Tot slot worden er door betrokkenen enkele succesfactoren genoemd. De prestaties binnen de subsidieregeling geven ruimte om de precieze invulling van uren gaandeweg te bepalen en biedt daarmee ruimte voor maatwerk. Dit maatwerk is nodig want het is vooraf niet 100% in te schatten hoe het traject vorm moet krijgen om de behandeldoelen te behalen. Daarnaast bieden de huidige prestaties in de subsidieregeling extramurale behandeling de mogelijkheid om verschillende disciplines in te zetten in het behandeltraject. Ook speelde de subsidieregeling de afgelopen vijf

¹³ Advies Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn Bekostiging van extramurale behandeling in de Zorgverzekeringswet - Nza (november 2017).

jaar een belangrijke rol in het verbeteren van de ketenzorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Betrokkenen verwachten dat de groei in het gebruik van deze prestatie doorzet. In Nederland hebben ongeveer 650.000 mensen niet-aangeboren hersenletsel en jaarlijks komen er nieuwe cliënten met niet-aangeboren hersenletsel bij¹⁴. Slechts een kleine groep hiervan komt na de revalidatie in de thuissituatie in de problemen waardoor zij nog behoefte hebben aan verdere behandeling via de subsidieregeling extramurale behandeling.

¹⁴https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Een_op_vier_Nederlanders_heeft_hersenaandoening

4. Duiding van bevindingen

⁸⁷ Dit samenvattende hoofdstuk geeft duiding aan de bevindingen van ons onderzoek. Dit hoofdstuk geeft de belangrijkste bevindingen van het onderzoek, naar de werking van de subsidieregeling in de huidige situatie, weer. Daarnaast geeft dit samenvattende hoofdstuk duiding aan de bevindingen van het onderzoek. De inzichten uit het onderzoek kunnen gebruikt worden bij de voorbereiding van de overgang van extramurale behandeling naar de Zvw.

4.1 Belang van heldere beschrijving prestaties bij overgang Zvw

⁸⁸ De meerwaarde van de zorg binnen de subsidieregeling extramurale behandeling is duidelijk en wordt door het Zorginstituut¹⁵ en dit onderzoek onderschreven. Met de inzet van deze zorg in de eerste lijn, wordt zwaardere (vaak intramurale) zorg uitgesteld of deels voorkomen. Voornamelijk bij ouderen met psychogeriatrische

¹⁵ Extramurale behandeling ontleed: De zorg door Specialist ouderengeneeskunde, Arts voor verstandelijk gehandicapten en andere zorgverleners binnen de Zvw. Zorginstituut Nederland (31 oktober 2016).

problematiek, jong dementerenden en mensen met niet-aangeboren hersenletsel werkt de extramurale behandeling preventief waarmee zwaardere en relatief duurdere (intramurale) zorg kan worden uitgesteld. Door de gewenste substitutie van tweedelijns (medisch-specialistische) zorg naar eerstelijns zorg bestaat de verwachting dat er meer aanspraak op extramurale behandeling zal worden gemaakt vanwege het ingezette beleid en de maatschappelijke trend om langer huis te wonen¹⁶.

⁸⁹ In de huidige situatie verschilt de mate waarin de behandeling helder en eenduidig is beschreven tussen de prestaties. Niet voor alle prestaties is helder omschreven welke behandeling onder de subsidieregeling wordt geleverd. In sommige gevallen is niet voldoende duidelijk welke professionals een rol spelen en welke bijdrage zij leveren om goede zorg aan de cliënt te geven.

⁹⁰ Gezien de aanstaande overgang van extramurale behandeling naar de Zvw zijn heldere en eenduidige beschrijvingen van deze zorg

¹⁶ Advies Aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn Bekostiging van extramurale behandeling in de Zorgverzekeringswet - Nza (november 2017).

van groot belang. Deze beschrijvingen zijn noodzakelijk om de zorg goed onder te brengen in de Zvw zodat zorgverzekeraars deze zorg in kunnen kopen. Daarnaast draagt een onderscheidende omschrijving bij aan de verwijzing (van professionals) naar deze vormen van behandeling. De professionals die binnen de Zvw cliënten naar deze behandeling verwijzen, zijn geholpen met een heldere omschrijving van de zorg. De kennis en expertise van ervaren en vooruitstrevende zorgaanbieders kan gebruikt worden voor het beschrijven van de verschillende prestaties.

⁹¹ Met een goede omschrijving worden overeenkomsten en verschillen zichtbaar tussen reeds bestaande prestaties in de Zvw (zoals paramedische zorg) en Wmo (zoals dagbesteding) en prestaties die nu onder de subsidieregeling behandeling vallen. Voor de prestatie S330 Behandeling Paramedisch, komt het verschil met zorg uit de Zorgverzekeringswet niet direct duidelijk naar voren. Door het verschil tussen de prestaties helder in kaart te brengen, kan het bestaan van grotendeels overlappende of dubbele prestaties worden voorkomen.

⁹² Een aandachtspunt bij het onderbrengen van de extramurale behandeling in de Zvw, is om kritisch te bekijken in hoeverre de behandeling passend is in de Zvw. Op basis van de beschrijvingen van

de prestatie kan een afweging gemaakt worden of de zorg daadwerkelijk thuis hoort in de Zvw. De beschrijving van de prestatie S819 Dagbehandeling VG emg vraagt om een dergelijke zorgvuldige afweging.

4.2 Huidige toegang tot extramurale behandeling door zorgaanbieders ervaren als onvoldoende passend

⁹³ Om gebruik te kunnen maken van de subsidieregeling hebben cliënten voor alle prestaties, op uitzondering van de individuele behandeling door de specialist ouderengeneeskunde (S335) en de arts verstandelijk gehandicapten (S336) een indicatie van het CIZ nodig. In de huidige situatie ervaren betrokkenen de tijd die nodig is om deze indicatie aan te vragen en de wettelijke doorlooptermijn voor het afgeven van indicaties als relatief lang. Uit ons onderzoek komt naar voren dat het aanvragen van de indicatie met het aanleveren van gevraagde informatie (inclusief diagnose en behandelplan) tijdrovend is. Het juist invullen van de formulieren en het verzamelen van alle informatie voor de indicatie wordt als tijdrovend ervaren.

⁹⁴ De wettelijk vastgestelde doorlooptijd voor CIZ om een indicatiebesluit af te geven betreft zes weken. Betrokkenen ervaren het als niet wenselijk dat cliënten in totaal (inclusief de voorbereiding van aanvraag) zes tot acht weken wachten op een indicatie. Bij een deel van de cliënten vindt in de tussentijd achteruitgang plaats.

⁹⁵ In de huidige situatie ervaren betrokkenen de drempel om toegang te krijgen tot extramurale behandeling onder de subsidieregeling als relatief hoog. Terwijl met deze extramurale behandeling, relatief dure (intramurale) zorg kan worden uitgesteld of worden voorkomen. Bij de overgang van de extramurale behandeling naar de Zvw, kan dit knelpunt in de toegang worden weggenomen door de verwijzingsmethodiek van de Zvw te hanteren. Het opstellen van triagewijzers wordt als suggestie genoemd om professionals te helpen cliënten naar passende extramurale behandeling te verwijzen. Ook voor goede verwijzing door professionals is heldere en eenduidige omschrijving van de behandeling (ook onder Zvw) wederom van belang.

4.3 Belang van een multidisciplinaire benadering bij extramurale behandeling

⁹⁶ Professionals ervaren ruimte om binnen de prestaties van de subsidieregeling die zorg in te zetten waar een cliënt op dat moment baat bij heeft. Werken vanuit een multidisciplinaire benadering, met een team waarbij specialisten ingeschakeld worden op basis van de behoefte van de cliënt, creëert meerwaarde voor de behandeling. Deze multidisciplinaire aanpak is een belangrijke succesfactor van de subsidieregeling in de huidige situatie. Het behouden van dit multidisciplinaire karakter is van belang bij het onderbrengen van deze behandeling in de Zvw.

4.4 Beschikbaarheid professionals vormt een obstakel bij het aanbieden van extramurale behandeling

⁹⁷ Bij het aanbieden van de extramurale behandeling in de huidige situatie, vormt de beschikbaarheid van professionals een knelpunt. Van diverse disciplines zijn de professionals schaars, onder andere voor gedragswetenschappers, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten is de arbeidsmarkt krap. Om de

verschillende behandelvormen goed te kunnen invullen is een compleet behandelteam, waar deze professionals vaak deel van uit maken vereist. De beperkte beschikbaarheid van professionals bemoeilijkt in de huidige situatie het aanbieden van extramurale behandeling.

⁹⁸ Volgens betrokkenen uit de ouderenzorg is de afgelopen jaren het aantal zorgaanbieders dat zorg leverde onder de subsidieregeling afgenomen. Deze afname is deels te wijten aan de kleine groep cliënten die behoefte heeft aan deze specifieke zorg en het relatief complexe proces voor de aanvraag van een indicatie dat aan het leveren van zorg voorafgaat. De huidige zorg die onder de subsidieregeling geleverd wordt reflecteert volgens betrokkenen niet de groeiende behoefte. De groep mensen die thuis woont en behoefte heeft aan extramurale behandeling is veel groter. Als het voor zorgaanbieders eenvoudiger en aantrekkelijker wordt om deze zorg te leveren, neemt het aanbod van de zorg naar verwachting toe waarmee meer in de vraag (die naar verwachting toeneemt) wordt voorzien. Daarmee kan substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste

lijn mogelijk een impuls krijgen. De minister voor Medische Zorg en Sport heeft al aangegeven deze behandelen in samenhang met (ambulante) Geriatrische Revalidatiezorg en Eerstelijnsverblijf verder te ontwikkelen¹⁷.

¹⁷ Kamerbrief Aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn (16 januari 2018).

Factsheets

Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling

Onderdeel van de rapportage Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling -
Gebruik en ervaringen in de periode 2015 - 2018

Oktober 2018

In opdracht van ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport

Referentie: LvdC/bv/000926

Auteurs: Irene Mulder en Lieke van de Camp

Onderzoek naar de werking van en ervaringen met de subsidieregeling

In opdracht van het ministerie van VWS heeft Significant onderzoek gedaan naar het gebruik van en de ervaringen met de Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Het doel van het onderzoek is om een beeld te geven van de subsidieregeling in de huidige situatie. In deze factsheets brengen wij het gebruik van subsidieregeling in de periode 2015 - 2017 in beeld. Het onderzoek naar de ervaringen van diverse betrokkenen geeft inzicht in succesfactoren en knelpunten bij de uitvoering van de zorg in de periode 2015 - 2018 onder de subsidieregeling. Deze zijn beschreven in de rapportage die bij deze factsheets hoort.

Factsheets voor groeps- en individuele prestaties

Deze factsheets geven per prestatie een beknopte weergave van de resultaten van ons onderzoek. Per prestatie beschrijven wij twee onderdelen:

- **Prestatiebeschrijving**
Een beschrijving van de prestatie, op basis van prestatiebeschrijving van de NZa
- **Analyse uitgaven en gebruik**
Cijfermatig overzicht van het gebruik per prestatie (uitgedrukt in het aantal unieke cliënten per jaar waarvoor zorg is gedeclareerd, de uitgaven per prestatie en het aantal eenheden zorg).

Een toelichting op de analyse van het gebruik en duiding van de resultaten, zijn te vinden in onze rapportage 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling: Een onderzoek naar gebruik en ervaringen in de periode 2015 – 2018'. In de factsheets verwijzen wij bij diverse prestaties naar voorbeelden van zorgprogramma's en richtlijnen. Deze documenten zijn door betrokkenen aangedragen en geven inzicht in de mate waarin de inhoud van de prestaties beschreven is vanuit het veld.

Analyse uitgaven en gebruik op hoofdlijnen

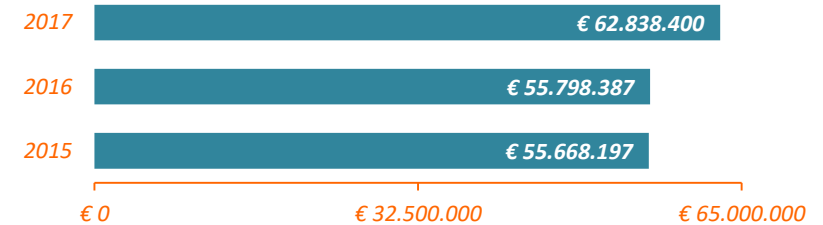
De grafieken hiernaast geven weer dat het aantal unieke cliënten dat gebruik maakt van de subsidieregeling is gestegen. Het aantal cliënten is in 2017 met 26% gestegen ten opzichte van 2015.

De uitgaven binnen de subsidieregeling namen toe. De uitgaven bedroegen in 2017, voor de groeps- en individuele prestaties samen, ruim 62 miljoen euro. Dit is een stijging van 13% ten opzichte van 2015. Het totaal aantal eenheden geleverde zorg vertoont een lichte groei. In 2017 werd 5% meer zorg gedeclareerd onder de subsidieregeling dan in 2015.

Cijfers in beeld



Aantal unieke cliënten¹ in de subsidieregeling



Uitgaven binnen de subsidieregeling

Groepsprestaties

Deze factsheet geeft inzicht in de zes groepsprestaties uit de subsidieregeling namelijk:

- S802 Dagbehandeling ouderen som en pg
- S804 Dagbehandeling Huntington
- S819 Dagbehandeling VG EMG
- S837, S383, S389 Dagbehandeling LG licht, midden en zwaar

Individuele prestaties

Deze factsheet geeft inzicht in de acht individuele prestaties uit de subsidieregeling namelijk:

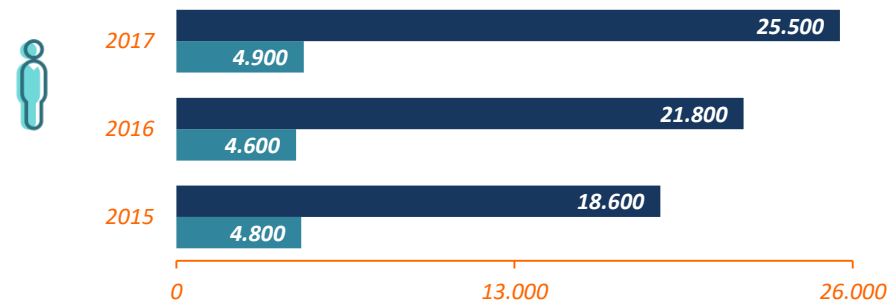
- S325 Behandeling lvg (18 - 23 jaar)
- S326 Behandeling sglvg traject
- S327 Behandeling sglvg deeltijd
- S329 Behandeling gedragswetenschapper
- S330 Behandeling paramedisch
- S334 Behandeling IOG lvg (18 - 23 jaar)
- S335 Behandeling specialist ouderengeneeskundige
- S336 Behandeling arts verstandelijk gehandicapten (AVG)

Analyse uitgaven en gebruik op hoofdlijnen

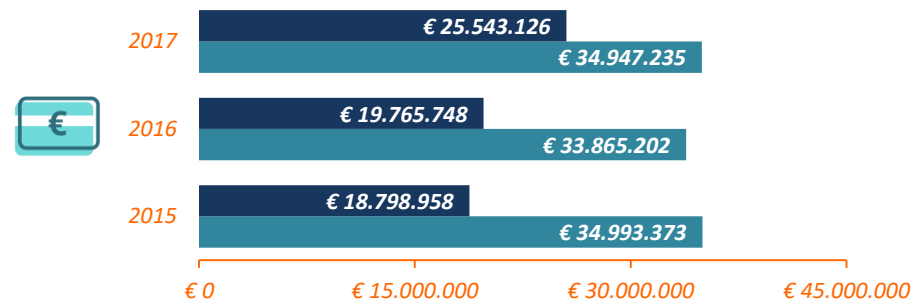
Het overgrote deel van de cliënten maakt gebruik van een individuele prestatie. Een stijging van het aantal unieke cliënten van 26% is zichtbaar in 2017 ten opzichte van 2015.

De uitgaven aan de groepsprestaties zijn redelijk stabiel en variëren de afgelopen drie jaren tussen € 33,8 en € 35 miljoen per jaar. Ten opzichte van het totale budget van de subsidieregeling, gaat ongeveer 60% van het budget om in groepsprestaties. De uitgaven aan individuele prestaties namen in de afgelopen drie jaren toe met 35,9% van € 18,8 naar € 25,5 miljoen per jaar. Deze stijging wordt grotendeels veroorzaakt door toename van de individuele prestatie S329 Gedragswetenschapper (24%). De stijging is ook te wijten aan een toename in gebruik van de prestaties S335 Behandeling Specialist ouderengeneeskunde en S336 Behandeling Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Cijfers in beeld



Aantal unieke cliënten¹ in de subsidieregeling



Uitgaven binnen de subsidieregeling

■ Individueel ■ Groep

Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Dagbehandeling in groepsverband waarbij behandeling in samenhang staat met enige persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding voor cliënten met een intensieve zorgvraag. Er is sprake van direct behandelcontact en intensieve begeleiding.

Doel: Het doel van de CSLM-dagbehandeling voor cliënten met een somatische problematiek is gericht op het herstel en/of het aanleveren van nieuwe vaardigheden, het stabiliseren van het functioneren, voorkomen van verergering van beperking en/of leren omgaan met beperkingen.

Het doel van de CSLM-dagbehandeling voor cliënten met een psychogeriatrische problematiek is gericht op het behandelen, beheersbaar houden en vertragen van stemmings-, geheugen- en gedragsproblematiek.

Zoals uit de prestatiebeschrijving naar voren komt, onderscheidt deze groepsprestatie twee doelgroepen: cliënten met somatische problematiek (bijvoorbeeld COPD, Parkinson of een CVA) en cliënten met psychogeriatrische problematiek (voornamelijk dementiële problematiek, ook bij relatief jonge cliënten). Over het algemeen is de behandelduur van cliënten met somatische problematiek (afhankelijk van de aandoening) korter. Voor deze groep wordt, gedurende een aantal weken in de dagbehandeling gewerkt aan het verbeteren en behouden van functionaliteit. De behandelduur van cliënten met psychogeriatrische problematiek is vaak van langdurige aard, deze cliënten met een degeneratieve hersenaandoening vertonen langzaam achteruitgang in hun functioneren. Om behandeling uit deze prestatie te ontvangen, is een indicatie van het CIZ vereist.

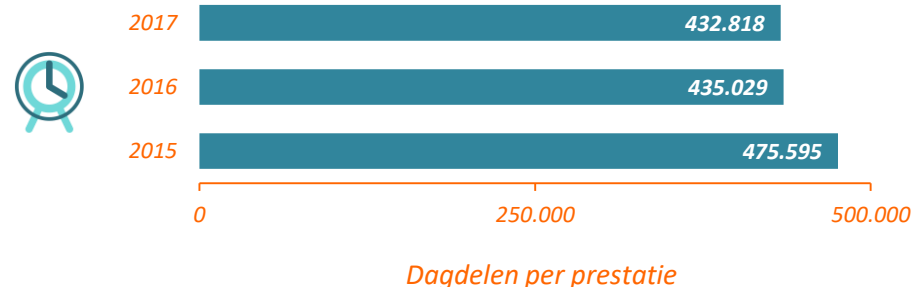
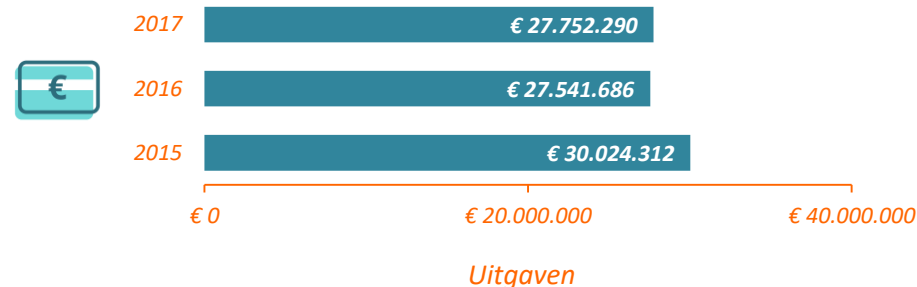
Analyse uitgaven en gebruik²

Deze prestatie vertoont een daling in uitgaven, dagdelen en het aantal cliënten dat gebruik maakt van deze behandeling. Een daling van 15% in het unieke aantal cliënten is zichtbaar in 2017 ten opzichte van 2015. In 2017 maakten 3370 cliënten gebruik van deze groepsprestatie, in 2015 waren dit 3980 cliënten. Tegelijkertijd daalden de uitgaven aan prestatie S802 van ruim 30 miljoen euro in 2015 naar 27,8 miljoen euro in 2017.

Prestatie S802 Dagbehandeling ouderen is een groepsprestatie waar relatief veel cliënten gebruik van maken (3370 van de 4900 unieke cliënten in een groepsprestatie). Daarnaast is S802 de grootste prestatie in termen van uitgaven binnen de subsidieregeling (27,8 miljoen euro van de 62,8 miljoen euro in 2017).

Voorbeelden van richtlijnen en/ of zorgprogramma's over de inhoud van deze prestatie:
 Verenso- Probleemgedrag bij mensen met dementie - 2018
 NVVA –Handreiking Diagnostiek van dementie - 2008
 Zorgstandaard CVA/TIA - november 2012
 Multidisciplinaire richtlijn Ziekte van Parkinson - 2010

Cijfers in beeld



¹ op basis van beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019 NZa
² op basis van declaratiegegevens van ZN en een analyse door Vektis
³ Aantal cliënten afgerond op tientallen

Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Dagbehandeling in groepsverband waarbij behandeling in samenhang staat met enige persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding voor cliënten met een intensieve zorgvraag.

Doel: Met behulp van direct behandelcontact en intensieve begeleiding werken aan concrete en haalbare behandeldoelen. Gespecialiseerde behandeling met zinvolle dagbesteding en ondersteuning bij het ondernemen van sociale activiteiten.

Deze prestatie hangt nauw samen met s802 Dagbehandeling ouderen som en pg en wordt door de NZa als één prestatie beschreven. Voor deze gespecialiseerde vorm van dagbehandeling voor Huntington patiënten, ontvangt slechts één zorgkantoor subsidie. Deze dagbehandeling wordt binnen de subsidieregeling geleverd door één landelijk expertise centrum. Een indicatie van het CIZ is nodig om deze dagbehandeling te ontvangen uit de subsidieregeling.

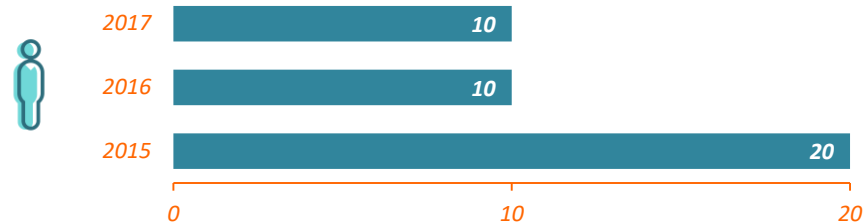
De doelgroep voor deze prestatie is helder: cliënten met Huntington. Wanneer deze cliënten meer behandeling nodig hebben dan op de polikliniek wordt geboden, stromen zij door naar s804 Dagbehandeling Huntington. Deze dagbehandeling biedt cliënten structuur, diverse activiteiten en omvat zowel groeps- als individuele behandeling. De behandeling bevat onder andere groepssessies met een fysiotherapeut of een ergotherapeut. Ook vinden individuele gesprekken met een psycholoog plaats.

Analyse uitgaven en gebruik²

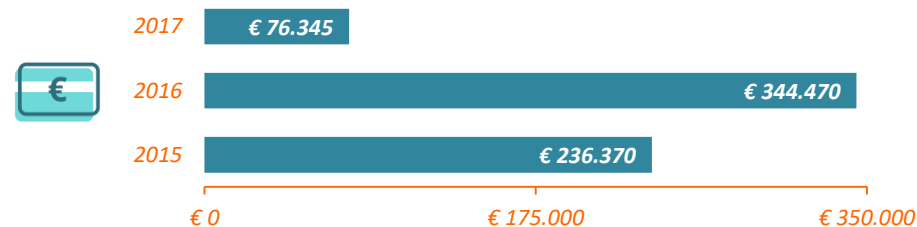
Het gebruik van deze prestatie laat een forse afname zien van 2016 naar 2017. De uitgaven aan deze prestatie namen in 2017 78% af ten opzichte van 2016. In 2015 maakten 20 cliënten gebruik van deze prestatie onder de subsidieregeling. In 2016 en 2017 maakten 10 cliënten gebruik van deze prestatie. Het valt op dat het aantal cliënten in 2016 en 2017 gelijk is (10 cliënten per jaar), terwijl het budget in deze periode met 80% afneemt. Betrokkenen herkennen de forse afname in de uitgaven niet volledig. Wel geven zij aan dat het aantal patiënten in zorg sterk fluctueert.

De prestatie S804 Dagbehandeling Huntington is de kleinste prestatie binnen de subsidieregeling (uitgedrukt in het aantal cliënten).

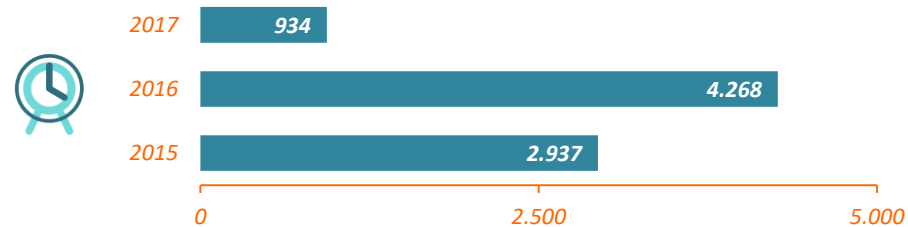
Cijfers in beeld



Aantal cliënten³



Uitgaven



Dagdelen per prestatie

Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Dagbehandeling, deels individueel en deels groepsgericht, uitgevoerd in een aangepaste omgeving. De prestatie omvat ook verpleging en verzorging.

Doel: Ontwikkelen en aanleren van praktische, cognitieve en/of sociaal emotionele vaardigheden waarbij de mogelijkheden van cliënt optimaal benut worden.

De doelgroep bevat cliënten met twee of meer ernstig meervoudige beperkingen van verstandelijke, motorische, lichamelijke of zintuiglijke aard. De ontwikkelingsleeftijd van de cliënten is maximaal 12 maanden. De cliënten kunnen niet of nauwelijks zelfstandig voortbewegen, kunnen slechts liggen of met veel steun zitten. Deze groep cliënten kent een grote fysieke kwetsbaarheid.

Als criterium voor deze doelgroep geldt dat er naast het bovenstaande nog sprake dient te zijn van ten minste drie van onderstaande factoren:

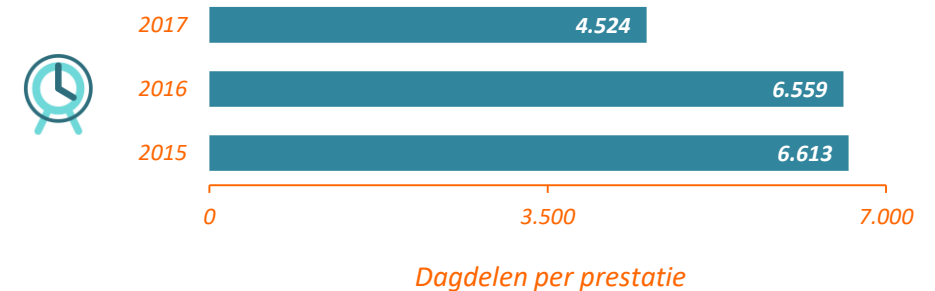
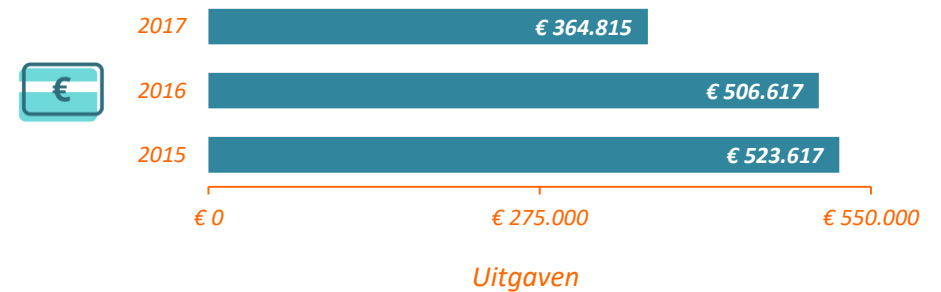
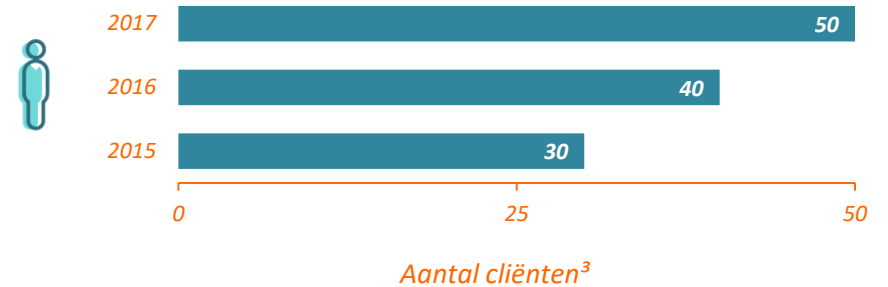
- a) Gebruik van sondevoeding (PEG-sonde);
- b) Epilepsie (niet instelbaar);
- c) Organische afwijkingen (ademhalingsproblemen, refluxproblematiek);
- d) Risico van doorliggen (decubitus);
- e) Zeer ernstige zintuiglijke handicap;
- f) Noodzaak tot veelvuldige paramedische zorg;
- g) Grote fysieke kwetsbaarheid (in de praktijk blijkt een hoge mate van ziekte en verblijf in ziekenhuizen).

Analyse uitgaven en gebruik²

Een afname van uitgaven is zichtbaar sinds 2015. Ook het aantal uren dagbehandeling VG emg neemt met ruim 30% af van 6.613 uur in 2015 naar 4.524 uur in 2017. Van deze prestatie maakten in 2015 30 cliënten gebruik, in 2016 40 cliënten en in 2017 50 cliënten.

Het is opmerkelijk dat het aantal cliënten toeneemt terwijl de uitgaven aan de vorm van dagbehandeling dalen. Een gedetailleerde verklaring hiervoor is in dit onderzoek niet in beeld gebracht. Mogelijk speelt de herindicatie van Wlz-indiceerbaren door het CIZ in 2016 hierbij een rol.

Cijfers in beeld



Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Het behandelprogramma wordt voor lange periode geboden, zo dicht mogelijk aansluitend op de behandeling in het ziekenhuis of revalidatie-instelling (multidisciplinair). De behandeling heeft als doel om het behandelresultaat in de revalidatiebehandeling in de chronische fase te behouden en restmogelijkheden te benutten in het dagelijks leven en maatschappelijk functioneren. Dagbehandeling LG volwassenen is een integraal programma en omvat tevens noodzakelijke persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding. Revalidatie valt niet onder deze prestatie.

Doel: De behandeling omvat het aanleren en oefenen van vaardigheden ter vergroting van zelfregie en praktische zelfredzaamheid en het aanleren van gezond gedrag ter voorkoming en vermindering van met NAH verbonden gezondheidsproblematiek en gezondheidsrisico's. Het kan ook gaan om CSLM-behandeling met als doel het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of van het ontstaan van met de aandoening gerelateerde stoornis. De behandeling is programmatisch, doelmatig en kent concrete en haalbare behandeldoelen.

Dagbehandeling LG betreft een interdisciplinair behandelprogramma voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel door bijvoorbeeld beroerte of ongeval in de 'chronische' fase en hun naasten. Het gaat om patiënten die na een ziekenhuisopname of revalidatiebehandeling thuis hun leven weer oppakken. Deze dagbehandeling wordt geboden op 65 tot 70 plaatsen in heel Nederland. Door een expertisenetwerk van 13 zorgaanbieders uit de gehandicaptenzorg is Hersenz ontwikkeld: een behandelprogramma voor volwassenen met hersenletsel, met als doel het leren omgaan met de gevolgen van het hersenletsel zodat ze weer grip krijgen op hun leven. Om aan het programma deel te nemen via de subsidieregeling is een indicatie voor LG midden of LG zwaar nodig.

Dagbehandeling LG bestaat uit blokken van 14 weken, met daarin 3 dagdelen dagbehandeling groep en 1 sessie behandeling individueel (veelal in de thuissituatie). Tussen ieder blok van behandeling zit 3 tot 4 weken waardoor de duur van het gehele traject optelt tot 1,5 jaar. Het traject duurt langer bij cliënten met afasie. Het verschil tussen de prestaties LG licht – midden – zwaar is de groepsgrootte waarin de behandeling plaatsvindt.

Analyse uitgaven en gebruik²

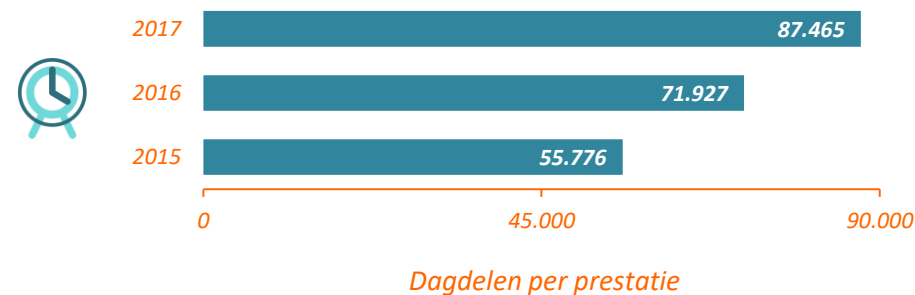
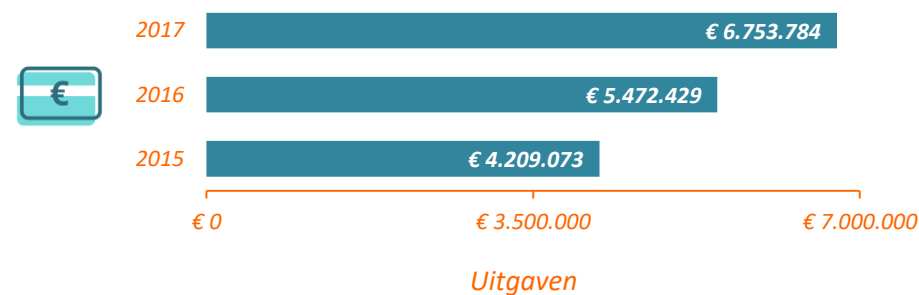
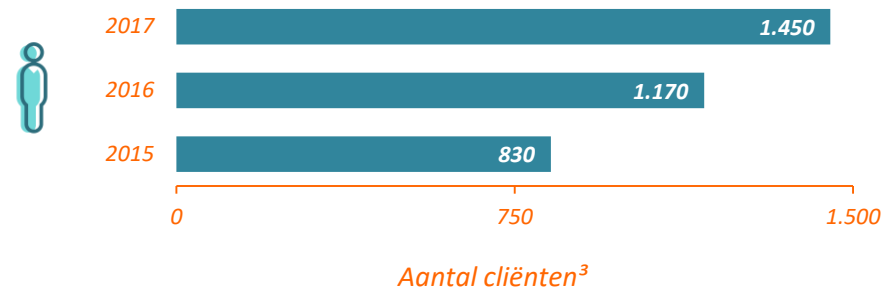
Het aantal cliënten dat gebruik maakt van de dagbehandeling LG neemt over de drie prestaties toe. Dit geldt ook voor het aantal uren dagbehandeling en de uitgaven aan de prestaties dagbehandeling LG. Een mogelijke verklaring voor deze stijging is dat Hersenz in 2014 startte met het aanbieden van integrale interdisciplinaire behandelprogramma's. Daarvoor bestonden wel onderdelen en organisaties met vergelijkbare programma's, maar geen integraal aanbod. Het aantal cliënten is sinds het eerste jaar dat Hersenz met het programma startte toegenomen en groeit nog steeds. Dit is volgens betrokken ook logisch, aangezien de zorgprogramma's voorzien in een vraag waarvoor eerder geen integraal aanbod bestond.

¹ Voorbeelden van richtlijnen en/ of zorgprogramma's over de inhoud van deze prestatie:

² Dock4 & Organisatieadvies in Zorg met input en medewerking van Hersenz - Maatschappelijke Businesscase (mBC) Hersenz – verder met hersenletsel – februari 2016

³ Maastricht University - Pilot-studie naar de uitvoerbaarheid en uitkomsten van Hersenz – april 2016 de winst van hersenz écht verder met hersenletsel - Hersenz

Cijfers in beeld



Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Multidisciplinair onderzoek in een poliklinische setting, ter verheldering van psychische en gedragsproblematiek, met aanvullende poliklinische ambulante contacten.

Grondslag: Kinderen/jongeren met een verstandelijke handicap die gepaard gaat met een psychische stoornis en ernstig probleemgedrag. Hulp wordt geboden door deskundigen op het gebied van orthopedagogische begeleiding.

Deze individuele prestatie, waar een indicatie van het CIZ voor is vereist, bevat:

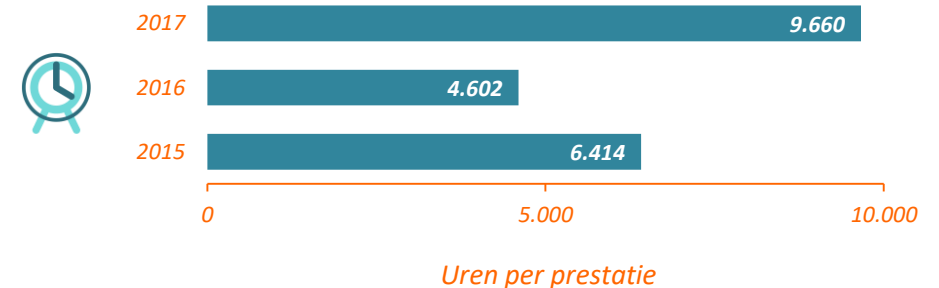
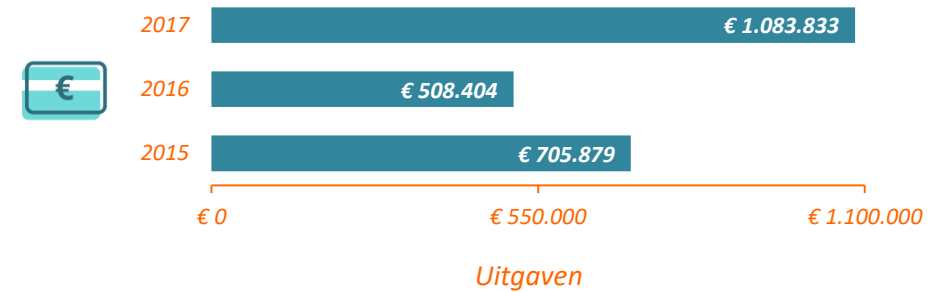
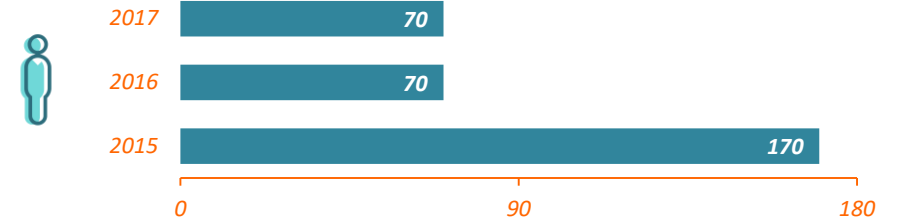
- Standaardonderzoek bestaand uit: 16 uur inzet van een gedragswetenschapper en 4 uur maatschappelijk werk.
- Uitgebreid onderzoek (eventueel): 6 uur aanvullende psychiatrisch onderzoek.
- Aanvullende ambulante contacten in poliklinische setting in de vorm van therapieën.

Voornamelijk jongvolwassen cliënten maken gebruik van deze prestatie. Wanneer deze cliënten niet (meer) in aanmerking komen voor de (verlengde) Jeugdwet en geen Wlz-indicatie ontvangen maar zorg ontvangen uit de Wmo, vormt de behandeling uit de subsidieregeling hier vaak een aanvulling op.

Analyse uitgaven en gebruik²

Het aantal cliënten dat gebruik maakt van zorg uit deze prestatie is fors gedaald. In 2015 ging het om 170 cliënten, in 2017 maakten 70 cliënten gebruik van deze prestatie. Mogelijk speelt het overgangsrecht hierin een rol, waardoor cliënten jonger dan 18 jaar in het kader van continuïteit van zorg in 2015 behandeling uit een subsidieregeling hebben ontvangen. De uitgaven namen ondanks de daling van cliënten toe, in 2017 stegen deze met 54% ten opzichte van 2015. Ook het aantal uren zorg neemt toe, dit aantal is met 51% gestegen in 2017 ten opzichte van 2015. De toename van gebruik in 2017 is deels te verklaren door de groeiende bekendheid van de subsidieregeling, en specifiek deze prestatie onder zorgaanbieders. Het is opmerkelijk dat het aantal cliënten afneemt (met 59%), terwijl de uitgaven en het aantal uren zorg stijgen.

Cijfers in beeld



Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Ambulant onderzoek en behandeling van gedragsproblematiek bij volwassen personen, gericht op vermindering van het problematische gedrag van de cliënt, een vergroting van de competenties van de cliënt en een verbetering van de handelingsbekwaamheid van diens omgeving.

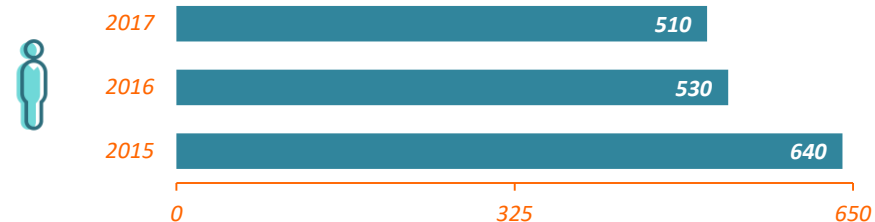
Grondslag: Volwassenen met een lichte verstandelijke beperking, gedrags- en genetische problematiek.

Tot de eigenlijke doelgroep van cliënten die Sterke Gedragsstoornissen hebben en die Licht Verstandelijk Gehandicapt (SGLVG) zijn, behoren mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsproblematiek voor wie bijzondere behandelinspanningen nodig zijn naast of in plaats van reguliere zorg. Door haar integratieve karakter onderscheidt SGLVG-behandeling zich van reguliere GGZ en VG-zorg en kan ze uitkomst bieden wanneer reguliere GGZ en/of VG-zorg niet volstaan. SGLVG-behandeling is dan ook nadrukkelijk bedoeld als een voorziening waarnaar kan worden opgeschaald wanneer geïndiceerde GGZ en/of VG-zorg aantoonbaar ontoereikend zijn gebleken. Om behandeling uit deze prestatie te ontvangen, is een indicatie van het CIZ vereist.

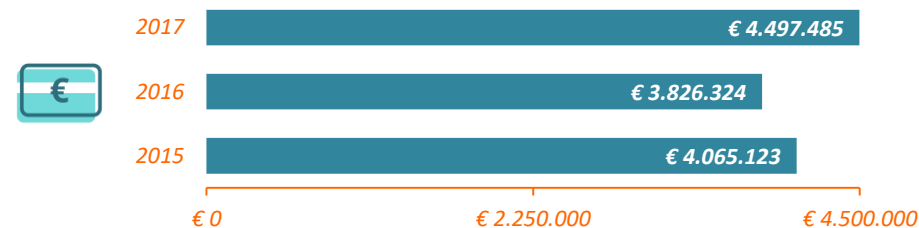
Analyse uitgaven en gebruik²

Het aantal uren behandeling van de prestatie SGLVG Traject nam in 2016 (34.637 uren) met 7% af ten opzichte van 2015 (36.936 uren). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de effecten van de hervormingen langdurige zorg (in 2015) pas in 2016 zichtbaar worden omdat een traject gemiddeld een jaar duurt. In 2017 nam het aantal uren (40.085) met 15% toe ten opzichte van 2016, deze stijging is ook terug te zien in de uitgaven die met € 671.161 toenamen. Het aantal unieke cliënten daalde echter van 640 cliënten in 2015 naar 510 cliënten in 2017. Meer aandacht voor de doelgroep met een licht verstandelijke beperking en afbouw van bedden van de GGZ verklaren mogelijk de toename van het aantal uren behandeling per unieke cliënt in 2017 ten opzichte van 2016.

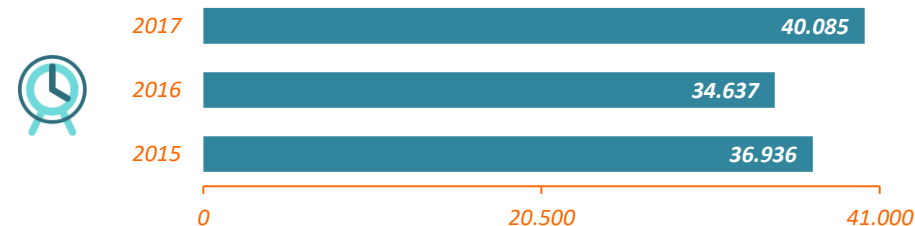
Cijfers in beeld



Aantal cliënten³



Uitgaven



Uren per prestatie

Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Dagprogramma bij een speciale zorgaanbieder (sglvg) in een therapeutisch milieu op basis van een integraal behandelplan (met gemengd aanbod van begeleiding en behandeling) ter beheersing van de gedragsproblematiek (herstel-doelen).

Grondslag: Verstandelijke handicap gepaardgaande met een psychische stoornis en ernstig probleemgedrag.

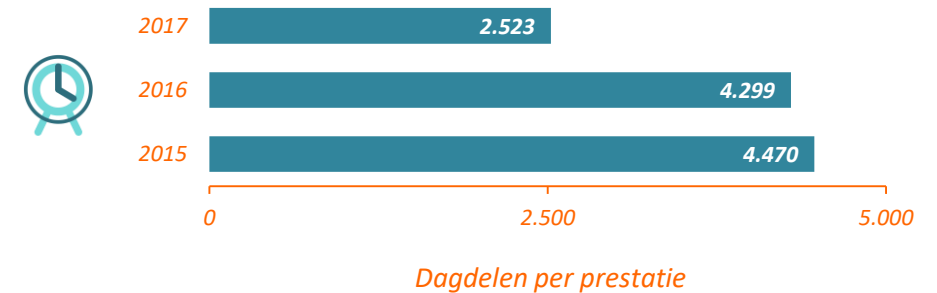
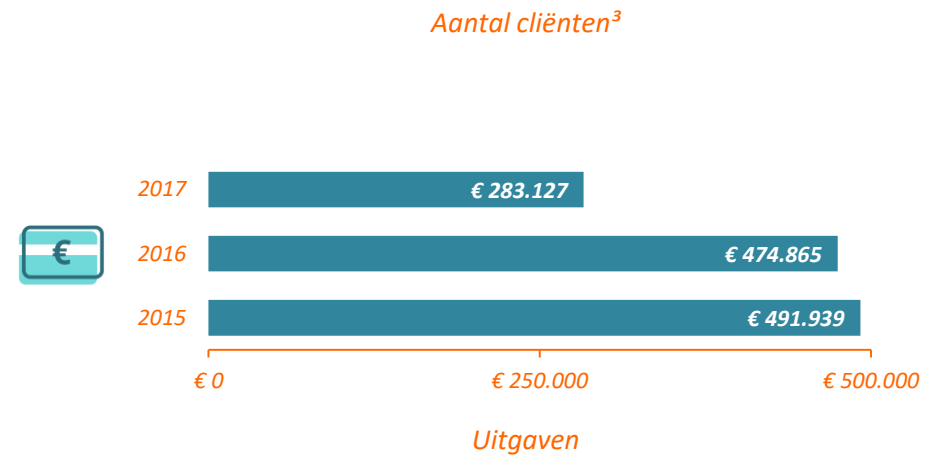
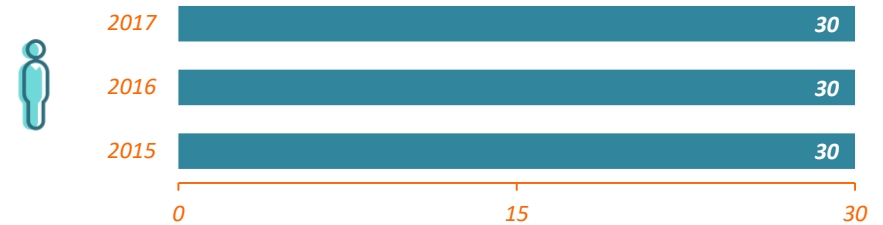
Een indicatie van het CIZ is nodig voor deze prestatie. De cliënt verblijft een aantal dagdelen per week in een sglvg-behandelcentrum (therapeutisch milieu), neemt deel aan een dagprogramma (begeleiding in relatie tot werk, scholing, sport) en krijgt tegelijk individuele en groepsgewijze behandeling in verschillende fasen:

- De intakefase bevat een screening van cliëntsysteem (multidisciplinaire probleemverkenning);
- De diagnosefase omvat basisdiagnostiek (anamnese, dossieranalyse, levensloopenalyse, milieuonderzoek), selectief aangevuld met specialistisch onderzoek;
- De activering en behandel fase bevat deelname aan dagprogramma, tezamen met training in vaardigheden (bijv. probleemhantering), en aanbod van therapieën op basis van een integraal behandelplan (psychotherapie, gedragstherapie, gesprekstherapie, non-verbale therapie, medicatie).

Analyse uitgaven en gebruik²

In de jaren 2015, 2016 en 2017 is het aantal unieke cliënten in deze prestatie stabiel gebleven op 30 cliënten. Het totaal aantal uren behandeling nam wel af van 4.470 uren in 2015 naar 2.523 uren in 2017. De uitgaven daalden, van € 491.939 in 2015 naar € 283.127 in 2017. De afname van de uitgaven in relatie tot het gelijkblijvende aantal unieke cliënten hebben wij in dit onderzoek niet nader onderzocht.

Cijfers in beeld



Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifieke gedragswetenschappelijke aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De behandeling is niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw) en omvat niet geneeskundige zorg van algemeen medische aard. De behandeling kan functionele diagnostiek, consulten, specifieke CSLM-zorg en/of kortdurende behandeling omvatten door of onder regie van een gedragswetenschapper.

Grondslag: Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Om behandeling uit de prestatie S329 Behandeling gedragswetenschapper te ontvangen, hebben cliënten een indicatie van het CIZ nodig. De toeleiding verloopt via wijkteams van gemeenten, casemanager, revalidatieartsen, specialistische ggz, vanuit de gehandicaptenzorg en cliënten melden zich zelf aan. Bij de behandeling is een multidisciplinair team betrokken. Andere behandelaars leveren zorg onder regie van de regiebehandelaar. Inzet van paramedische deskundigheid vindt plaats in het multidisciplinaire team en kan gedeclareerd worden onder prestatie s330 Behandeling paramedisch. Middels een concreet en haalbaar behandelplan wordt gestreefd naar blijvende verbeteringen in het functioneren en kwaliteit van leven.

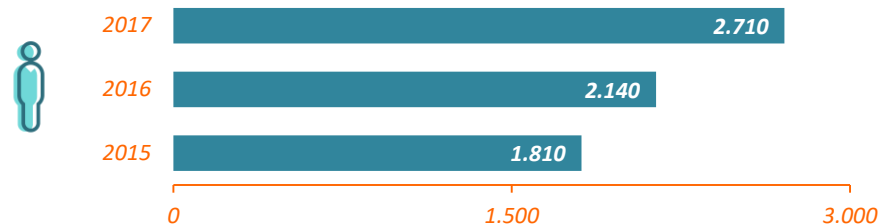
Analyse uitgaven en gebruik²

In 2015 maakten 1.810 unieke cliënten gebruik van de prestatie behandeling door de gedragswetenschapper. Dit aantal was in 2017 aanzienlijk gestegen naar 2.710 unieke cliënten. Deze stijging is eveneens zichtbaar in het aantal uren behandeling, dit nam in 2017 met bijna 60% toe ten opzichte van 2015. De uitgaven namen van 7.2 miljoen euro in 2015 toe naar 11.7 miljoen in 2017, een stijging van 63% in 2017 ten opzichte van 2015.

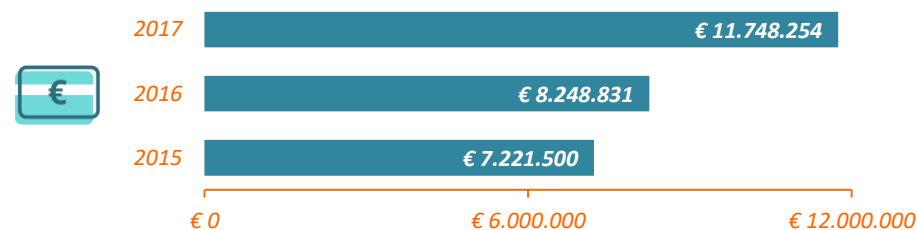
De uitgaven voor de prestatie behandeling door de gedragswetenschapper ten opzichte van de totale subsidieregeling extramurale behandeling betroffen ongeveer 20% in 2017. Hiermee beslaat deze prestatie een aanzienlijk deel van de totale subsidieregeling.

Voorbeelden van richtlijnen en/ of zorgprogramma's over de inhoud van deze prestatie:
 NIP: Nieuwe Richtlijn Probleemgedrag bij Dementie
 Het Trimbos-instituut: De interventie Samen verder na de diagnose dementie
 De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ): Kijken met andere ogen
 NIP: Handreiking Psychologische hulpverlening bij gedragsproblemen bij dementie
 Kopgroep: Trimbos-instituut Een behandeling voor mensen met dementie
 Het Trimbos-instituut: ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR ANGSTSTOORNISSEN, 12-08-2018
 Het Trimbos-instituut: ADDENDUM OUDEREN BIJ DE MDR DEPRESSIE, 16-9-2008
 Handboek Ouderenpsychologie
 Zorgprogramma LVB+/MVB+ Uitgevoerd door het therapeutisch centrum Juli 2017 – Concept

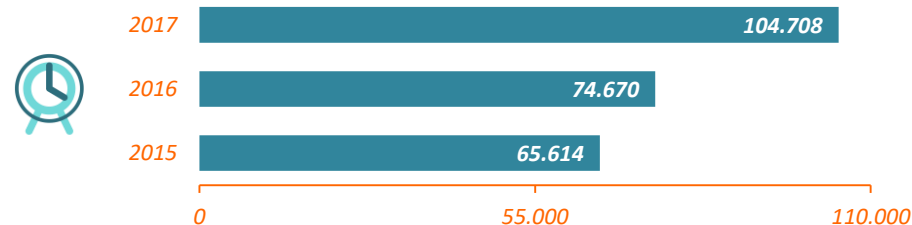
Cijfers in beeld



Aantal cliënten³



Uitgaven



Uren per prestatie

¹ op basis van beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019 NZa
² op basis van declaratiegegevens van ZN en een analyse door Vektis
³ Aantal cliënten afgerond op tientallen

Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Behandeling, niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw), gericht op personen met chronische gezondheidsbeperkingen en problemen. De behandeling bevat gerichte interventies als onderdeel van een zorgplan en vindt plaats onder regie van de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.

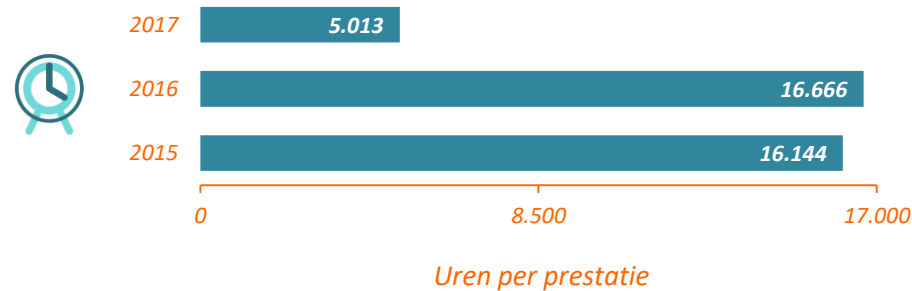
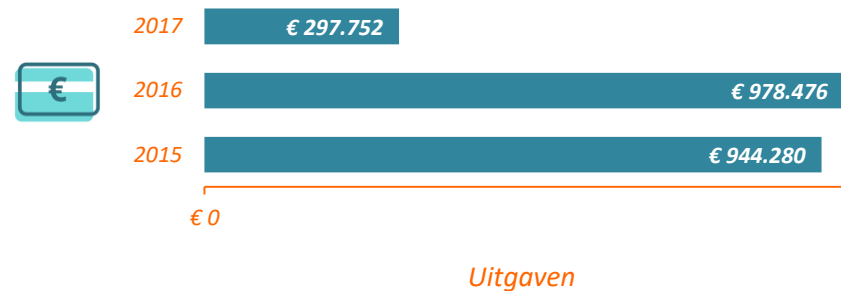
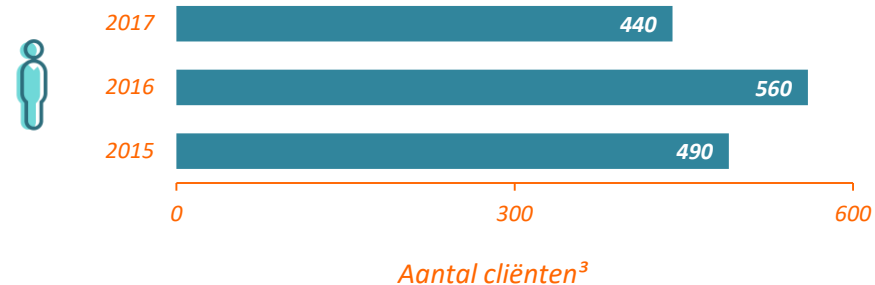
Grondslag: Somatische aandoening, psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke handicap.

Voor deze individuele prestatie is een indicatie van het CIZ vereist. De declarerende zorgaanbieder maakt, met de Wlz-uitvoerder, productieafspraken met een onderbouwde raming van de aard en omvang van paramedische zorgverleners met deskundigheid gericht op specifieke doelgroepen. De paramedici staan onder contract bij een zorgaanbieder.

Analyse uitgaven en gebruik²

Van 2016 naar 2017 is een forse afname in uitgaven te zien. De uitgaven in 2017 namen met 70% af ten opzichte van uitgaven in 2016. Deze prestatie bevat een relatief klein aantal uren (5013 in 2017), verspreid over relatief veel cliënten (440 in 2017). Per cliënt betekent dit een gemiddelde van circa 11 uren aan paramedische behandeling onder de subsidieregeling.

Cijfers in beeld



Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Behandeling gericht op het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag waardoor toekomstige verergering van de beperking kan worden voorkomen. Behandeling van de ouders en de jongvolwassene lopen parallel waardoor opvoedingstaken verbeterd worden.

Grondslag: Kinderen/jongeren met een licht verstandelijke handicap die gepaard gaat met ernstig probleemgedrag.

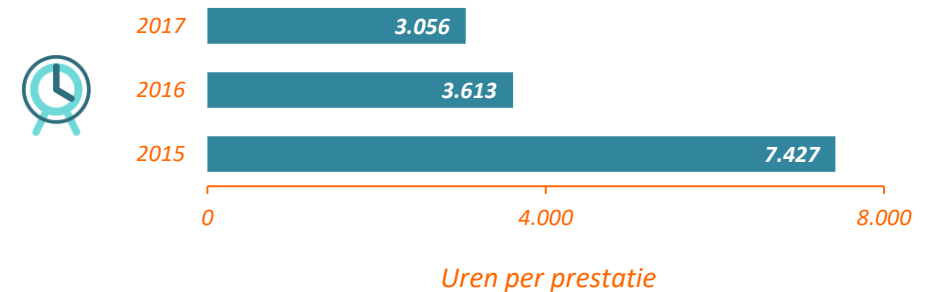
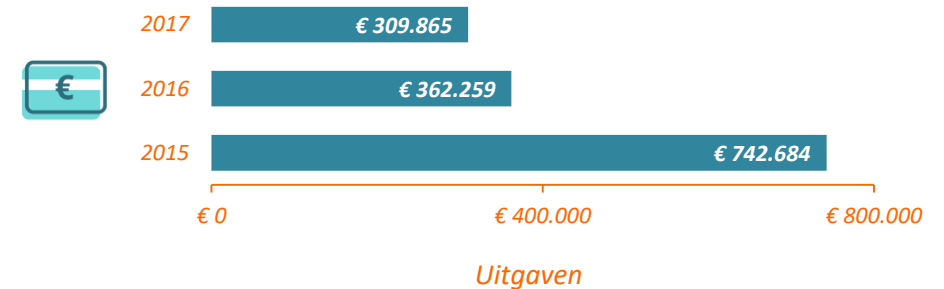
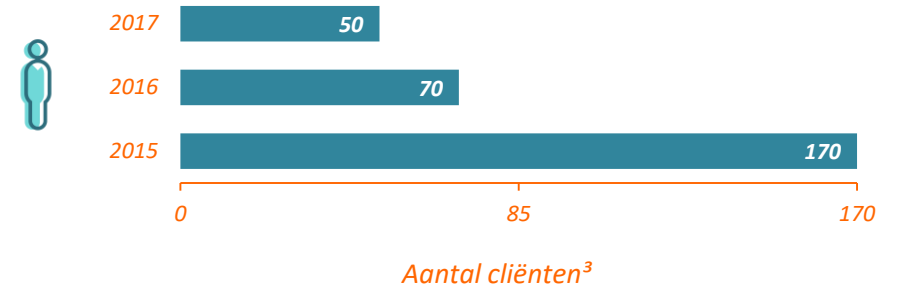
Om zorg uit deze prestatie te kunnen ontvangen, is een indicatie van het CIZ nodig. Zorgaanbieders met deskundigheid van orthopedagogische behandeling bieden interventies voor het hanteren van probleemgedrag. De behandeling is gericht op het versterken van de zelfredzaamheid van cliënten, het aanleren van nieuwe vaardigheden met een positieve benadering om de thuissituatie op structurele basis te verbeteren. De behandeling wordt gemiddeld 4 uur per week per gezin gegeven door een multidisciplinair team, voor een duur van minimaal 6 weken en maximaal 6 maanden.

Analyse uitgaven en gebruik²

In 2015 werd 742.684 euro uitgegeven aan deze prestatie, in 2017 daalde dit bedrag naar 309.865 euro (een afname van 58%). Ook het aantal uren daalde, een afname van 59% is zichtbaar in 2017 ten opzichte van 2015. Het aantal cliënten dat gebruik maakt van deze behandeling bedroeg in 2015 170 cliënten. In 2017 maakten nog 50 cliënten gebruik van deze prestatie. Het aantal cliënten nam van 2015 naar 2017 met 71% af.

Een verschuiving van deze zorg (vanuit de AWBZ) naar de Jeugdwet verklaart mogelijk de afname van deze prestatie. Verklaringen over de afname van de uitgaven, uren en het aantal cliënten dat een beroep doet op deze prestatie, hebben wij in dit onderzoek niet nader opgehaald.

Cijfers in beeld



Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De behandeling is niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw) en omvat niet geneeskundige zorg van algemeen medische aard.

Grondslag: Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Prestatie S335 wordt uitgevoerd door en/of vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. De behandeling kan uit de volgende onderdelen bestaan:

- Functionele diagnostiek door een specialist ouderengeneeskunde bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan iemand nodig heeft;
- Consulten door een specialist ouderengeneeskunde, gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg;
- Uitvoering en regie op het behandelplan, die bestaat uit specifieke zorg die verleend wordt vanwege de specialistische expertise van een specialist ouderengeneeskunde, die medisch noodzakelijk is ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg voor specifieke doelgroepen. Het kenmerk van deze doelgroep is, dat – over het algemeen - de behandeling het expertiseniveau van de huisarts overstijgt. De behandeling vindt plaats onder medische eindverantwoordelijkheid van en onder regie van een specialist ouderengeneeskunde met kennis van specifieke doelgroepen. Afspraken hierover moeten duidelijk zijn vastgelegd tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde: bij welke cliënt wordt welke zorg gedurende welke periode overgenomen.

Analyse uitgaven en gebruik²

In 2015 viel de behandeling door de specialist ouderengeneeskunde onder de prestatie 'S328, Behandeling som, pg, lg en vg 18+'. De prestatie bevatte in 2015 zowel behandeling door de specialist ouderengeneeskunde als de arts verstandelijk gehandicapten, een splitsing is op basis van de beschikbare informatie niet te maken. De toename van uitgaven en uren is in 2016 daarmee groter dan uit de figuren naar voren komt. In 2017 stegen de uitgaven met 29% ten opzichte van de uitgaven in 2016. Het aantal cliënten dat een beroep deed op deze prestatie, waar geen indicatie van het CIZ voor nodig is, steeg met 15% in 2017 ten opzichte van 2016.

De toename van de inzet van behandeling door de specialist ouderengeneeskunde is deels te verklaren door toenemende vraag van ouderen die langer thuis blijven wonen. Daarnaast komt in diverse regio's de laatste jaren de samenwerking met huisartsen op gang, waardoor de huisartsen specialisten ouderengeneeskunde beter weten te vinden voor deze vorm van extramurale behandeling.

Voorbeelden van richtlijnen en/ of zorgprogramma's over de inhoud van deze prestatie:
 Verenso & LHV –Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde
 Verenso- Probleemgedrag bij mensen met dementie - 2018
 Verenso & Significant - Rapportage productenboek handelingen specialist ouderengeneeskunde - 6 juli 2017
 Verenso - Handreiking Geriatrisch assessment, 2014
 Verenso - Advance care planning (ACP)
 Verenso - Ambulante geriatrische revalidatie
 Verenso - Handreiking multidisciplinair overleg (MDO), 2015
 Verenso - Subsidieregeling extramurale behandeling 2017, december 2016

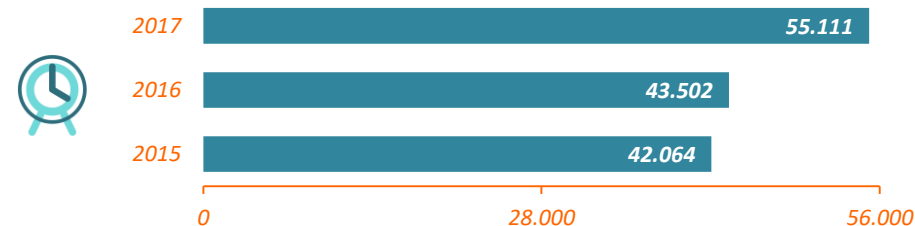
Cijfers in beeld



Aantal cliënten³



Uitgaven



Uren per prestatie

Prestatiebeschrijving¹

Aanbod: Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De behandeling is niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (Zvw) en omvat niet geneeskundige zorg van algemeen medische aard.

Grondslag: Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Prestatie S336 Behandeling arts verstandelijk gehandicapten (AVG) wordt uitgevoerd en/of vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van een AVG. De behandeling kan uit de volgende onderdelen bestaan:

- Functionele diagnostiek door een AVG bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft;
- Consulten door een AVG, gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg;
- Uitvoering en regie op het behandelplan, die bestaat uit specifieke zorg die verleend wordt vanwege de specialistische expertise van een AVG, die medisch noodzakelijk is ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg voor specifieke doelgroepen. Het kenmerk van deze doelgroep is, dat – over het algemeen – de behandeling het expertiseniveau van de huisarts overstijgt. De behandeling vindt plaats onder medische eindverantwoordelijkheid van en onder regie van een AVG met kennis van specifieke doelgroepen. Afspraken hierover moeten duidelijk zijn vastgelegd tussen huisarts en AVG: bij welke cliënt wordt welke zorg gedurende welke periode overgenomen.

Analyse uitgaven en gebruik²

In 2015 viel de behandeling door de arts voor verstandelijk gehandicapten onder de prestatie 'S328, Behandeling som, pg, lg en vg 18+', sinds 2016 is het gesplitst in specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. De uitgaven in 2015 zijn in de figuren voor S336 Behandeling arts verstandelijk gehandicapten niet meegenomen. Een forse toename van 2016 naar 2017 is duidelijk zichtbaar. De toename van het aantal uren behandeling door de AVG in 2017 betrof 100% ten opzichte van 2016. Het aantal uren behandeling door de AVG dat onder de subsidieregeling gedeclareerd is, is daarmee verdubbeld in 2017 ten opzichte van 2016.

Deze toename kent de volgende verklaringen:

- Huisartsen weten de AVG in toenemende mate te vinden;
- Cliënten wonen langer thuis waardoor vragen die eerder in een instelling werden gesteld nu op de polikliniek aan de orde komen;
- De transitiepoli van kinderartsen naar de AVG krijgen beter vorm. Jongeren met een chronische aandoening die onder behandeling zijn bij de kinderarts of een andere medisch specialist, maken in de regel tussen hun 16^e en 18^e levensjaar de overstap van kindzorg naar de volwassenenzorg. Dit proces van voorbereiding, overstap en nazorg wordt ook wel transitie in zorg genoemd.

Cijfers in beeld

