

Notulen intervisie GZSP

Datum en tijd: 5 maart 2024 16:00-17:00 (met uitloop tot 17:30)

Agenda:

1. Voorstelrondje
2. Hoe kun je het goed en rendabel opzetten?
 - a. Specifiek: groep
 - b. Specifiek: NPO
3. Wat kan en mag wel en niet?
4. Nieuwe datum bepalen

Notulen:

Voorstelrondje:

10 deelnemers, deels eerste keer bij deze intervisiegroep. Sommigen al actief bezig met GZSP, anderen nog in fase van opzetten.

Wat kan en mag wel en niet?

E. gaat dit nog navragen in haar vakgroep.

Vakgroep waar het goed loopt:

S.: loopt lekker, maar is onder aan de streep niet rendabel. Geldt ook voor H.

H.:

- We worden via de huisarts ingeschakeld.
- Elke dinsdagochtend worden alle verwijzingen besproken, en wordt verdeeld wie het oppakt: SOG, casemanager, psycholoog.
- Als het een behandelvraag is, mag je het individueel oppakken. Er zit geen limiet aan voor hoeveel sessies je hebt.
- Het fijnst is als mensen naar je toe kunnen komen. (Vaak kan dat niet, dat is ook een van de redenen waarom mensen niet naar de ggz gaan.)
- Hoofdmoot van vragen is cognitie, of verder gecompliceerde problematiek. Als het meer past bij de ggz, verwijzen we door.
- Soms wordt de vraag eerst opgepakt door SO, en wordt vanuit geriatrisch assessment de psycholoog ingeschakeld.
- In eerste instantie een x aantal gesprekken afspreken. Daarna kijken hoe het loopt.
- Is niet helemaal kostendekkend.
- Paramedici: ergotherapeut, palliatief verpleegkundige.
 - o Fysiotherapeut niet in eerste lijn, maar wel via huisarts.
 - o Palliatief verpleegkundige wordt via GZSP ingezet, maar niet helemaal zeker hoe zij uren schrijven.
- Multidisciplinair element:
 - o Soms pak je een vraag samen op, bijv. samen met de casemanager. Bijv. jonge vrouw met dementie: casemanager doet de praktische kant, psycholoog is betrokken vanwege stemmingsklachten. Je stemt dan samen af welke stap eerst moet plaatsvinden.

- Beleidsregels: GZSP moet multidisciplinair in tijd zijn. Ergens in het traject moet een tweede behandelaar betrokken zijn. Duo met casemanager is al genoeg, maar je bespreekt de verwijzing ook multidisciplinair. En heel vaak is wel een keer een arts of ergotherapeut betrokken.
- MDO-tijd wordt door één van de disciplines gedeclareerd, zodat er toch een stukje declaratie plaatsvindt.
- Terugkoppeling bij start en afsluiten gaat ook altijd naar de huisarts. Binnen de organisatie is de SOG regiebehandelaar.
- Bij mensen die al een WLZ-indicatie hebben, is de werkwijze hetzelfde. Declareren via H-code.

S.: werkwijze komt deels overeen, maar ook verschillen.

- Altijd verwijzing van huisarts via Zorgdomein.
- Na verwijzing onderling afstemmen waar de focus ligt.
- Gaan altijd in duo's voor eerste huisbezoek:
 - Psycholoog & SO of SO & maatschappelijk werk
 - Maatschappelijk werk kan eigenlijk niet i.v.m. financiering, maar maatschappelijk werk declareert onder naam van SO. Inzet maatschappelijk werk heeft te maken met geen casemanager in huis. Als er een casemanager extern betrokken is, gaat die weleens mee.
- In veel gevallen blijft het bij consultatie: uitgebreid gesprek, zo nodig wat diagnostiek, dan volgt er advies richting huisarts. Daarna afsluiten.
- In sommige gevallen volgt vanuit consultatie het advies voor dagbehandeling, wordt dan gefinancierd vanuit WLZ of GZSP-groep.
 - GZSP-groep heeft niet een heel speciale opzet.
- Paramedici zijn helemaal gestopt met eerste lijn, omdat het zeer onderrendabel was. Nu wordt samenwerking gezocht met 'reguliere' eerste lijn.
- Als behandeling nodig is en het past niet in gewone ggz, schrijven we een behandelplan. SO of GZ-psycholoog is regiebehandelaar. Als alleen psycholoog iets hoeft, is SO regiebehandelaar. Die is dan bij intake geweest, en dan heb je gelijk voldaan aan eis om multidisciplinair te zijn.
- Cliënten worden periodiek in MDO besproken. Heel lang die tijd geschreven, maar is nu gestopt (vanuit MT gezegd dat dat niet meer mocht).
- Als het lukt, laten we cliënten bij ons op locatie komen, maar in de praktijk lukt dat heel vaak niet. Onder aan de streep levert het verlies op. Komt steeds meer onder druk te staan. Wel gekeken dat je daaraan kan doen:
 - Rapporteren bij cliënt
 - Met cliënt afspreken dat je 3 kwartier spreekt, maar een uur schrijft, omdat je verslaglegging moet doen.
 - Er loopt een kostprijsonderzoek voor GZSP. Moet eind van het jaar meer duidelijkheid over komen.

E. geeft aan: alle parkinson- en CVA-patiënten komen naar mij toe. Dat maakt het al snel meer rendabel.

Veel mensen worden gebracht. Zie veel systemen (kinderen, partner), over omgaan met ziekte en alles wat erbij komt kijken.

F. heeft begrepen dat het tarief in zit tussen kosten voor masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Dus lager tarief dan je in bggz als GZ-psycholoog krijgt.

S.: onder de streep loont het niet doordat er bijv. kosten zijn voor salarisadministratie etc.

E.: ik heb weinig ondersteuning: krijg zelf verwijzing binnen, maak zelf afspraken, etc.

H.: dat maakt het snel onrendabel: je bent veel tijd kwijt met indirecte tijd. Brieven, contacten met familie, etc. Overigens afgesproken dat hetero-anamnese ook gedeclareerd wordt. Voor NPO wordt ook meer gedeclareerd dan de directe tijd. Onduidelijk wat er gebeurt als je controle krijgt.

M.: vanuit ZPM gaat het heel anders, zou fijn zijn als het in verpleeghuis ook zo gaat.

S.: in het verleden hebben we dit wel gedaan in de eerste lijn, maar contracten met zorgverzekeraars rond krijgen was veel gedoe. En facturering ook.

F.: in de ggz was ook wel altijd een probleem met declareren van alles wat we indirect deden. Bijv. MDO is niet declarabel als de cliënt er niet bij is. Schrijven van behandelplan of brief aan huisarts: met cliënt in de kamer.

Doe dat nu ook in de GZSP. Bijv. samen met de cliënt de brief aan de huisarts doornemen, of brief voor huisarts ook naar cliënt sturen met vraag of het zo goed is, en dan is het direct contact.

Zowel GZ-psycholoog als SO zijn regiebehandelaar in de GZSP.

Groepsbehandeling

O.: KOP-groep:

- Maatschappelijk werk en masterpsycholoog (dus relatief lage kosten voor organisatie)
- Regiebehandelaar is GZ-psycholoog (dus die kan tijd schrijven, die ondertekent de behandelplannen).

S.:

- Individuele behandeling moet gedaan worden door SO of GZ-psycholoog
- Groepsbehandeling wordt gedeclareerd per dagdeel, waarvan dan minstens 2 uur behandeling moet zijn. Maar hoeft niet op een specifieke behandelaar.

H.:

- Wij doen ook KOP-groep
- Combinatie met fysio, zodat het multidisciplinair is, anders mag het niet.
- Verder GZ-psycholoog en iemand van dagbehandeling. En misschien ook ergotherapie (?) maar niet zeker.
- Declaratie inderdaad per dagdeel.
- Niet elke zorgverzekeraar erkent de GZ-psycholoog als regiebehandelaar. Bijv. Menzis niet. Daarom SO op de achtergrond. Maar SO is inhoudelijk niet betrokken, dus discutabel of die wel of niet handtekening eronder wil zetten.
- KOP-groep is populair: veel deelnemers, veel aanmeldingen, enthousiasme.
- Iemand komt naar dagbehandeling (soms meerdere dagen) en doet daarnaast KOP-groep.

S.:

- Op dagbehandeling is er elke dag een groep.
 - o Psychologen: gespreksgroep
 - o Muziektherapie: muziekgroep
 - o Geestelijke verzorging
- Afhankelijk van de behoefte van de cliënt sluit die aan bij bepaalde groepen.

Financiering

- Bijeenkomst met Amy van Doormaal was heel nuttig, en was ook goed bezocht.
- Vraag bij PgD neerleggen;
 - o Is er iemand die hier actuele kennis over heeft?
 - o Kan er weer een keer een bijeenkomst over georganiseerd worden?
 - o Houdt het NIP (sectie ouderenpsychologie) zich hiermee bezig? (Nu wel handreiking voor extramuraal werken, maar dat gaat weinig over financiering.)

Mantelzorgers

J.: ik kom qua casuïstiek veel overbelaste mantelzorgers tegen. Je behandelt op naam van de cliënt. Mag je dan de partner behandelen?

E.: bij intake cliënt en partner samen zien, daarna wel partner behandelen. Dat doe ik zolang ik wel echt het idee heb dat de Parkinson invloed heeft op de belasting van de mantelzorger. Als het echt vooral iets anders is, bijv. autisme bij partner, dan doorverwijzen.

Mediatief behandelen in thuissituatie

Wat mag je wel en niet schrijven bij mediatieve behandeling?

Tijd dat je bezig bent met bijv. een thuiszorgteam: mag je dat schrijven? Hier wordt verschillend mee omgegaan. Sommige organisaties schrijven dit wel, andere organisaties niet.

Samenwerking met paramedici

Hoe pak je samenwerking met paramedici van de 'reguliere eerste lijn' aan? Heb je overleg?

S.:

- In behandelplan zetten dat fysiotherapiepraktijk X betrokken is.
- Zo nodig contact leggen.
- Wel een verlies dat je niet met je eigen paramedici samen kunt werken, zeker omdat die meer expertise hebben in de complexiteit van de doelgroep. Bijv. met Parkinson.
- Verwijzingen: vaak is fysio al betrokken; als er een nieuwe verwijzing moet komen, wordt dit met de huisarts overlegd.

Samenwerking met huisarts:

S.:

- Na consultatie altijd contact met huisarts; altijd schriftelijk, soms telefonisch, heel soms sluit huisarts aan bij MDO. Anders na MDO schriftelijke terugkoppeling.
- SO heeft veel contact met huisarts via Silo.
- Sommige SO's hebben maandelijkse afspraak bij huisartsenpraktijk waarin huisarts casuïstiek kan bespreken. Daar kunnen ze geen tijd voor schrijven, is in het kader van netwerken.



Nieuwe afspraak:

De PgD vragen voor 1 van de 3 opties:

- Nieuwe datum op dinsdagmiddag over 6-8 weken
- 2 data: bijv. dinsdagmiddag en ... (donderdagochtend?)
- Datumrikker via mail