



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

Handreiking

'Extramuraal werken door de GZ-Psycholoog'

Herziene versie, mei 2019



Inhoudsopgave

Inleiding.....	2
1 Indicatievrije inzet.....	5
2 Inzet mét indicatie extramurale behandeling.....	7
3 Inzet bij een geldige WLZ-indicatie.....	12
Bijlage: Voorbeeldteksten voor het aanvragen van indicaties bij het CIZ.....	14

Inleiding

Inzet van de gezondheidszorgpsycholoog¹ bij kwetsbare ouderen is ook bij thuiswonende mensen van toenemend belang, waardoor de vraag aan behandeling in de extramurale setting toeneemt. Het regeringsbeleid is erop gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen met een goede kwaliteit van leven. Het [Programma Langer Thuis](#) beschrijft dat integrale ondersteuning en zorg rond thuiswonende ouderen met een complexe zorgvraag nodig is, waarbij professionals als team samenwerken rond kwetsbare ouderen en geriatrische expertise op het juiste moment op de juiste plek beschikbaar is. De Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling WLZ biedt hiertoe mogelijkheden, maar daar wordt momenteel nog onvoldoende gebruik van gemaakt. Het doel van deze handreiking is dat thuiswonende mensen met psychogeriatrische en/of chronische somatische aandoeningen optimaal kunnen profiteren van de specifieke expertise van de GZ-psycholoog die werkzaam is in de ouderenzorg.

Doelgroep

Extramurale psychologische behandeling kan worden geboden aan cliënten die voldoen aan de criteria om toegang te krijgen tot de WLZ subsidieregeling Extramurale Behandeling volgens de [beleidsregels van het ClZ](#). Dat wil zeggen dat er sprake moet zijn van een chronische somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, of een lichamelijke beperking waaronder NAH, die behandelaars vereist met specifieke deskundigheid op het terrein van die aandoening.

Onderscheid met Basis GGZ en Specialistische GGZ

Een psychische stoornis alleen (bijvoorbeeld een depressie), zonder dat er een samenloop is met bovengenoemde stoornissen of aandoeningen die specifieke deskundigheid vereisen, geeft geen toegang tot de WLZ.

Voor cliënten die psychologische behandeling nodig hebben, niet aan een grondslag voor de WLZ voldoen, zelf gemotiveerd zijn voor deze hulp en in staat zijn om naar een psycholoog toe te gaan, kan verwezen worden naar de basis-ggz (voorheen: eerstelijns psychologische hulp).

Bij complexe of ernstige psychische stoornissen, waarvoor interprofessionele diagnostiek en behandeling nodig is kan verwijzing naar de specialistische GGZ zijn geïndiceerd. Zowel de GZ-psycholoog in de ouderenzorg als de GZ-psycholoog in de GGZ richt zich op het bereiken van behandeldoelen en stemt deze af op de mogelijkheden en wensen van de cliënt (behandeling op maat). De gerichtheid op al dan niet genezen van de hoofddiagnose maakt bij deze populatie niet het onderscheid. Voorbeeld: als we een echtpaar behandelen waarvan een van beide partners dementie heeft, kan het verminderen van spanning in de relatie een goed haalbaar doel zijn. Dat zou je 'genezing van de klacht' kunnen noemen, maar uiteraard niet van de dementie.

Als de psychische, somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen tezamen een zodanig complex geheel vormen dat op zorginhoudelijke gronden niet kan worden vastgesteld wat het aangrijpingspunt is voor de behandeling, is extramurale behandeling vanuit de subsidieregeling mogelijk. Het oordeel van de behandelaar speelt daarbij een belangrijke rol. In de praktijk wordt als regel voor het onderscheid vooral de regel van de grondslag gebruikt: dat is (het vermoeden van) een chronische somatische of psychogeriatrische aandoening met gevolgen voor het psychisch en cognitief functioneren (dementie, MS, Ziekte van

¹ Gezondheidszorgpsycholoog is volgens de wet BIG het basisberoep voor psychologen in de gezondheidszorg, en is het gewenste deskundigheidsniveau voor zelfstandige uitoefening van het beroep. Psychologen die nog niet beschikken over deze basisregistratie worden verondersteld te werken met supervisie van een BIG-geregistreerde psycholoog met deskundigheid op het gebied van ouderen.

Parkinson, enz.) of multipale problematiek (hoge ouderdom met stapeling somatische klachten en bijvoorbeeld zingevingproblematiek). Deze grondslag vraagt om het samenwerken van de GZ-psycholoog in multidisciplinair teamverband met meer somatisch en psychogeriatrisch gerichte disciplines zoals een specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut of ergotherapeut. Daarnaast is de inbedding in het circuit van langdurige zorg van belang: dagbesteding, thuiszorgteams, casemanagement en intramurale zorg. In feite geldt hier hetzelfde onderscheid als tussen patiënten die naar de SO worden doorverwezen en niet naar de ouderenpsychiater.

Ouder wordende mensen met al eerder vastgestelde GGZ-problematiek horen in principe bij de SGGZ thuis. Denk bijvoorbeeld aan zelfverwaarlozing bij ouder wordende cliënten met persoonlijkheids- of verslavingsproblematiek. Ook mensen met 'DSM'-diagnoses zonder bijkomende chronische somatische of psychogeriatrische aandoening behoren in de ggz. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om late onset schizofrenie, OCD, major depressie, enz.

Extramurale behandeling

Extramurale behandeling in de Tijdelijke subsidieregeling behandeling omvat `geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde`.

Behandeling kan zich richten op:

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

Doel van extramurale behandeling is de functionele autonomie te behouden en te bevorderen, achteruitgang en escalatie te voorkomen, gedrag hanteerbaar te maken en/of fysiek en psychisch functioneren te verbeteren.

Van behandeling is sprake als er behandeldoelen zijn geformuleerd die op een gestructureerde en programmatische manier worden nagestreefd, volgens een door de beroepsgroep geaccepteerde methode, gericht op een specifiek doel en waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. De behandeldoelen kunnen periodiek worden bijgesteld en zo nodig kan een nieuw behandeldoel volgen.

Multidisciplinair werken

Aangezien het om complexe problematiek gaat heeft het de voorkeur dat extramurale behandeling van de GZ-psycholoog is ingebed in een multidisciplinair behandelplan, en plaatsvindt vanuit een ambulante multidisciplinair (kern)team, bestaande uit tenminste een specialist ouderengeneeskunde, GZ-psycholoog en gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager.

Voorwaarden

Om extramuraal te kunnen werken is het vereist dat de organisatie een contract afsluit met het zorgkantoor. Hierin worden productieafspraken vastgelegd.

Veranderingen ten opzichte van 2018

In 2019 zijn een aantal veranderingen in de subsidieregeling. De belangrijkste staan hieronder op een rij:

- De indicatiestelling voor de verschillende behandelvormen is verduidelijkt. Er is beschreven voor welke vormen van behandeling wel en voor welke vormen geen indicatie noodzakelijk is.
- Er is geen indicatie nodig voor individuele behandeling door een specialist ouderengeneeskunde (SO) of arts verstandelijk gehandicapten (AVG) op verzoek en verwijzing van een huisarts. Dit geldt voor alle vormen van behandeling.
- Voor individuele behandeling waarbij geen SO of AVG betrokken is, blijft een indicatie van het CIZ noodzakelijk.
- Voor dagbehandeling is altijd een indicatie noodzakelijk.
- Er is verduidelijkt dat een aanvraag voor behandeling mogelijk is op verwijzing van een behandelaar die niet bij de aangevraagde behandeling betrokken hoeft te zijn.
- De behandelvorm 'CSLM-zorg' is vervangen door 'specifieke zorg'. Deze term sluit beter aan bij de in de Zvw gehanteerde terminologie.
- 'Medebehandeling' is een onderdeel van de behandelvorm 'specifieke zorg'.

Bron: <https://www.ciz.nl/nieuws/beleidsregels-subsidieregelingen-2019#>

Overheveling naar de zorgverzekeringswet

De extramurale behandeling was onderdeel van de AWBZ-aanspraken tot 1 januari 2015. Sinds die datum wordt deze zorg vergoed op basis van de Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling. Per 2020 zal de zorg geboden door de SO overgeheveld worden naar de Zorgverzekeringswet. De overige zorg die vanuit de subsidieregeling geboden wordt zal per 2021 overgeheveld gaan worden. De subsidieregeling zal dan ophouden te bestaan en de zorg wordt vanaf dan bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet. Dat de zorg overgeheveld gaat worden betekent dat er opnieuw kritisch naar de inhoud wordt gekeken door alle partijen. Het NIP zet zich in om tijdens dit proces de belangen van de psychologen zo goed mogelijk te behartigen, met als doel dat de specifieke behandeling die we vanuit onze expertise extramuraal kunnen bieden, ook na overheveling voor thuiswonende mensen beschikbaar en toegankelijk zal blijven. Deze richtlijn zal daarom in 2020 en 2021 opnieuw worden bijgesteld.

De handreiking

Er worden 3 vormen van inzet van de GZ-psycholoog voor extramurale behandeling onderscheiden:

1. Indicatievrije inzet
2. Inzet mét indicatie extramurale behandeling; waarbinnen 4 verschillende variaties vallen
3. Inzet bij een reeds geldige WLZ-indicatie

In deze handreiking worden bovenstaande vormen beschreven. In de bijlage zijn voorbeeldteksten te vinden die gebruikt kunnen worden bij het aanvragen van indicaties bij het CIZ.

1 Indicatievrije inzet

De specialist ouderengeneeskunde (SO) kan indicatievrij worden ingezet in de extramurale setting op verwijzing van de huisarts. Deze inzet van de SO voor ouderen die nog thuis wonen is geregeld via de [Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling](#) (prestatie S335). De afspraken hierover staan vastgelegd in de [Beleidsregel prestatie-beschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019](#) van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Onder verantwoordelijkheid van de SO is het mogelijk om ook andere disciplines, zoals de gedragswetenschapper², te consulteren door de huisarts voor ouderen die thuis wonen (zie [Actiz](#)). Dit maakt mogelijk dat de GZ-psycholoog vanuit de V&V indicatievrij extramuraal ingezet kan worden. Het gaat hierbij om kortdurende inzet. Aan deze inzet zijn de volgende voorwaarden verbonden:

3.8 Inzet Specialist Ouderengeneeskunde ter consultatie in de thuissituatie (V&V)

Dit thema is alleen van toepassing voor de V&V. Analoog aan de hieronder beschreven werkwijze kan de AVG-arts bij consultatie door de huisarts andere disciplines inzetten en onder de H336/S336 declareren. Dit kan alleen wanneer de inzet van andere disciplines nodig is om de huisarts van een passend antwoord te voorzien.

Kwetsbare ouderen langer thuis laten wonen vraagt om de inzet van een brede deskundigheid

Het beleid van de overheid en de zorgkantoren is erop gericht om ouderen zolang mogelijk thuis te laten wonen. Met het introduceren van het programmaplan langer thuis wordt dit beleid verder uitgewerkt. De inzet van de expertise van de Specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie kan bijdragen aan het voorkomen van opnames. De inzet van de SO voor ouderen die nog thuis wonen is geregeld via de volgende prestaties: H335 voor klanten met een Wlz indicatie en S335 voor klanten die geen Wlz indicatie hebben.

Huisartsen kunnen een SO bij de behandeling van een (kwetsbare) oudere betrekken. Door het beschikbaar stellen van deze ondersteuning aan huisartsen wordt bijgedragen aan het langer thuis wonen van klanten. De SO kan zo worden ingezet voor consultatie en medebehandeling. Deze contacten kunnen bestaan uit:

- diagnostisch specialistisch ouderengeneeskundig consult Wlz-klant;
- geriatrisch assessment Wlz klant;
- ondersteuning bij het vraagstuk polyfarmacie bij de Wlz-klant;
- (mede)behandeling specialist ouderengeneeskunde Wlz-klant

Onder verantwoordelijkheid van de SO is het mogelijk om andere disciplines te consulteren

Wanneer de huisarts een SO consulteert voor een vraagstuk rond een klant, kan de SO onder zijn/haar verantwoordelijkheid een andere discipline raadplegen. De SO blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline en draagt tevens verantwoordelijkheid voor een juiste declaratie en terugkoppeling naar de huisarts. De huisarts blijft hoofdbehandelaar. Dit geldt zowel voor klanten met als zonder een Wlz indicatie.

Deze verantwoordelijkheden tussen de huisarts en SO zijn vastgelegd in het convenant [LHV-VERENSO](#). Daarnaast kan een huisarts buiten een SO om een gedragswetenschapper consulteren/inschakelen. Hiervoor blijft echter wel een indicatie van het CIZ nodig.

Er gelden 3 voorwaarden voor declareren van consultatie van andere disciplines door de SO

Voorwaarden voor het declareren van de consultatie door de SO van een gedragswetenschapper, verpleegkundig specialist of andere behandelaren onder de prestatie S335/H335 zijn:

² In beleidsstukken wordt de (GZ-)psycholoog aangeduid met de overkoepelende term 'gedragswetenschapper' omdat deze stukken ook gelden voor de Verstandelijk Gehandicapten-sector, waar deze aanduiding gangbaar is en behalve psychologen ook orthopedagogen werkzaam zijn.

- Deze in te zetten professional levert zorg/behandeling onder verantwoordelijkheid van en onder de regie van de SO;
- Op de achtergrond is de SO voortdurend aanwezig. Het gaat om kortdurende inzet. We gaan ervan uit dat de inzet van andere deskundigen veelal gaat om de inzet van een gedragskundige bij het eenmalig geriatrisch assessment;
- De inzet van deze professional ten laste van de subsidieregeling Extramurale behandeling mag niet tegelijkertijd voor dezelfde zorg en persoon ten laste van de Zvw worden gedeclareerd.

Voor meer structurele inzet zijn er andere behandelprestaties en vormen

De behandelprestaties in de Wlz en van de subsidieregeling extramurale behandeling zijn inhoudelijk beschreven in de Beleidsregels (BR-REG 19141 Modulaire Pakket Thuis reguliere Wlz). Voor klanten thuis zonder Wlz-indicatie is de subsidieregeling Extramurale behandeling van toepassing. Voor behandeling aan klanten thuis met een Wlz-indicatie gelden de regels voor zorg thuis uit het Voorschrift Zorgtoewijzing.

Bron: [Beleidskader contractering Wlz](#) - versie oktober 2018 | Pagina 21 en 22

Bovenstaande nodigt uit expertiseteams te ontwikkelen waarvan ten minste een SO en een GZ-psycholoog deel uitmaken. Op deze manier kan er op de benodigde multidisciplinaire zorg worden aangeboden bij ouderen met complexe zorgvragen die thuis wonen.

2 Inzet mét indicatie extramurale behandeling

Wanneer de kortdurende inzet zoals hierboven beschreven niet toereikend is en langdurige behandeling (door de GZ-psycholoog) extramuraal gewenst is, is het mogelijk gebruik te maken van de [Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling](#) (prestatie S329). Het CIZ beoordeelt of een cliënt daarvoor in aanmerking komt.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen individuele behandeling (BH-IND) en groepsbehandeling (BH-GRP). Sinds kort is het mogelijk dat iemand tegelijkertijd zowel een indicatie voor individuele behandeling, als een indicatie voor groepsbehandeling heeft (zie artikel [Actiz](#)).

Relevante tekst uit 'Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling 2019' van het CIZ

Het CIZ stelt op basis van informatie van de behandelaar vast of er een aanspraak is op individuele behandeling of behandeling in groepsverband. Op basis van het behandeldoel kan een verzekerde zowel op individuele behandeling als op behandeling in groepsverband zijn aangewezen, waarbij deze vormen van zorg niet op hetzelfde moment van de dag plaats kunnen vinden c.q. gedeclareerd kunnen worden.

Als er zowel behandeling-individueel als behandeling-groep wordt geïndiceerd, kan er sprake zijn van hetzelfde behandeldoel. De behandeling individueel in de thuissituatie is geen onderdeel van de indicatie voor behandeling in groepsverband.

Indicatie Behandeling Individueel

Wanneer een thuiswonende cliënt in aanmerking komt voor de indicatie Behandeling Individueel (BH-IND), kan gecoördineerde multidisciplinaire behandeling of monodisciplinaire behandeling worden geboden aan de cliënt en zijn (zorg)systeem.

Er zijn 4 behandelvormen die vallen onder de subsidieregeling.

Hieronder wordt per behandelvorm beschreven wat de voorwaarden zijn om een aanvraag te doen en welke gegevens er aangeleverd moeten worden. Tevens worden voorbeelden van formuleringen gegeven die gebruikt kunnen worden bij een indicatie-aanvraag voor extramurale inzet van de psycholoog.

1. Specifieke zorg (voorheen 'CSLM')

Wanneer vraag je deze indicatie aan?

Als een patiënt wordt verwezen waarbij de situatie zo ernstig is dat deze in feite al in aanmerking zou kunnen komen voor verpleeghuiszorg, dan is het mogelijk om direct een indicatie aan te vragen voor specifieke zorg. Bijvoorbeeld als een thuiswonende patiënt pas wordt aangemeld als er al een gevorderde dementie/Parkinson/etc. is. Vooral voor cliënten thuis die reeds de nodige zorg krijgen kan deze indicatie passend zijn. Het kan ook een vervolgindeicatie zijn bij cliënten met een degeneratieve aandoening die al enige tijd multidisciplinair worden behandeld, bv. volgend op een indicatie 'behandeling gericht op herstel'.

'Behandeling individueel' is een verwarrende term. Het gaat hier om behandeling op individueel niveau (in vergelijking met behandeling in een groep; ook opgenomen in de subsidieregeling). Individuele behandeling wil niet zeggen dat de behandeling door slechts één individuele behandelaar wordt geboden. Behandelaren die extramurale behandeling bieden werken gezien de complexiteit van de problematiek doorgaans in multidisciplinair verband met meerdere behandelaren aan het hetzelfde doel, zowel bij de individuele als bij groepsgewijze behandeling.

Relevante tekst uit 'Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling 2019' van het CIZ:

Bij deze behandelvorm gaat het om behandeling onder regie en eindverantwoordelijkheid van een behandelaar met specifieke deskundigheid van de doelgroepen waarop de behandeling zich richt.
Specifieke zorg is meestal multidisciplinair. De regie en de eindverantwoordelijkheid op het behandelplan of –doel ligt bij een behandelaar met deskundigheid in de behandeling van de specifieke aandoeningen en/of beperkingen. Dit kan een GZ-psycholoog of orthopedagoog zijn als regiebehandelaar of een SO(...). Deze behandelaar kan naast de eigen inzet meerdere disciplines met kennis van specifieke doelgroepen aansturen om het behandeldoel te bereiken. Voor onderlinge afstemming is er periodiek multidisciplinair overleg.

Wat is van belang?

- een belangrijk verschil met de andere behandelvormen is de continuïteit van de behandeling. De geldigheidsduur van een indicatie voor specifieke zorg is maximaal 5 jaar.
- het gaat om behandeling in multidisciplinair verband waarbij sprake is van een regiebehandelaar die de coördinatie op zich neemt. Zowel de SO als de GZ-psycholoog kunnen als regiebehandelaar optreden.
- onder multidisciplinair overleg wordt niet verstaan het nu en dan bijeen komen van een aantal disciplines, maar het onder de coördinatie van een hoofdbehandelaar regelmatig overleggen over de behandeling van een cliënt.
- Een aanvraag voor de behandelvorm specifieke zorg bevat altijd (een) concreet en haalbaar behandeldoel(en). Er hoeft bij de start van de behandeling niet noodzakelijk al een behandelplan te zijn. Een verzekerde kan bijvoorbeeld vlak voor de aanvraag in een kliniek opgenomen zijn geweest. Vanuit de kliniek kan dan al een aanzet gegeven zijn voor een behandelplan. Het stellen van de indicatie kan ook bedoeld zijn om het behandelplan verder vorm te geven.

2. Behandeling gericht op verbetering van functionele vaardigheden ('herstel') en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag

Wanneer vraag je deze indicatie aan?

Deze behandelvorm is aan de orde als er medisch gezien geen herstel meer mogelijk is, maar wel blijvende verbeteringen in het functioneren kunnen worden bereikt of verwacht. De medisch specialist doet een uitspraak of er nog medisch herstel mogelijk of te verwachten is.

Aan deze behandeling hoeft niet noodzakelijkerwijs een revalidatietraject vooraf te zijn gegaan. Ook kan de behandeling worden ingezet na een afgerond revalidatietraject omdat er geen verder herstel of verbetering van de ziekte of aandoening meer mogelijk is. Het kan situaties betreffen waarin sprake is van een aandoening in de chronische fase en een toenemende zorgbehoefte door toenemende beperkingen.

Relevante tekst uit 'Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling 2019' van het CIZ:

Nieuwe vaardigheden of gedrag kunnen betrekking hebben op verschillende functioneringsgebieden bijvoorbeeld cognitie, emoties en gedrag, energie, motoriek en communicatie. Door het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag kan de verzekerde in staat zijn om (toekomstige) verergering van zijn beperkingen te voorkomen. De nieuw aan te leren vaardigheden richten zich op het terugdringen van stoornissen en beperkingen, of op het

voorkomen of beperken van de ernst van de gevolgen van de stoornissen en/of beperkingen, die op grond van de aandoening van de verzekerde met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid te verwachten zijn. De vaardigheden richten zich op het verbeteren van het dagelijks functioneren op een of meer gebieden, bijvoorbeeld cognitief functioneren, fysiek functioneren, sociaal-emotioneel functioneren, communicatief functioneren en psychisch functioneren zoals stemming en gedrag.

Onder deze behandelvorm valt ook het leren omgaan met veranderingen en beperkingen als gevolg van de aandoening of stoornissen en om het toepassen van de geleerde vaardigheden in de thuissituatie. Door het aanleren van compensatiestrategieën en toename van zelfinzicht verbetert het functioneren mét deze beperkingen. Daardoor verschilt het behandeldoel ook van de medisch-specialistische of geriatrische revalidatie, waar het vooral gaat om het verwachte herstel van functioneren van praktische vaardigheden zoals ADL en motoriek. In dergelijke situaties zal ondanks het chronische karakter van de aandoeningen en de beperkingen een kortdurende indicatie worden gesteld.

Wat is van belang?

- Het gaat hier om kortdurende inzet. De geldigheidsduur van een indicatie voor behandeling gericht op verbetering functionele vaardigheden en/of aanleren nieuwe vaardigheden/gedrag is maximaal 2 jaar.
- Deze behandelvorm is gericht op de chronische fase van een aandoening, bijvoorbeeld na afsluiting van een revalidatiefase, en kan niet worden ingezet voor mensen die in aanmerking komen voor geriatrische revalidatie zorg (GRZ) of andere multidisciplinaire behandeltrajecten vanuit de ZVW.
- Een voorwaarde voor deze behandelvorm is dat er binnen de mogelijkheden die verzekerde heeft, sprake is van leerbaarheid of trainbaarheid om het functioneren te verbeteren en vaardigheden uit te breiden. Als er twijfel is of de verzekerde leerbaar of trainbaar is of de aanvraag hierover onvoldoende informatie bevat om een oordeel te kunnen geven, wordt de behandelaar geconsulteerd.
- Wanneer de behandeling zich richt op de directe omgeving van de verzekerde (mantelzorg) en op het hen aanleren van vaardigheden hoe om te gaan met stoornissen/beperkingen/gedrag van de verzekerde, dan moet de mantelzorger op wie de behandeling zich richt leerbaar/trainbaar zijn.
- Een aanvraag voor de behandelvorm voor behandeling gericht op verbetering van functionele vaardigheden ('herstel') en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag bevat altijd (een) concreet en haalbaar behandeldoel(en). Er hoeft bij de start van de behandeling niet noodzakelijk al een behandelplan te zijn. Een verzekerde kan bijvoorbeeld vlak voor de aanvraag in een kliniek opgenomen zijn geweest. Vanuit de kliniek kan dan al een aanzet gegeven zijn voor een behandelplan. Het stellen van de indicatie kan ook bedoeld zijn om het behandelplan verder vorm te geven.

3. Aanvullende functionele diagnostiek

Wanneer vraag je deze indicatie aan?

Deze indicatie is bedoeld om aanvullende functionele diagnostiek te verrichten bij complexe problematiek. De praktijk leert echter dat de indicatievrije inzet meestal voldoende ruimte biedt om de situatie in kaart te brengen en ook bij complexe problematiek tot een heldere probleemanalyse en behandeldoelen te komen waarmee zo nodig een behandelindicatie gericht op specifieke zorg of op verbetering kan worden aangevraagd.

Relevante tekst uit 'Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling 2019' van het CIZ:

Behandeling kan aangewezen zijn om aanvullende functionele diagnostiek te verrichten. Aanvullende functionele diagnostiek onderscheidt zich van basisdiagnostiek, die is gericht op het stellen van de medische diagnose, inclusief het bepalen van het stadium van de ziekte, de stoornissen, een indruk van de beperkingen en sociale context. De uitkomst ervan is de diagnose en een (globale) indruk van het functioneren van de verzekerde. De regie over het primaire diagnostische proces ligt veelal bij de huisarts. Van de huisarts wordt verwacht dat hij laagdrempelige instrumenten (anamnese, gericht lichamelijk onderzoek) aangevuld met laboratoriumonderzoek inzet om te komen tot een diagnose of een werkhypothese. Na de basisdiagnostiek kan aanvullende functionele diagnostiek nodig zijn. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het preciezer in kaart brengen van de problematiek, het beperkingenniveau en de behandelmogelijkheden en – doelen. De functionele diagnostiek draagt bij aan het ondersteunen en uitvoeren van het behandelbeleid/de behandeling in de eigen omgeving van de patiënt. Het gaat om onderzoek en advies in verband met problemen met gedrag, stemming en cognitie als gevolg van of samenhangend met een diagnose die toegang kan geven tot Wlz-zorg. Het kan gaan om neuropsychologisch onderzoek, stemmingsonderzoek en instructie en ondersteuning van de mantelzorger. Het gaat om activiteiten die zijn gericht op het adviseren van de patiënt en mantelzorger, huisarts, wijkverpleegkundige en eventueel de apotheker met de bedoeling de behandeling zodanig in te zetten dat de patiënt en zijn systeem deze in de eigen omgeving kunnen blijven ontvangen. Op basis hiervan kan vervolgens een behandelplan worden op- of bijgesteld.

Wat is van belang?

- Dit is een kortdurende indicatie. De geldigheidsduur van een indicatie voor aanvullende functionele diagnostiek is maximaal 3 maanden
- Er moet al een basisdiagnose of werkhypothese zijn, gesteld door de huisarts.

4. Consultatie

Wanneer vraag je deze indicatie aan?

Deze indicatie is bedoeld voor cliënten met een chronische somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, of een lichamelijke beperking waaronder NAH, die monodisciplinaire behandeling nodig hebben door een behandelaar met specifieke deskundigheid op het terrein van die aandoening.

In de praktijk zal deze indicatie mogelijk minder vaak worden aangevraagd omdat er vaak toch behoefte is aan multidisciplinaire behandeling, maar het biedt wel de mogelijkheid om de specifieke expertise van behandelaren vanuit de VVT in te roepen voor huisartsen als het gaat om bovengenoemde problematiek.

Relevante tekst uit 'Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling 2019' van het CIZ:

Een huisarts of een medisch specialist kan een specifieke behandelaar raadplegen voor bijvoorbeeld advies over zijn behandeling of om een zorgplan op te stellen. Deze consultatie kan bestaan uit de beoordeling van de medische voorgeschiedenis, anamnese en onderzoek en probleeminventarisatie en analyse. Het consult kan bestaan uit een face-to-face of een telefonisch behandelingscontact met de verzekerde of een gericht overleg met de behandelend arts van de verzekerde. Het betreft een beperkt aantal contacten per jaar.

Indicatie Behandeling Groep

Wanneer cliënten in aanmerking komen voor een indicatie Behandeling Groep (BH-GRP; gecoördineerde multidisciplinaire behandeling in groepsverband), is psychologische behandeling via dagbehandeling of een therapeutische groep zoals een Kopgroep mogelijk.

Relevante tekst uit 'Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling 2019' van het CIZ:

Behandeling kan geboden worden als individuele behandeling en als behandeling in groepsverband. Deelname aan een dagprogramma kan zijn aangewezen als het groepsproces onderdeel is van de behandeling.

Behandeling onderscheidt zich van begeleiding door de specifieke deskundigheid van een behandelaar. Een behandelaar met kennis van specifieke doelgroepen voert de regie over de behandeling en is verantwoordelijk voor evaluatie en bijstelling van behandelplan en doelen. Bij behandeling in groepsverband (dagbehandeling) hebben de activiteiten een directe relatie met de behandeling van de (complexe) problematiek. Het betreft een structurele tijdsbesteding met een behandeldoel.

Afbakening met indicatie Begeleiding Groep

Mensen met psychogeriatrische problemen waarbij Begeleiding Groep volstaat hebben geen specifieke behandeldoelen; de situatie is voldoende in kaart gebracht en is in balans. De structuur, hulp bij de daginvulling en contacten die worden geboden volstaat voor de cliënt zelf om in evenwicht te blijven en ter ontlasting van de mantelzorg.

Relevante tekst uit 'Voorschrift Zorgtoewijzing 2019' van Zorgverzekeraars Nederland:

Wanneer is er sprake van behandeling?

Behandeling wordt ingezet als er sprake is van diagnostiek, verbetering of tegengaan van behandelbare verslechtering van de aandoening, beperking, stoornis of handicap. In de Wlz is behandeling vaak niet gericht op herstel maar op het voorkomen van gevolgen en complicaties (nieuwe problemen) of het ontstaan van een gerelateerde stoornis. Behandeling kan ook gaan om het aanleren van nieuw (sociaal) gedrag of een nieuwe vaardigheid (bijvoorbeeld op gebied van communicatie). Van behandeling is sprake als er concrete behandeldoelen zijn opgesteld, die op gestructureerde en programmatische manier worden opgepakt. En waarvoor specifieke deskundigheid is vereist. Behandeling is per definitie begrensd in de tijd.

Wanneer is er sprake van begeleiding?

Begeleiding wordt ingezet als er is sprake van het (herhaald) oefenen en inslijpen van aangeleerde vaardigheden en gedrag, het onderhouden van vaardigheden, kennis of gedrag. Met begeleiding wordt verergering voorkomen en/of zelfredzaamheid bevorderd, onderhouden of gecompenseerd. Begeleiding kan bestaan uit het ondersteunen van de cliënt, het overnemen van activiteiten van de cliënt of het geven van structuur aan de cliënt.

Wat is het verschil tussen behandeling en begeleiding?

Behandeling bevat zorg die gericht is op het tegengaan van verslechtering. Heeft de cliënt via behandeling een bepaald niveau bereikt, dan wordt dat onderhouden door begeleiding (voorkomen van verergering). 'Stabiele achteruitgang' is bijvoorbeeld acceptabel en niet te voorkomen bij ouder wordende Wlz-cliënten. Plotselinge verslechtering kan echter worden tegengegaan met behandeling. De grens tussen deze twee termen zit ook in de snelheid van de achteruitgang: geleidelijk is begeleiding, plotseling is behandeling.

Voorschrift Zorgtoewijzing 2019 | 41-42

3 Inzet bij een geldige WLZ-indicatie

Er zijn steeds meer mensen die thuis verblijven met een geldige WLZ-indicatie. Het kan hierbij gaan om overbrugging tot verpleeghuisopname of mensen die er voor kiezen thuis te blijven met intensieve zorg. Dit is ook vaak van toepassing bij cliënten met relatief lage zorgprofielen waarbij wonen en zorg gescheiden zijn (de voormalige ‘verzorgingshuisbewoners’) en zorg ontvangen vanuit een Modulair Pakket Thuis (MPT) of Volledig Pakket Thuis (VPT). Bij een VPT is de inhoud van de zorg vergelijkbaar met de zorg die een cliënt in een instelling krijgt. Een MPT is de meest passende leveringsvorm als een cliënt verantwoord thuis kan blijven wonen en/of niet het volledige zorgaanbod nodig heeft dat hoort bij opname in een instelling of bij een VPT.

In de WLZ heeft een cliënt recht op behandeling. Daarom is het ook bij deze groep mogelijk diagnostiek en tijdelijke behandeling door de GZ-psycholoog in te zetten. Er wordt onderscheid gemaakt tussen consultatie en kortdurende behandeling. Meestal is bij deze groep cliënten de huisarts regiebehandelaar en wordt er op consultbasis gewerkt door behandelaren uit de VVT.

Consultatie

Relevante tekst uit Voorschrift Zorgtoewijzing 2019

Consultatie door een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG):

1. Bij een vraagstuk rondom een patiënt kan de huisarts een SO of AVG om advies vragen. Dit kan voor iemand met óf zonder Wlz-indicatie, daarom is voor consultatie geen zorgtoewijzing nodig (bovendien gaat het vaak om een beperkt aantal contacten op jaarbasis). De huisarts kan de aanvraag rechtstreeks bij de SO of AVG doen of vanuit het multidisciplinair overleg (MDO) rond de cliënt. Belangrijk is dat de reden, de inhoud en de aanvrager van de consultatie goed worden vastgelegd in het (digitale) zorgplan van de cliënt;

2. Onder verantwoordelijkheid van de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is het vanaf 2017 mogelijk om voor ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die thuis wonen ook andere disciplines kortdurend te consulteren, bijvoorbeeld een gedragswetenschapper. Dit kan alleen wanneer inzet van andere disciplines nodig is om de huisarts een passend antwoord te geven. De SO of AVG heeft in deze situaties de regie (de aanvraag moet via een SO of AVG lopen) en blijft eindverantwoordelijk voor deze discipline. De SO of AVG is op de achtergrond voortdurend aanwezig en draagt zorg voor terugkoppeling aan de huisarts en juiste declaratie. De huisarts blijft hoofdbehandelaar.

Voorschrift Zorgtoewijzing 2019 | 43-44

Kortdurende behandeling

Behalve consultatie kan bij een VPT of MPT zonder behandeling toch tijdelijk behandeling worden ingezet. Hier zijn twee verschillende uitgangssituaties:

1. *Thuiswonende mensen met een lage WLZ-indicatie VPT of MPT (VV1, VV2, VV3)*

Voor deze groep kan een aanvullende indicatie vanuit de subsidieregeling worden aangevraagd zoals hierboven beschreven.

Relevante tekst uit ‘Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling Extramurale Behandeling 2018’ van het CIZ

(...) Verzekerden met een geldige Wlz-indicatie voor een 'laag' zorgprofiel die thuis wonen en hebben gekozen voor zorg thuis vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Zvw hebben toegang tot een prestatie onder de subsidieregeling extramurale behandeling. Deze verzekerden worden beschouwd als cliënten zonder Wlz-indicatie.

2. *Thuiswonende mensen met een hoge WLZ-indicatie VPT of MPT (VV4, VV5, VV6, VV7 of VV8)*

Hiervoor hoeft geen indicatie te worden aangevraagd bij het CIZ. Bij cliënten met een VV 5 of VV 6 kan voor een periode van maximaal een half jaar *een totaal* van 1,5 uur behandeling door SO, GZ-psycholoog en paramedici per week worden ingezet (dit kan in principe ook geleverd worden door verschillende organisaties). Bij mensen met een VV 7 of VV 8 is dat 2 uur.

Voorwaarden

Criteria voor tijdelijke inzet van overige behandelvormen SO of AVG of behandelprestaties:

- de inzet is tijdelijk van aard (gemiddeld 3 tot 6 maanden).
- de inzet gaat uitdrukkelijk over Wlz-behandeling en niet over 'behandeling op de achtergrond';
- in het (digitale) zorgplan wordt de onderbouwing voor inzet van behandeling (groep of individueel) vastgelegd door de huisarts of behandelaar uit het MDO.

De motivatie in het (digitale) zorgplan bevat daarbij een toelichting op de volgende punten:

- welke diagnose maakt inzet van behandeling noodzakelijk;
- welke zorgprofessional is eindverantwoordelijkheid voor de behandeling (welke arts/behandelaar);
- welke (aantoonbaar effectieve) methodiek wordt toegepast voor de behandeling;
- wat is de inhoud van de behandeling;
- wat is het te behalen resultaat van de behandeling;
- wat is het aantal benodigde uren behandeling (individueel) of dagdelen (groep) per week;
- wat is de duur van de behandeling;
- dat de aangevraagde behandeling geen onderdeel is van de Zorgverzekeringswet.

Relevante tekst uit 'Voorschrift zorgtoewijzing 2019' van Zorgverzekeraars Nederland

Behalve voor consultatie kan Wlz-behandeling ook tijdelijk worden ingezet bij een VPT of MPT zonder behandeling. De extra financiële ruimte voor behandeling is afhankelijk van het geïndiceerde zorgprofiel: het verschil (financiële waarde) tussen een VPT met behandeling en een VPT zonder behandeling voor een bepaald zorgprofiel geldt dan als financieel kader voor de inzet van behandeling. De aanbieder kan de rekenmodule gebruiken om dit door te rekenen. (...)

Voorschrift Zorgtoewijzing 2019 | 43-44

Belangrijk is dat genoemd wordt dat de huisarts ook de mogelijkheid heeft om de GZ-psycholoog direct te benaderen wanneer de cliënt over een WLZ-indicatie beschikt. Dit maakt samenwerken met de huisarts in de voormalige verzorgingshuis-setting een stuk gemakkelijker.

Bijlage: Voorbeeldteksten voor het aanvragen van indicaties bij het CIZ

Specifieke zorg

Voorbeeldtekst

Patiënt is bekend met ernstige/ gevorderde (opsomming diagnoses en problemen). Deze complexe (multi-)problematiek vraagt om samenwerking van behandelaars met specifieke kennis over deze problematiek onder coördinatie van een regiebehandelaar. Het doel is ... [... bv. Voorkomen of uitstel van opname in een verpleeghuis/ voorkomen van verdere complicaties/ ...] Door middel van [bv. gezamenlijke inzet van fysiotherapeut, psycholoog, ergotherapeut en specialist ouderengeneeskunde] waarbij [bv. de specialist ouderengeneeskunde...] als regiebehandelaar de coördinatie op zich neemt.

Behandeling gericht op verbetering van functionele vaardigheden ('herstel') en/of het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag

Voorbeeldtekst

Client is bekend met (opsomming diagnoses en problemen). Deze complexe (multi-)problematiek vraagt om specifieke deskundigheid van behandelaars met kennis over deze problematiek. Het doel is ... [... bv. afname van gedragsproblemen/ afname van depressieve klachten /afname angstproblematiek en vermijdingsgedrag /herstel dag-nachtritme/ afname suïcidale uitingen /afname zorgwerend gedrag en interactieproblemen met mantelzorgers...] door middel van [bv. cognitieve gedragstherapeutische behandeling zo nodig in combinatie met medicamenteuze interventies... /... (of als behandeling zich richt op verzorgers) mediatieve cognitieve gedragstherapie, video interactie ouderen, ...]

Aanvullende functionele diagnostiek

Voorbeeldtekst

Patiënt is bekend met [opsomming wat bekend is aan (waarschijnlijkheids-)diagnoses, ziektes en problemen, bv. dementie /restverschijnselen CVA/ Parkinson etc., somatische problemen, zintuigelijke, gedragsproblemen leidend tot uitputting zorgsysteem, zeer beperkt zorgsysteem, zelfverwaarlozing, psychiatrische voorgeschiedenis, of wat dan ook, (als de multiproblematiek maar duidelijk is en te lezen is dat basisdiagnostiek is verricht)...]

Of, als patiënt in ziekenhuis, door ggz of huisarts is onderzocht: De basisdiagnostiek is verricht in [...maand, jaar] door [...naam arts, afdeling, ziekenhuis..., bv. dr., klinisch geriater, Polikliniek Geriatrie van het MC...]. Conclusie: ... [...relevante elementen uit de conclusie overnemen..., bv. Cognitieve stoornissen op meerdere domeinen, passend bij een dementie CDR1. Profiel passend bij meerdere typen dementie. Alzheimer meest waarschijnlijk].

De vraagstelling aan het extramurale behandelteam is [wat kan mw. helpen om zich zo lang mogelijk thuis te handhaven ondanks deze problematiek/ uitputting naasten te voorkomen/ interactieproblemen te verhelpen/ hoe kan toch de benodigde zorg worden geboden terwijl mw. die afweert, etc.] ...

Inzet van het multidisciplinaire geriatrische team heeft ten doel om inzicht te krijgen in factoren die een rol spelen bij de huidige problematiek en aanknopingspunten te vinden voor begeleiding en behandeling. Deze analyse wordt besproken met alle betrokkenen en benut

bij het opstellen van een behandelplan.

Als er het risico is dat het CIZ de aanvraag zal afwijzen omdat er nog geen duidelijke diagnose is, vermelden welke werkhypothese/waarschijnlijkheidsdiagnose is gesteld door (huis)arts en wat de reden is dat er geen (verdere) basisdiagnostiek mogelijk of wenselijk is: *'Werkhypothese/waarschijnlijkheidsdiagnose huisarts: dementie. Uitgebreidere ziektegerichte diagnostiek via geheugenpoli of anderszins is vooralsnog niet mogelijk omdat mw. zelf geen problemen ervaart/ weigert mee te werken aan ziektegerichte diagnostiek /elke vorm van zorg mijdt/ fysiek en mentaal niet in staat is een ziekenhuis te bezoeken/ etc.'*

Consultatie

Voorbeeldtekst

Client is bekend met (opsomming diagnoses en problemen). Deze complexe (multi-) problematiek vraagt om specifieke deskundigheid van behandelaars met kennis over deze problematiek. Het doel is ... [... bv. afname van depressieve klachten /afname angstproblematiek en vermijdingsgedrag/ afname suïcidale uitingen...] door middel van [bv. cognitieve gedragstherapeutische behandeling/ oplossingsgerichte therapie/ ACT ...]

Sectie Ouderenpsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Amy van Doormaal, gezondheidszorgpsycholoog

Marja Vink, klinisch psycholoog

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Postbus 2085

3500 GB Utrecht

Telefoon (030) 820 15 00

info@psynip.nl

www.psynip.nl