

RAPPORTAGE

Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling

Een onderzoek naar de praktijkvariatie en de uitvoeringsconsequenties van het pakketadvies

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 - directie Langdurige Zorg

Barneveld, 13 april 2018

Referentie: RR/tg/000475

Auteurs: Rosa Remmerswaal, Lieke van de Camp, Irene Mulder, Eveline Schavemaker

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Achtergrond en aanleiding	4
1.1 Behandeling in de Wlz	4
1.2 Aanpak van het onderzoek	7
1.3 Leeswijzer	8
2. Huidige uitvoeringspraktijk	9
2.1 Generieke geneeskundige zorg	9
2.2 Farmaceutische zorg	13
2.3 Paramedische zorg	16
2.4 Hulpmiddelen	19
2.5 Tandheelkundige zorg	22
3. Resultaten uitvoeringsconsequenties	25
3.1 Constatering vooraf	25
3.2 Van algemene aard	28
3.3 Specifiek: generieke geneeskundige zorg	31
3.4 Specifiek: farmaceutische zorg	33
3.5 Specifiek: paramedische zorg	34
3.6 Specifiek: hulpmiddelen	35
3.7 Specifiek: tandheelkundige zorg	37
3.8 Aandachtspunten	38
4. Reflectie	42

Voorwoord

01 Voor u ligt de rapportage van het onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van de Wlz-behandeling en uitvoeringsconsequenties van het pakketadvies van het Zorginstituut. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben wij in de periode september 2017 tot en met maart 2018 een onderzoek uitgevoerd met als doel inzicht te krijgen in de diversiteit van de huidige uitvoeringspraktijk en de uitvoeringsconsequenties van het pakketadvies.

02 Het betrekken van de verschillende invalshoeken zou niet gelukt zijn zonder de grote betrokkenheid van de stakeholders met daarin vertegenwoordigers van verschillende betrokken partijen. Wij willen de stakeholders 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. Tot slot bedanken wij de respondenten van dit onderzoek. Zonder de zorgaanbieders die bereid waren ons te woord te staan en te ontvangen en de grote betrokkenheid van professionals was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

03 Met dit onderzoek hebben wij aandachtspunten opgehaald waar zorginstellingen, bij implementatie van het advies 'Goede zorg voor

de meest kwetsbare cliënten', rekening mee kunnen houden bij het inrichten van de behandelfunctie. De keuzehulp in de bijlage van deze rapportage kan zorginstellingen, zorgkantoren en behandelaars helpen de dialoog aan te gaan over de inrichting van de behandelfunctie. Bij deze dialoog blijft het van belang te realiseren hoe zorginstellingen de behandelfunctie nu hebben ingericht. Wij hopen dat deze rapportage, de aanbevelingen en de keuzehulp inspireren de behandelfunctie op een weloverwogen manier in te richten, zodat zorginstellingen nu en in de toekomst kwalitatief goede en interdisciplinaire zorg en behandeling leveren aan Wlz-cliënten.

1. Achtergrond en aanleiding

04 De manier waarop behandeling en geneeskundige zorg in de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) op dit moment zijn geregeld is het resultaat van een lange geschiedenis. Vanuit de historie bestaat een verschil tussen: cliënten met een indicatie voor verblijf waarbij de behandeling niet binnen de Wlz wordt verzilverd (zonder behandeling) en cliënten waarbij de behandeling wel binnen de Wlz wordt verzilverd (met behandeling). Vanwege de zwaarte en complexiteit van de doelgroep is bij cliënten met verzilvering van behandeling sterke verwevenheid van zorg en wonen (integrale zorg).

05 Van de cliënten die verblijven in een Wlz-instelling ontvangt circa 70% alle behandeling (dus de Wlz-specifieke en de aanvullende behandelvormen) van de instelling. De overige circa 30% van de cliënten in Wlz-instellingen is voor generieke geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg en tandheelkundige zorg, aangewezen op de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Deze cliënten ontvangen persoonsgebonden hulpmiddelen via de Zvw en mobiliteitshulpmiddelen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo). Beide cliëntgroepen hebben hetzelfde indicatiebesluit van het CIZ en dezelfde eigen bijdrage systematiek Wlz. Voor de cliëntgroepen die aangewezen zijn op de Zvw geldt dat deze zorg ten laste van het eigen risico komt en dat er bijbetalingen aan de orde zijn bij bijvoorbeeld paramedische en tandheelkundige zorg.

1.1 Behandeling in de Wlz

06 In artikel 3.1.1. lid 1 van de Wlz is opgenomen welke vormen van behandeling onder verzekerde zorg vallen. Onder behandeling wordt verstaan: omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard, die noodzakelijk is in verband met de aandoening, stoornis of handicap van de verzekerde. Onderscheid bestaat tussen de Wlz-specifieke behandeling, die specifiek is gericht op de Wlz-problematiek en/of specifieke vaardigheden van de behandelaar vereist, en de behandelvormen die op basis van de Zvw zijn verzekerd. Echter dit onderscheid is vaak niet duidelijk, waardoor in de praktijk afbakeningsproblemen ontstaan. Deze onduidelijkheid kan ertoe leiden dat cliënten niet altijd de zorg krijgen waarop zij aanspraak hebben binnen de Wlz, of dat een behandeling onterecht als Zvw-zorg wordt gedeclareerd.

07 In artikel 3.1.1. lid 1d van de Wlz is opgenomen op welke aanvullende zorgvormen verzekerden aanspraak maken. Of verblijf en behandeling door, of namens, dezelfde instelling wordt geboden, is afhankelijk van de overeenkomst die het zorgkantoor met de zorginstelling heeft gesloten. Bij verblijf en behandeling door, of

namens, dezelfde instelling, heeft de cliënt in de huidige situatie binnen de Wlz aanspraak op de volgende zorg:¹

- a. Geneeskundige zorg van algemeen medische aard;
- b. Behandeling van een psychische stoornis;
- c. Medicijnen en andere farmaceutische zorg;
- d. Hulpmiddelen;
- e. Tandheelkundige zorg;
- f. Speciale kleding.

⁰⁸ Bij verblijf zonder behandeling en Volledig Pakket Thuis (hierna: VPT) komen de aanvullende zorgvormen ten laste van de Zvw en deels voor eigen rekening. Bij de indicatiestelling vindt geen inhoudelijke beoordeling plaats of de verzekerde Wlz-specifieke behandeling nodig heeft. De overeenkomst die het zorgkantoor met de zorginstelling heeft gesloten, bepaald of een cliënt aanspraak heeft op een breed integraal Wlz-pakket (verblijf met verzilvering van behandeling) of op een smaller pakket (verblijf zonder verzilvering van behandeling). De zorg die een cliënt daadwerkelijk krijgt, hangt dus niet direct samen met de indicatie of concrete zorgvraag maar is afhankelijk van de verblijfplaats. Of een cliënt op een plaats komt met of zonder behandeling, hangt af van factoren die geen verband houden met de Wlz-indicatie, zoals: de beschikbaarheid van plaatsen

¹<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/a/aanvullende-zorg-bij-verblijf-en-behandeling-wlz>.

binnen een instelling en de keuze van een patiënt voor een bepaalde locatie.

1.1.1 Aanleiding pakketadvies

⁰⁹ De verschillen in verzekerde behandeling bij instellingszorg leiden volgens het Zorginstituut tot onduidelijkheid. Alle Wlz-cliënten, dus ook cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling, hebben aanspraak op Wlz-specifieke behandeling als zij daarop zijn aangewezen². Dit is niet altijd bekend bij cliënten, zorgaanbieders, Wlz-instellingen en zorgkantoren. Wlz-cliënten krijgen hierdoor soms niet de Wlz-specifieke behandeling die zij nodig hebben³.

¹⁰ Het Zorginstituut constateert daarnaast dat de verschillen in verzekerde behandeling bij instellingszorg tot rechtsongelijkheid leiden. Beide cliëntgroepen hebben hetzelfde indicatiebesluit en op hen is hetzelfde eigen bijdrage regime in de Wlz van toepassing. Voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling geldt echter, dat bovenop de eigen bijdrage Wlz de zorgvormen paramedische-, farmaceutische zorg en hulpmiddelen, ten laste van het eigen risico Zvw komen. Voor de zorgvormen

² Dit is geregeld in artikel 5.3 en 5.4 van de Beleidsregel BR/REG-17137c, NZa. Hier wordt echter weinig gebruik van gemaakt.

³ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

farmaceutische zorg en paramedische zorg kunnen in de Zvw bijbetalingen aan de orde zijn, bijvoorbeeld: voor GVS-bijbetalingen en zelfzorgmedicijnen en bij paramedische zorg door beperkingen in het aantal zittingen⁴. Daarnaast is voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling tandheelkundige zorg geen wettelijk verzekerde zorg, maar gelden de beperkingen van het basispakket Zvw. Vanuit de Zvw is voor volwassen de tandheelkundige zorg beperkt tot de bijzondere tandheelkunde. Dit betekent vooral voor ouderen met een Wlz-indicatie zonder verzilvering behandeling dat hun mondzorg niet verzekerd is⁵.

¹¹ De onduidelijkheid en afbakeningsproblemen die spelen, kunnen (zonder dat er per se sprake is van opzet) ook leiden tot onrechtmatige dubbele declaraties⁶. Het Zorginstituut stelt dat hoe meer zorgvormen in het Wlz-pakket worden ondergebracht des meer prikkels de zorginstelling heeft om preventieve maatregelen te

treffen. Ook zijn er meer mogelijkheden voor de Wlz-instelling voor substitutie van zorg. Dit leidt tot besparingen⁷.

1.1.2 Kern pakketadvies

¹² Het Zorginstituut concludeert dat het verschil in aanspraak op aanvullende zorgvormen inhoudelijk niet uit te leggen is. Het bestaan van pakketverschillen leidt tot: onduidelijkheid voor cliënten, afstemmingsproblemen tussen Zvw-behandelaars en zorgpersoneel in instellingen, foutgevoeligheid bij medicijnenverstrekking en inefficiënties (verkeerde en dubbele declaraties)⁸. Het Zorginstituut vindt dat de zorgbehoefte bepalend moet zijn voor de aanspraak op de Wlz-zorg. Het advies van het Zorginstituut stelt voor dit op te lossen door de verzekerde pakketten bij institutionele zorg te harmoniseren. Uitgangspunt is dat verzekerden bij institutionele zorg een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz, inclusief: generieke geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkunde. De Wlz-instelling waar de cliënt verblijft is verantwoordelijk voor het leveren van deze integrale zorg⁹.

⁴ Brief regering: pakketadvies positionering behandeling in de Wet langdurige zorg (Wlz). Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 34 104, nr. 198.

⁵ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

⁶ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

⁷ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

⁸ Brief regering: pakketadvies positionering behandeling in de Wet langdurige zorg (Wlz). Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 34 104, nr. 198.

⁹ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

Alle behandeling en aanvullende zorgvormen voor Wlz-cliënten die in een instelling verblijven of in een geclusterde VPT-setting, moeten ten laste van de Wlz komen. De Wlz-instelling waar de cliënt verblijft is verantwoordelijk voor het leveren van integrale zorg (Zorginstituut Nederland (30 juni 2017) - Advies 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten')

¹³ Positionering van de behandeling in de Wlz geeft volgens het Zorginstituut de beste mogelijkheden om integrale, interdisciplinaire zorg te bieden. Voor circa 67.000 Wlz-cliënten betekent deze harmonisering een verandering; de behandeling wordt overgeheveld van de Zvw naar de Wlz. Voor zorginstellingen betekent de harmonisering, dat zij verantwoordelijk worden voor het bieden van het gehele integrale zorgpakket aan alle Wlz-cliënten. Het advies heeft voor zorginstellingen tot gevolg dat zij (opnieuw) moeten nadenken over de organisatie van Wlz-behandeling en de keuzes die daarbij gemaakt moeten worden.

1.2 Aanpak van het onderzoek

1.2.1 Doelstelling

¹⁴ Doel van het onderzoek is de huidige uitvoeringspraktijk van de Wlz-behandeling bij institutionele zorg in beeld te brengen en de

uitvoeringsconsequenties van het advies te inventariseren. De wens van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie van VWS) is een aantal keuzemogelijkheden te beschrijven die instellingen hebben om zorg zo goed mogelijk aan te passen aan de wensen van hun cliënten en omstandigheden. Dit onderzoek creëert daarom inzicht in het palet aan keuzes voor zorginstellingen dat beschikbaar is voor het inrichten van de behandelfunctie.

1.2.2 Reikwijdte van het onderzoek

¹⁵ Onder de reikwijdte van het onderzoek vallen de uitvoeringspraktijk van Wlz-instellingen in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg¹⁰, met zowel verblijfszorg en behandeling uit de Wlz als ook de uitvoeringspraktijk van Wlz-instellingen van verblijfszorg met: generieke geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg uit de Zvw. Het onderzoek richt zich op institutionele zorg, waaronder de zorg binnen instellingen met verblijf en het volledig pakket thuis (in een geclusterde setting).

¹⁰ De ggz valt buiten de reikwijdte van het onderzoek omdat bij de huidige ggz-populatie in de Wlz geen sprake is van pakketonderscheid binnen de Wlz. Alle cliënten hebben verblijf met behandeling. De ggz is ook buiten de reikwijdte van het onderzoek gelaten omdat het Zorginstituut voor de voorgenomen uitbreiding van de ggz-populatie in de Wlz in maart 2018 nog een aanvullend advies heeft uitgebracht.

1.2.3 Onderzoeksaanpak

¹⁶ De aanpak van dit onderzoek is op te delen in verschillende fasen. In de opstartfase vond onder andere een stakeholdersbijeenkomst plaats over de onderzoeksaanpak. Wij hebben de aanpak in deze fase nader uitgewerkt. Hierna vond het breedteonderzoek plaats waarin circa 50 telefonisch interviews met medische directeuren en hoofden behandelen van zorginstellingen zijn uitgevoerd. Het doel van deze interviews was: de diversiteit van de huidige uitvoeringspraktijk en de uitvoeringsconsequenties van het advies in beeld te brengen. Vervolgens vond het diepteonderzoek plaats waarin wij verscheidene activiteiten hebben uitgevoerd. Om in te zoomen op de huidige uitvoeringspraktijk en mogelijke consequenties van het advies, hebben wij een tiental werkbezoeken aan zorginstellingen gebracht.

¹⁷ Na een eerste analyse en synthese zijn de uitvoeringsconsequenties voor elk van de vijf aanvullende behandelvormen in themawerksessies met diverse professionals gevalideerd en verder verdiept. Het valideren en verdiepen van het totaal aan uitvoeringsconsequenties vond plaats in een werksessie uitvoeringsconsequenties waarbij deelnemers met verschillende perspectieven (cliënt, professional, management) aanwezig waren. Tot slot organiseerden wij een werksessie keuzehulp, waarin keuzes die zorginstellingen kunnen maken bij de inrichting van de behandel functie en wijze van communicatie naar het veld zijn

besproken. Dit alles hebben wij samengebracht in de rapportagefase waarin wij: een eindrapportage schreven, een product keuzehulp opstelden en een stakeholderbijeenkomst organiseerden om de resultaten te bespreken.

1.3 Leeswijzer

¹⁸ In deze rapportage beschrijven wij: de (variatie in de) huidige uitvoeringspraktijk, de mogelijke veranderingen naar aanleiding van het advies en de uitvoeringsconsequenties voor de zorginstellingen en professionals. In bijlage A bieden wij een keuzehulp aan voor de inrichting van de behandel functie.

¹⁹ In hoofdstuk 1 van dit rapport behandelen wij de achtergrond, aanleiding en aanpak van ons onderzoek. De huidige uitvoeringspraktijk van de verschillende behandelvormen beschrijven wij in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van ons onderzoek met de algemene en specifieke uitvoeringsconsequenties. Tot slot geven wij in hoofdstuk 4 een reflectie op onze onderzoeksresultaten.

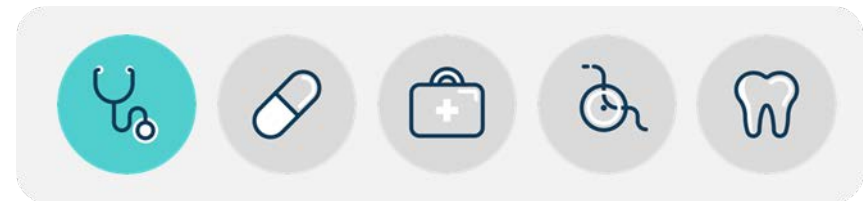
2. Huidige uitvoeringspraktijk

²⁰ In het onderzoek hebben wij de inrichting van de behandelvormen door middel van telefonische interviews en werkbezoeken bij zorginstellingen in kaart gebracht. Het onderzoek laat zien dat de verscheidenheid in de uitvoeringspraktijk groot is. Wij zien verschillen in de uitvoering van de vijf behandelvormen binnen locaties van een zorginstelling en (mede afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag van cliënten) tussen zorginstellingen binnen de ouderenzorg en gehandicaptenzorg. De diversiteit is ontstaan vanuit historische verschillen (bijvoorbeeld: door het onderscheid in verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg en) of door overtuigingen van de zorginstelling (bijvoorbeeld: de overtuiging dat de intramurale zorg zo veel mogelijk vergelijkbaar moet zijn met de situatie thuis). Tevens zien wij verschillen in de uitvoeringspraktijk door een verschil in zorgduur. Nu ouderenzorg steeds vaker van kortere duur is, ontstaat een andere dynamiek in de zorgverlening ten opzichte van de gehandicaptenzorg, waar langdurige zorg veelal blijvende zorg betekent.

²¹ In dit hoofdstuk beschrijven wij de diversiteit van de uitvoeringspraktijk. Deze diversiteit is goed om in het achterhoofd te houden bij het lezen van de uitvoeringsconsequenties in hoofdstuk 3, omdat deze vaak afhankelijk zijn van de wijze waarop de instelling de behandelvormen heeft ingericht.

²² In dit hoofdstuk beschrijven wij per type behandelvorm wat deze zorg omvat (het 'wat') en vervolgens op welke verschillende wijze dit momenteel is ingericht (de 'hoe'). Tot slot geven wij aan het eind van de paragraaf een overzichtsfiguur van de verschillende uitvoeringsvarianten per aanvullende behandelvorm.

2.1 Generieke geneeskundige zorg



2.1.1 Wat

²³ Met de generieke geneeskundige zorg wordt de algemene geneeskundige zorg, de artsenzorg bedoeld. Diverse professionals zijn betrokken bij de invulling van deze zorg, waaronder:

- a. De huisartsenzorg;
- b. Specialist ouderengeneeskunde (SO);
- c. Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG).

In de ouderenzorg kan de SO deze functie zelfstandig invullen; in de gehandicaptenzorg is vanwege de gezondheidstoestand van de cliëntpopulatie en het verschil in opleidingsachtergrond tussen de SO en de AVG veelal een combinatie tussen de huisartsenzorg en AVG-

zorg gewenst. In verband met personeelstekorten en/of taakdifferentiatie zien wij in de praktijk ook andere professionals een rol pakken of toebedeeld krijgen. Denk daarbij aan: basisartsen¹¹ of verpleegkundig specialisten (VS'en). De verpleegkundig specialist kan een deel van de generieke geneeskundige zorg van de arts overnemen, en de spin in het web van zorg en behandeling vormen.

²⁴ De generieke geneeskundige zorg bestaat uit zowel preventieve taken als het bieden van zorg op gerichte vragen én geplande en ongeplande zorg. Gezien de doelgroep en de complexiteit van de zorgvraag, is van deze ongeplande zorg ook vaak sprake in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). De arts is vaak hoofd- of regiebehandelaar en heeft vanuit die rol overzicht over de gehele behandeling van de cliënt.

2.1.2 Hoe

²⁵ Voor de invulling van de generieke geneeskundige zorg zien wij in de praktijk de volgende vier uitvoeringsvarianten:

- a. SO/AVG in dienst;
- b. Overeenkomst tussen arts en instelling;
- c. Beperkt aantal huisartsen betrokken;
- d. Eigen huisarts.

¹¹ Met een basisarts doelen wij op een afgestudeerde arts die nog geen vervolgopleiding tot huisarts, specialist of onderzoeker, en dergelijke, heeft gevolgd.

²⁶ In de praktijk zien wij dat zorginstellingen voor verschillende locaties, of cliënten met en zonder verzilvering van behandeling, verschillende uitvoeringsvarianten voor de generiek geneeskundige zorg hanteren. De variant waarbij een SO/AVG in dienst van de instelling is, komt alleen voor bij cliënten met verzilvering van behandeling en de variant waarbij cliënten hun eigen huisarts behouden, zien wij alleen bij cliënten zonder verzilvering van behandeling. De overige twee varianten komen zowel bij cliënten met en zonder verzilvering van behandeling voor. Tabel 1 geeft een overzicht van de uitwerking van uitvoeringsvarianten voor generiek geneeskundige zorg op: de cliënt, de betrokken artsen en de zorginstelling.

²⁷ Een deel van de Wlz-instellingen heeft een SO of AVG in dienst, waarbij deze arts de regiebehandelaar is. Ook in deze situatie blijft soms sprake van samenwerking met de huisartsen, basisartsen en verpleegkundig specialisten voor het bieden van generalistische medische hulpverlening.

²⁸ In de tweede uitvoeringsvariant heeft de zorginstelling een overeenkomst met een SO, AVG of huisarts van buiten de instelling, waarbij de volgende constructies mogelijk zijn:

- a. Arts werkt als zzp'er. Dit betreft inhuur van mensen;
- b. Samenwerking met derden. De arts is bij een collega-instelling in dienst, waarbij de arts cliënten binnen de instelling behandelt;

- c. De dienst wordt ingekocht bij een zelfstandige behandeldienst, waarbij de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van activiteiten bij de zelfstandige behandeldienst ligt.

Hierbij worden voor alle constructies afspraken met ANW-diensten of huisartsen gemaakt voor het waarborgen van de 24-uursfunctie.

²⁹ In de derde en vierde variant ontvangen cliënten zorg van de huisarts waarbij de SO of AVG op consultbasis wordt ingeschakeld. In de derde variant zijn een beperkt aantal huisartsen betrokken en in de vierde variant houden cliënten hun eigen huisarts, dit hebben wij alleen aangetroffen bij cliënten zonder verzilvering van behandeling.

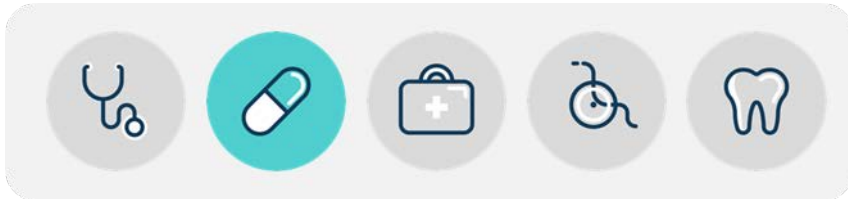
	1. SO/AVG in dienst	2. Overeenkomst tussen arts en instelling	3. Beperkt aantal huisartsen betrokken	4. Eigen huisarts
 Clïënt	<i>Zorg door SO of AVG*</i>	<i>Zorg door SO/ AVG/ huisarts buiten instelling</i> <i>Huisarts is betrokken, veelal HAP als 24-uurs zorg</i>	<i>Ontvangt HA-zorg van HA die verbonden is aan instelling</i> <i>Ontvangt HA-zorg 'net als thuis'. Clïënt wordt gestimuleerd in te schrijven bij aantal HA's</i>	<i>Ontvangt huisartsenzorg 'net als thuis'</i>
 Arts	<i>In dienst bij een instelling</i>	<i>Afspraken met instelling, behandeldienst of ZZP'er</i> <i>HA eerste aanspreekpunt SO/ AVG ziet op verwijzing HA cliënten zonder behandeling</i>	<i>Huisarts behandelt cliënten, eventueel met SO/AVG op consult</i> <i>Huisarts behandelt cliënten, eventueel met SO/AVG op consult</i>	<i>Huisarts behandelt cliënten, eventueel met SO/AVG op consult</i>
 Zorginstelling	<i>Heeft SO of AVG in dienst</i>	<i>Heeft afspraken met SO/ AVG/ huisarts</i> <i>Is niet verantwoordelijk voor artsenzorg cliënten zonder behandeling</i>	<i>Heeft afspraken met beperkt aantal huisartsen en regelt financiering</i> <i>Is niet verantwoordelijk voor artsenzorg. Stimuleert cliënten om zich in te schrijven bij beperkt aantal HA's</i>	<i>Is niet verantwoordelijk voor artsenzorg</i>

* Samenwerking tussen SO/AVG en HA, basisarts of VPS komt veel voor

● Wlz – met behandeling ● Wlz – zonder behandeling

Tabel 1. Uitvoeringsvarianten generiek geneeskundige zorg.

2.2 Farmaceutische zorg



2.2.1 Wat

³⁰ Farmaceutische zorg is breder dan enkel het verstrekken van medicatie voor cliënten in de Wlz. Het beslaat namelijk ook de taken die worden uitgevoerd door een apotheker en/of apothekers-assistente. De apotheker vormt de schakel tussen: de voorschrijvend arts, de cliënt en de zorginstelling met betrekking tot farmaceutische zorg.

³¹ Naast de geleverde medicatie bestaat de farmaceutische zorg uit de volgende taken:

- a. Functie als medebehandelaar;
- b. Verstrekking geneesmiddelen (terhandstelling);
- c. Werkvoorraadbeheer;
- d. Medicatiebewaking op verschillende niveaus, namelijk:
 - i. Strategisch: gericht op het opstellen van, en verantwoordelijk voor geneesmiddelenbeleid;
 - ii. Tactisch: betrokken als medebehandelaar bij het Farmaceutisch Therapeutisch Overleg (FTO);

- iii. Operationeel: uitvoeren van medicatiebeoordeling op het niveau van de cliënt (doorgaans één of twee keer per jaar).

2.2.2 Hoe

³² Voor de farmaceutische zorg zijn drie uitvoeringsvarianten zichtbaar in de uitvoeringspraktijk. Tabel 2 geeft een overzicht van de uitwerking van uitvoeringsvarianten voor farmaceutische zorg op de cliënt, de apotheek en de zorginstelling.

³³ Een deel van de zorginstellingen heeft een overeenkomst met: één gespecialiseerde instellingsapotheek, een apotheek gespecialiseerd in het leveren van farmaceutische zorg aan cliënten in een instelling. Deze apotheek levert naast de medicatie vaak aanvullende diensten (zoals beschreven in paragraaf 2.2.1). Zorginstellingen die een overeenkomst hebben met een instellingsapotheek werken over het algemeen met eenduidige toedienlijsten en een Elektrisch Voorschrijfsysteem (EVS).

³⁴ In de tweede uitvoeringsvariant maken zorginstellingen of locaties van een zorginstelling afspraken met één openbare apotheek of een beperkt aantal openbare apotheken. De apotheek bevindt zich vaak in de buurt van de locatie. De apotheek bezorgt de geneesmiddelen bij de zorginstelling of de geneesmiddelen dienen door de cliënt bij de apotheek 'om de hoek' opgehaald te worden. Daarnaast verzorgt

de apotheek vaak ook een deel van de farmaceutische zorg (zoals beschreven in paragraaf 2.2.1). Zorginstellingen stimuleren cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling om gebruik te maken van de openbare apotheek waar de instelling afspraken mee heeft, om de eenduidige levering van geneesmiddelen te stimuleren met het oog op medicatieveiligheid. Bij de zorginstelling kan op deze manier worden gewerkt met dezelfde geneesmiddelen voor dezelfde aandoeningen.

³⁵ Tot slot laten zorginstellingen de keuze voor een apotheek voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling in de derde uitvoeringsvariant over aan de cliënt. Dit kan in de praktijk betekenen dat elke cliënt op een locatie van een zorginstelling een andere apotheek heeft. Veelal betreffen dit apotheken die verbonden zijn aan de huisarts van de cliënt. Deze uitvoeringsvariant zien wij in het onderzoek alleen bij cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling. In deze situatie komt de farmaceutische zorg ten laste van de Zvw, waardoor instellingen als gevolg van het preferentiebeleid van zorgverzekeraars te maken krijgen met verschillend uitzijnde geneesmiddelen met dezelfde werking. Dit is lastig voor de zorgverleners die de medicijnen toedienen en werkt fouten in de hand, waardoor de medicatieveiligheid in het geding kan komen¹².

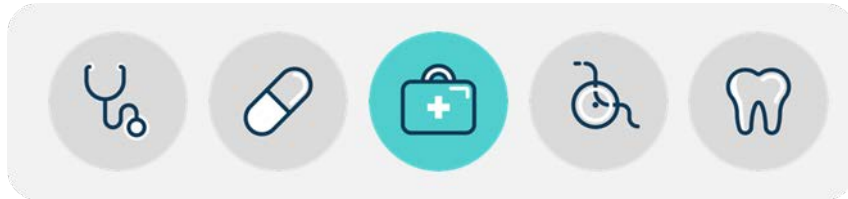
¹² Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

	Overeenkomst met één gespecialiseerde instellingsapothek	Afspraken met één of een beperkt aantal openbare apotheken	Diverse apotheken betrokken
 Cliënt	Ontvangt farmaceutische zorg van deze gespecialiseerde apotheek vanuit de Wlz Ontvangt farmaceutische zorg van de gespecialiseerde apotheek vanuit de Zvw	Ontvangt farmaceutische zorg van een apotheek waar de instelling een overeenkomst mee heeft Ontvangt medicatie via een openbare apotheek waar de instelling een overeenkomst mee heeft	Ontvangt medicatie uit de Zvw van een openbare apotheek via de voorschrijvende (huis)arts
 Apotheker	Leverf farmaceutische zorg aan de instelling voor Wlz cliënten met behandeling en leverf (eventueel) aanvullende diensten De gespecialiseerde apotheek leverf ook farmaceutische zorg voor cliënten zonder behandeling	Leverf farmaceutische zorg aan de instelling voor cliënten met behandeling Leverf farmaceutische zorg ook voor cliënten zonder behandeling	Diverse openbare apotheken leverf farmaceutische zorg aan de instelling
 Zorginstelling	Heeft een overeenkomst met één gespecialiseerde instellingsapothek Kan cliënten zonder behandeling stimuleren om ook van deze apotheek gebruik te maken	Heeft een overeenkomst met één of een beperkt aantal openbare apotheken. Stimuleert cliënten om ook gebruik te maken van de openbare apotheek waar afspraken mee zijn	Heeft geen structureel contact met de diverse apothekers

● Wlz – met behandeling ● Wlz – zonder behandeling

Tabel 2. Uitvoeringsvarianten farmaceutische zorg

2.3 Paramedische zorg



2.3.1 Wat

³⁶ Het pallet aan paramedische zorg is breed. Zo verstaan wij hier diverse professionals onder en is het begrip 'behandeling' in deze context ook veelzijdig, namelijk: van preventie tot daadwerkelijke behandeling.

³⁷ In de uitvoeringspraktijk, en daarmee ook in het onderzoek, is een groot aantal beroepsbeoefenaren betrokken. In de brede zin van het woord verstaan wij in het kader van ouderenzorg en gehandicaptenzorg de volgende paramedici: fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten, logopedisten, huidtherapeuten en oefentherapeuten. Afhankelijk van de zorgbehoefte betrekken zorginstellingen de beroepsbeoefenaren om passende paramedische behandeling te bieden aan de cliënt.

³⁸ Het behandelscala van de paramedici bestaat globaal uit de volgende vier aspecten:

- a. Preventieve taken: Dit betreft met name secundaire en tertiaire preventie. Secundaire preventie richt zich op het vroegtijdig opsporen van ziekten of afwijkingen om ze in een vroeg stadium aan te pakken. Tertiaire preventie voorkomt complicaties of het verergeren van afwijkingen¹³. Zo kan een ergotherapeut bijvoorbeeld de houding bij cliënten verbeteren (gericht op het leren omgaan met, of beperken van, de beperking) zodat klachten worden voorkomen;
- b. Mediërende rol: Denk daarbij aan scholing van collega's. Ook kan een ergotherapeut betrokken zijn bij het aanvragen en aanmeten van het juiste hulpmiddel voor cliënten. Een diëtist kan zorgpersoneel scholen over geschikte (medische) voeding voor cliënten, dit is in het algemeen belang en niet direct cliëntgebonden;
- c. Behandeling: De paramedische zorg bestaat deels uit behandeling op basis van afspraken. Een cliënt heeft een afspraak bij de fysiotherapeut wegens bepaalde klachten;
- d. Interdisciplinaire samenwerking: De paramedici maken vaak deel uit van een multidisciplinaire team waarin afstemming met overige paramedici en artsen plaatsvindt om een doelmatige behandeling te geven.

Voor deze aspecten van de zorg geldt, dat het cliëntgebonden, groepsgebonden of niet-clientgebonden zorg kan betreffen. Het onderscheid is in de praktijk niet strikt te maken.

¹³ <http://www.invoorzorg.nl/ivz/informatie-betekenis-van-preventie-bij-ouderen.html>.

2.3.2 Hoe

³⁹ Uit ons onderzoek volgen drie uitvoeringsvarianten die ten grondslag liggen aan de uitvoering van de paramedische zorg. Binnen (locaties van) zorginstellingen zijn verschillende uitvoeringsvarianten mogelijk. Waarbij de paramedische zorg voor cliënten met verzilvering van behandeling vaak anders georganiseerd is dan de paramedische zorg voor cliënten zonder verzilvering van behandeling. Tabel 3 geeft een overzicht van de uitwerking van uitvoeringsvarianten voor paramedische zorg voor: de cliënt, de paramedici en de zorginstelling.

⁴⁰ Een deel van de zorginstellingen heeft behandelaren in dienst. De organisatie voor de inzet van paramedici verschilt. In sommige gevallen zijn de paramedici betrokken bij een locatie/afdeling en in andere gevallen is de behandeldienst als apart onderdeel van de zorginstelling georganiseerd. Afhankelijk van de aard van de zorginstelling (ouderenzorg of gehandicaptenzorg), de zorgbehoefte van de bewoners en de overtuiging van de zorginstelling wordt een keuze gemaakt in het aanbod. Soms wordt deze behandeldienst met een collega-instelling gedeeld, als één of beide instellingen te klein zijn voor een eigen behandeldienst.

⁴¹ In de tweede uitvoeringsvariant zetten zorginstellingen behandelaars vanuit de eerste lijn in. Deze paramedici hebben voor cliënten met een WLZ-indicatie met verzilvering van behandeling een

overeenkomst met de instelling. Een combinatie van behandelaars in dienst en behandelaars uit de eerstelijns komt ook voor. De fysiotherapeut kan bijvoorbeeld in dienst zijn, omdat hier veel beroep op wordt gedaan, terwijl bijvoorbeeld de diëtist minder frequent wordt ingezet en daarom vanuit de eerstelijns wordt betrokken.

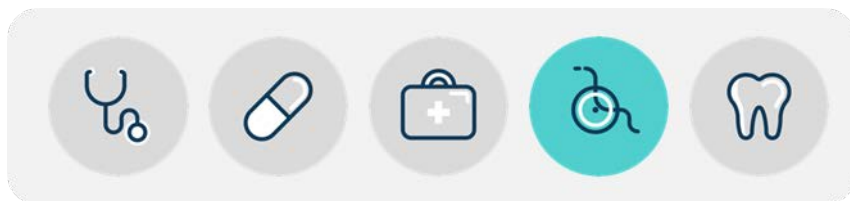
⁴² Daarnaast komt het voor dat behandelaren via een externe zelfstandige behandeldienst worden ingezet. Zorginstellingen hebben in dat geval een contract met een externe zelfstandige behandeldienst waarbij een deel van de paramedische zorg of de volledige paramedische zorg wordt ingekocht bij deze externe zelfstandige behandeldienst, waarbij de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van activiteiten bij de zelfstandige behandeldienst ligt.

	Behandelaars in dienst	Behandelaars uit 1 ^e lijn	Behandelaren via een externe zelfstandige behandeldienst
 Cliënt	<i>Ontvangt paramedische zorg uit Wlz via behandelaar in dienst</i> <i>Ontvangt paramedische zorg via verzekeraar (bijbetaling & eigen risico van toepassing)</i>	<i>Ontvangt paramedische zorg vergoed vanuit de Wlz van behandelaars uit de 1^e lijn</i> <i>Ontvangt paramedische zorg, vergoed via de zorgverzekeraar, uit de 1^e lijn (bijbetaling & eigen risico van toepassing)</i>	<i>Ontvangt paramedische zorg van een externe zelfstandige behandeldienst</i>
 Paramedici	<i>Zijn in dienst van de instelling</i> <i>Zijn in dienst, declaraties gaan via zorgverzekeraar</i>	<i>Hebben een overeenkomst met de instelling</i> <i>Werkzaam in de eerste lijn, factureren aan de zorgverzekeraar of cliënt</i>	<i>In dienst bij externe zelfstandige behandeldienst</i>
 Zorginstelling	<i>Heeft diverse paramedici in dienst, soms gedeeld met een collega instelling</i> <i>Sluit contracten met zorgverzekeraars waardoor paramedici ook cliënten zonder behandeling kunnen behandelen</i>	<i>Heeft overeenkomsten met diverse paramedici</i> <i>Kan paramedische zorg faciliteren door afspraken met behandelaren uit de eerste lijn</i>	<i>Heeft een contract met een externe zelfstandige behandeldienst voor paramedische zorg</i>

● Wlz – met behandeling ● Wlz – zonder behandeling

Tabel 3. Uitvoeringsvarianten paramedische zorg

2.4 Hulpmiddelen



2.4.1 Wat

⁴³ Bij de hulpmiddelen hangt de huidige praktijk(variatie) samen met het type hulpmiddel dat wordt verstrekt. Cliënten in een Wlz-instelling kunnen hulpmiddelen krijgen op grond van de Wlz, Zvw of Wmo 2015. Voor cliënten in Wlz-instelling met verzilving van behandeling, is de situatie anders dan voor cliënten in een Wlz-instelling zonder verzilving van behandeling.

⁴⁴ Bij het aanvragen en verstrekken van de juiste hulpmiddelen voor Wlz-cliënten zijn in de huidige situatie diverse partijen betrokken. De levering van hulpmiddelen door leveranciers is breder dan enkel het verstrekken van hulpmiddelen voor cliënten in de Wlz. Het beslaat namelijk ook adviserende taken. De hulpmiddelenleverancier vormt de schakel tussen de behandelaar, de cliënt en de zorginstelling. Wij maken onderscheid tussen roerende voorzieningen/outillagehulpmiddel (Wlz), persoonsgebonden hulpmiddelen (Wlz of Zvw) en mobiliteitshulpmiddelen (Wlz of Wmo).

⁴⁵ Roerende voorzieningen/outillagehulpmiddelen: voor zowel cliënten met een Wlz-indicatie met en zonder verzilving van behandeling, is de zorginstelling verantwoordelijk voor de aanschaf van voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen, die noodzakelijk zijn met de in de instelling gegeven zorg (zoals: douchestoel, toiletstoel, tillift). In het instellingsbudget van de zorginstelling is een component hulpmiddelen opgenomen voor deze algemeen gebruikelijke outillagemiddelen.

⁴⁶ Persoonsgebonden hulpmiddelen: Het gaat hierbij om hulpmiddelen die bij de zorgverlening worden gebruikt (zoals: verbandmiddelen) en om hulpmiddelen die een stoornis of beperking van de cliënt compenseren, zoals: prothesen, orthesen en een individueel aangepaste tilband. Bij cliënten zonder verzilving van behandeling worden deze hulpmiddelen vanuit de Zvw betaald. Bij cliënten met verzilving van behandeling geldt, dat een deel van deze hulpmiddelen (die onderdeel zijn van de basisverzekering) uit de Zvw wordt betaald, zoals: het hoortoestel en een deel van deze hulpmiddelen (bijvoorbeeld: prothesen en orthopedisch schoeisel) bovenbudgettair uit de Wlz worden betaald.

⁴⁷ Mobiliteitshulpmiddelen: cliënten met verzilving van behandeling kunnen voor mobiliteitshulpmiddelen binnen de Wlz alleen aanspraak maken op het individueel gebruik van een rolstoel. Deze rolstoel wordt bovenbudgettair via de Wlz vergoed. De overige

mobiliteitshulpmiddelen, zoals: een aangepaste fiets of scootmobiel, worden vanuit de Wmo 2015 verstrekt. Voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling worden alle mobiliteitshulpmiddelen via de Wmo 2015 verstrekt.

2.4.2 Hoe

⁴⁸ Voor cliënten met een Wlz-indicatie met verzilvering van behandeling hebben zorginstellingen voor de verstrekking van outillagehulpmiddelen en persoonsgebonden hulpmiddelen bij zorgverlening vaak afspraken met hulpmiddelenleveranciers. De aanvraag van de rolstoel voor individueel gebruik, wordt door de paramedici van de instelling bij het zorgkantoor aangevraagd. Zorginstellingen hebben voor hulpmiddelen dus contact met eigen hulpmiddelenleveranciers, de gemeente en (de hulpmiddelenleverancier van) het zorgkantoor. Aanvullend worden de Zvw-hulpmiddelen vanuit de zorgverzekeraars vergoed. Cliënten en hun mantelzorgers hebben voor hun hulpmiddelen contact met de zorginstelling, de zorgverzekeraar en de gemeente.

⁴⁹ Voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling hebben zorginstellingen voor outillagehulpmiddelen eveneens vaak afspraken met hulpmiddelenleveranciers. De persoonsgebonden hulpmiddelen die zijn verbonden aan persoonlijke (medische) zorg of verzorging worden door zorgverzekeraar geleverd. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de verstrekking van alle

mobiliteitshulpmiddelen aan cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling. De cliënt of mantelzorger kan voor hulpmiddelen dus contact hebben met: de zorginstelling, de zorgverzekeraar en de gemeente. In sommige gevallen zijn de paramedici betrokken bij het aanvragen van mobiliteitshulpmiddelen bij de gemeente.

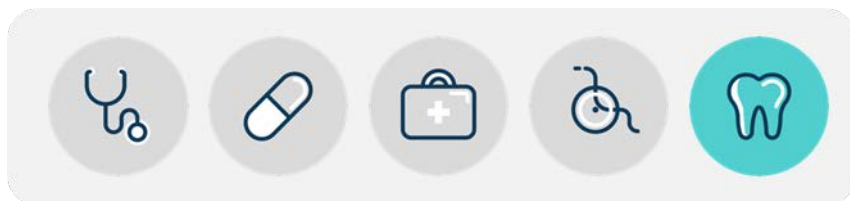
	Roerende voorzieningen	Persoonsgebonden hulpmiddelen	Mobiliteitshulpmiddelen
 Cliënt	<i>De cliënt ontvangt roerende voorzieningen vanuit de Wlz</i> <i>De cliënt ontvangt roerende voorzieningen vanuit de Wlz</i>	<i>De cliënt ontvangt persoonsgebonden hulpmiddelen vanuit de Wlz of Zvw</i> <i>De cliënt ontvangt persoonsgebonden hulpmiddelen bij de zorgverlening uit de Zvw</i>	<i>De cliënt ontvangt mobiliteitshulpmiddelen (alleen rolstoel) vanuit de Wlz</i> <i>De cliënt ontvangt mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Wmo</i>
 Professionals	<i>De professionals hebben contact met één of meerdere leveranciers voor het leveren van roerende voorzieningen</i> <i>De professionals hebben contact met één of meerdere leveranciers voor het leveren van roerende voorzieningen</i>	<i>De professional stelt de indicatie waarna het zorgkantoor beslist of het hulpmiddel mag worden verstrekt (Wlz)/ rol professional afhankelijk van type hulpmiddel (Zvw)</i> <i>De professionals ontvangen de hulpmiddelen van de leveranciers van de zorgverzekeraars waarbij cliënten verzekerd zijn (Zvw)</i>	<i>De professional stelt de indicatie waarna het zorgkantoor beslist of het hulpmiddel (de rolstoel) mag worden verstrekt (Wlz)</i> <i>De professionals hebben eventueel contact met de gemeente</i>
 Zorginstelling	<i>De instelling heeft afspraken met één of meerdere leveranciers en voorziet in roerende voorzieningen</i> <i>De instelling heeft afspraken met één of meerdere leveranciers en voorziet in de roerende voorzieningen</i>	<i>De instelling voorziet via het zorgkantoor of zorgverzekeraars in de persoonsgebonden hulpmiddelen uit de Wlz en de Zvw</i> <i>De persoonsgebonden hulpmiddelen worden geleverd door de leveranciers van de verschillende zorgverzekeraars (Zvw)</i>	<i>De instelling voorziet via het zorgkantoor in mobiliteitshulpmiddelen (alleen rolstoel) voor cliënten</i> <i>De instelling is niet verantwoordelijk voor de mobiliteitshulpmiddelen, heeft contact met de gemeente</i>

● Wlz – met behandeling

● Wlz – zonder behandeling

Tabel 4. Uitvoeringsvarianten hulpmiddelen

2.5 Tandheelkundige zorg



2.5.1 Wat

⁵⁰ Bij het verlenen van mondzorg binnen de Wlz zijn voornamelijk de tandarts, de tandprotheticus en de mondhygiënist betrokken. Deze verschillende professionals samen kunnen het team voor mondzorg vormen, maar zijn niet noodzakelijk alle drie betrokken.

⁵¹ De tandarts houdt zich vooral bezig met controles en behandeling van de cliënten. Het kan een gedifferentieerde tandarts betreffen die zich toegelegd heeft op de behandeling van ouderen of gehandicapten. De tandprotheticus houdt zich bezig met het aanmeten, vervaardigen en plaatsen van diverse protheses. De mondhygiënist vormt de schakel tussen zorg en tandheelkunde. Naast het behandelen van cliënten heeft de mondhygiënist ook een signalerende en preventieve rol omtrent mondzorg richting de verpleegkundigen/verzorgenden en de tandarts. Als tandheelkundige hulp wordt geboden aan cliënten met Wlz-indicatie inclusief behandeling, kan de zorginstelling de kosten voor het honorarium van de tandarts declareren bij het zorgkantoor, deze kosten zijn dus

bovenbudgettair. De vergoeding van de kosten die verbonden zijn aan een praktijkruimte is versleuteld in het budget van de zorginstelling (kapitaallasten en inventaris) en in het zzp van de cliënt met een indicatie inclusief behandeling (verbruiksmaterialen en ondersteuning)¹⁴.

⁵² De tandheelkundige hulp voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling wordt door cliënten grotendeels zelf betaald. Met name binnen de gehandicaptenzorg hebben cliënten vaak een indicatie bijzondere tandheelkunde waardoor zij de tandheelkundige zorg (deels) op basis van hun basisverzekering vergoed krijgen. Binnen de Zvw ervaren cliënten drempels om gebruik te maken van mondzorg, onder andere door: eigen betaling, het niet afsluiten van aanvullende verzekeringen en logistieke problemen.

2.5.2 Hoe

⁵³ Voor de behandelcomponent tandheelkundige zorg onderscheiden wij twee uitvoeringvarianten:

- a. Veel zorginstellingen hebben in meer of mindere mate afspraken met mondzorgverleners;

¹⁴ BELEIDSREGEL BR/REG-17129 Wlz-zorgaanbieders met tandartspraktijk.

- i. Een instelling kan bijvoorbeeld aan een mondzorgverlener een ruimte bij de instelling beschikbaar stellen waar de mondzorgverlener cliënten kan behandelen;
 - ii. Bij enkele zorginstellingen komt regelmatig een ‘tandartsbus’ langs om cliënten mondzorg te bieden;
 - iii. Het komt voor dat zorginstellingen afspraken hebben met een tandartspraktijk dicht bij de instelling, zodat cliënten hier behandeld kunnen worden;
 - iv. Enkele zorginstellingen hebben een mondhygiënist in dienst of afspraken met mondhygiënist;
 - v. Enkele zorginstellingen hebben een overeenkomst met een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT), dit komt vaker voor bij de gehandicaptenzorg.
- b. In de tweede uitvoeringsvariant zien wij zorginstellingen (waar alleen cliënten verblijven met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling) die geen afspraken hebben gemaakt met mondzorgverleners. De cliënt kan, net als in de thuissituatie, op eigen initiatief een tandarts bezoeken. In sommige gevallen faciliteert de zorginstelling het bezoek aan de mondzorgverlener, andere zorginstelling zien dit niet als hun verantwoordelijkheid.

⁵⁴ Tabel 5 geeft een overzicht van de uitwerking van uitvoeringsvarianten voor tandheelkundige zorg op de cliënt, de mondzorgverlener en de zorginstelling.

	Afspraken met mondzorgverlener	Geen afspraken met mondzorgverlener
 Clïënt	<i>Ontvangt mondzorg uit Wlz (bovenbudgettair) van een mondzorgverlener waar de aanbieder afspraken mee heeft</i> <i>Ontvangt mondzorg van de mondzorgverlener als de aanbieder daar afspraken mee heeft (niet verplicht)</i>	<i>Maakt op eigen initiatief gebruik van mondzorg (Zvw)</i>
 Mondzorgverlener	<i>Heeft afspraken met de instelling over het leveren van mondzorg</i> <i>Kan afspraken hebben met de instelling over het leveren van mondzorg</i>	<i>Leverd mondzorg aan cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling net als thuis</i>
 Zorginstelling	<i>Heeft afspraken met mondzorgverlener</i> <i>Kan de mogelijkheid bieden voor de mondzorgverlener om ook cliënten zonder behandeling te zien</i>	<i>Faciliteert de cliënt eventueel bij het bezoek aan de mondzorgverlener</i>

● *Wlz – met behandeling*
● *Wlz – zonder behandeling*

Tabel 5. Uitvoeringsvarianten tandheelkundige zorg

3. Resultaten uitvoeringsconsequenties

⁵⁵ In dit hoofdstuk beschrijven wij de geïnterviewde uitvoeringsconsequenties bij implementatie van het advies. Dit geeft de impact van het systeemadvies van het Zorginstituut op de positionering van behandeling in de Wlz weer. Wij merken tijdens het onderzoek dat het begrip ‘uitvoeringsconsequentie’ een negatieve lading heeft. Wij zien uitvoeringsconsequenties als gevolgen van de implementatie van het advies, deze kunnen dan ook zowel positief, neutraal als negatief zijn. Voor de juiste interpretatie van de uitvoeringsconsequenties beschrijven wij vooraf een drietal constatering die in het onderzoek naar voren zijn gekomen.

3.1 Constatering vooraf

3.1.1 Consequenties pakketadvies afhankelijk van huidige situatie

⁵⁶ De consequenties van het pakketadvies zijn op instellingsniveau afhankelijk van de wijze waarop de zorginstelling in de huidige situatie ‘behandeling’ heeft ingericht en de visie van een zorginstelling op behandeling. Van de cliënten die verblijven in een Wlz-instelling ontvangt circa 70% nu al de in hoofdstuk 2 beschreven behandelvormen uit de Wlz. Zorginstellingen waarbij een groot deel van de cliënten een Wlz-indicatie met verzilvering van de

behandeling heeft, kunnen de huidige werkwijze voortzetten en hoeven minder in te regelen dan instellingen waarbij geen van de cliënten behandeling verzilverd heeft. Dat neemt niet weg dat uitvoeringsconsequenties voor beide type zorginstellingen van toepassing zijn. De ervaren impact zal echter groter zijn bij instellingen die nu geen behandeling vanuit de Wlz leveren.

3.1.2 Verschillende visies op interdisciplinaire behandeling

⁵⁷ Interdisciplinaire behandeling verwijst naar een wijze van samenwerking, waarbij verschillende specialismen vanuit een goed zicht op de hulpvraag van de cliënt en een gemeenschappelijke visie tot nieuwe behandelinstellingen komen¹⁵. Gedurende het onderzoek constateerden betrokkenen, dat de uitvoeringsconsequenties deels afhangen van de wijze waarop de behandeling wordt ingericht. Ons onderzoek laat praktijkvariatie zien die deels voorkomt uit verschillende visies op wat kwalitatief goede interdisciplinaire behandeling is. Met dit onderzoek naar de huidige uitvoeringspraktijk wordt niet beoogd een blauwdruk te geven voor de inrichting van de behandelinstelling. Kwaliteitskaders (zoals: het kwaliteitskader verpleeghuiszorg), richtlijnen van beroepsgroepen en doelmatige zorg die voldoet aan stand van wetenschap en praktijk

¹⁵ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

moeten een leidraad vormen bij de inrichting van de behandelfunctie binnen zorginstellingen.

3.1.3 Aantal uitvoeringsconsequenties nu al probleem in huidige situatie

⁵⁸ Uitvoeringsconsequenties zijn niet altijd volledig het gevolg van het advies van het Zorginstituut, maar vormen deels al een probleem in de huidige situatie. Een aantal ervaren problemen die in het onderzoek naar voren zijn gekomen vragen nu al aandacht. Een voorbeeld hiervan is gebrek aan capaciteit voor generieke geneeskundige zorg (toenemend beroep op huisartsen en tekort SO/AVG, zie paragraaf 3.3.1) en mondzorg (te kort aan mondzorgverleners, zie 3.7.1) in de Wlz. In de huidige situatie is al een tekort aan professionals. Bij implementatie van het pakketadvies is de verwachting dat de capaciteitsproblemen toenemen wat mogelijk voor extra aandacht voor de huidige problematiek zorgt.

⁵⁹ De beschrijving van de uitvoeringsconsequenties bouwen wij als volgt op: wij beschrijven de huidige situatie en bestaande knelpunten. Vervolgens geven wij een korte beschouwing of het advies dit probleem oplost. Tot slot beschrijven wij de uitvoeringsconsequenties. De uitvoeringsconsequenties beschrijven wij in paragraaf 3.4 voor de gevolgen van algemene aard en vanaf paragraaf 3.5 beschrijven wij per vorm van behandeling de specifieke uitvoeringsconsequenties.

⁶⁰ Voordat wij in detail ingaan op de verschillende opgehaalde uitvoeringsconsequenties geven wij in de tabel 6 op de volgende pagina een samenvatting van de opgehaalde consequenties.

	Preventie	Toegang	Zorg/ Behandeling	Monitoring
Primair proces	 <i>Kansen voor integraal optreden</i>	 <i>Duidelijkheid voor cliënt en minder drempels tot zorg</i>  <i>Bredere aanspraak op hulpmiddelen</i>	 <i>Mogelijk beperktere keuze voor cliënt</i>  <i>Toegankelijkheid artsfunctie verder onder druk</i>  <i>Meer ruimte voor specialisatie</i>  <i>Naar verwachting kortere doorlooptijden</i>  <i>Capaciteitsproblemen</i>  <i>Meer aandacht mondzorg</i>	 <i>Meer grip op medicatie-veiligheid</i>  <i>Kans verbeteren informatie-uitwisseling</i>
Ondersteunend proces		 <i>Overzichtelijkere situatie voor cliënt en zorgverlener</i>  <i>Risico op minder keuze</i>	 <i>Verschuiving van verantwoordelijkheden en (inkoop)afspraken</i>  <i>Inrichting en kosten in ANW</i>  <i>Meer aandacht veelzijdigheid farmaceutische zorg</i>	

 <i>Algemeen</i>	 <i>Geneeskundige zorg</i>	 <i>Farmaceutische zorg</i>	 <i>Paramedische zorg</i>	<i>Hulpmiddelen</i>	 <i>Tandheelkundige zorg</i>
---	---	--	--	---------------------	---

Tabel 6. Uitvoeringsconsequenties harmonisatie behandeling in de Wlz

3.2 Van algemene aard

⁶¹ In deze paragraaf beschrijven wij vier algemene uitvoeringsconsequenties van het advies. Deze uitvoeringsconsequenties zijn in de meeste gevallen van toepassing op alle vijf behandelvormen. In sommige gevallen zijn de uitvoeringsconsequenties echter van toepassing op een deel van de behandelvormen.

3.2.1 Duidelijkheid voor cliënt over verzekerde behandeling en minder drempels tot zorg

⁶² In de huidige situatie bestaat onderscheid tussen cliënten in de Wlz die verblijf met en zonder behandeling uit de Wlz ontvangen. Op dit moment bepaalt de verblijfplaats waar de Wlz-verzekerde die zorg ontvangt de inhoud van het verzekerde pakket. Alleen cliënten die verblijven in een instelling en daar ook Wlz-behandeling ontvangen, kunnen aanspraak maken op de vijf in hoofdstuk 2 beschreven behandelvormen. Bij verblijf en VPT zonder verzilvering van behandeling komen deze zorgvormen ten laste van de Zvw, Wmo of voor eigen rekening. Hierdoor ontstaat rechtsongelijkheid tussen Wlz-cliënten met en zonder verzilvering van behandeling in een instelling. Dit geeft financiële en praktische belemmeringen. Een cliënt zonder behandeling is voor paramedische zorg aangewezen op de basisverzekering. Daar kunnen bijbetalingen aan de orde zijn door beperkingen in het aantal zittingen. Terwijl het de

verantwoordelijkheid van de instelling is dat een cliënt met verzilvering van behandeling de benodigde paramedische zorg ontvangt. Ook ontstaan praktische belemmeringen. Zo is een cliënt zonder verzilvering van behandeling zelf verantwoordelijk voor tandheelkundige zorg, terwijl zorginstellingen voor cliënten met verzilvering van behandeling verantwoordelijk zijn voor mondzorg.

⁶³ Door de harmonisatie van behandeling in Wlz-instellingen verdwijnt het bestaande onderscheid tussen cliënten die behandeling in Wlz wel of niet verzilveren. Alle cliënten met een Wlz-indicatie ontvangen na de harmonisatie het brede, integrale Wlz-pakket inclusief de vijf behandelvormen. Daarmee is bij institutionele zorg de inhoud van het verzekerde Wlz-pakket niet meer afhankelijk van de verblijfsplek. De voorgestelde harmonisatie heeft daarom als algemene consequentie meer duidelijkheid voor de cliënt over de verzekerde behandeling en minder drempels tot zorg voor Wlz-cliënten in een instelling.

⁶⁴ De huidige onduidelijkheid kan ertoe leiden dat Wlz-cliënten zonder verzilvering van behandeling niet altijd de behandeling krijgen die zij nodig hebben. Als het pakketadvies wordt geïmplementeerd, maken deze cliënten aanspraak op verschillende behandelvormen in de Wlz. Hierdoor ontstaat meer gelijkheid onder Wlz-cliënten. Een mogelijk gevolg is dat het zorggebruik van cliënten die voorheen geen behandeling uit de Wlz ontvingen stijgt.

3.2.2 Kansen voor integraal en preventief optreden

⁶⁵ Het Zorginstituut stelt, dat het voor zorginstellingen in de Wlz eenvoudiger is interdisciplinaire zorg te organiseren dan binnen de Zvw. De interdisciplinaire zorg aan cliënten komt tegemoet aan cliënten met een complexe zorgvraag. Een breed palet aan beroepsbeoefenaren is betrokken bij de behandeling van Wlz-cliënten. In de huidige situatie verschillen de mogelijkheden voor behandelaren om interdisciplinair samen te werken voor cliënten met en zonder verzilvering van behandeling. De Wlz gaat uit van een integrale benadering, waardoor het over het algemeen voor cliënten met verzilvering van behandeling beter mogelijk is interdisciplinair samen te werken en bijvoorbeeld niet-patiëntgebonden tijd (zoals: multidisciplinair overleg) te schrijven. Voor Wlz-cliënten zonder behandeling is het organiseren van deze samenwerking lastiger, bijvoorbeeld: omdat diverse behandelaren uit de eerstelijns betrokken zijn. De wijze waarop behandelaren interdisciplinair samenwerken is echter afhankelijk van de afspraken tussen de zorginstelling en behandelaar.

⁶⁶ Bij harmonisatie van behandeling in de Wlz is het ook aannemelijker dat behandelaren nabij zijn waardoor zij preventief kunnen optreden voor alle Wlz-cliënten. Dit hangt ook af van de wijze waarop de behandelfunctie wordt ingericht. Bij implementatie van het advies kunnen de mogelijkheden om interdisciplinair samen te werken en preventief op te treden toenemen voor cliënten die nu

Wlz-zorg zonder verzilvering van behandeling ontvangen. Dit betreft vroegsignalering of het voorkomen van verergering van, complicaties, aandoeningen en beperkingen bij een cliënt. Het betrekken van een diëtist (bij bijvoorbeeld: slikproblemen) is een voorbeeld van interdisciplinaire samenwerking dat preventief optreden bevordert. Diëtisten bijvoorbeeld zijn in de huidige situatie in de meeste gevallen niet betrokken bij cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling. Bij cliënten met een Wlz-indicatie met behandeling worden diëtisten vaker betrokken. Dit onderscheid verdwijnt bij implementatie van het advies.

3.2.3 Afhankelijk van de inrichting door zorginstelling heeft cliënt mogelijk beperktere keuze

⁶⁷ Cliënten met een Wlz-indicatie zonder behandeling kunnen, voor zover dat praktisch haalbaar is, hun eigen behandelaars vanuit de thuissituatie meenemen of kiezen. Voor cliënten met behandeling bestaat deze keuze in mindere mate. Zij maken gebruik van behandelaars waar de instelling afspraken mee heeft. Bij de harmonisatie van behandeling kan een verandering optreden voor Wlz-cliënten zonder behandeling. Deze cliënten zijn bij harmonisering ook aangewezen op behandelaars waar de zorginstelling afspraken mee maakt. Daarmee is het niet uitgesloten dat de zorginstelling afspraken maakt met de huidige behandelaars van Wlz-cliënten zonder behandeling, waardoor de situatie voor cliënten hetzelfde blijft. Als zorginstellingen geen afspraken maken

met de behandelaars van Wlz-cliënten zonder behandeling, zullen deze cliënten bij implementatie van het advies moeten overstappen naar een andere behandelaar. Het is hierbij van belang cliënten goed te informeren, te wijzen op de voordelen van het overstappen naar een behandelaar waar de instelling mee samenwerkt en duidelijk te communiceren in het overgangsproces. Daarnaast is het van belang afspraken te maken over de overgangssituatie.

⁶⁸ Zorginstellingen geven aan dat de overgang naar een Wlz-indicatie met behandeling, en daarmee het beperkte keuzeaanbod van behandelaars in de praktijk, weinig problemen oplevert. Een fysieke verhuizing vanuit de thuissituatie naar een andere wijk, dorp of stad, leidt doorgaans tot wijziging van huisarts in verband met afstand tot de huisartsenpraktijk. Bij zorginstellingen werken over het algemeen verschillende behandelaars, waardoor cliënten ook tussen behandelaars kunnen kiezen. Angst voor het onbekende kan een belangrijke reden voor cliënten zijn om graag bij hun vertrouwde behandelaar te blijven. Daarnaast kan de cliënt (en diens familie) een jarenlange relatie hebben opgebouwd met de behandelaar, waardoor de cliënt deze volledig vertrouwt.

⁶⁹ Deze uitvoeringsconsequentie geldt in mindere mate voor geneesmiddelen, omdat het aanbod daarvan voor cliënten zonder verzilvering van behandeling eveneens beperkt wordt door de inkoop van zorgverzekeraar (preferentiebeleid). Desalniettemin uitten deelnemers in dit onderzoek hun zorgen over de mogelijkheid dat het

aanbod van geneesmiddelen nog beperkter wordt als zorginstellingen deze inkoop voor cliënten met een Wlz-indicatie.

3.2.4 Verschuiving van de verantwoordelijkheid betekent een verschuiving van afspraken en inkoopvolume

⁷⁰ Voor cliënten zonder behandeling ligt de verantwoordelijkheid voor het maken van afspraken met behandelaars nu bij zorgverzekeraars (bijvoorbeeld voor paramedische zorg), bij gemeenten (bijvoorbeeld voor mobiliteitshulpmiddelen) en bij de cliënt zelf (bijvoorbeeld voor het inschrijven bij de huisarts). Bij harmonisatie verschuift de verantwoordelijkheid voor het organiseren van behandeling voor deze cliënten naar de zorginstelling. Dit vergt aanvullende afspraken tussen zorginstellingen en bijvoorbeeld (huis)artsen, paramedici, leveranciers en mondzorgverleners.

⁷¹ Door de verschuiving van (inkoop)afspraken verschuift inkoopvolume van zorgverzekeraars naar zorginstellingen (voor generiek geneeskundige-, paramedische- en farmaceutische zorg en een deel van de persoonsgebonden hulpmiddelen, zoals: verbandmiddelen) en inkoopvolume van gemeenten naar zorgkantoren (voor mobiliteitshulpmiddelen). Dit kan invloed hebben op de prijsafspraken, omdat de volumes wijzigen. Mogelijk kunnen zorginstellingen bijvoorbeeld in het geval van hulpmiddelen het ingekochte aanbod doelmatiger op elkaar afstemmen.

⁷² De verschuiving van verantwoordelijkheid biedt zorginstellingen de gelegenheid afspraken te maken over informatie-uitwisseling en samenwerking. Voor farmaceutische zorg en paramedische zorg biedt de verschuiving momentum om na te denken over organisatie en hernieuwde afspraken te maken. Het maken van aanvullende afspraken met bijvoorbeeld huisartsen en paramedici, heeft gevolgen voor de administratieve lasten van zorginstellingen en behandelaars. Deze behandelaars hebben in de huidige situatie vaak alleen afspraken met zorgverzekeraars. Aan de andere kant hebben diverse zorginstellingen met een eigen behandeldienst voor hun Wlz-cliënten zonder behandeling in de huidige situatie afspraken met zorgverzekeraars om deze cliënten vanuit de Zvw te behandelen. Deze afspraken komen met de harmonisatie van behandeling in de Wlz te vervallen.

3.3 Specifiek: generieke geneeskundige zorg

3.3.1 Toegankelijkheid van artsfunctie voor Wlz-cliënten naar verwachting verder onder druk

⁷³ Voor cliënten met Wlz-indicatie met verzilvering van behandeling is de zorginstelling verantwoordelijk voor de generiek geneeskundige zorg. Voor cliënten waarvoor de behandeling niet verzilverd is, komt de generiek geneeskundige zorg over het algemeen uit de eerstelijns. Uit de meest recente arbeidsmarktmonitor onder artsen blijkt een groot tekort aan SO's (16,7%) en AVG's (12,5%) (Medisch Contact

46, 16 november 2017). Op plaatsen waar tekorten aan artsen zijn, of tekorten dreigen, worden soms verpleegkundig specialisten (VS'en) ingezet. De verpleegkundig specialisten zijn master opgeleide hbo-professionals die naast continuïteit van zorg, ook zorg dragen voor de verbinding tussen de medische vraagstukken en het functioneren van de cliënt. Deze verpleegkundig opgeleide beroepsgroepen voeren veelal medische taken uit in opdracht van, en onder supervisie van, de arts. Waarbij sprake is van taakdelegatie waarbij de verantwoordelijkheid voor de medische zorg bij de arts ligt.

⁷⁴ Bij harmonisatie van behandeling in de Wlz worden zorginstellingen voor alle cliënten verantwoordelijk voor behandeling in de Wlz. Door het tekort aan SO's en AVG's en vanuit bepaalde visies, is de verwachting dat zorginstellingen net als in de huidige situatie voor (een deel van) de generiek geneeskundige zorg een beroep doen op: huisartsen, VS'en en basisartsen, om de artsfunctie in te vullen. Hiervoor moeten zorginstellingen afspraken met huisartsen maken. In de Zvw heeft iedere cliënt recht op huisartsenzorg (het is niet verplicht bij een praktijk ingeschreven te staan). Doordat oudere mensen langer thuis blijven wonen en dus langer een beroep doen op hun huisarts, en de toename van complexe zorgvragen, neemt de druk op huisartsen toe. Daarnaast het (net als in de huidige situatie) aan de huisarts om de afweging te maken, of hij/zij competent is cliënten in de Wlz te behandelen en of de randvoorwaarden daarvoor toereikend zijn, voordat de huisarts

afspraken met zorginstellingen gaat maken over de behandeling aan cliënten in de Wlz.

⁷⁵ Zorginstellingen ervaren in toenemende mate, dat de druk op huisartsen negatieve invloed heeft op de beschikbaarheid van huisartsen voor cliënten in de Wlz. De capaciteit van artsen is nu al een probleem in de praktijk. Huisartsen geven steeds vaker aan zich niet bekwaam te voelen voor zorg aan complexe cliënten. Instellingen geven aan dat door de schaarste de kosten voor huisartsenzorg aan Wlz-cliënten (met verzilvering van behandeling) nu al onder druk staan, ook omdat tariefregulering voor artsenzorg binnen de Wlz ontbreekt. Zorginstellingen vrezen, dat bij harmonisatie van behandeling in de Wlz de schaarste aan huisartsen verder toeneemt, wat een negatief effect kan hebben op de kosten. Het inzetten van verpleegkundig specialisten kan bijdragen aan efficiënte inzet van schaarse artsencapaciteit. Door de grote vraag naar VS'en is het voor zorginstellingen lastig deze aan zich te binden en door de opleidingseisen duurt het opleiden van VS'en lang, waardoor de beschikbaarheid van VS'en eveneens onder druk staat.

3.3.2 Inrichting en kosten avond-, nacht- en weekenddiensten

⁷⁶ Voor cliënten met een Wlz-indicatie met verzilvering van behandeling, is de zorginstelling verantwoordelijk voor de inrichting van de avond-, nacht-, of weekenddiensten (ANW-diensten). Voor

cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling wordt de ANW over het algemeen verzorgd uit de eerstelijns.

⁷⁷ Bij harmonisatie van behandeling in de Wlz wordt de zorginstelling verantwoordelijk voor de inrichting van de ANW-diensten. Indien zorginstellingen afspraken met huisartsen maken, is het van belang de achterwacht van de ANW-diensten bij het maken van afspraken te betrekken. De huisartsenposten (HAP's) vormen de achterwacht voor de huisartsen en moeten, indien zorginstellingen afspraken maken met huisartsen over de 24-uurszorg, met veel verschillende afspraken werken. Het is van belang hierover voor de ANW-uren aan de voorkant afspraken te maken over:

- a. Bereikbaarheid;
- b. Capaciteit;
- c. Verpleegkundige voorwacht;
- d. Informatie-uitwisseling.

⁷⁸ Naast de ANW-zorg door de HAP zijn er nog andere mogelijkheden om de ANW-zorg in te richten. Zorginstellingen geven aan dat de kosten voor de inrichting van ANW-uren in de huidige situatie een groot beslag leggen op het totale instellingsbudget. In dit onderzoek kwam naar voren dat zorginstellingen vrezen, dat de kosten voor de ANW-diensten, door het tekort aan artsen, verder oplopen als behandeling in de Wlz wordt geharmoniseerd en zorginstellingen daarmee verantwoordelijk worden voor de inrichting van de ANW-uren voor alle Wlz-cliënten bij institutionele zorg.

3.4 Specifiek: farmaceutische zorg

3.4.1 Meer grip op medicatieveiligheid

⁷⁹ De zorginstelling is voor cliënten met een Wlz-indicatie met verzilvering van behandeling verantwoordelijk voor de gehele farmaceutische zorg. Voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling is de apotheek die verbonden is aan de huisarts verantwoordelijk voor de farmaceutische zorg. Afhankelijk van de wijze waarop de farmaceutische zorg georganiseerd is, kan een zorginstelling voor de cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van behandeling met verschillende apothekers te maken hebben. Dit kan lastig zijn voor de zorgverleners die de medicijnen toedienen en fouten in de hand werken, waardoor de medicatieveiligheid in het geding kan komen.

⁸⁰ Door de harmonisatie van behandeling in de Wlz komt de verantwoordelijkheid voor farmaceutische zorg bij zorginstelling te liggen. Zorginstellingen kunnen een apotheekoplossing kiezen die bij hun organisatievorm past. Het wordt voor zorginstellingen eenvoudiger de farmaceutische zorg te bundelen bij één openbare of gespecialiseerde apotheek in plaats van te werken met verschillende apotheken.

⁸¹ Deze verschuiving kan bijdragen aan de medicatieveiligheid en reduceert de werklust voor zorginstellingen. Zorginstellingen kunnen

heldere afspraken over verantwoordelijkheden maken met één apotheek of apotheker, dit heeft verschillende voordelen:

- a. Het werken met één aanspreekpunt kan de medicatieveiligheid ten goede komen;
- b. De medicatieveiligheid gaat omhoog, doordat met eenduidige toedienlijsten wordt gewerkt (dit gebeurt in de praktijk al door de toegenomen aandacht voor medicatieveiligheid door IGJ);
- c. Cliënten gebruiken dezelfde medicatie (in tegenstelling tot in de Zvw, waar preferentiebeleid van verzekeraars leidend is), dit maakt het dus makkelijker voor de zorg.

3.4.2 Meer aandacht veelzijdigheid farmaceutische zorg

⁸² Farmaceutische zorg is breder dan het verstrekken van geneesmiddelen. De kosten voor farmaceutische zorg bestaan grofweg voor de helft uit kosten voor geneesmiddelen. De overige kosten gaan naar diensten binnen de farmaceutische zorg. Farmaceutische zorg wordt verleend op verschillende niveaus, namelijk op strategisch-, tactisch- en operationeel niveau. Op operationeel niveau vindt het proces van voorschrijving tot uitgifte van medicatie aan cliënten plaats. Op tactisch niveau gaat het bijvoorbeeld om de medicatiebeoordeling door apothekers en het FTO. De apotheek of apotheker is minimaal betrokken bij deze activiteiten. Additionele diensten kan een instelling inkopen bij de apotheek. Op strategisch niveau bevindt zich het beleid en de medicatieveiligheid.

⁸³ Bij harmonisatie van behandeling in de Wlz moeten zorginstellingen afspraken maken over alle aspecten van farmaceutische zorg. De ervaring leert dat zorginstellingen in het begin niet snel afspraken op strategisch niveau maken. De verwachting is dat hier een ingroei effect in zit en zorginstellingen op termijn meer aandacht krijgen voor afspraken op beleidsniveau, wat de medicatieveiligheid ten goede komt.

3.4.3 Kans tot verbeteren informatie-uitwisseling

⁸⁴ De informatieoverdracht tussen apothekers en (huis)artsen (in verschillende rayons) vormt in de huidige situatie voor cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilvering van de behandeling een belemmering. Beperkt inzicht in en complexe uitwisseling van informatie vormt een risico.

⁸⁵ De harmonisatie biedt instellingen de kans risico's van beperkt inzicht en complexe uitwisseling van informatie te verkleinen, door te kiezen met één openbare of gespecialiseerde apotheek te werken. Wanneer zorginstellingen bij implementatie van het advies het model van samenwerking met meerdere openbare apotheken hanteren, blijft deze belemmering bestaan. Instellingen die kiezen om met één openbare of gespecialiseerde apotheek te werken, verkleinen dit risico.

3.5 Specifiek: paramedische zorg

3.5.1 Meer ruimte voor specialisatie

⁸⁶ Voor cliënten met een Wlz-indicatie met verzilvering van behandeling, is de zorginstelling verantwoordelijk voor de paramedische zorg. Voor cliënten zonder verzilverde behandeling, komt de paramedische zorg over het algemeen uit de eerstelijns, waarbij de paramedici in dienst kunnen zijn van een instelling die afspraken heeft met zorgverzekeraars voor het leveren van paramedische zorg aan cliënten met een Wlz-indicatie zonder verzilverde behandeling.

⁸⁷ Door de harmonisatie van behandeling in de Wlz wordt de zorginstelling verantwoordelijkheid voor paramedische zorg voor alle cliënten met een Wlz-indicatie. Zorginstellingen kunnen de paramedische zorg uit de eerstelijns (blijven) halen door afspraken te maken of eigen paramedici inzetten. Zorginstellingen kunnen bewust kiezen voor gespecialiseerde paramedici uit de eerstelijns, of ruimte bieden aan paramedici in dienst van de zorginstelling om zich te specialiseren binnen hun vakgebied om zo nog beter aan te sluiten bij de vraag van cliënten.

⁸⁸ Paramedici werkzaam in de instelling zijn in veel gevallen gespecialiseerd in aandoeningsgerelateerde vragen (bijvoorbeeld: slikproblemen), waardoor de verwachting is dat de paramedische

zorg op dit punt verbeterd kan worden. Voor cliënten met niet-aandoeningsgerelateerde vragen hebben waarvoor een zorginstelling geen gespecialiseerde paramedicus in dienst heeft, is het van belang de juiste expertise in te schakelen. In dat geval moeten zorginstellingen ook een prikkel hebben iemand buiten de instelling te vragen. Of deze prikkel voldoende aanwezig is, hangt ook af van de bekostiging.

3.6 Specifiek: hulpmiddelen

⁸⁹ De harmonisatie van behandeling in de Wlz heeft voor hulpmiddelen de volgende twee transities tot gevolg:

- a. Een transitie van mobiliteitshulpmiddelen uit de Wmo naar de Wlz;
- b. Een transitie van de verzekerde hulpmiddelen uit de Zvw naar de Wlz.

3.6.1 Transitie van hulpmiddelen naar de Wlz leidt tot een overzichtelijkere situatie voor instellingen en cliënten

⁹⁰ In de huidige situatie komen de persoonsgebonden hulpmiddelen voor cliënten zonder verzilvering van behandeling helemaal uit de Zvw en voor cliënten met verzilvering van behandeling gedeeltelijk (betreft hulpmiddelen die onderdeel zijn van de basisverzekering) uit de Zvw. De harmonisatie van behandeling betekent, dat alle persoonsgebonden hulpmiddelen aan cliënten in een Wlz-instelling

vanuit de Wlz worden verstrekt. Dit leidt voor hulpmiddelen tot een overzichtelijkere situatie voor instellingen en cliënten van instellingen die in de toekomst onder de definitie van instellingszorg vallen.

3.6.2 Bredere aanspraak op hulpmiddelen

⁹¹ De transitie van mobiliteitshulpmiddelen uit de Wmo naar de Wlz, zorgt voor meer duidelijkheid over de aanspraak en een uitbreiding van de mobiliteitshulpmiddelen die op basis van de Wlz zullen worden verstrekt. In de huidige situatie kunnen cliënten waarbij sprake is van een relatie tussen de opname-indicatie, de daaraan gerelateerde zorg en het in te zetten hulpmiddel een beroep doen op een beperkt aanbod van persoonsgebonden hulpmiddelen. Alle cliënten met een Wlz-indicatie krijgen bij harmonisatie van behandeling in de Wlz de benodigde mobiliteitshulpmiddelen vergoed uit de Wlz.

⁹² Deze transitie van hulpmiddelen heeft gevolgen voor de zorgkantoren. Het aantal cliënten neemt toe en het aanbod van meer verschillende hulpmiddelen neemt toe, waardoor de werklust voor de beoordeling van aanvragen voor zorgkantoren structureel toeneemt¹⁶. De zorgkantoren moeten hiervoor een nieuw beoordelingskader maken en hun informatiesysteem moet worden aangepast.

¹⁶ De werklust voor gemeenten voor de verstrekking van hulpmiddelen neemt af.

⁹³ Met de transitie van persoonsgebonden hulpmiddelen vanuit de Zvw naar de Wlz wordt het pakket voor alle Wlz-cliënten (zowel Wlz-cliënten die de behandeling nu wel en niet verzilverd hebben) uitgebreid met hulpmiddelen die nu vanuit de Zvw worden verstrekt.

⁹⁴ Deze transitie van persoonsgebonden hulpmiddelen betekent ook dat afspraken moeten worden gemaakt tussen de verstrekkers zorgverzekeraars en zorgkantoren en leveranciers, over hoe moet worden omgegaan met hulpmiddelen die eerder onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar zijn verstrekt en die na de overheveling een verantwoordelijkheid worden van het zorgkantoor. Voor de mobiliteitshulpmiddelen is hierover al de afspraak gemaakt: de gemeente blijft verantwoordelijk voor reeds verstrekte hulpmiddelen totdat ze niet meer bruikbaar zijn. Voor persoonsgebonden hulpmiddelen uit de Zvw (zoals: het gehoorapparaat) moeten nog afspraken gemaakt worden over hoe partijen hiermee omgaan.

⁹⁵ De transitie van de hulpmiddelen heeft ook gevolgen voor de financiering van hulpmiddelen. De NZa brengt hierover een advies uit. Dit heeft consequenties voor de inrichting van de processen binnen instellingen en met het zorgkantoor en de leverancier.

3.6.3 Naar verwachting kortere doorlooptijden voor aanvraag mobiliteitshulpmiddelen (Wlz in plaats van de Wmo)

⁹⁶ Een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel duurt bij gemeenten vaak langer dan bij zorgkantoren, doordat gemeenten de persoonlijke situatie van de cliënten in zijn geheel bekijken met als doel integrale ondersteuning te bieden. De dynamiek in de Wmo is daarmee anders dan in de Wlz, waarbij sprake is van een gestandaardiseerde aanvraagprocedure bij het zorgkantoor. Daarmee kan de harmonisatie ertoe leiden dat de cliënt sneller over zijn mobiliteitshulpmiddel kan beschikken.

⁹⁷ Voor Wlz-cliënten met verzilvering van behandeling is vaak een professional betrokken bij de in de Wlz gestandaardiseerde aanvraag en afhandeling van mobiliteitshulpmiddelen. Dit kan ook tot kortere doorlooptijden leiden. Voor cliënten betekent dit, dat zij sneller beschikking hebben over mobiliteitshulpmiddelen en voor professionals dat zij minder tijd kwijt zijn met de aanvraag van mobiliteitshulpmiddelen.

3.6.4 Risico op minder keuze

⁹⁸ In de Zvw is vastgelegd, dat een zorgverzekeraar richting zijn verzekerde een zorgplicht heeft voor adequate hulpmiddelenzorg waar de cliënt wettelijke aanspraak op heeft. De reikwijdte van deze zorgplicht voor adequate hulpmiddelenzorg is vastgelegd in het

Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg¹⁷. In deze kwaliteitsstandaard is vastgelegd, dat bij het voorschrijven van een geschikt hulpmiddel wordt uitgegaan van 'functioneringsgericht' voorschrijven. Dit betekent dat bij het bepalen van de benodigde functionaliteiten van een hulpmiddel, rekening wordt gehouden met: de specifieke stoornis, beperkingen én participatieproblemen van de persoon die een hulpmiddel nodig heeft, zodat individueel maatwerk kan worden geboden. Bovendien is bepaald dat het proces van voorschrijven transparant en doelmatig is en er een brede keuze is voor de cliënt. Bij de transitie van hulpmiddelenzorg van de Zvw naar de Wlz is er een risico dat de cliënt minder keuzes krijgt voorgelegd als de financiering via het instellingsbudget verloopt, en de instelling de uitgaven optimaliseert waardoor spanning kan ontstaan tussen doelmatigheid en de meest wenselijke keuze voor een hulpmiddel. Bij de transitie van hulpmiddelenzorg aanspraken van Zvw naar Wlz, is een aandachtspunt hoe hiermee moet worden omgegaan. Een optie is de kwaliteitsafspraken vanuit de Zvw integraal over te nemen.

¹⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/06/08/kamerbrief-bestuurlijk-overleg-hulpmiddelen>.

3.7 Specifiek: tandheelkundige zorg

3.7.1 Capaciteitsproblemen bij betere toegankelijkheid tandheelkundige zorg in Wlz

⁹⁹ Voor cliënten met verzilvering van Wlz-behandeling is tandheelkundige zorg verzekerd onder de Wlz. De aanspraak voor verzekerden zonder verzilvering van behandeling is veel beperkter. Voor ouderen op een verblijfsplek zonder Wlz-behandeling is tandheelkundige zorg geen wettelijk verzekerde zorg, maar gelden de beperkingen van het basispakket Zvw. Er bestaan in de huidige situatie binnen de Zvw meer drempels om gebruik te maken van mondzorg, dan voor cliënten met een Wlz-indicatie met verzilvering van behandeling. Onder andere: eigen betalingen, het niet afsluiten van aanvullende verzekeringen maar ook de logistiek om bij een tandarts te komen, hebben een remmende werking.

¹⁰⁰ Door het huidige pakketonderscheid krijgen cliënten mogelijk niet de mondzorg die zij nodig hebben, omdat zij zelf verantwoordelijk zijn maar dit praktisch niet kunnen organiseren. Deze drempels worden naar verwachting grotendeels weggenomen bij de harmonisatie van behandeling in de Wlz, want dan worden zorginstellingen

verantwoordelijk voor de organisatie van tandheelkundige zorg voor alle cliënten met een Wlz-indicatie¹⁸.

¹⁰¹ Uit ons onderzoek volgt dat de verwachting is dat bij de harmonisatie van behandeling in de Wlz de zorgvraag naar mondzorg zal toenemen voor cliënten die nu een Wlz-indicatie zonder verzekerde tandheelkundige zorg hebben. Het is de verwachting dat hierdoor capaciteitsproblemen ontstaan. De laatste jaren leidt meer aandacht voor mondzorg in het kader van welzijn en verscherpt toezicht tot een toenemende vraag naar mondzorgverleners waardoor de beschikbaarheid van mondzorgverleners onder druk staat.

3.7.2 Meer aandacht voor mondzorg

¹⁰² Zorginstellingen worden bij implementatie van het advies verantwoordelijk voor mondzorg. Dit kan een positief effect hebben op de aandacht voor mondzorg ten opzichte van de huidige situatie. Daarnaast is de verwachting dat de verantwoordelijkheid ook invloed heeft op de aandacht van verzorgend personeel voor preventieve mondzorg, dit is nu nog vaak onderbelicht. Oorzaken hiervan zijn

¹⁸ Bij ouderen die vanuit de thuissituatie (Zvw) naar een Wlz-instelling met behandeling verhuizen, constateren mondzorgverleners vaak achterstallig onderhoud aan het gebit.

gebrek aan kennis en een hoge werkdruk waardoor mondzorg vaak geen prioriteit heeft¹⁹.

3.8 Aandachtspunten

3.8.1 Reikwijdte begrip institutionele zorg

¹⁰³ Het Zorginstituut constateert, dat de huidige Wlz-pakketten met en zonder behandeling in instellingen leiden tot rechtsongelijkheid, onduidelijkheid over de regie op medische zorg, administratieve lasten en risico's (bijvoorbeeld: medicijnverstrekking). Het advies van het Zorginstituut stelt voor dit probleem op te lossen door de verzekerde pakketten bij institutionele zorg (in een instelling of een daarop lijkende situatie) te harmoniseren. Het Zorginstituut verstaat onder institutionele zorg de leveringsvormen verblijf en het volledig pakket thuis in een geclusterde setting.

¹⁰⁴ Volgens de huidige regelgeving komen de generieke geneeskundige zorg (artsenfunctie), farmaceutische zorg, paramedische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg bij het VPT ten laste van de Zvw. Uit ons onderzoek is naar voren gekomen dat in de uitvoeringspraktijk onduidelijkheid bestaat over het VPT inclusief behandeling, waarbij de vijf behandelvormen enerzijds

¹⁹ <https://voedingenmondgezondheid.nl/2015/09/25/gert-jan-van-der-putten-specialist-ouderengeneeskunde-kijkt-in-de-mond-van-zijn-clienten/>.

geleverd worden vanuit de Zvw en anderzijds geleverd worden ten laste van de Wlz (in analogie met verblijfszorg/zzp's inclusief behandeling). Deze onduidelijkheid rond VPT inclusief behandeling verdient ons inziens nog nadere aandacht.

¹⁰⁵ In het onderzoek geven partijen aan dat de huidige invulling van institutionele zorg door het Zorginstituut in kleinschalige woonvormen leidt tot ongewenste ongelijkheid tussen cliënten met verblijf en VPT en cliënten die zorg ontvangen in de vorm van pgb. Voor met name huisartsen leidt de invulling van het begrip institutionele zorg, en de reikwijdte van dat begrip, niet tot meer duidelijkheid, omdat cliënten in kleinschalige woonvormen vaak verschillende leveringsvormen (zowel verblijf, VPT als pgb) hebben en het voor huisartsen niet duidelijk is hoe de behandeling verzekerd is. De toename van kleinschalige woonvormen gefinancierd met pgb leidt, in het kader van meer gelijkheid onder Wlz-cliënten, tot de vraag of pgb ook onder de reikwijdte van het begrip institutionele zorg zou moeten vallen. De reikwijdte van het begrip institutionele zorg verdient ons inziens nog nadere aandacht.

3.8.2 Specifieke aandacht voor zorg gedragkundige

¹⁰⁶ In dit onderzoek hebben wij onderscheid gemaakt tussen vijf behandelvormen, namelijk: de artsfunctie, farmaceutische zorg, paramedische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg. Naar aanleiding van het onderzoekstraject, is het aan te bevelen naast de

vijf behandelvormen specifiek de uitvoeringspraktijk van de 'geneeskundige zorg van specifiek gedragswetenschappelijke aard' (als opgenomen in artikel 3.1.1., lid 1 onder c en de (samenhang met) behandeling van psychische stoornis (als opgenomen in artikel 3.1.1., lid 1 onder d) in de ouderen- en gehandicaptenzorg in kaart te brengen. Het betreft hier onder meer zorg van gedragsdeskundigen, zoals: de orthopedagoog en de psycholoog. Uit het onderzoek komt naar voren, dat de zorg door de gedragsdeskundigen moeilijk onder de artsfunctie of de paramedische zorg is te scharen. Dit verdient nog extra aandacht.

3.8.3 Uitwerking in de praktijk afhankelijk van wijze bekostiging

¹⁰⁷ Het Zorginstituut geeft aan, dat het huidige pakketonderscheid leidt tot risico op verkeerde en dubbele declaraties en strategisch gedrag. Door harmonisatie in de Wlz wordt dit volgens het Zorginstituut verkleind en is mogelijk doelmatigheidswinst te behalen, omdat één zorginstelling verantwoordelijk wordt voor alle zorgverlening aan zijn Wlz-cliënten²⁰. Zoals hiervoor beschreven, kan de zorginstelling de vraag van cliënten en het ingekochte aanbod van de vijf behandelvormen doelmatiger op elkaar afstemmen. De mate waarin zorginstellingen hiertoe gestimuleerd worden, hangt mede af van de wijze van bekostiging. Er zijn nu verschillende wijzen van

²⁰ Zorginstituut Nederland (2017) Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten: Advies over behandeling en de aanvullende zorgvormen in de Wlz.

bekostiging zichtbaar tussen de behandelvormen. Voor de kosten voor huisartsenzorg aan Wlz-cliënten geven zorginstellingen aan dat deze nu al onder druk staan. Ook omdat tariefregulering voor artsenzorg voor cliënten met een zzp-bekostiging inclusief behandeling ontbreekt. Voor hulpmiddelen die uit het instellingsbudget betaald worden, zijn doelmatigheidsprikkels groter dan voor hulpmiddelen die bovenbudgettair bekostigd worden. De verrichtingen voor mondzorg worden nu bovenbudgettair vergoed. De NZa gaat advies uitbrengen over de financiering van behandeling. Dit heeft invloed op de uitwerking van het pakketadvies in de praktijk.

¹⁰⁸ Het goed inrichten van de behandelfunctie in de Wlz kan mogelijk bijdragen aan preventie en het verminderen van acute ziekenhuisopnamen. Het verdient aanbeveling dit nader te onderzoeken, omdat dit kan bijdragen aan het leveren van zorg op de juiste plek en het ontlasten van de acute zorgketen.

3.8.4 Informatieoverdracht essentieel

¹⁰⁹ Informatieoverdracht is essentieel om kwalitatief goede interdisciplinaire zorg en behandeling te leveren. HHM constateert dat samenhangende en integrale zorg in de huidige praktijk lastig te realiseren is, omdat dossieroverdracht tussen de twee typen behandelaren niet altijd vanzelfsprekend is²¹. De harmonisatie van

²¹ HHM (2015). Achtergrondstudie Positionering Wlz-behandeling en aanvullende zorgvormen.

behandeling in de Wlz biedt zorginstellingen de gelegenheid afspraken te maken over informatie-uitwisseling, maar dat neemt niet alle knelpunten rondom het delen van informatie weg. Zo zijn niet alle behandelaren aangesloten op het Landelijk Schakelpunt (LSP) aangesloten en werkt de HAP over het algemeen in andere systemen dan huisartsen. De mate waarin informatieoverdracht gefaciliteerd wordt met harmonisatie van behandeling in de Wlz, hangt af van de wijze waarop de behandeling wordt ingericht, en de afspraken die zorginstellingen kunnen maken over informatieoverdracht, rekeninghoudend met de dossiers waarmee de verschillende partijen werken.

3.8.5 Zorgvuldige implementatie van belang

¹¹⁰ Een zorgvuldige implementatie van dit advies is van belang. Om de implementatie goed vorm te geven, worden stakeholders graag betrokken bij het proces tot aan de implementatie. Voor een zachte landing helpt een goede afweging over de snelheid waarmee dit advies wordt ingevoerd. De harmonisatie kan mogelijk gefaseerd en geleidelijk worden doorgevoerd. Fasering kan bijdragen aan een beeld van wat in de praktijk nodig is, om integrale behandeling in de Wlz goed te organiseren.

3.8.6 Aanvullende behandelvorm ggz buiten scope onderzoek

¹¹¹ Het Zorginstituut heeft begin maart 2018 een nader advies uitgebracht over de positionering van behandeling van een psychische stoornis²². Cliënten die ten gevolge van een psychische stoornis, al dan niet in combinatie met andere grondslagen, voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, hebben over het algemeen behoefte aan integrale zorg, en zouden daarom aanspraak moeten hebben op een integraal Wlz-pakket, inclusief: behandeling en de aanvullende zorgvormen. Het Zorginstituut adviseert het pakketadvies onverkort van toepassing te laten zijn op de ggz-doelgroep, waarbij goede zorg voorop is gesteld en het aan instellingen is, waar mogelijk, cliënten keuzevrijheid te bieden. Deze doelgroep is buiten de scope van het onderzoek gebleven.

²² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/03/07/advies-over-de-positionering-van-behandeling-in-de-wlz>.

4. Reflectie

¹¹² Bij implementatie van het pakketadvies worden zorginstellingen verantwoordelijk voor inrichting van behandeling aan alle Wlz-cliënten in institutionele zorg. Hiermee wordt de verantwoordelijkheid van zorginstellingen groter. Een deel van de zorginstellingen heeft de behandelfunctie in de huidige situatie al ingericht voor Wlz-cliënten met verzilvering van behandeling. De harmonisatie van behandeling in de Wlz zal met name voor (kleinere) instellingen met alleen Wlz-cliënten zonder verzilvering van behandeling een uitdaging vormen.

¹¹³ Implementatie van het pakketadvies doet een beroep op de organisatiekracht van zorginstellingen. Wij hopen dat dit onderzoek naar de praktijkvariatie en de uitvoeringsconsequenties van het pakketadvies bijdraagt aan de inrichting van de aanvullende behandelvormen voor Wlz-cliënten. Dit rapport bevat als bijlage A een keuzehulp waar zorginstellingen, bij implementatie van het advies, rekening mee kunnen houden bij het inrichten van de behandelfunctie. Dit onderzoek en de keuzehulp laten zien dat de bekostiging (zonder verzilvering van behandeling via de Zvw of met verzilvering van behandeling via de Wlz) los staat van de wijze waarop de behandelfunctie in de praktijk is ingericht.

¹¹⁴ Het onderzoek en de keuzehulp dragen bij aan de dialoog binnen zorginstellingen over de inrichting van de behandelfunctie die aansluit bij de visie van de organisatie. Dit onderzoek laat zien dat er verschillende manieren zijn om de behandelfunctie in te richten. Instellingen dienen oog te hebben voor de verschillende vormen waarop zij de behandelfunctie kunnen inrichten. Er is hierbij niet één duidelijk beste optie. Iedere mogelijkheid kent zijn voor- en nadelen waarbij de context en visie van de instelling mede bepaalt wat de beste optie is. Daarbij is het van belang de mogelijkheden goed af te wegen en te voorkomen dat afwegingen worden gemaakt op basis van algemene beelden en opvattingen over de zorg. Eén van de meest belangrijke contextfactoren betreft de situatie op de arbeidsmarkt. De huidige krapte op de arbeidsmarkt vraagt van zorginstellingen om samenwerking te benutten en zo slim mogelijk om te gaan met beschikbare capaciteit. Door de behandelfunctie op een weloverwogen manier in te richten kunnen zorginstellingen nu en in de toekomst kwalitatief goede en interdisciplinaire zorg en behandeling leveren aan Wlz-cliënten, ook als sprake is van een krappe arbeidsmarkt. Het helpt hierbij de dialoog te zoeken met de verschillende disciplines binnen en buiten de organisatie om te zien wie welke rol kan en wil spelen.

BIJLAGE A KEUZEHULP

‘Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten’

Keuzehulp organisatie

Wlz-behandeling

Dit document bevat aandachtspunten waar zorginstellingen, bij implementatie van het advies ‘Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten’, rekening mee kunnen houden bij het inrichten van de behandel functie. Over dit advies van het Zorginstituut moet, ten tijde van het schrijven van deze keuzehulp, nog politieke besluitvorming plaatsvinden.

Deze keuzehulp kan zorginstellingen, zorgkantoren en behandelaars helpen de dialoog aan te gaan over de inrichting van de behandel functie. Bij deze dialoog blijft het van belang te realiseren hoe zorginstellingen de behandel functie nu hebben ingericht. Een deel van de instellingen heeft de behandel functie in de huidige situatie al ingericht voor Wlz-clie nten met verzilvering van behandeling.

Gevolgen van het advies

Zorginstellingen worden bij implementatie van het advies voor alle Wlz-clie nten in een instelling* verantwoordelijk voor het leveren van:

- Generiek geneeskundige zorg;
- Farmaceutische zorg;
- Paramedische zorg;
- Hulpmiddelen; en,
- Tandheelkundige zorg.

*verblijf en geclusterd wonen met volledig pakket thuis

Aandachtspunten

Bij het inrichten van de verschillende behandel functies zijn diverse overwegingen en aandachtspunten van belang. Stel uzelf bij de inrichting van de behandel functie in uw zorginstelling in ieder geval de volgende vragen:

- Levert uw organisatie nu al behandeling, inclusief de vijf aanvullende behandel functies, aan cliënten met verblijf met verzilvering van behandeling?
- Wat is de invloed van het advies op de visie van uw organisatie?
- Wat is nu georganiseerd (op instellingsniveau, per locatie en per cliënt) en wat is ervoor nodig om na invoering van het advies alle cliënten van behandeling te voorzien?
- Met welke omvang, situering en complexiteit van de doelgroep en de frequentie van behandeling heeft u als zorginstelling te maken?
- Welke situationele aspecten hebben invloed op de inrichting, zoals: het aanbod van professionals in uw regio en uw omvang als zorginstelling?
- Hoe maakt u interdisciplinair handelen, afstemming en goede verbinding tussen zorg en behandeling mogelijk?
- Welke rol heeft informatiedeling en privacy bij de inrichting van de behandel functies? En welke faciliteiten (bijvoorbeeld: ICT) heeft u tot uw beschikking?
- Op welke wijze wilt u vroegtijdig behandelaars (zowel intern als extern) bij het inrichtingsproces betrekken of consulteren?

Bovenstaande algemene vragen kunnen helpen te bepalen welke organisatievorm voor behandeling het beste past bij uw cliënten en u als aanbieder.



Behandelvorm:

Generieke geneeskundige zorg

In de huidige praktijk zien wij onderstaande organisatievormen en combinaties tussen deze vormen voor Wlz-cliënten met verzilvering van behandeling:

a. Specialist ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is in dienst van de zorginstelling;

b. Zorginstelling heeft afspraken met SO of AVG als zzp'er of via een externe partij;

c. Zorginstelling heeft afspraken met beperkt aantal huisartsen. SO of AVG wordt geconsulteerd.

Gevolgen van het advies

Zorginstellingen worden bij implementatie van het advies verantwoordelijk voor het leveren van alle generieke geneeskundige (de artsenzorg) zorg aan Wlz-cliënten in een instelling.

Aandachtspunten

Bij het inrichten van de behandel functie voor generieke geneeskundige zorg zijn diverse overwegingen en aandachtspunten van belang.

Stel uzelf bij de inrichting van de behandel functie in uw instelling in ieder geval de volgende vragen:

- Wat is het aanbod van SO's, AVG's en huisartsen in uw regio?
- Welke mogelijkheden zijn er met betrekking tot de inzet van verpleegkundig specialisten of basisartsen?
- Welke invloed heeft de omvang en spreiding van de artsenfunctie in uw organisatie op de inrichting?
- Op welke wijze zijn de taken en verantwoordelijkheden tussen de betrokken artsen belegd en onderling verdeeld?
- Op welke wijze wilt u de avond, nacht en weekendzorg inrichten?
- Op welke wijze kunnen huisartsen en huisartsenposten (HAP) vroegtijdig betrokken worden in het inrichtingsproces?

Bovenstaande punten kunnen helpen te bepalen welke vorm (a, b of c) het beste past bij uw cliënten en u als zorginstelling.



Behandelvorm:

Farmaceutische zorg

In de huidige praktijk zien wij onderstaande organisatievormen en combinaties tussen deze vormen voor Wlz-cliënten met verzilvering van behandeling:

a. Zorginstelling heeft een overeenkomst met één gespecialiseerde instellingsapotheek;

b. Zorginstelling heeft een overeenkomst met één of een beperkt aantal apotheken;

c. Diverse apotheken betrokken bij de farmaceutische zorg.

Gevolgen van het advies

Zorginstellingen worden bij implementatie van het advies verantwoordelijk voor het leveren van alle farmaceutische zorg aan Wlz-cliënten in een instelling. Het gaat zowel om de apothekersfunctie, levering van medicatie als het borgen van de medicatieveiligheid.

Aandachtspunten

Bij het inrichten van de behandelfunctie farmaceutische zorg zijn diverse overwegingen en aandachtspunten van belang. Stel uzelf bij de inrichting van de behandelfunctie in uw instelling in ieder geval de volgende vragen:

- Welke invloed heeft het aanbod van apotheker(s) en hun samenwerking met SO's, AVG's en huisartsen in uw regio op uw organisatie?
- Op welke wijze kunnen apothekers (en anderen) vroegtijdig betrokken worden in de inrichting van de farmaceutische zorg?
- Wat is de invloed van de inrichting van de farmaceutische zorg op logistiek en fysieke capaciteit (voor veilige opslag van medicatie) binnen uw organisatie?
- Op welke wijze worden de taken omtrent medicatieveiligheid en scholing bij de aangewezen professionals belegd?
- Hoe wordt medicatieveiligheid (van voorschrijven, verstrekken en beoordelen) gefaciliteerd door bijvoorbeeld ICT?

Bovenstaande punten kunnen helpen te bepalen welke vorm (a, b, c) het beste past bij uw cliënten en u als zorginstelling.



Behandelvorm: **Paramedische zorg**

In de huidige praktijk zien wij onderstaande organisatievormen en combinaties tussen deze vormen voor Wlz-cliënten met verzilvering van behandeling:

a. Diverse paramedici zijn in dienst van de zorginstelling;

b. Zorginstelling heeft afspraken met paramedici uit de eerstelijns;

c. Zorginstelling heeft afspraken met paramedici van een externe partij, bijvoorbeeld van een collega instelling of een zelfstandige behandeldienst.

Gevolgen van het advies

Zorginstellingen worden bij implementatie van het advies verantwoordelijk voor het leveren van alle paramedische (algemeen en specifieke) zorg aan Wlz cliënten in een instelling.

Aandachtspunten

Bij het inrichten van de behandel functie voor paramedische zorg zijn diverse overwegingen en aandachtspunten van belang. Stel uzelf bij de inrichting van de behandel functie in uw instelling in ieder geval de volgende vragen:

- Hoe zijn de taken omtrent scholing, preventie en mediatie bij de aangewezen paramedici belegd?
- In hoeverre ondersteunen de verschillende paramedici elkaar om tot een integrale paramedische behandeling te komen?
- In hoeverre vindt u het van belang te kunnen schakelen tussen paramedici van eenzelfde professie?
- In welke mate vindt u het van belang vakinhoudelijke paramedische kennis op te bouwen en te behouden binnen de zorginstelling? Het is mogelijk om behandeling te outsourcen (paramedici in te huren), te insourcen (paramedici in dienst te nemen), of een variant hierop in te richten.

Bovenstaande punten kunnen helpen te bepalen welke vorm (a, b of c) het beste past bij u als instelling en bij uw cliënten.



Behandelvorm: **Hulpmiddelen**

Gevolgen van het advies

Zorginstellingen worden bij implementatie van het advies verantwoordelijk voor het leveren van, en adviseren over, en onderhoud, herverstrekking, et cetera, van roerende voorzieningen/outillage hulpmiddelen (in de huidige situatie ook al uit de Wlz), persoonsgebonden hulpmiddelen (nu uit Wlz of Zvw) en mobiliteitshulpmiddelen (nu uit Wlz of Wmo) aan Wlz-cliënten in een instelling.

Aandachtspunten

Bij het inrichten van de behandel functie voor hulpmiddelen zijn per categorie diverse overwegingen en aandachtspunten van belang. Denk per type hulpmiddel in ieder geval aan de volgende punten:

Roerende voorzieningen/outillage hulpmiddelen

- Het maken van afspraken met één leverancier of met meerdere leveranciers. De inhoud van deze afspraken is afhankelijk van de vraag naar dit type hulpmiddelen (aantal cliënten) en de inkoopkracht van de zorginstelling (contracteren en managen van leveranciers).

Persoonsgebonden hulpmiddelen

Voor hulpmiddelen die vanuit het instellingsbudget worden betaald:

- Het maken van afspraken met één of meerdere leveranciers.

Voor hulpmiddelen die niet vanuit het instellingsbudget worden betaald:

- Bekendheid bij de behandelaren over de route naar het zorgkantoor voor het aanvragen van hulpmiddelen.

Mobiliteitshulpmiddelen

- Bekendheid bij de behandelaren over de route naar het zorgkantoor en de benodigde procedures voor het aanvragen van mobiliteitshulpmiddelen.

Denk voor alle hulpmiddelen ook aan het opslaan van de hulpmiddelen, hier is een bepaalde capaciteit voor nodig.



Behandelvorm: **Tandheelkundige zorg**

In de huidige praktijk zien wij dat zorginstellingen in meer of mindere mate afspraken hebben met mondzorgverleners voor Wlz-cliënten met verzilvering van behandeling:

a. Zorginstellingen stellen een ruimte (bij de instelling) beschikbaar aan de mondzorgverlener;

b. Zorginstellingen laten regelmatig een 'tandartsbus' langskomen;

c. Zorginstellingen hebben afspraken met een praktijk in de buurt van de instelling;

d. Zorginstellingen hebben afspraken met één of meerdere mondhygiënist(en);

e. Zorginstellingen hebben afspraken met een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

Aandachtspunten

Bij het inrichten van de behandel functie voor tandheelkundige zorg spelen diverse overwegingen en aandachtspunten een rol. Denk bij de inrichting van tandheelkundige zorg in ieder geval aan de volgende punten:

- Op welke wijze en op welke momenten wordt een mondhygiënist, tandprotheticus en/of tandarts ingezet voor mondzorg?
- Hoe belangrijk is de fysieke afstand tot de tandarts voor cliënten en hoe kan het vervoer naar de tandarts geregeld worden?

Bovenstaande aandachtspunten helpen na te denken over de inrichting van de tandheelkundige zorg.

Voor achtergrondinformatie bij deze keuzehulp verwijzen wij u naar het onderzoeksrapport: 'Onderzoek uitvoeringspraktijk Wlz-behandeling: Een onderzoek naar de praktijkvariatie en de uitvoeringsconsequenties van het pakketadvies'. Over het pakketadvies van het Zorginstituut moet, ten tijde van het schrijven van deze keuzehulp, nog politieke besluitvorming plaatsvinden.'

Gevolgen van het advies

Zorginstellingen worden bij implementatie van het advies verantwoordelijk voor tandheelkundige zorg aan alle Wlz-cliënten in een instelling. Materiaal, techniekkosten en het honorarium van mondzorgverleners worden nu bovenbudgettair vergoed. Overige kosten, zoals het beschikbaar stellen van een ruimte aan de mondzorgverlener, komen ten laste van het instellingsbudget.