

VERKENNEND ONDERZOEK PARAMEDISCHE ZORG BINNEN DE WLZ

RAPPORTAGE

AUTEUR(S)	Anouk van den Eeckhout, Paulette in 't Veld en Marjolijn Zwanepol
KENMERK	PiV/bv/3172
DATUM	4 oktober 2022
VERSIE	Definitief

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Doel en scope van het onderzoek	3
1.3	Aanpak	4
1.4	Leeswijzer	4
2	Context	5
2.1	Context	5
2.2	Aanspraak paramedische zorg in de Wlz	5
2.3	Aanspraak paramedische zorg voor Wlz-cliënten in de Zvw.	6
2.4	Verschillende leveringsvormen in de Wlz	6
2.5	Bekostiging van specifieke paramedische zorg via het instellingsbudget of prestatiecode H330	7
2.6	Doelgroep GZSP	7
3	Aard en omvang per beroepsgroep	8
3.1	Diëtetiek	8
3.2	Fysiotherapie en oefentherapie	9
3.3	Ergotherapie	10
3.4	Logopedie	12
4	Organisatie en financiering per leveringsvorm	14
4.1	Globale omvang paramedische zorg	14
4.2	Verblijf met behandeling	15
4.3	Verblijf zonder behandeling	16
4.4	Extramurale Wlz-cliënt	17
4.5	Doelgroep GZSP	19
5	Conclusies	20
5.1	De leveringsvorm is leidend voor de financiering en niet de aanspraak voor algemene of specifieke paramedische zorg...	20
5.2	...maar in de praktijk vragen de meeste vraagstukken van Wlz-cliënten om specifieke paramedische zorg...	20
5.3	...dit verklaart waarom paramedici beperkingen ervaren bij het behandelen van Wlz-cliënten met complexe problematiek binnen de Zvw	20
5.4	Weinig ervaring met de doelgroep GZSP	21
A.	Bijlage Overzicht respondenten	22

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Cliënten met een Wet langdurige zorg-indicatie (hierna: Wlz-cliënten) ontvangen hun paramedische zorg vanuit de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) of de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Of de paramedisch zorg vanuit de Zvw of de Wlz wordt gefinancierd hangt af van de aanspraak. De aanspraak maakt onderscheid tussen 'algemene paramedische zorg' en 'specifieke paramedische zorg'¹. Specifieke paramedische zorg valt onder de verzekerde zorg in de Wlz². Algemene paramedische zorg valt onder de Zvw³.

Er is sprake van specifieke paramedische zorg als specifieke kennis en vaardigheden nodig zijn om de doelgroep te behandelen en als de paramedische zorg niet los te zien is van de integrale zorg⁴. Van algemene paramedische zorg is sprake als deze los staat van integrale zorg en als daarvoor geen specifieke kennis of vaardigheden zijn vereist⁴. Zorginstituut Nederland concludeerde in zijn standpuntbepaling⁴ dat het onderscheid algemene versus specifieke paramedische zorg niet werkbaar is bij Wlz-cliënten (met complexe problematiek). Verzekerden met een Wlz-indicatie zijn veelal aangewezen op een integraal en multidisciplinair pakket aan zorg. De paramedische zorg maakt onderdeel uit van het totale zorgplan, zodat de paramedicus zijn behandeling steeds moet afstemmen met andere behandelaars en andere hulpverleners⁴.

Significant Public is door het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (hierna VWS) gevraagd om een verkennend onderzoek uit te voeren naar de inzet van de paramedische zorg (aard en omvang) aan Wlz-cliënten en de eventuele problemen die samenhangen met de huidige vormgeving van de aanspraak op deze zorg. De uitkomsten van dit verkennend onderzoek worden gebruikt bij het vraagstuk hoe de paramedische zorg aan Wlz-cliënten in de toekomst het beste is te positioneren.

1.2 Doel en scope van het onderzoek

In dit verkennend onderzoek beantwoorden we de volgende onderzoeksvragen:

- a. Wat voor paramedische zorg (beroepsgroep en combinaties van beroepsgroepen en omvang) ontvangen Wlz-cliënten in het algemeen uitgesplitst:
 - i. Naar relevante doelgroepen;
 - ii. Naar leveringsvorm;
- b. Hoe is deze zorg per leveringsvorm georganiseerd als wordt gekeken naar:
 - i. De aard van het dienstverband van deze paramedici (onder andere een Wlz-instelling, werkzaam in de eerste lijn);
 - ii. De beslissing over de inzet van de paramedische zorg;
 - iii. De samenwerking met andere zorgverleners.
- c. Vanuit welk domein(en) (Wlz en/of Zvw) wordt de paramedische zorg aan Wlz-cliënten bij de verschillende leveringsvormen gefinancierd? Wordt hieraan op dezelfde wijze invulling gegeven? Zo niet, wat zijn hiervan de redenen?
- d. Hoe passen paramedici het verschil tussen algemene en specifieke behandeling toe in de praktijk?
- e. In hoeverre leidt de huidige vormgeving van de aanspraak op paramedische zorg aan Wlz-cliënten in de praktijk tot knelpunten?

¹ Zorginstituut Nederland (2019). Handreiking behandeling in de Wlz per 1 januari 2021.

² Artikel 3.1.1 eerste lid onderdeel c eerste item Wlz.

³ Artikel 2.6 Besluit zorgverzekering.

⁴ Zorginstituut Nederland (2016). Standpunt paramedische zorg in de Wlz.

-
- f. In hoeverre verschilt de inzet van paramedische zorg voor Wlz-cliënten die thuis wonen met die van de doelgroep GZSP (Geneeskundige Zorg voor Specifieke Doelgroepen) op basis van de Zvw? Wat zijn oorzaken van eventuele verschillen in inzet?

In het onderzoek is uitgegaan van de volgende paramedische beroepsgroepen: fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. Het onderzoek richt zich op de paramedische zorg aan de Wlz-cliënt. We hanteren hierbij de volgende drie cliëntengroepen: Wlz-cliënt met verblijf met behandeling, Wlz-cliënt met verblijf zonder behandeling en de extramuraal Wlz-cliënt (hieronder vallen vpt, mpt en pgb). Het onderzoek richt zich op drie verschillende sectoren; de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg (vg) en de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

1.3 Aanpak

De eerste fase van het onderzoek bestond uit het uitvoeren van een documentenstudie om een eerste beeld te verkrijgen van de omvang en de regelgeving van paramedische zorg binnen de Wlz. Aanvullend hebben we vijf (digitale) verkennende gesprekken gevoerd met beleidsmedewerkers van het ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland, en met zorgaanbieders en paramedische behandelaren werkzaam met Wlz-cliënten. Het doel van deze gesprekken was enerzijds inzicht verkrijgen in (de historie van) wet- en regelgeving van de aanspraak van paramedische zorg binnen de Wlz en Zvw, en anderzijds de eerste inzichten ophalen van de uitvoering in de praktijk.

In fase 2 van het onderzoek zijn we vervolgens dieper ingegaan op de uitvoeringspraktijk door 12 (groeps)interviews te houden met voorzitters en/of leden van de landelijke werkgroepen van de verschillende paramedische beroepsgroepen (fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek), vertegenwoordigd vanuit verschillende doelgroepen (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ggz). Door middel van een analysekader hebben we de uitkomsten van de interviews geanalyseerd en de rode draden opgehaald. Aanvullend hebben we 6 interviews gehouden met paramedische behandelaren praktijk om het beeld van de uitvoeringspraktijk verder aan te vullen waar nodig. Vervolgens hebben we een focusgroep georganiseerd met een samengestelde groep van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en branche- en beroepsverenigingen. Het doel van de focusgroep was enerzijds het toetsen van de bevindingen uit de interviews, om na te gaan of de opgehaalde beelden breder gedragen werden. En anderzijds het verder aanscherpen van de bevindingen door opmerkingen en aanvullingen uit de focusgroep op te halen. We baseren de bevindingen in deze rapportage op alle interviews en focusgroep met de uitvoeringspraktijk.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we inhoudelijke context bij de onderzoeksvragen. In hoofdstuk 3 en 4 geven we onze bevindingen weer die we hebben opgehaald uit de uitvoeringspraktijk. In hoofdstuk 3 staat een overzicht van de aard en omvang uitgesplitst per paramedische beroepsgroep. We geven van iedere paramedische beroepsgroep een omschrijving van de aard en omvang op basis van de bevindingen die we tijdens de gesprekken met de behandelaren hebben opgehaald. We maken hierbij, voor zover mogelijk, onderscheid tussen de drie doelgroepen: ouderen, VG en ggz. In hoofdstuk 4 gaan we in op de wijze waarop de zorg per leveringsvorm is georganiseerd. Hierbij kijken we naar de organisatie van de zorg, de wijze van financiering (via de Wlz of Zvw) en de toepassing van algemene en specifieke behandeling in de praktijk. We sluiten in hoofdstuk 5 af met de conclusies.

2 Context

2.1 Context

Uit de wet volgt dat 'behandeling, die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde, omfattende: geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard'² ten laste komt van de Wlz. Paramedische zorg die niet specifiek van aard is, wordt gezien als algemene paramedische zorg en komt ten laste van de Zvw. In dit hoofdstuk maken we inzichtelijk hoe het wettelijk kader zich verhoudt tot de aanspraak en financiering van paramedische zorg en tot de verschillende leveringsvormen waarin de Wlz cliënt zorg ontvangt.

Wettelijk kader	Aanspraak	Leveringsvorm Wlz-cliënt	Financiering
Wlz	Specifiek	Verblijf met behandeling	Instellingsbudget
		Verblijf zonder behandeling	H330 prestatiecode
		Extramurale Wlz-cliënt (vpt, mpt, pgb)	H330 prestatiecode
Zvw	Algemeen	Verblijf met behandeling	Zvw (basis- of aanvullende verzekering)
		Verblijf zonder behandeling	Zvw (basis- of aanvullende verzekering)
		Extramurale Wlz-cliënt (vpt, mpt, pgb)	Zvw (basis- of aanvullende verzekering)

Tabel 1. Paramedische zorg voor Wlz-cliënten

2.2 Aanspraak paramedische zorg in de Wlz

In het 'Standpunt Paramedische zorg in de Wlz' staan de voorwaarden voor de aanspraak voor specifieke en algemene paramedische zorg als volgt omschreven⁴:

Specifieke paramedische zorg vereist dat wordt voldaan aan één van de twee voorwaarden:

1. Paramedische zorg is specifieke paramedische zorg als er **specifieke kennis of vaardigheden** nodig zijn om de doelgroep te behandelen.

Voor bepaalde doelgroepen is specifieke kennis nodig over de doelgroep en/of moet de paramedicus specifieke vaardigheden hebben. In dat geval hoort de paramedische zorg tot de Wlz. Ook als er geen sprake is van integrale zorg, wat overigens meestal wel het geval is.

2. Paramedische zorg is specifieke paramedische zorg als deze niet los is te zien van de **integrale zorg**.

Verzekerden met een Wlz-indicatie zijn veelal aangewezen op een integraal en multidisciplinair pakket aan zorg. De paramedische zorg maakt onderdeel uit van het totale zorgplan, zodat de paramedicus zijn behandeling steeds moet afstemmen met andere behandelaars en andere hulpverleners.

Voor algemene paramedische zorg geldt dat het los staat van de integrale zorg en geen specifieke kennis of vaardigheden vereist⁴.

Bij de beoordeling van specifieke of algemene paramedische zorg kan de vuistregel gehanteerd worden of de behandeling onderdeel uitmaakt van de integrale zorg of dat een vrijgevestigde zorgverlener zijn behandeling kan bieden zonder intensieve afstemming met andere behandelaars en zorgverleners (verpleging, verzorging of begeleiding). Als voor de behandeling intensief contact met andere behandelaars of zorgverleners noodzakelijk is, komt de zorg ten laste van de Wlz¹. Bijvoorbeeld in verband met de belastbaarheid van de cliënt of in verband met een geïntegreerd zorgplan¹.

Als de behandelaar specifieke kennis of vaardigheid moet hebben van de doelgroep, dan komt de behandeling ten laste van de Wlz. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om specifieke kennis van de onderliggende problematiek of de manier waarop de cliënt benaderd moet worden¹.

2.3 Aanspraak paramedische zorg voor Wlz-cliënten in de Zvw

Algemene paramedische zorg voor Wlz-cliënten valt onder de Zvw. De aanspraak voor vergoeding uit de Zvw staat beschreven in artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering⁵. Hierin staat dat fysiotherapie ten laste van de Zvw komt als het gaat om één van de aandoeningen in Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering⁵ (zgn. Chronische lijst) waarbij voor volwassenen geldt dat de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening komen. Daarnaast is er een aparte aanspraak vanaf de eerste behandeling voor: bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, claudicatio intermittens, heup-/knie-artrose, COPD (Gold II en hoger). Voor kinderen geldt dat maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar worden vergoed. Indien nodig worden er nog 9 behandelingen extra vergoed. Kinderen met een chronische aandoening komen in aanmerking voor een volledige vergoeding. Voor ergotherapie geldt een vergoeding tot maximaal tien behandeluren per jaar en dieetadvisering tot maximaal drie behandeluren per jaar. Voor logopedie is geen maximum aan behandelingen opgenomen.

2.4 Verschillende leveringsvormen in de Wlz

De Wlz-cliënt kan via verschillende leveringsvormen zorg ontvangen. De leveringsvormen zijn als volgt gedefinieerd door het Zorginstituut Nederland⁶:

- **Intramuraal:**
 - **Verblijf met behandeling:** Als een instelling aan een cliënt zowel verblijf als Wlz-behandeling biedt, is die instelling verantwoordelijk voor de levering van het verblijf, verpleging, verzorging en ondersteuning van de cliënt, maar ook voor de levering van die Wlz-behandeling. Het gaat dan in ieder geval om de specifieke behandeling*.
 - **Verblijf zonder behandeling:** Een instelling die verblijf zonder behandeling biedt, is verantwoordelijk voor het verblijf, verpleging, verzorging en begeleiding. Alle behandeling komt van buiten de instelling. De specifieke behandeling wordt geleverd door een instelling of persoon waarbij het zorgkantoor die heeft ingekocht.
- **Extramuraal:**
 - **Volledig pakket thuis (vpt):** De instelling die een vpt biedt, levert alle benodigde zorg in de woning waar de cliënt woont. Het is mogelijk dat diezelfde instelling ook de Wlz-(specifieke) behandeling biedt, maar (anders dan bij verblijf met behandeling) levert die instelling dan geen aanvullende zorgvormen.
 - **Modulair pakket thuis (mpt):** Een modulair pakket betreft zorg in natura, die door het zorgkantoor is ingekocht. Bij een modulair pakket thuis kunnen verschillende instellingen bij de zorg betrokken zijn, die elk

* Onder specifieke behandeling wordt verstaan: 'behandeling, die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde, omvattende: geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard'.²

⁵ Besluit zorgverzekering, Bijlage 1.

⁶ Zorginstituut Nederland (2019). Handreiking behandeling in de Wlz per 1 januari 2021.

een deel van de zorg bieden. De Wlz-uitvoerder (feitelijk het zorgkantoor) overlegt met de cliënt over de manier waarop de zorg wordt georganiseerd. Als de zorg verantwoord en tegen dezelfde (of lagere) kosten kan worden geboden, wijst de Wlz-uitvoerder de zorg toe. De Wlz-(specifieke) behandeling wordt altijd in natura geboden door een persoon of instelling die daartoe door het zorgkantoor is gecontracteerd.

- o Persoonsgebonden budget (pgb): Als de cliënt een persoonsgebonden budget (pgb) wil, maakt hij een persoonlijk zorgplan en een budgetplan. Als het zorgkantoor oordeelt dat de zorg doelmatig en van goede kwaliteit is, wordt het pgb toegekend. De Wlz- (specifieke) behandeling wordt altijd in natura geboden door een persoon of instelling die daartoe door het zorgkantoor is gecontracteerd.

2.5 Bekostiging van specifieke paramedische zorg via het instellingsbudget of prestatiecode H330

Bij de leveringsvorm verblijf met behandeling loopt de financiering voor specifieke paramedische zorg via het instellingsbudget. Voor de overige leveringsvormen geldt dat de financiering via de prestatiecode H330 'Behandeling paramedisch' loopt. In dat geval kan de paramedisch behandelaar de prestatiecode H330 'Behandeling paramedisch' in rekening brengen bij het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder⁷. Dit kan bij cliënten in één van de volgende omstandigheden⁷:

- Cliënten waarvoor de Wlz-uitvoerder een modulair pakket thuis (mpt) heeft verleend;
- Cliënten waarvoor de Wlz-uitvoerder een persoonsgebonden budget (pgb) heeft verleend en die de behandeling in natura ontvangen;
- Cliënten waarbij sprake is van een behandelbehoefte en een zorgzwaartepakket (zzp) exclusief behandeling of een volledig pakket thuis (vpt) exclusief behandeling wordt gedeclareerd (en aan de hierbij horende voorwaarden is voldaan);
- Cliënten die behandeling of dagbesteding behoeven tijdens het logeren.

2.6 Doelgroep GZSP

De GZSP (geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek (deze cliënten hebben geen Wlz-indicatie). De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of op het gedragsmatige gebied; de zorg is dan ook interdisciplinair door de tijd heen⁸.

De GZSP komt voort uit de overheveling van de 'Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandelingen'⁹ van de Wlz naar de Zvw. Per januari 2020 is een deel van de GZSP, namelijk de zorg door de specialist ouderengeneeskunde (SO) en arts verstandelijk gehandicapten (AVG) overgeheveld naar de Zvw. Per januari 2021 is ook de overige zorg overgeheveld, waarmee het voor paramedici mogelijk is om in het kader van GSZP ook op grond van de Zvw te declareren⁷.

⁷ Nederlandse Zorgautoriteit (2022). Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 - BR/REG-22124c.

⁸ Nederlandse Zorgautoriteit (2022) Regeling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - NR/REG-2218.

⁹ Artikel 1.2 vierde lid Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling.

3 Aard en omvang per beroepsgroep

In dit hoofdstuk beschrijven we de aard en omvang per paramedische beroepsgroep: diëtetiek, fysiotherapie/oefentherapie, ergotherapie en logopedie. Dit doen we op basis van de bevindingen die we tijdens de gesprekken met de behandelaren hebben opgehaald. We maken hierbij, voor zover mogelijk, onderscheid tussen de drie doelgroepen: ouderen, VG en ggz. Hiermee beantwoorden we onderzoeksvraag 1. Om een globaal beeld te geven van de aard en omvang van de paramedische zorg werken we allereerst per beroepsgroep uit wat de werkwijze per beroepsgroep en omvang van de zorgverlening is. Daarbij maken we een uitsplitsing naar intramurale en extramurale zorg. Ook benoemen we verschillen in doelgroepen. Deze bevindingen komen voort uit de interviews. Daarmee geeft het een beeld van de aard en omvang op diverse aspecten, maar zal het geen honderd procent dekkend beeld zijn op alle uitsplitsingen (leveringsvorm, doelgroep, beroepsgroep). Daarnaast plaatsen we een aantal kanttekeningen bij de genoemde cijfers over de omvang en tijdsindeling. Respondenten geven aan dat het moeilijk is om in te schatten wat de precieze omvang van de paramedische zorg is en hoe de tijdsbesteding eruitziet omdat het erg afhankelijk is van de zorgvraag en de complexiteit van de cliënten. Daarnaast spelen ook de ervaringen van de behandelaar een rol en de formatie van de beroepsgroep binnen een organisatie (kleine formatie betekent dat behandelaren relatief meer tijd kwijt zijn aan zaken als beleid, werkgroepen et cetera). Omdat er over het algemeen weinig registratie van tijdsbesteding plaatsvindt baseren we onderstaande informatie op de ervaringen van de verschillende respondenten die wij hebben gesproken. Er is niet één antwoord te geven, maar we kunnen wel een algemeen beeld schetsen.

3.1 Diëtetiek

Diëtisten zijn specialisten op het gebied van voeding bij gezondheid en ziekte. De diëtist houdt zich bezig met dieettherapie gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten¹⁰. Doel hierbij is het bevorderen dan wel in stand houden van de kwaliteit van leven van de cliënt. Binnen de Wlz houden diëtisten zich bezig met aandoeningen zoals: slik- en kauwproblemen, ondervoeding en metaboolsyndroom (overgewicht, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten) en voeding bij dementie.

3.1.1 *Diëtetiek in een intramurale setting*

Uit de gesprekken met de diëtisten komen een aantal kenmerken naar voren van de aard van hun werk in een intramurale setting. De diëtisten geven aan dat zij altijd interdisciplinair of multidisciplinair werken. Vaak zijn er verschillende multidisciplinaire overleggen (mdo's), zoals het mdo 'eten en drinken' waarin verschillende cliënten besproken worden. Het verschilt per zorgvraag met welke andere beroepsgroepen diëtisten samenwerken, bij slikproblemen wordt er bijvoorbeeld veel samengewerkt met logopedisten, maar ook met ergotherapie en fysio- en oefentherapie zijn de lijntjes kort. Een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de diëtist is uitleg geven aan verpleegkundigen en andere zorgverleners over het dieet dat cliënten volgen. De tijd van de diëtist is te schaars om alle dieetbegeleiding zelf te doen.

3.1.2 *Diëtetiek in een extramurale setting*

De extramurale zorg die diëtisten leveren aan Wlz-cliënten loopt veelal via de Zvw. Vanuit de Zvw krijgen Wlz-cliënten (net als alle andere verzekerden) 180 minuten per jaar vergoed vanuit de basisverzekering. Diëtisten ervaren de 180 minuten behandeling als zeer beperkt. Vaak is het eerste consult 60 minuten, een vervolconsult 15 tot 30 minuten, elke 1-3 maanden. De eerstelijns paramedicus heeft doorgaans weinig ervaring met de problematiek van de Wlz-cliënt en ervaart de behandelingsduur binnen de Zvw als beperkt voor de zorgvraag van de extramurale Wlz-cliënt. De vraagstukken van extramurale Wlz-cliënten zijn doorgaans meervoudig, en daarmee complexer dan de (veelal) enkelvoudige vraagstukken die in de eerste lijn voorkomen.

3.1.3 Diëtetiek: onderscheid per doelgroep

Onderscheid per doelgroep	
Ouderen	<ul style="list-style-type: none">- Naar schatting is bij een derde van de intramurale Wlz-cliënten een diëtist betrokken (n=1).- In een intramurale setting vindt er vaak een eerste consult plaats van 90 minuten, daarna vervolgcconsulten/evaluatie van 30 minuten per keer, frequentie 2 tot 8 keer, afhankelijk van de zorgvraag.- De verhouding cliëntgebonden en niet cliëntgebonden tijd is ongeveer 80%-20%.- Voorkomende zorgvragen: slik- en kauwstoornissen, somatiek met sondevoeding, somatiek met decubitus, ondervoeding, (voorkomen van) metabool syndroom (overwicht, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten) en palliatieve voedingszorg.
VG	<ul style="list-style-type: none">- Naar schatting is bij 30-55% van de intramurale Wlz-cliënten een diëtist betrokken (n=2).- Cliëntcontact is vaak indirect. Het contact gaat veelal via begeleiding en/of familie omdat de ontwikkelingsleeftijd van de doelgroep achterloopt bij de kalenderleeftijd. Hierdoor heeft de diëtist te maken met een uitgebreid cliëntsysteem wat tijdrovend is.- Bij cliënten van hoger niveau die wel zelf (enige) verantwoording over hun voeding hebben is het cliënt contact vaak intensief en wekelijks nodig voor een goede voortgang en bijsturing.- De cliëntgebonden tijd in een intramurale setting is naar schatting tussen de 20-55% en de niet cliëntgebonden tijd tussen de 35-80% (n=2).- Voorkomende zorgvragen: (voorkomen van) metabool syndroom (overwicht, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten) en slik- en kauwstoornissen.
Ggz	<ul style="list-style-type: none">- Doelgroep vraagt om 'vinger aan de pols houden'.- Diëtist heeft ook een preventieve functie. Door de cliënt regelmatig even te zien kan voorkomen worden dat er allerlei zaken bijkomen (metabool syndroom).- <i>"Mensen met autisme zijn heel selectief. Een cliënt wil alleen maar witte producten eten, of alleen maar uit een flesje drinken. Het werkt komt heel vaak neer op oplossingen zoeken, advies geven, en trainen van begeleiders om de cliënt zo goed mogelijk te kunnen begeleiden."</i>- Voorkomende zorgvragen: (voorkomen van) metabool syndroom (overwicht, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten), interactie psychofarmaca en voeding.

3.2 Fysiotherapie en oefentherapie

De werkzaamheden van de fysio/oefentherapeut zijn veelal op onderhoud gericht en het aanpakken van bewegings- en mobiliteitsproblemen. De insteek hierbij is het behoud van zelfredzaamheid en het in stand houden of verbeteren van kwaliteit van leven. Binnen de Wlz zijn veelvoorkomende vragen waar fysio- en oefentherapeuten zich mee bezighouden: mobiliteit & transfers en valpreventie. De fysiotherapeut behandelt of begeleidt bij klachten en beperkingen bij het bewegen. Hieronder valt het oefenen met lopen en het maken van transfers.

3.2.1 Fysiotherapie en oefentherapie in een intramurale setting

De fysiotherapeuten zijn over het algemeen groot in formatie en vormen de grootste vertegenwoordiging van alle paramedische beroepsgroepen. Voor de oefentherapeut is de intramurale sector niet een groot werkgebied. De fysiotherapeut en oefentherapeut zitten vrijwel altijd in dezelfde vakgroep. In een intramurale setting werken fysiotherapeuten altijd interdisciplinair of multidisciplinair samen. Met name fysiotherapie en ergotherapie werken veel samen. Paramedici zetten zelf een mdo op als ze dat nodig achten, soms ook met familie erbij. Naast het geven van (oefen)therapie en revalidatietraining aan cliënten bestaan de werkzaamheden van de fysiotherapeut onder andere uit het geven van (beweeg-/transfer) advies aan de cliënt, mantelzorg en aan collega's. Binnen de werkzaamheden van de fysiotherapeut (en/of ergotherapeut) valt ook de aanvraag van hulpmiddelen bij het zorgkantoor (zoals de aanvraag van een rolstoel) en uitleg geven over het gebruik ervan aan de cliënt, mantelzorg en verzorgend personeel.

3.2.2 Fysiotherapie en oefentherapie in een extramurale setting

De extramurale zorg die fysiotherapeuten leveren aan Wlz-cliënten verloopt vaak via de Zvw. Fysiotherapie zit niet in het basispakket (uitzonderingen zijn jongeren onder de 18 jaar en aandoeningen uit de Chronische lijst⁵). Dit betekent dat de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening komen wanneer de Wlz-cliënt niet aanvullend verzekerd is. De gemiddelde frequentie van contact met de extramurale Wlz-cliënt thuis is geheel afhankelijk van de zorgvraag. De fysio- en oefentherapeuten geven aan de tarieven uit de Zvw laag te vinden. Een instelling geeft aan gestopt te zijn met het bieden van extramurale fysiotherapie omdat de tarieven van de zorgverzekeraars niet kostendekkend zijn. Bij fysiotherapie geldt een vast tarief per zitting. Indirecte cliëntgebonden tijd en reistijd zijn niet declarabel.

3.2.3 Fysiotherapie en oefentherapie: onderscheid per doelgroep

Onderscheid per doelgroep	
Ouderen	<ul style="list-style-type: none">- Naar schatting is bij zo'n 80% van de intramurale Wlz-cliënten een fysio- of oefentherapeut betrokken (waarbij ze sommige cliënten slechts een of twee keer zien) (n=1).- De fysiotherapeut ziet ouderen met alleen somatische klachten doorgaans één keer per week voor ongeveer 30 minuten, vier weken lang (n=1).- De fysiotherapeut ziet psychogeriatrische cliënten in een intramurale setting doorgaans één keer per 2/3 weken, in totaal drie keer (n=1).- Ouderen met somatische klachten kunnen doorgaans goed opgepakt worden binnen de eerste lijn.- De belangrijkste werkzaamheden van de fysiotherapeut en oefentherapeut bij ouderen zijn gericht op zorgvragen over onderhoud, mobiliteit, transfers en valpreventie.
VG	<ul style="list-style-type: none">- De verstandelijke beperking maakt dat een behandelaar met een bepaalde blik (op basis van kennis en ervaring) naar de zorgvraag moet kijken.- De doelgroep vereist een manier van handelen en vaardigheid die therapeuten zonder ervaring of met weinig ervaring niet hebben.- Voorkomende zorgvragen: problemen met bewegen en lichaamshouding, vergroten en behouden van kwaliteit van leven en bewegen, preventie, aanvraag en training bij het gebruik van hulpmiddelen.
GGZ	<ul style="list-style-type: none">- Een consult fysiotherapie in de intramurale setting bestaat uit 30 minuten directe tijd en 10 minuten indirecte tijd (n=1).- Voorkomende psychosomatische zorgvragen: angst- of spanningsklachten, paniekstoornissen, hyperventilatie, chronische pijn, chronische vermoeidheid of onbegrepen lichamelijke klachten.

3.3 Ergotherapie

De ergotherapeut leert cliënten hoe ze een activiteit anders uit kunnen voeren óf een hulpmiddel kunnen gebruiken zodat ze zoveel mogelijk activiteiten weer (zelf) kunt uitvoeren. Ergotherapie is gericht op het bevorderen of herstellen van zelfredzaamheid.

3.3.1 Ergotherapie in een intramurale setting

Uit de gesprekken met de ergotherapeuten komen een aantal kenmerken naar voren van de aard van hun werk in een intramurale setting. Ze geven aan dat het multidisciplinair werken bij uitstek hoort bij het werk van ergotherapeuten. De werkzaamheden van de ergotherapeut zijn divers. Naast het contact met de cliënt, dat gericht is op de zelfredzaamheid in de dagelijkse activiteiten (die voor de cliënt belangrijk zijn) heeft de ergotherapeut ook een grote rol naar begeleiders, verzorgend personeel en naar het 'systeem' van de cliënt. Hiermee worden betrokkenen rondom de cliënt bedoeld, zoals familieleden of mantelzorgers. De ergotherapeut besteedt relatief veel tijd aan het geven van instructies en ADL-trainingen (activiteiten van het dagelijks leven) zoals instructies rondom zit/lichouding, transfers, of hoe een cliënt

zelfstandig kan eten of de tafel kan dekken. Ook kijkt de ergotherapeut naar het woon- en leefklimaat van de cliënt, bijvoorbeeld of er aanpassingen nodig zijn aan de voorzieningen in de huis- of slaapkamer zodat de cliënt in zelfredzaamheid wordt gestimuleerd. Daarnaast valt de aanvraag van, en instructies geven over hulpmiddelen vaak ook onder de werkzaamheden van de ergotherapeut. De intensievere behandelingstrajecten van een ergotherapeut hebben veelal een kop en een staart.



“De intensievere behandelingen zijn er in periodes en alleen wanneer dit nodig is. Hier zijn we de afgelopen jaren alleen maar kritischer geworden.”

Ergotherapeuten geven aan dat ze keuzes moeten maken in welke vragen ze wel en niet kunnen beantwoorden. Ergotherapeuten ervaren de formatie van ergotherapie binnen een instelling als krap. Ter illustratie gaf een zorginstelling aan dat er drie ergotherapeuten werkzaam zijn op 1500 cliënten. Als reden wordt opgegeven de krapte op de arbeidsmarkt en de keuzes die instellingen zelf maken ten aanzien van de paramedische afdeling. Ergotherapeuten geven aan dat door de lage bezetting van ergotherapeuten er een risico is op onderbehandeling. Uit het arbeidsmarktonderzoek over de beroepsgroep ergotherapeuten (breder dan de Wlz), dat het Nivel in 2020 uitvoerde in opdracht van Ergotherapie Nederland komt het volgende resultaat naar voren over de tijdsbesteding van ergotherapeuten: “Gemiddeld besteden ergotherapeuten 55% van hun werktijd aan direct-cliëntcontact, 31% aan indirect-cliëntgebonden activiteiten (zoals rapporteren, overleggen over de cliënt, doorverwijzen van de cliënt en reizen naar cliënten) en 14% aan niet-cliëntgebonden activiteiten (zoals het volgen van bij- en nascholing, factureren, onderzoek doen en lesgeven). Deze verdeling van de werktijd is de afgelopen jaren stabiel gebleven.” Uit hetzelfde rapport komt ook naar voren dat intramuraal werkende ergotherapeuten relatief meer direct cliëntcontact hebben dan extramuraal werkende ergotherapeuten. In de gesprekken geven ergotherapeuten aan dat het directe cliëntcontact af lijkt te nemen als gevolg van de complexe regelgeving rondom hulpmiddelen en de Wet zorg en dwang.

3.3.2 Ergotherapie in een extramuraal setting

De extramuraal zorg die ergotherapeuten leveren aan Wlz-cliënten verloopt vaak via de Zvw. Vanuit de Zvw krijgen Wlz-cliënten (net als alle andere verzekerden) 10 behandelingen vergoed vanuit de basisverzekering, dit is op uurbasis en niet op basis van een vaste zittingprijs. Dit biedt voor de ergotherapeut enige flexibiliteit in het contact. Voor reistijd is er ook een vergoeding opgenomen. De ergotherapeut start de behandeling met een uitgebreide intake van ongeveer twee uur en plant - afgeleid van het type vraag - twee tot acht vervolg/evaluatiemomenten in.

De eerstelijns behandelaar heeft doorgaans weinig ervaring met de problematiek van de Wlz-cliënt en ervaart de behandeltijd binnen de Zvw als beperkt voor de zorgvraag van de extramuraal Wlz-cliënt. De vraagstukken van extramuraal Wlz-cliënten zijn doorgaans meervoudig, en daarmee complexer dan de (veelal) enkelvoudige vraagstukken die in de eerste lijn voorkomen.





“De expertise binnen de eerstelijns ergotherapie is niet voldoende ingericht op Wlz-cliënten. Er wordt om die reden al snel doorverwezen naar ‘een andere ergotherapeut binnen een instelling. Of het nu gaat om een rolstoel of om gedrag. Dit is ook te verklaren: de eerstelijns ergotherapeut ziet veel verschillende cliënten en relatief weinig Wlz-cliënten.”

3.3.3 Ergotherapie: Onderscheid per doelgroep

Onderscheid per doelgroep

Ouderen	- De intake duurt vaak 2 uur. De verdere evaluatiemomenten 10-30 minuten, 1 keer in de 2 weken, gemiddeld gedurende 2-8 weken.
	- “Bij ouderen kan je op een gegeven moment het dossier afsluiten; het zijn afgebakende zorgvragen zoals ‘leren omgaan met een rollator’. Er zit een kop en een staart aan.”

	<ul style="list-style-type: none"> - Veelvoorkomende vragen: mobiliteit & transfers, valpreventie, dementie (behoud van het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse activiteiten).
VG 	<ul style="list-style-type: none"> - De behandeling van een algemene interventie is binnen de VG-sector al snel specifiek. Dit komt door een andere manier van communiceren, het samenwerken met de persoonlijk begeleider, de thuissituatie et cetera. <p><i>“De frequentie van het contact is zeer uiteenlopend afhankelijk van de ernst van de (lichamelijke) beperking en de levensfase. Kinderen en ouderen vormen de hoofdmoot. Soms zie je iemand jaren niet en na bijvoorbeeld een valincident 4 uur in één week. Sommige cliënten doen nooit een beroep op de ergotherapie.”</i></p>
Ggz 	<ul style="list-style-type: none"> - Bij de ggz-cliënt moet je een vinger aan de pols houden. Bij veranderingen hebben ze een terugval. Het is een doelgroep die niet echt losgelaten kan worden. <p><i>“Ggz-wachlijsten zijn lang. Dat merk ik als eerstelijns ergotherapeut ook. We worden regelmatig door de POH (praktijkondersteuner huisarts) ingeschakeld ter overbrugging van klinische zorg. Huidig voorbeeld: een cliënt met een chromosoomafwijking en adhd. Die zag ik afglijden. Hij staat op de wachtlijst voor een instelling. Wij pushen hem om naar het werk te gaan. Wij helpen om het systeem in stand te houden. Structuur aan te brengen. Zodat iemand niet verder afglijdt”.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De meeste ergotherapeuten werken in loondienst, zzp'ers zijn een uitzondering. Alleen binnen de ggz zijn zzp'ers meer gebruikelijk. De aanspraak voor (ergotherapie) behandeling binnen de ggz is door de financieringsstructuur beperkt, waardoor er tegenwoordig weinig ergotherapeuten intramuraal werken.

3.4 Logopedie

De werkzaamheden van de logopedist zijn het behandelen van problemen met slikken, spreken, taal, stem of gehoor. De logopedist bekijkt hoe communicatie- en slikproblemen voorkomen, beperkt of verholpen kunnen worden.

3.4.1 Logopedie in een intramurale setting

Uit de gesprekken met de logopedisten komen een aantal kenmerken naar voren van de aard van hun werk in een intramurale setting. Zij geven aan dat logopedisten altijd interdisciplinair of multidisciplinair werken. Een logopedist werkt daarnaast veel samen met begeleiders om de adviezen voor de cliënt en de te nemen stappen door te spreken. Ze trainen begeleiders om cliënten goed te kunnen instrueren. Dit soort scholing kan op een individuele cliënt gericht zijn of voor een bredere groep cliënten. Door deze rol kijkt de logopedist - in vergelijking met een extramurale setting - binnen een instelling vaak 10 minuten mee met de cliënt en stemt daarnaast vooral veel af met zorgverleners.

3.4.2 Logopedie in een extramurale setting

De extramurale zorg die logopedisten leveren aan Wlz-cliënten loopt vaak via de Zvw. Vanuit de Zvw krijgen Wlz-cliënten (net als alle andere verzekerden) de behandelingen vergoed vanuit de basisverzekering. Hier is geen specifiek aantal behandelingen aan gekoppeld. Logopedie wordt vergoed op basis van een vaste zittingprijs van een halfuur en niet op uurbasis. Voor sommige cliënten is dit ruim voor andere cliënten is juist meer tijd nodig.

De eerstelijns paramedicus heeft doorgaans weinig ervaring met de problematiek van de Wlz-cliënt. De vraagstukken van extramurale Wlz-cliënten zijn doorgaans meervoudig, en daarmee complexer dan de (veelal) enkelvoudige vraagstukken die in de eerste lijn veel voorkomen.



“Vaak worden klachten te laat door de eerste lijn herkend. Voorbeeld: iemand wordt intramuraal opgenomen, is enorm vermagerd, hoest erg, ze denken dat dit uit de hand gelopen corona is. Blijkt het uiteindelijk om slikklachten te gaan.”

3.4.3 Logopedie: Onderscheid per doelgroep

Onderscheid per doelgroep	
Ouderen	- Veelvoorkomende zorgvragen: problemen met stem, spraak, taal en slikken als gevolg van hersenletsel, trauma, dementie.
VG	- Veelvoorkomende zorgvragen: eet- en drinkproblematiek om verslikken en verstikken te voorkomen, gehoorproblemen, inzetten van hulpmiddelen rond (alternatieve) ondersteunende communicatie.
Ggz	- Veelvoorkomende zorgvragen: problemen met spraaktaalontwikkeling én gedrag.

4 Organisatie en financiering per leveringsvorm

Zoals blijkt uit de aard en omvang per beroepsgroep zijn er een aantal gemene delers te destilleren die te maken hebben met de leveringsvorm (verblijf met behandeling, verblijf zonder behandeling en extramurale leveringsvormen (vpt, mpt, pgb)). In dit hoofdstuk gaan we in op de wijze waarop de zorg per leveringsvorm is georganiseerd en gefinancierd. We schetsen eerst een globaal beeld van de omvang van paramedische zorg zowel ten laste van de Wlz als de Zvw. Vervolgens zetten we de wijze waarop de zorg per leveringsvorm is georganiseerd en gefinancierd uiteen. Onderwerpen die hierbij aan bod komen zijn per leveringsvorm: aard van het dienstverband, beslissing over de inzet van de paramedische zorg, samenwerking met andere zorgverleners, vanuit welke domeinen de zorg wordt gefinancierd, verschil tussen hoe algemene en specifieke behandeling toegepast wordt in de praktijk en ervaren knelpunten. Daarmee beantwoorden we onderzoeksvragen 2 tot en met 5. Tot slot beantwoorden we onderzoeksvraag 6 over de doelgroep GZSP in paragraaf 4.5.

4.1 Globale omvang paramedische zorg

4.1.1 Omvang vanuit de Zvw per leveringsvorm

De omvang van het aantal Wlz-cliënten in 2019 staat in tabel 2 per leveringsvorm uitgesplitst. Uit de tabel is op te maken dat de Wlz-cliënten met leveringsvorm verblijf met behandeling veruit de grootste omvang heeft met 192.020 cliënten. Daarna volgt de leveringsvorm verblijf zonder behandeling met 77.015 cliënten. De kleinste groep in omvang is de extramurale Wlz-cliënt (vpt) met 18.155 cliënten.

In de tabel staat per leveringsvorm ook het aantal cliënten dat algemene paramedische zorg heeft ontvangen via de Zvw. Uit de cijfers blijkt dat 5% van de Wlz-cliënten met leveringsvorm verblijf met behandeling in 2019 gebruik heeft gemaakt van algemene paramedische zorg. Voor Wlz-cliënten met leveringsvorm verblijf zonder behandeling ligt dit percentage op 36%, en voor de extramurale Wlz-cliënt (vpt) is dit 35%. De cijfers voor 2020 en 2021 zijn nog niet voorhanden.

Leveringsvorm	Aantal cliënten	Waarvan paramedische zorg via de Zvw (2019)	Totaal in %
Verblijf met behandeling	192.020	9.145	5%
Verblijf zonder behandeling	77.015	27.799	36%
Extramurale Wlz-cliënt (vpt)	18.155	6.386	35%

Tabel 2. Omvang paramedische zorg vanuit de Zvw per leveringsvorm (Vektis, 2019)

4.1.2 Omvang vanuit de Wlz voor Wlz-cliënten met verblijf zonder behandeling en extramurale Wlz-cliënten thuis

Voor Wlz-cliënten met leveringsvorm verblijf met behandeling is specifieke paramedische zorg onderdeel van het instellingsbudget. Voor (behandelaren van) cliënten met leveringsvorm verblijf zonder behandeling en de extramurale Wlz-cliënt is er de mogelijkheid om specifieke paramedische zorg via de beleidsprestatie H330 te declareren bij het zorgkantoor/Wlz-uitvoerder⁷. Uit cijfers van Vektis blijkt dat de omvang van het aantal gedeclareerde H330 prestaties in 2021 zeer beperkt is.

Beleidsprestatie	Totaal aantal prestaties	Totaal vergoed bedrag
H330	3.528.204	€ 5.365.921

Tabel 3. Alle gedeclareerde specifieke paramedische zorg in 2021 aan alle Wlz-cliënten, behalve de Wlz-cliënten met leveringsvorm verblijf met behandeling (Vektis, 2021)

4.2 Verblijf met behandeling

Veruit de grootste groep Wlz-cliënten verblijft in een instelling op een plek met behandeling. In 2019 waren er in totaal 192.020 Wlz-cliënten. De Wlz zorg met behandeling betreft altijd cliënten met langdurige, complexe en meervoudige problematiek. De complexiteit van de doelgroep vraagt om specifieke expertise en langdurige betrokkenheid vanuit de behandelaar. De intramurale behandelaar heeft vrijheid in het verdelen van tijd over de verschillende cliënten, en heeft daarin ook de mogelijkheid om met tijd te schuiven; sommige cliënten hebben meer tijd nodig, anderen minder of niet. Intramuraal is het makkelijk om bij cliënten een 'vinger aan de pols' te houden. Dit houdt bijvoorbeeld in iedere 2-3 weken 10 minuten bij de cliënt langsgaan. Door een vinger aan de pols te houden, kan voorkomen worden dat er allerlei zaken bijkomen (tegengaan complicaties, stimuleren zelfredzaamheid, vergroten zelfregie). Het uitgangspunt bij het behandelen van de Wlz-cliënt is: alleen behandelen wat noodzakelijk is, met als doel kwaliteit van leven.

4.2.1 Aard van het dienstverband van de paramedici

De intramurale paramedici zijn voornamelijk in loondienst, bij tekorten worden externen ingehuurd.

4.2.2 Beslissing over de inzet

De inzet van een paramedicus gebeurt vaak op verwijzing van de specialist ouderengeneeskunde (SO), de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) of de regiebehandelaar. De hulpvraag komt vanuit de cliënt, de begeleider of het zorgteam.

4.2.3 Samenwerking met andere zorgverleners

Voor de doelgroep verblijf met behandeling is de samenwerking tussen zorgverleners in de kern multidisciplinair, de paramedicus is daar een onlosmakelijk onderdeel van. De lijnen zijn kort tussen medische en paramedische zorg en veel cliëntoverleg vindt plaats in mdo's. In de gesprekken geven verschillende paramedici aan dat het een uitdaging is om zo min mogelijk te doen, voor zoveel mogelijk cliënten. Binnen een instelling is er dan ook veel aandacht voor indirecte patiëntenzorg: uitleg, advisering en coaching op het vlak van het systeem van de cliënt en ook op het gebied van de inzet van begeleiding en verpleging. Paramedici geven aan dat integrale zorg zijn meerwaarde heeft op de kwaliteit van zorg en het welzijn van de cliënt.



"Casus: een cliënt woont in een instelling en wordt voor haar zere vinger geholpen door de fysiotherapeut van de instelling. Deze vraag zou ook opgepakt kunnen worden door een eerstelijns fysiotherapeut, maar het is veel praktischer dat de fysiotherapeut van de instelling ook even langsloopt voor de zere vinger en afstemt met andere hulpverleners hoe zij de cliënt kunnen helpen met dagelijkse zaken".

4.2.4 Wijze van financieren

Voor de Wlz-cliënten met verblijf en met behandeling verloopt de financiering van de paramedische zorg in de regel via het Wlz-instellingsbudget. Uit de gesprekken blijkt dat de behandelaar in loondienst zich niet bezighoudt met financiering, en of de zorg nu specifiek of algemeen is. De behandelaar behandelt cliënten waar nodig en maakt geen onderscheid. Paramedici geven wel aan kritisch te zijn in de keuze wel of niet te behandelen. Een aantal behandelaars geeft hiervoor als reden op dat ze werken in een (te) krappe formatie en/of met een krap instellingsbudget, veroorzaakt door keuzes en prioriteiten vanuit de instelling en/of een krappe arbeidsmarkt. Dit kan leiden tot onderbehandeling en (hoge) tijdsdruk onder behandelaars. Ook benoemen ze dat er tegenwoordig weinig sprake is van algemene

zorgvragen, en dat ook binnen het verpleeghuis de algemene zorgvragen weinig meer voorkomen (zorgvragen zijn steeds complexer geworden).

In uitzonderingsgevallen wordt de behandeling vanuit de Zvw bekostigd. Bijvoorbeeld wanneer de cliënt naar een eerstelijnspraktijk gaat of wanneer 'een behandelaar om de hoek' wordt ingeschakeld door de instelling. Het is dan in theorie voor de instelling aantrekkelijk dat het hen geen Wlz-budget kost. In de praktijk lijkt financiering via de Zvw voor de Wlz-client met verblijf en behandeling weinig voor te komen (zie tabel 2 uit paragraaf 4.1.1.).

4.3 Verblijf zonder behandeling

Dit is na de groep verblijf met behandeling de grootste groep Wlz-clënten. In 2019 betrof dit 77.015 cliënten. Veelal wordt Wlz-verblijf zonder behandeling door een zorginstelling in combinatie met Wlz-verblijf met behandeling aangeboden. Daarmee is er op onderdelen overlap met voorgaande paragraaf. Toch is er een belangrijk onderscheid. Paramedische zorg aan cliënten met Wlz-verblijf zonder behandeling wordt gezien als eerstelijnszorg wat ten laste komt van de Zvw.

4.3.1 Aard van het dienstverband van de paramedici

Clënten met verblijf zonder behandeling ontvangen met name zorg van de intramurale behandelaar in loondienst. Bij tekorten of als een instelling geen eigen behandeldienst heeft, worden externen ingehuurd. Dit kan een behandelaar zijn werkzaam bij een andere instelling of een behandelaar uit de eerste lijn.

4.3.2 Beslissing over de inzet

De Wlz-client met verblijf zonder behandeling behoudt de eigen huisarts als regiebehandelaar. De aanmelding voor paramedische zorg verloopt via de huisarts of via de SO of AVG. Indicatiestelling voor deze groep is lastig. Behandelaren geven aan dat een duidelijke regierol door de huisarts, SO of AVG ten aanzien van de zorg in het algemeen gewenst is.



“Casus: een Wlz-client had al 18 behandelingen eerstelijns fysiotherapie gehad, maar zonder gewenst effect. Toen is een specialistische fysiotherapeut ingeschakeld, die was na twee behandelingen klaar. In dit geval was specialistische kennis heel duidelijk noodzakelijk maar heeft er aan de voorkant geen goede screening plaatsgevonden.”

4.3.3 Samenwerking met andere zorgverleners

Paramedici binnen een instelling werken multidisciplinair. Voor de groep verblijf zonder behandeling zijn er veel verschillen in de samenwerking. In sommige gevallen profiteren cliënten die niet op een behandelplek van deze samenwerking omdat er niet altijd een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen met en zonder behandeling. Zeker als het een kleine groep betreft is er geen verschil merkbaar. In andere gevallen wordt dit strikter gescheiden en is de leveringsvorm (met en zonder behandeling) leidend voor wat er wel en niet mogelijk is qua behandeling en samenwerking of overleg tussen zorgverleners.



“Ik zie veel verschillen in de samenwerking. De inkoop ligt hieraan ten grondslag. Maakt het nodeloos ingewikkeld en arbeidsintensief.”

4.3.4 Wijze van financieren

Voor de groep Wlz-cliënten verblijf zonder behandeling verloopt de financiering van de paramedische zorg in de regel via de Zvw. De behandelaar checkt in het systeem van de Wlz-instelling of de cliënt wel of niet een plek heeft met behandeling. Wanneer het zonder behandeling is verloopt de financiering via de Zvw. Vaak levert de instelling dan de zorg via de Zvw, maar soms kan hier ook een eerstelijnspraktijk voor ingezet worden. Ook bij externe inhuur stuurt de Wlz-instelling op declaratie vanuit de Zvw als het verblijf zonder behandeling betreft, het is voor de externe behandelaar echter lastiger om te zien of iemand wel of geen behandelplek heeft.



“Dan moeten ze hopen dat een andere betrokken zorgmedewerker weet hoe zij dit in het systeem kunnen zien, maar dit is niet altijd duidelijk.”

Dit kan nog wel eens tot problemen leiden achteraf. Zorgverzekeraars voeren tot twee jaar terug checks op de gedeclareerde zorg en het komt voor dat zij declaraties met terugwerkende kracht niet goedkeuren omdat de geleverde zorg voor een Wlz-cliënt was met verblijf en met behandeling.

Voor instellingen die geen eigen behandelinstelling hebben, verloopt de financiering vrijwel standaard via de Zvw. (Dit gaat veelal om cliënten met verblijf zonder behandeling). Bij de inhuur van externen vanuit de eerste lijn of een andere instelling wordt gestuurd op financiering vanuit de Zvw.



“Financiering vanuit de Wlz is voor een Wlz-instelling zonder behandeling erg complex vanwege (de benodigde) contractafspraken, uitzoekwerk en administratietijd. Daardoor is financieren via de Zvw eerste keus, waarbij ook altijd gekeken wordt naar de aanvullende verzekering”

Instellingen die wel een eigen behandelinstelling hebben gaan wisselend om met de aanspraak van Wlz-cliënten met verblijf zonder behandeling. Sommige instellingen kiezen ervoor om deze groep cliënten voor extra zorgtijd mee te nemen in het instellingsbudget, terwijl andere instellingen dit strikt gescheiden houden. Paramedici geven aan dat als ze er binnen de Zvw niet uitkomen, ze de zorg in hun eigen tijd leveren en niet declareren. Daarmee wordt de behandeling indirect vanuit het Wlz-instellingsbudget gefinancierd.



“Organisaties lossen het vaak zelf op. En proberen er zelf een mouw aan te passen. Als er bezuinigd moet worden, dan zullen alle ‘extra’s als eerste wegvallen. Dit zijn zaken die organisaties nu officieel doen.”

4.4 Extramurale Wlz-cliënt

De extramurale Wlz zorg is gericht op zorg in de thuisituatie. Onder de extramurale zorg vallen de leveringsvormen vpt, mpt en pgb. Behandelaren geven aan dat de zorgvraag van de extramurale Wlz-cliënt in de afgelopen jaren steeds complexer en zwaarder is geworden. Behandelaren noemen hier als reden het steeds langer thuis blijven wonen door ouderen. Ook benoemen ze de ggz-cliënt, die met een steeds zwaardere zorgvraag binnen de eerste lijn behandeld moet worden. De complexere zorgvraag vereist meer specialistische kennis en expertise van de paramedicus.

4.4.1 Aard van het dienstverband van de paramedici

De paramedici die extramurale zorg verlenen werken vaak als zelfstandig behandelaar in de eerste lijn of zijn in loondienst bij een eerstelijnspraktijk. Ook komt het voor dat een behandelaar uit de instelling (die in loondienst is) naar de Wlz-cliënt thuis gaat.

4.4.2 Beslissing over de inzet

De toegang tot paramedische zorg kan in de eerste lijn via de huisarts lopen, via de SO of AVG als die betrokken is, of via directe toegankelijkheid. Wanneer een behandelaar uit de instelling (tweedelijns) betrokken is, verloopt de beslissing over de inzet vaak via de SO of AVG. Behandelaren ervaren het als een nadeel dat bij directe toegankelijkheid de geschiedenis van de cliënt minimaal bekend is, en de tijd voor het invullen van formulieren afgaat van de behandel(t)ijd van de cliënt.

4.4.3 Samenwerking met andere zorgverleners

Paramedici ervaren de samenwerking binnen de eerstelijnszorg in het algemeen als complex. Het samenwerken met zorgverleners vanuit verschillende organisaties wordt als complex ervaren omdat gewerkt wordt vanuit verschillende dossiers en systemen die niet op elkaar aansluiten. Dit maakt dat het samenwerken al snel tijdsintensief is. Door een beperkte mogelijkheid van gegevensuitwisseling ontbreekt het de behandelaren aan overzicht. Binnen de eerstelijnszorg komen meerdere financieringsstromen en leveringsvormen samen, wat de complexiteit vergroot als gevolg van de verschillende regels (die voortvloeien) uit deze financieringsstromen en leveringsvormen.



“Iedereen wordt echt dol van alle verschillende regels en het zorgt voor administratieve taken”.

Behandelaren ervaren het als belemmerend voor de samenwerking dat de huisarts de regierol binnen de eerstelijnszorg onvoldoende kan pakken. Dit heeft tot gevolg dat er (te) weinig regie en overzicht is over de zorg van de cliënt. Behandelaren noemen als mogelijke reden dat de huisarts geen vergoeding krijgt voor het mdo. Paramedische behandelaren ervaren het ontbreken van een vergoeding zelf ook als een belemmerende factor voor de samenwerking. Afstemming met andere zorgverleners bestempelen ze als ‘onbetaalde tijd’. Ze ervaren de tarieven binnen de Zvw als krap, waardoor werkzaamheden als het mdo minder prioriteit krijgen of afvallen.



“De wil tot (meer) samenwerking is er wel, maar hier ontbreekt de juiste financiering voor”.

4.4.4 Wijze van financieren

Voor de extramurale Wlz-cliënt verloopt de financiering van de paramedische zorg in de regel via de Zvw. Behandelaren binnen de eerste lijn geven aan het niet als een optie te zien om de zorg via de Wlz te declareren. Dit komt mede doordat behandelaren meestal niet weten of een cliënt een Wlz-indicatie heeft of niet. De Wlz-indicatie staat niet standaard op de verwijzing en is voor een behandelaar niet makkelijk te achterhalen. Ook speelt mee dat paramedici de weg naar het zorgkantoor lastig weten te vinden; behandelaren weten niet precies wat de ‘route’ is naar het zorgkantoor, en welke prestaties ze kunnen gebruiken (H330-code). Degenen die de route en prestaties wel kennen, geven aan dat het een omslachtige route is die veel tijd vergt. Een aantal behandelaren geeft aan zich ervan bewust te zijn dat ze mogelijk onterecht bij de zorgverzekeraar declareren als het om cliënt met Wlz-indicatie gaat waarbij de vergoeding via de Wlz moet lopen. Dit zorgt voor onzekerheid bij de behandelaar of ze de vergoeding in een later stadium aan de zorgverzekeraar moeten terugbetalen.

Paramedici werkzaam in de instelling (tweedelijns) geven aan de zorg voor de extramurale cliënt via de Zvw te declareren. Hier zijn een aantal uitzonderingen op. Als bij een instelling bekend is dat het om een extramurale cliënt met Wlz-indicatie gaat, dan wordt soms een aanvraag ingediend bij de dossierhoudende instelling voor een (deel) van de Wlz-gelden. Nadeel hiervan is dat de aanvraag veel administratie vergt. Andere uitzondering is dat als de Zvw niet meer toereikend is voor de zorgvraag van de cliënt, er naar een ander ‘financieringspotje’ wordt gezocht zoals het Wlz-instellingsbudget. Een instelling geeft aan dat de inkomenspositie van de cliënt een bepalende factor kan zijn voor de

keuze voor financiering. Wanneer een cliënt geen aanvullende verzekering heeft, en dit voor beperking in de vergoeding zorgt, kan de keuze gemaakt worden om de zorg onder het Wlz-instellingsbudget te scharen.

Uit de gesprekken komt naar voren dat het voor instellingen financieel niet aantrekkelijk is om extramurale paramedische zorg te leveren, omdat de tarieven binnen de Zvw niet kostendekkend zijn. Enkele grote instellingen kiezen, vanuit een gevoel van zorgplicht, ervoor om door te gaan met de extramurale zorg. Hun ervaring is dat het behandelaars in de eerste lijn regelmatig ontbreekt aan expertise en ervaring met de Wlz-doelgroep, en dat de beschikbaarheid van een aantal paramedische beroepsgroepen (met name ergotherapie en logopedie) beperkt is binnen de eerste lijn.

Knelpunten die worden ervaren bij financiering via de Zvw:

Behandelaren ervaren de tarieven binnen de Zvw als beperkt en niet of nauwelijks kostendekkend. Redenen hiervoor zijn het niet vergoed krijgen van de indirect patiëntgebonden tijd. Behandelaren werken ook met het 'systeem' van de cliënt, zoals begeleiders en familie. Dit valt niet onder patiëntgebonden tijd en daarmee niet onder een vergoeding. Ook het ontbreken van een vergoeding voor het mdo en een beperkte vergoeding voor reistijd geven de behandelaars als reden op.



"Ik zie een patiënt 1 uur en ik krijg maar 30 minuten uitbetaald".

De aanspraak voor paramedische zorg uit de Zvw en de voorwaarden die de zorgverzekeraar ervaren behandelaars allebei als knelpunt. Behandelaren geven aan onvoldoende behandelingen te kunnen inzetten voor de zorgvraag die er ligt. Ook geven ze aan te weinig vrijheid in hun behandelwijze te hebben. Hierbij benoemen ze vaste zittingstijden waardoor het voor de behandelaar lastig is om bijvoorbeeld een 'vinger aan de pols' te houden als de zorgvraag van de (Wlz) cliënt daarom vraagt. Ook noemen behandelaars dat het tijd kost om cliënten met Wlz-indicatie te leren kennen ten behoeve van een best passende behandeling, en die tijd is er niet binnen de Zvw.

4.5 Doelgroep GZSP

Uit de gesprekken blijkt dat behandelaars ofwel niet bekend te zijn met de doelgroep GZSP, ofwel nauwelijks ervaring hebben met de doelgroep. Een eerstelijnspraktijk geeft aan weinig onderscheid te merken tussen de GZSP-doelgroep en andere cliënten omdat de tarieven en declaratiecodes voor de GZSP-doelgroep niet verschillen van de reguliere zorg. Een instelling geeft aan bezig te zijn geweest met het inrichten van een paramedisch behandelteam voor GZSP-zorg, maar hiervan af te zien omdat de tarieven voor de doelgroep GZSP voor hen niet kostendekkend bleken te zijn.

5 Conclusies

Dit hoofdstuk bevat de conclusies die we op basis van dit onderzoek kunnen trekken.

5.1 De leveringsvorm is leidend voor de financiering en niet de aanspraak voor algemene of specifieke paramedische zorg...

Uit de gesprekken met paramedische behandelaren blijkt dat zij eerder kijken naar de leveringsvorm dan naar de inhoudelijke zorgvraag van de cliënt om te bepalen hoe de financiering verloopt. In de basis komt dit neer op het volgende:

- a. Verblijf met behandeling: voornamelijk Wlz;
- b. Verblijf zonder behandeling: voornamelijk Zvw;
- c. Extramurale Wlz-zorg (vpt, mpt, pgb): voornamelijk Zvw.

De declaratiecijfers van Vektis (zie tabel 3) ondersteunen het beeld dat Wlz-cliënten met verblijf met behandeling zeer beperkt paramedische zorg declareren via de Zvw, en ondersteunen ook het beeld dat dit percentage hoger is bij Wlz-cliënten met verblijf zonder behandeling en de extramurale Wlz-cliënten.

5.2 ...maar in de praktijk vragen de meeste vraagstukken van Wlz-cliënten om specifieke paramedische zorg...

Doordat de leveringsvorm leidend is voor de wijze van financieren en niet de aanspraak, wordt voorbijgegaan aan de complexiteit van de doelgroep. In de praktijk blijkt de paramedische zorg vaak te voldoen aan minimaal een van de twee voorwaarden die Zorginstituut Nederland stelt aan de aanspraak voor specifieke paramedische zorg. De zorgvraag van de Wlz-cliënt is steeds complexer, en is daarmee vaak niet los te zien van de integrale zorg.

De zorgvraag voldoet ook vaak aan de tweede voorwaarde. De doelgroep, zeker de ggz- en de VG-doelgroep, vereist vaak specifieke vaardigheden en kennis van de behandelaar. Uitzondering hierop is de doelgroep ouderen met somatische klachten, waar de zorgvraag vaker geschaard kan worden onder algemene paramedische zorg. De uitvoering is daarmee niet in lijn met de aanspraak zoals door Zorginstituut Nederland in hun standpunt is weergegeven, wat ertoe leidt dat een deel van de Wlz-cliënten die recht heeft op (specifieke) paramedische zorg vanuit de Wlz dit nu niet ontvangt.

5.3 ...dit verklaart waarom paramedici beperkingen ervaren bij het behandelen van Wlz-cliënten met complexe problematiek binnen de Zvw

De (complexe) zorgvraag van de Wlz-cliënt lijkt onvoldoende aan te sluiten bij de behandelvoorwaarden die gelden binnen de Zvw. Waar intramurale behandelaren makkelijk multidisciplinair werken en hun behandel tijd kunnen toespitsen op de behandelvraag van de cliënt, geven behandelaren aan dat de ruimte hiervoor in de Zvw beperkt is. Het vergt bijvoorbeeld tijd om de doelgroep te leren kennen om bij een (complexe) zorgvraag passende behandeling te bepalen. De Zvw vergoedt direct cliëntencontact, maar afstemming met andere zorgverleners zoals een mdo wordt niet direct vergoed. Ook is de Zvw niet ingericht op preventie en 'vinger aan de pols' houden.

De Wlz-cliënt vergt kennis en expertise van de paramedisch behandelaar die binnen de eerste lijn beperkt aanwezig is, mede veroorzaakt door de beperkte ervaring met de Wlz-cliënt. Voor fysiotherapie wordt expliciet aangegeven dat specialistische kennis en ervaring van de geriatrische doelgroep binnen de eerste lijn aanwezig is.

Hoewel behandelaren aanspraak zouden mogen doen op de Wlz als de vraag van de cliënt voldoet aan de voorwaarden die Zorginstituut Nederland stelt aan specifieke paramedische zorg, blijkt uit dit onderzoek dat dit weinig

wordt gedaan. Binnen de eerste lijn is de aanspraak paramedische zorg beperkt bekend en behandelaren vinden het moeilijk te achterhalen of een cliënt een Wlz-indicatie heeft. Indien de aanspraak wel bekend is, weten de paramedici de weg naar het zorgkantoor lastig te vinden; behandelaren weten niet precies wat nu de 'route' is naar het zorgkantoor, en welke prestaties (H330-code) ze kunnen gebruiken. Degene die de route en prestaties wel kennen, geven aan dat het een omslachtige route is die veel tijd vergt vanwege de benodigde contractafspraken en administratielasten.

5.4 Weinig ervaring met de doelgroep GZSP

Op basis van de gesprekken kunnen we geen antwoord geven op de onderzoeksvraag 'in hoeverre verschilt de inzet van paramedische zorg voor Wlz-cliënten die thuis wonen met die van de doelgroep GZSP'. De behandelaren die wij hebben gesproken waren niet of nauwelijks bekend met de doelgroep. Of herkenden de doelgroep niet als zodanig. Dit maakt dat aanvullend onderzoek gewenst is om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

A. Bijlage Overzicht respondenten

Verkennde gesprekken

In de eerste fase van het onderzoek hebben wij verkennde gesprekken gevoerd. Hieronder is een geanoniseerd overzicht weergegeven van respondenten die wij hebben gesproken.

Organisatie	Functie
Ministerie van VWS	Beleidsmedewerker paramedische zorg en mondzorg
Ministerie van VWS	Teamcoördinator Team Toegang, directie langdurige zorg
Zorginstituut Nederland	Beleidsadviseur
Zorgplan	Projectmanager
Novicare	Directeur

Tabel 4. Overzicht respondenten verkennde interviews

Verdiepende en aanvullende gesprekken

In de tweede fase van het onderzoek hebben wij verdiepende (groeps)interviews gehouden om dieper in te gaan op de uitvoeringspraktijk van de paramedische zorg in de Wlz. Daarnaast hebben we aanvullende interviews gehouden met paramedische behandelaren uit de praktijk om het beeld van de uitvoeringspraktijk verder aan te vullen waar nodig. Tabel 3 geeft een (geanoniseerd) overzicht van de gesproken respondenten vanuit verschillende paramedische beroepsgroepen, doelgroepen en organisaties.

Paramedische beroepsgroep	Functie	Doelgroep	Organisatie
Fysiotherapie	Psychosomatisch fysiotherapeut	Ggz	Parnassia Haaglanden
Fysiotherapie	Hoofd paramedische behandel dienst, voorzitter NVNVG (Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie voor Verstandelijk Gehandicapten)	Gehandicapten	ASVZ/NVNVG
Oefentherapie	Bestuurslid/manager behandelzaken	Ouderen	VVOCM/Evean
Ergotherapie	Directeur	Algemeen	Ergotherapie Nederland
Ergotherapie	Beleidsmedewerker	Algemeen	Ergotherapie Nederland
Ergotherapie	Voorzitter Netwerk GGZ	GGZ	Eerstelijnspraktijk

Ergotherapie	Voorzitter Ergotherapie bij Verstandelijk beperkten	Gehandicapten	Sherpa
Ergotherapie	Ergotherapeut	Ouderen	ZuidOost Zorg
Logopedie	Ergotherapeut	Ouderen	Evean
Logopedie	Ergotherapeut	Gehandicapten	Amerpoort
Logopedie	Beleidsadviseur	Algemeen	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
Diëtetiek	Bestuurslid diëtetiek geriatrie en ouderenzorg	Ouderen	Amstelring
Diëtetiek	Belangenbehartiger	Algemeen	Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Diëtetiek	Diëtist	Gehandicapten	SDG Reigersdaal
Diëtetiek	Belangenbehartiger	Wlz-cliënten	Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
Diëtetiek	Diëtist	Gehandicapten	Iipse de Brugge
Diëtetiek	Diëtist	Ggz	Lentis
Ergotherapie	Ergotherapeut	Ouderen, ggz en gehandicapten	Cordaan

Tabel 5. Overzicht respondenten verdiepende interviews

Focusgroep

Afsluitend heeft een focusgroep plaatsgevonden met verschillende vertegenwoordigers binnen de zorg, namelijk paramedische behandelaars en vertegenwoordiger van branche- en beroepsverenigingen. Tabel 4 geeft een (geanonimiseerd) overzicht van de aanwezigen respondenten.

Organisatie	Functie
Actiz	Beleidsadviseur
Actiz	Beleidsadviseur
Novicare	Paramedisch behandelaar/projectleider
Lister	Beleidsadviseur

KNGF	Adviseur
Ergotherapie Nederland	Beleidsadviseur

Tabel 6. Overzicht deelnemers focusgroep