

Praktijkteam Zvw-pgb

Evaluatie van een trialbijeenkomst

2017

Evaluatie van een trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Aanleiding en opdracht	4
3. Opzet trialbijeenkomst praktijkteam	5
4. Casuïstiek	8
5. Methodieken	9
6. Adviezen	11
7. Aanbevelingen	12
8. Conclusie	13
9. Bijlagen	14

Bijlage 1 Opzet praktijkteam Zvw-pgb

Bijlage 2 Trialbijeenkomst Praktijkteam Zvw-pgb

Bijlage 3 Format aanlevering casuïstiek

1. Inleiding

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Per Saldo en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn in 2016 de bestuurlijke afspraken 2017 – 2018 voor het pgb in de Zorgverzekeringswet (Zvw) overeengekomen. De partijen onderschrijven dat in de wijkverpleging het uitgangspunt is dat een cliënt goede zorg krijgt, waarbij het zelf regie kunnen voeren een belangrijke waarde is. Dat geldt zowel voor zorg in natura, als via restitutie en het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zvw. Het pgb is een instrument waarmee een cliënt in staat wordt gesteld de voor hem geïndiceerde zorg zelf in te kopen. Bij het bepalen van de hoogte van het budget staat de zorgvraag van de cliënt op dat moment centraal, zoals vastgesteld in de indicatiestelling. Wanneer de zorgbehoefte verandert, wordt de indicatie naar boven of beneden bijgesteld.

Een deel van de overeengekomen bestuurlijke afspraken richt zich op de indicatiestelling binnen het pgb in de Zvw. Partijen ervaren knelpunten rond deze indicatiestelling, omdat het onwenselijke prikkels in de hand lijkt te werken. Het ministerie van VWS heeft daarom besloten een opdracht te verlenen aan ZN om een trialbijeenkomst te organiseren voor een praktijkteam Zvw-pgb. In deze bijeenkomst wordt op laagdrempelige wijze samen met de deskundige beroepsgroep casuïstiek besproken vanuit de praktijk. Uitkomsten van het praktijkteam kunnen gebruikt worden om over en weer van elkaar te leren. Uiteindelijk is het doel om deze uitkomsten te gebruiken om een kwaliteitsslag te maken en verbeteringen door te voeren in het gehele proces van het indiceren, toekennen en afwijzen van het pgb.

Hierbij wordt het evaluatierapport gepresenteerd waarin de uitkomsten van de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb terugkomen. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor het vervolg. Deze evaluatie kan als naslagwerk gebruikt worden om te bepalen hoe partijen gezamenlijk toewerken naar het doel om de kwaliteit van de indicatiestelling binnen het pgb in de Zvw te verbeteren.

2. Aanleiding en opdracht

Per 1 januari 2015 is het Zvw-pgb opgenomen in de polissen van alle zorgverzekeraars. Mensen met een aanspraak op verpleging en verzorging op grond van *Artikel 2.10 Besluit zorgverzekering* kunnen sinds die datum, onder voorwaarden, kiezen voor inzet van zorg via een Zvw-pgb.

Aanleiding voor het praktijkteam

Het ministerie van VWS, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Per Saldo en ZN zijn gezamenlijk tot de conclusie gekomen dat er sprake is van knelpunten rond de indicatiestelling in het Zvw-pgb. Het pgb-systeem werkt een aantal onwenselijke prikkels in de hand. Zo wordt er zorg geïndiceerd die achteraf niet onder de Zvw lijkt te vallen, worden indicaties soms geïndiceerd op wens van de aanvrager, of wordt het richtinggevende Normenkader onvoldoende geraadpleegd. Omdat deze prikkels leiden tot onwenselijke uitkomsten, zien de betrokken partijen graag een transparante(re) en kwalitatief goede werkwijze in de indicatiestelling.

Opdracht vanuit het ministerie van VWS

Bovenstaande aanleiding leidde eerder tot de wens om een tijdelijke adviescommissie in te richten. Deze adviescommissie zou tot doel hebben om zorgverzekeraars op verzoek te adviseren over de juistheid van de gestelde indicatie. Nadat de contouren van de adviescommissie waren uitgewerkt, bleken ze voor dit moment te complex om uit te voeren. Ze boden onvoldoende mogelijkheid om op korte termijn een bijdrage te leveren aan de oplossing van de ervaren problematiek rond indicatiestellingen. De betrokken partijen hebben daarom besloten een andere invulling te geven aan de gemaakte bestuurlijke afspraken rondom de kwaliteit van de indicatiestelling. ZN heeft hiervoor een opdracht aangenomen van het ministerie van VWS. Gevraagd is om een trialbijeenkomst voor een praktijkteam Zvw-pgb te organiseren met de betrokken partijen. Voor de lange termijn zijn er, zoals ook vastgelegd in de bestuurlijke afspraken, andere trajecten ingezet om de indicatiestelling structureel te verbeteren. De betrokken partijen zien voordelen in het oprichten van een praktijkteam, waar advies wordt gegeven over geanonimiseerde casuïstiek. Algemene beleidsmatige beoordelingen uit het praktijkteam kunnen ter verbetering meegenomen worden naar de praktijk.

De invulling van het praktijkteam is tussen ZN, Per Saldo, V&VN en VWS vormgegeven. De inzichten uit het praktijkteam vormen de basis om met elkaar verbeteringen door te voeren voor de kwaliteit van de indicatiestelling in het Zvw-pgb. Allereerst is gekozen voor een trialbijeenkomst van het praktijkteam om te onderzoeken of een dergelijke opzet daarvoor geschikt blijkt.

Evaluatie van de trialbijeenkomst

Een belangrijk onderdeel van de opdracht van VWS is de evaluatie van de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb. Hieruit blijkt namelijk of de opzet van een praktijkteam bijdraagt aan de doelstelling en het doorvoeren van verbeteringen in de indicatiestelling. Er is daarom gekozen om een uitgebreide evaluatie vorm te geven, bestaande uit een gezamenlijk deel direct na de

bijeenkomst en een individuele deel via een online vragenlijst van 24 items. Tot slot hebben deelnemers van het praktijkteam een reactie gegeven op de besproken casuïstiek en de adviezen per casus. De uitkomsten van de evaluatie zijn per hoofdstuk in dit evaluatierapport terug te vinden.

3. Opzet trialbijeenkomst praktijkteam

De trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb heeft op 30 november jl. plaatsgevonden. De opzet en uitkomsten zijn vervolgens geëvalueerd met de betrokken deelnemers. Hierbij werd de doelstelling: *helderheid scheppen over en leren van bestaande casuïstiek* als uitgangspunt gebruikt. In bijlage 2 is een sfeerverslag opgenomen van de bijeenkomst.

Opzet van het praktijkteam

In augustus hebben de deelnemende partijen de opzet van het praktijkteam Zvw-pgb besproken. Deze opzet is opgesteld door de zorgverzekeraars en na consultatie met de andere partijen verder uitgewerkt. In bijlage 1 is de opzet terug te vinden. Voor de trialbijeenkomst van het praktijkteam is zoveel mogelijk vastgehouden aan deze opzet, waarin vooral deelnemers vanuit de beroepsgroep worden ingezet om zitting te nemen in het praktijkteam Zvw-pgb. Uiteindelijk waren er vier (wijk)verpleegkundigen vanuit de praktijk aanwezig, twee vertegenwoordigers van de beroepsgroep (vanuit V&VN en het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap), drie deelnemers vanuit de zorgverzekeraars, één vertegenwoordiger vanuit Per Saldo en één vertegenwoordiger vanuit het ministerie van VWS. De bijeenkomst nam een dagdeel in beslag en vond plaats op een locatie van V&VN in Utrecht.

Voorafgaand aan de trialbijeenkomst werden alle partijen in de gelegenheid gesteld casuïstiek aan te leveren, waarover het praktijkteam advies kon uitbrengen. Dit heeft geleid tot 23 casussen, waarvan er 4 zijn behandeld tijdens de trialbijeenkomst. De casuïstiek diende geanonimiseerd te worden aangeleverd via een format (bijlage 3). In dit stadium is er nog niet voor gekozen om een online omgeving in te richten zoals in de opzet in bijlage 1 benoemd staat, omdat uit de evaluatie eerst moet blijken of deze opzet leidt tot verbeteringen in de kwaliteit van de indicatiestelling binnen het Zvw-pgb.

Evaluatie opzet praktijkteam

De opzet van het praktijkteam is tweeledig geëvalueerd: direct na de bijeenkomst zijn de 11 deelnemers van het praktijkteam bevraagd over hoe zij de opzet hebben ervaren en daarnaast konden ze een online vragenlijst invullen waarin daar dieper op in werd gegaan. 9 van de 11

deelnemers hebben via deze online vragenlijst een reactie gegeven over hun ervaringen met dit eerste praktijkteam. Hieronder volgen de belangrijkste resultaten.

Opzet geschikt voor de doelstelling

Vanuit de gezamenlijke evaluatie direct na de bijeenkomst komt naar voren dat 8 van de 11 deelnemers de opzet van een praktijkteam nuttig vinden om tot verbeteringen in de indicatiestelling van het pgb in de Zvw te komen. In de individuele evaluatie hebben 8 van de 11 deelnemers deze vraag beantwoord. Hiervan geven 4 deelnemers aan dat het succes van de opzet van een praktijkteam bepaald wordt door de verspreiding van de uitkomsten en opgedane inzichten. Eén van de deelnemers geeft aan dat een praktijkteam waarschijnlijk niet bijdraagt aan een betere kwaliteit van de indicatiestelling. Het argument hierbij is dat er binnen de beroepsgroep zelf eerst nog veel bereikt moet worden. Het samen optrekken en het kennen van andermans belangen worden hier aangehaald als belangrijke aandachtspunten. Van de overige deelnemers geven 2 aan dat het praktijkteam een goed middel is en 1 deelnemer durft hier geen uitspraken over te doen. Als je kijkt naar het praktijkteam met als doelstelling om van elkaar te leren, geven 4 deelnemers aan dat het beeld dat je krijgt van de andere partijen, helpt om de knelpunten te begrijpen. Hierdoor ontstaat over en weer begrip. Ook hier geven 2 deelnemers aan dat het noodzakelijk is dat uitkomsten gecommuniceerd worden richting de achterban. Een deelnemer denkt dat je meer van elkaar leert als het praktijkteam op regionale basis wordt georganiseerd.

Samenstelling en groepsgrootte

Van de 9 ingevulde vragenlijsten geven alle 9 deelnemers aan deze groepsgrootte 'prima' tot 'goed' te vinden. Eén van de deelnemers geeft aan dat er mogelijk nog twee tot drie personen extra bij hadden gekund, maar de tendens heerst dat 10 – 12 personen geschikt lijkt om iedereen voldoende aan het woord te laten. Eén van de deelnemers geeft hierbij aan dat een dergelijke grootte wel een vaardige voorzitter vraagt. De voorzitter bij de trialbijeenkomst werd niet gehinderd door kennis van zaken en was daardoor goed in staat iedereen aan het woord te laten. Van de 9 deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld, vinden 8 deelnemers dat de juiste mensen om tafel zaten. De overige deelnemer vindt dat er te weinig variatie in de samenstelling zat en geeft aan dat het vooral belangrijk is dat iemand het vraagstuk rondom de zorg en de opdracht bij het indiceren van een pgb kan beantwoorden.

Duur van de bijeenkomst

Van de 9 ingevulde vragenlijsten geven 7 deelnemers aan dat ze de duur van de bijeenkomst (11.30 – 16.00 uur) goed vol te houden vonden en ze dit ook graag voor een vervolg zouden zien. Eén van de deelnemers vond dat de tijd voorbij vloog en één deelnemer vond het een te lange bijeenkomst, wat veel van de deelnemers vergt.

Kosten

De initiële kosten voor de opzet van de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-rgb á €24.720,- exclusief BTW zijn in de offerte van het praktijkteam opgenomen. Deze kosten omvatten onder meer:

- vacatiegelden die bestemd zijn voor de (reis)tijd die (wijk)verpleegkundigen besteden aan het praktijkteam;
- voorbereidingstijd van de secretaris om casuïstiek te verzamelen, te redigeren en voor te bespreken met de voorzitter;
- organisatie van de bijeenkomst (locatie, catering en deelnemers);
- de eenmalige uren die zijn ingezet voor de evaluatie van de opzet.

Indien het praktijkteam Zvw-pgb in dezelfde vorm zal worden voortgezet, zullen de kosten die zijn ingezet voor de evaluatie wegvallen. Wel moet dan rekening gehouden worden met het uitzetten van de acties en uitkomsten via een nader te ontwikkelen beveiligde online omgeving waar deelnemers toegang tot hebben. In een eerder stadium heeft ZN aangegeven hier een handreiking in te kunnen bieden door de beveiligde omgeving van ZNnet te gebruiken. De globale kosten per praktijkteam Zvw-pgb worden dan als volgt geraamd (o.b.v. de tarieven uit de offerte van het praktijkteam d.d. 6 november 2017):

	Activiteiten	Uren	€
Inzet secretaris	Verzamelen en verwerken casuïstiek	16	1.840,-
	Vorbereiding bijeenkomst	8	920,-
	Verwerken uitkomsten, uitzetten en monitoren acties	16	1.840,-
Inzet (technisch) voorzitter	Vorbereiding en voorzitten bijeenkomst	8	1.120,-
Inzet 4 (wijk)verpleegkundigen	Vorbereiding, aanwezigheid bijeenkomst	4 x 8	2.400,-
Organisatie bijeenkomst	Locatie, catering en reiskosten		500,-
Totaal (exclusief BTW)		80	8.620,-

Wat zou je hetzelfde doen

De 9 deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld geven hierbij aan dat:

- het prettig was om met verschillende methodieken te werken aan de casuïstiek;
- er op deze Socratische wijze voldoende inspraak mogelijk was voor alle deelnemers;
- het goed is dat praktijksituaties als vertrekpunt worden genomen.

Wat zou je anders doen

De 9 deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld geven hierbij aan dat:

- een meer moreel beraad-achtige werkwijze kan leiden tot het beter belichten van ieders belangen, zodat er veel objectiever een inschatting kan worden gemaakt van het vraagstuk;
- variatie aanbrengen in de casuïstiek wordt aangeraden, zodat je alle doelgroepen binnen het pgb in de Zvw bespreekt. De casuïstiek over kindzorg bij de trialbijeenkomst werd als te eenzijdig ervaren;
- als de deelnemers vaststaan ook ingezet moet worden op kennisontwikkeling binnen het praktijkteam, zodat je uiteindelijk een hoge kwaliteit vasthoudt met mogelijk minder deelnemers;
- er eerst ruimte moet zijn voor casusbespreking die strak in de hand wordt gehouden en daarna voor conclusies en discussies;
- de uitnodiging tijdig uitgaat waarbij je rekening houdt met wijkverpleegkundigen die vaak gebonden zijn aan cliënt gerelateerde zorg;
- meer tijd per casus de voorkeur heeft.

4. Casuïstiek

Deelnemers aan de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb zijn in de gelegenheid gesteld om casuïstiek aan te leveren. Dit konden ze doen via een format waarin de anonimiteit van de cliënt werd gewaarborgd. Het format is bijgevoegd in bijlage 3. Tijdens de bijeenkomst werd een onderscheid gemaakt in casuïstiek die van toepassing was op een algemenere situatie of knelpunt en casuïstiek die heel specifiek was en dus voor een enkel individu geldt. Casuïstiek die niet specifiek over de indicatiestelling ging, werd niet gebruikt in de trialbijeenkomst.

Bestaande problemen of reeds opgelost

Van de 9 deelnemers die de online vragenlijst hebben ingevuld, geven 7 deelnemers aan dat het niet uitmaakt of de casuïstiek nog steeds speelt of dat het al is opgelost. Van de overige 2 deelnemers ziet de ene graag dat de casuïstiek nog steeds speelt in een organisatie en de andere vindt het juist van belang dat het al is opgelost.

Aantal casussen per bijeenkomst

Tijdens de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb werden 4 casussen behandeld van de 23 casussen die waren toegestuurd. De deelnemers zijn gevraagd hoeveel casussen ze idealiter zouden willen en kunnen behandelen. Van de 9 ingevulde vragenlijsten geven 4 deelnemers aan dat ze graag 4 tot 6 casussen uitgebreid behandelen met veel mogelijkheid om te discussiëren. Vier van hen kiest ervoor 6 tot 12 casussen minder uitgebreid te behandelen met iets minder mogelijkheid om te discussiëren. Eén deelnemer zou de casuïstiek graag deels thuis voorbereiden, waardoor er ruimte is om 12 tot 18 casussen te behandelen tijdens de bijeenkomst.

Format casuïstiek

Van de 11 deelnemers hebben 9 deelnemers de vraag beantwoord over welke informatie noodzakelijk is in de aangeleverde casuïstiek om tot een goed en volledig advies te komen.

Hierbij werd onder andere genoemd:

- een uitgebreide achtergrond van de casus is noodzakelijk. Nu was er soms onvoldoende informatie om tot een juiste beoordeling te komen;
- het Normenkader en klinisch redeneerproces dat de (wijk)verpleegkundige heeft gevolgd om tot een indicatiebesluit te komen;
- soms ontbrak verheldering van het probleem en belangrijke informatie;
- vaak was er weinig onderbouwing en konden de vragen niet geheel duidelijk door de inbrenger toegelicht worden. In sommige gevallen zou het helpen wanneer de indicerende verpleegkundige aanwezig is;
- de context was niet altijd helder;
- met name vanuit verpleegkundig gezichtspunt ontbrak er in de casuïstiek veel informatie. Denk bijvoorbeeld aan het verpleegkundig proces: is er een anamnese gedaan? Wat kwam daar uit naar voren? Wat zijn de vastgestelde problemen en de daaraan gekoppelde doelen? In hoeverre is dit besproken met de cliënt?
- vaak miste nog wat extra context;
- het is gewenst de casuïstiek nog gedetailleerder op te bouwen, zodat er minder vragen zijn en we sneller tot een advies kunnen komen.

5. Methodieken

Tijdens de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb is besloten gebruik te maken van drie methodieken om de casuïstiek te behandelen. Hiervoor is gekozen vanwege het experimentele karakter van de trialbijeenkomst. De inzet van verschillende methodieken laat zo zien welke aspecten bijdragen aan het uitbrengen van een gedegen en bruikbaar advies en voor een vervolg opnieuw kunnen worden gebruikt. Tijdens de trialbijeenkomst is twee keer geoefend met methodiek 1 en één keer met de methodieken 2 en 3.

De drie methodieken waren als volgt:

1) Methodiek 1: alle aanwezigen geven een (deel)advies

Bij deze methodiek doorliepen alle deelnemers vijf stappen om allereerst tot een individueel advies te komen en vervolgens een gezamenlijk advies te benoemen indien mogelijk. Deze methodiek is gebruikt voor de individuele casuïstiek.

2) Methodiek 2: wijkverpleegkundigen als deskundigen

Bij de tweede methodiek werden soortgelijke stappen doorlopen als bij methodiek 1, maar kregen alleen de wijkverpleegkundigen de mogelijkheid een deskundig oordeel ofwel advies uit te brengen. Deze methodiek werd eveneens gebruikt voor de individuele

casuïstiek.

3) Methodiek 3: gezamenlijke kijk op de situatie vanuit eigen perspectief

Bij methodiek 3 werd gebruik gemaakt van de zogenaamde 'Socratische methode', waarbij eenieder drie vragen beantwoordde om tot een individueel advies of beschouwing van de situatie te komen. De vragen waren als volgt: 1) wat is het probleem? 2) wie heeft de oplossing? en 3) hoe ziet de oplossing er volgens jou uit? Deze methodiek werd ingezet bij de algemenere situatie of knelpunten.

Direct na de trialbijeenkomst werd de deelnemers gevraagd welke methodiek hen het beste beviel en waarom. Van de 11 deelnemers gaven 7 deelnemers aan dat methodiek 1 hun voorkeur had. Methodiek 2 was voor 2 van 11 deelnemers het meest geschikt en methodiek 3 ook voor 2 deelnemers.

Aanvullend werd in de vragenlijst het volgende over de methodieken benoemd:

- Mijn voorkeur gaat uit naar de methodieken 1 en 3, al kwamen er wel vaak overeenstemmende adviezen, vragen en opmerkingen uit.
- De Socratische methode met de kans om verduidelijkende vragen over de context te kunnen stellen heeft mijn voorkeur, hoewel alle methodieken wel resultaat opleveren. Wellicht levert het poneren van wat prikkelende stellingen ook nog nieuwe inzichten op. Het was al met al een zeer beschaafde bijeenkomst. Ook zou ik graag problemen en oplossingen zien vanuit dezelfde 'visie': bijvoorbeeld 'de cliënt centraal'. Als we de cliënt centraal stellen wat is dan het probleem of oplossing? En niet wat is het probleem voor ons als zorgverlener of zorgverzekeraar. Als het vertrekpunt is 'dingen mogelijk maken' komen er andere uitkomsten dan wanneer het vertrekpunt 'mag dit?' is.
- Tijdens de bijeenkomst werd al duidelijk welke methode wel en welke minder goed werkte.
- Ik zou het meer in een moreel beraad achtige of een Socratische werkwijze kiezen, waardoor de belangen van de betrokkenen beter belicht worden. Zo kan er veel objectiever een inschatting worden gemaakt van het vraagstuk en het antwoord daarop.

6. Adviezen

De adviezen die tijdens de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zwv-pgb zijn gegeven, komen terug in bijlage 2. De deelnemers van het praktijkteam zijn via de online vragenlijst gevraagd aan te geven in hoeverre deze bruikbaar zijn voor hun eigen organisatie.

Nuttig om allemaal een advies uit te brengen

Op de vraag of de deelnemers het nuttig vonden dat iedereen een advies kon uitbrengen bij een casus (methodiek 1 en 3), vonden 8 van de 9 deelnemers dat inderdaad het geval. Eén deelnemer vond dat soms het geval en achtte het ook nuttig als iemand een bijdrage leverde zonder dat dit een advies was.

Noodzakelijk om allemaal een advies uit te brengen

Van de 9 deelnemers die de vragenlijst hebben ingevuld, vinden 6 het noodzakelijk dat alle aanwezigen een advies kunnen uitbrengen. Argumenten die ze hierbij aangeven zijn met name gericht op dat dit andere perspectieven met zich meebrengt. Als er voldoende kennis aanwezig is geven 2 deelnemers aan dat het niet noodzakelijk is, maar het wel helpt om te begrijpen hoe iemand naar de situatie kijkt. Eén deelnemer vindt het soms noodzakelijk, omdat je nu wel vaak dezelfde soort adviezen bij één casus kreeg. Je zou dus eerst ook kunnen inventariseren of de meningen wel echt anders zijn dan bij de voorgangers die een advies hebben uitgebracht.

Adviezen voor je dagelijkse praktijk

Op de vraag of de adviezen gebruikt kunnen worden in de dagelijkse praktijk van de deelnemers geven 2 deelnemers aan dat dit (nog) niet het geval is. Het heeft voor hen vooral bijgebracht dat wijkverpleegkundigen nog één en ander te ontwikkelen hebben en het belangrijk is elkaars perspectieven te kennen. Van de overige deelnemers geven 5 aan dat ze er leerpunten uit hebben gehaald ofwel bewuster zijn gaan indiceren. Voor één deelnemer is deze vraag niet van toepassing.

Adviezen voor je eigen organisatie

In de evaluatie is gevraagd in hoeverre de adviezen bruikbaar kunnen zijn om verbeteringen door te voeren binnen de eigen organisatie. De 8 deelnemers die deze vraag hebben beantwoord, geven vrijwel allemaal aan dat de uitkomsten bruikbaar kunnen zijn. Twee van de wijkverpleegkundigen geven aan dat het bijdraagt aan doelmatiger indiceren. Het is voor dit moment echter nog te vroeg om al concreet aan te kunnen geven dat de adviezen zullen leiden tot verbeteringen. Deelnemers geven aan dat het een belangrijk aandachtspunt is om ervoor te zorgen dat het praktijkteam uiteindelijk wel uitmondt in concrete acties of verbeteringen.

7. Aanbevelingen

Hierbij volgen aanbevelingen waarop het vervolg van dit traject gebaseerd kan worden. De aanbevelingen zijn onderverdeeld naar de hoofdstukverdeling van het evaluatierapport.

Aanbevelingen voor de opzet

- Zorg ervoor dat er meerdere disciplines aanwezig zijn vanuit de beroepsgroep voor diversiteit in de casuïstiek en adviezen.
- Een deel van de casuïstiek kan meegeven worden als voorbereidend "huiswerk", zodat de bijeenkomst benut wordt voor de discussie en het delen van argumentatie om te komen tot een advies. Dit kan een bewuste keuze zijn als de voorkeur uitgaat naar dat er meer casuïstiek wordt behandeld tijdens een bijeenkomst.
- Een praktijkteam valt en staat bij de aanwezigheid van de beroepsgroep die kan putten uit praktijkervaringen. Er wordt daarom aanbevolen om de meerderheid van het praktijkteam te laten bestaan uit (indicierend) verpleegkundigen.
- Indien mogelijk kan in de selectie van deelnemers rekening gehouden worden met de aanwezigheid van (wijk)verpleegkundigen die de indicatie hebben gesteld bij de betreffende casus.
- Indien ervoor wordt gekozen om het praktijkteam Zvw-pgb voort te zetten, wordt aanbevolen om rekening te houden met kosten voor de tijd die (wijk)verpleegkundigen investeren (vacatiegelden), kosten voor een secretaris en (technisch) voorzitter en organisatiekosten. Deze kosten worden geraamd op 8.620,- exclusief BTW wanneer je uitgaat van de tarieven die zijn gehanteerd bij de trialbijeenkomst. Vanzelfsprekend kunnen deze kosten verminderen wanneer meer tijd en expertise wordt ingezet vanuit de deelnemende partijen.

Aanbevelingen voor de casuïstiek

- Het format dient te worden uitgebreid met een zo volledig mogelijke verpleegkundige onderbouwing bij de indicatie.
- In het format moet terugkomen wat de indicierend verpleegkundige als doelstelling heeft opgesteld samen met de budgethouder.
- In het format moet worden aangevuld in hoeverre er gebruik is (geprobeerd) te maken van voorzieningen uit andere wetten (o.a. voorliggend, Wmo, informele zorg).

Aanbevelingen voor de methodieken

Aanbevolen wordt om te kiezen voor een methodiek waarbij gebruik wordt gemaakt van de

expertise van alle deelnemers. Uiteindelijk blijkt de methodiek waarin een gezamenlijk advies wordt gegeven door alle deelnemers zinvoller te zijn dan de methodiek waarbij enkel (wijk)verpleegkundigen een deskundig oordeel vellen over de situatie.

Aanbevelingen voor de adviezen

- Bepaal gezamenlijk criteria of spelregels voor waar een advies minimaal aan moet voldoen, zodat het advies niet alleen bruikbaar is voor de deelnemers van het praktijkteam.
- Om ervoor te zorgen dat de deelnemers over voldoende kennis beschikken en niet alleen op basis van 'gevoel' een advies geven, kunnen de adviezen ook deels thuis voorbereid worden waarbij moet worden aangegeven hoe is voldaan aan het Normenkader.
- Het succes van het praktijkteam wordt mede bepaald door wat er met de gegeven adviezen wordt gedaan. Aanbevolen wordt daarom om iemand verantwoordelijk te stellen voor het uitzetten van de uitkomsten en adviezen. Hier kan eventueel op gemonitord worden, zodat uiteindelijk ook teruggekoppeld wordt wat er met het advies is gedaan.

8. Conclusie

Op basis van de evaluatie kan geconcludeerd worden dat deelnemers meerwaarde zien in een vervolg op de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb. Op kort-cyclische wijze kan een aantal bijeenkomsten leiden tot inzage in problematiek en adviezen, om vervolgens te bepalen of deze bijdragen aan een betere kwaliteit van de indicatiestelling in het Zvw-pgb. Het is daarbij belangrijk dat de uitkomsten en acties actief worden uitgezet en gemonitord om resultaten te behalen. Vervolgens dienen deze op enige wijze opgeschaald te worden om daadwerkelijk te leiden tot verbeteringen in de indicatiestelling van het pgb in de Zvw. Indien het doel vooral is om inzage te krijgen in elkaars denkwereld c.q. belangen en daarvan te leren, kunnen de resultaten op kleine(re) schaal en minder intensieve wijze worden uitgezet bij de deelnemende partijen.

Naast het voortzetten van een praktijkteam Zvw-pgb zijn er een aantal alternatieven te benoemen die eveneens kunnen bijdragen aan het doel om de kwaliteit van de indicatiestelling te verbeteren. Zo zou voor een laagdrempelige wijze gekozen kunnen worden, waarbij het praktijkteam bijvoorbeeld aansluit bij reeds bestaande vakgroepen van de beroepsgroep waarin intervisie wordt georganiseerd tussen (wijk)verpleegkundigen. Een tweede alternatief is de keuze voor de adviescommissie die in eerste instantie zou worden opgericht. Een nadeel hierbij is dat er meer middelen en tijd in gestoken moeten worden. Een voordeel kan zijn dat de uitspraken en uitkomsten van een deskundige adviescommissie minder vrijblijvend van aard zijn, wat mogelijk sneller leidt tot verbeteringen. Deze alternatieven kunnen ter overweging worden meegenomen in de evaluatiebijeenkomst met de deelnemende partijen.

9. Bijlagen

Bijlage 1 Opzet praktijkteam Zvw-pgb

Aanleiding praktijkteam Zvw-pgb

- Kwaliteit gestelde indicaties is vaak niet goed genoeg;
- Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2017-2018;
- Oprichten adviescommissie te groots aangepakt.

Doelstellingen

- Verbeteren kwaliteit indicatiestelling;
- Voorkomen shopgedrag door uniformere indicatiestelling;
- Vereenvoudigen indicatiestellingproces.

Het 'waarom' van het praktijkteam:

Wat is de bedoeling van het praktijkteam Zvw-pgb?

Het praktijkteam Zvw-pgb heeft als opdracht om:

- Een onafhankelijk advies te geven op basis van geanonimiseerd ingebrachte casussen door de zorgverzekeraars;
- Te bezien of er een trend is in de problematiek van ingediende casussen en hoe de desbetreffende problematiek in de praktijk aan te kunnen pakken;
- Het advies te voorzien van concrete handvatten voor verbetering en deze vast te leggen in een overzicht;



- Terugkoppeling te geven aan Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), V&VN en VWS over de bevindingen, zodat er concrete oplossingen door partijen kunnen worden benoemd om de praktijk te verbeteren.

- Welk vraagstuk pakt het praktijkteam aan?
Partijen willen een kwaliteitsslag maken, leren en verbeteren in het gehele proces van het indiceren, toekennen en afwijzen van het PGB. De uitkomsten van de adviezen moeten ook helderheid gaan bieden in het veld hoe met bepaalde zaken om te gaan. Tot slot kunnen ze input geven voor de doorontwikkeling van de Toolkit indicatiestelling van V&VN, het Zvw-pgb Reglement 2019 en het eventueel aanpassen van wet- en regelgeving door VWS.
- In 2018 wordt bekeken of het praktijkteam bijdraagt aan de vooraf afgesproken doelstellingen. Indien dit niet het geval blijkt zal alsnog bekeken worden of er een commissie ingesteld moet worden.
- Het praktijkteam wordt opgericht in 2017 en start in Q4 met een eerste trial. Na deze trial kunnen partijen bekijken of er nog elementen aangescherpt moeten worden of dat aanvullende afspraken nodig zijn.

Samenstelling, organisatie en werkwijze van het team:

- Het praktijkteam bestaat uit een vertegenwoordiger van Per Saldo, twee vertegenwoordigers van verzekeraars, een vertegenwoordiger vanuit VWS, een vertegenwoordiger vanuit V&VN/NWG, vier vertegenwoordigers vanuit de beroepsgroep (waarbij er rekening wordt gehouden met specifieke en verschillende expertise en ervaring met indicatiestelling van ZIN). Verpleegkundigen moeten – eventueel op afroep – kunnen terugvallen op een arts die een medische diagnose kan duiden.
- Er is sprake van een voorzitter die wordt ingehuurd door Zorgverzekeraars Nederland
- Er is sprake van een secretaris die wordt ingehuurd door Zorgverzekeraars Nederland
- Betrokken partijen als VWS, ZN, V&VN en Per Saldo stellen het gebruik van een vergaderlocatie en voorzieningen/faciliteiten (thee/koffie) aan het praktijkteam kosteloos beschikbaar.
- De secretariële ondersteuning als zijnde het regelen van de afspraak, het verzorgen van de stukken etc. valt bij de trialbijeenkomst onder de werkzaamheden van de secretaris.



- Het praktijkteam komt in 2017 één keer bij elkaar.
- Zorgverzekeraars krijgen de gelegenheid om max. 100 casussen in te dienen aan het praktijkteam. Deze worden op basis van nader te bepalen hoofdthema's geclusterd en in afstemming met de andere partijen ingebracht.
- De voorzitter en secretaris zijn verantwoordelijk voor het opstellen en monitoren van het overzicht in de vorm van een actieplan.

Communicatie:

- Regel een goed registratiesysteem voor binnengekomen meldingen/ casussen. Hiervoor kan een besloten groep op ZNnet ingericht worden, analoog aan het signaalteam dementie.
- De voorzitter en de secretaris zijn verantwoordelijk voor de terugkoppeling aan VWS, ZN, V&VN en Per Saldo.
- Zowel aanlevering als terugkoppeling van de casussen kan in een vastgesteld format gezet worden. Hierin dient in ieder geval vermelding van casusnummer, leeftijd of leeftijdscategorie, aandoening/ziekte, oorspronkelijk indicatie, bijzonderheden en bevindingen van het praktijkteam met bijbehorend advies te worden opgenomen.

Bijlage 2 Trialbijeenkomst Praktijktteam Zvw-pgb 30 november 2017

Aanwezigen: wijkverpleegkundigen, verpleegkundig adviseurs van zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van V&VN, NWG, Per Saldo en VWS

Sfeerverslag

Donderdag 30 november jl. vond de trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb plaats bij V&VN in Utrecht. Enige tijd geleden is in de bestuurlijke afspraken tussen VWS, Per Saldo en ZN kortgesloten dat partijen zich zouden inzetten voor verbeterde kwaliteit van de indicatiestelling binnen de Zvw-pgb. Als onderdeel hiervan is besloten tot de organisatie van een laagdrempelige trialbijeenkomst van een praktijkteam, waarin casuïstiek wordt besproken vanuit de praktijk van de Zvw-pgb. VWS heeft hiervoor een opdracht aan ZN verleend. Na de bijeenkomst is zowel inhoudelijk als procesmatig geëvalueerd of de opzet van een praktijkteam bijdraagt aan het leren van elkaar en uiteindelijk ook tot een verbeterde kwaliteit van de indicatiestelling Zvw-pgb.

Gedurende de trialbijeenkomst is een viertal casussen besproken aan de hand van drie verschillende methodieken. De casussen zijn ingebracht door zorgverzekeraars, Per Saldo en wijkverpleegkundigen. Ze hebben allen van doen met de lastige situaties of problematiek die wordt ervaren in de indicatiestelling van het Zvw-pgb. Bij de eerste en derde casus is gebruik gemaakt van een methodiek waarbij alle aanwezigen hun advies konden uitbrengen over de casus en bijbehorende indicatie. Hieraan vooraf was er de mogelijkheid verhelderende vragen te stellen aan de inbrenger. De voorzitter ging vervolgens na of er voldoende informatie verkregen is om een gedegen advies te kunnen uitbrengen. Daarna werd iedereen in de gelegenheid gesteld een advies te geven over welke indicatie hij of zij zelf zou afgeven en met welke reden. Nadat iedereen een advies had uitgebracht en de vraag: hoe kunnen de indicatie en onderbouwing transparanter? heeft beantwoord, werd door de voorzitter gepolst of er een gezamenlijk advies uit geformuleerd kon worden. Bij de tweede casus werden de wijkverpleegkundigen als deskundigen gezien. De overige deelnemers konden verhelderende vragen stellen, maar waren vooral aanwezig als observatoren. Nadat de wijkverpleegkundigen hun gezamenlijke advies hebben gegeven, konden de andere aanwezigen hierop reageren. Bij de vierde casus, die meer algemeen van aard was, werden alle aanwezigen gevraagd drie vragen te beantwoorden: 1) wat is het probleem? 2) wie heeft de oplossing? en 3) hoe ziet de oplossing er volgens jou uit? Ieder beantwoordde deze vragen vanuit de eigen achtergrond en expertise, waarna er ruimte was om elkaar aan te vullen, of om verduidelijking te vragen.

De trialbijeenkomst van het praktijkteam Zvw-pgb leverde uiteindelijk adviezen op vanuit de zijde van wijkverpleegkundigen, zorgverzekeraars, vertegenwoordigers van V&VN, Per Saldo, VWS en het NWG. De inhoudelijke adviezen zijn na de bijeenkomst geverifieerd bij de aanwezigen, waarna ze volledig geanonimiseerd gedeeld kunnen worden met de achterban. Een korte evaluatie direct na de bijeenkomst liet zien dat de aanwezigen de opzet van een praktijkteam zinvol vinden, maar tegelijkertijd zoekende zijn in hoe dit uiteindelijk kan leiden tot verbeteringen in de praktijk. Een schriftelijke evaluatie bij de aanwezigen is hier dieper op ingegaan. Voor 31 december 2017 worden de inhoudelijke en procesmatige evaluatieresultaten opgeleverd aan VWS. Hierna zullen de betrokken partijen gezamenlijk evalueren en beslissen over het vervolg.

Bijlage 3 Casuïstiek trialbijeenkomspraktijkteam Zvw-pgb (geanonimiseerd)

Casus 4 van 23: kaders voor rechtmatig en doelmatige indicatie met methodiek 1

Algemeen:	Indiener: zorgverzekeraar Aandoening of ziekte: Diabetes Oorspronkelijke indicatie: 20 uur verpleging per week Leeftijd cliënt: jonger dan 18 jaar Relevante bijzonderheden: kind heeft een combinatie van aandoeningen waardoor overname van de zorg gewenst is. Dit komt de schoolprestaties ten goede.
Context:	De casus betreft een cliënt die onderwijs volgt een combinatie van aandoeningen heeft. Beide ouders zijn zeer betrokken bij de zorgvraag, de school en sporten van hun kind. De cliënt voert de zorghandelingen zelfstandig uit en vraagt de ouders voor bevestiging. De ouders nemen de zorg op de meeste dagen over als de cliënt uit school komt, om overbelasting te voorkomen. De cliënt sport op hoog niveau en de ouders zijn hierbij aanwezig om zorg te verlenen als dat nodig blijkt.
Onderbouwing indicatie:	De onderbouwing van de indicierend verpleegkundige is dat ze de bestaande indicatie heeft overgenomen, omdat er geen zorgvraagwijziging was. In gesprek met de verpleegkundige heeft de verzekeraar aangegeven dat een deel van de indicatie als gebruikelijke zorg wordt gezien. Daarnaast is er sprake van begeleiding, aangezien de cliënt zelf handelt en bevestiging zoekt bij beide ouders. Er is aangegeven dat er verwacht mag worden dat een cliënt van deze leeftijd zelfredzaam is. De verpleegkundige bevestigt de handelingen maar blijft bij haar indicatie. Na doorvragen vertelt de verpleegkundige dat de zorgvraag met deze uren ook in zorg in natura verstrekt zou worden. Er heeft vervolgens een huisbezoek plaatsgevonden om de zorgvraag te bespreken met de cliënt (en ouders). Hierna is er een aangepaste indicatie aangeboden aan de ouders van 10 uur per week verpleging. Deze is geaccepteerd door de ouders. Inmiddels is er opnieuw een aanvraag (herindicatie i.v.m. aflopen van de huidige indicatie) ontvangen waarbij opnieuw 10 uur per week verpleging is aangevraagd door de ouders.
Opmerkingen/ vragen:	<ul style="list-style-type: none">- Klinisch redeneren moet bijgevoegd worden.- Rollen in de casuïstiek duidelijk benoemen.- Hoe functioneert deze cliënt verder?

- Zijn er criteria om dergelijke indicaties af te wijzen? Ja, dit is opgenomen in het pgb-reglement van verzekeraars.
- Zijn hulpmiddelen vanuit de Wmo al besproken? Is dat benoemd tijdens het gesprek met de wijkverpleegkundige (moet in format meegegeven kunnen worden).
- Toevoegen initiële indicatie en jaartal: voor of na de AWBZ?
- In hoeverre is de doelstelling gericht op zelfredzaamheid en eigen regie? Zijn er alternatieven? Wat is het lerende effect?
- Het is de vraag hoe helder het voor een verzekerde is of er sprake is van een pgb of ZIN.

Individuele adviezen:

Per Saldo en V&VN: meer richten op zelfredzaamheid van de cliënt in plaats van de rol van de ouders te benadrukken
VWS: is het wel Zvw-zorg?

Zorgverzekeraars:

- Het is de vraag of hier wel sprake is van een pgb. Advies, Instructie en Voorlichting (AIV) zou logischer zijn, zodat de cliënt zelf de regie kan voeren. AIV is altijd ZiN, dus dit kan niet in een pgb. Daarnaast is dit geen chronische zorg, maar tijdelijke ondersteuning van de zelfredzaamheid. En daarom kan het ook alleen ZiN zijn.
- Bij een spoedoproep kan ik me nog iets voorstellen, alhoewel je bij echte spoed 112 moet inschakelen en dat niet kunt laten vervangen door een spoedoproep. Het is de vraag of het hier Zvw of Wmo betreft. Ik zou adviseren om de leefwijze aan te passen.
- Ik twijfel of het bij deze casus wel wijkverpleging betreft. Je betaalt hier daarnaast dubbel: en aan het ziekenhuis (multidisciplinair team i.v.m. de Diabetes Mellitus) en aan de ouders. In de ziekenhuis-DOT zit financiering voor begeleiding van patiënt en ouders in het leren omgaan met diabetes. Daar zou gestuurd moeten worden op zelfredzaamheid; niet vanuit de wijkverpleging.

Wijkverpleegkundigen:

- Het betreft een overgangsfase bij een puber, waardoor er wel sprake is van een pgb als je strakke doelen stelt. Je moet hierbij wel onderscheid maken of het een probleem van de ouders is, of dat het de onzekerheid van de cliënt betreft. Een spoedoproep zou nog logisch klinken om zorg op te verlenen en Pgb-zorg als je duidelijke afspraken kunt maken over doelen.

- In deze casus mist de verheldering van de zorgvraag. Spoedoproep kan misschien via personenalarmering met ZIN (nuance door zorgverzekeraar: je hebt tijd om aan te rijden dus het kan niet gezien worden als vervanging van 112), maar de vraag speelt nog steeds: waarom moet hij zovaak per dag geprikt worden?
- Het is ook de vraag wat de cliënt zelf wil? Veel uit deze casus lijkt gebruikelijke zorg te zijn ofwel begeleiding naar zelfredzaamheid.
- Een advies zou zijn om hierin te zetten op de ambities van de cliënt.

NWG: het is aan de verpleegkundige om de consequenties van het sporten laten zien. Het vraagstuk gaat vooral over gebruikelijke zorg van de ouders aan hun kind. Het advies zou zijn om hier allereerst geen zorg op te zetten maar gesprekken over te voeren.

Gezamenlijk advies:

De omschrijving uit het Normenkader is van toepassing. Het is van belang in een dergelijke casus als wijkverpleegkundige door te vragen om te komen tot de juiste indicatie. Het probleem in dergelijke situaties is de dwang die wijkverpleegkundigen voelen vanuit de mensen die hun inkomen verliezen als ze een indicatie afwijzen. Hiermee wordt getornd aan de objectiviteit van de wijkverpleegkundige.

Overigens is de indicatie bij een zorgverzekeraar voor een soortgelijke casus afgewezen. Dit loopt nu bij de SKGZ. Zorgverzekeraars werden hierbij in het gelijk gesteld: er was sprake van gebruikelijke zorg en de overige zorgvraag was meer gericht op begeleiding uit de Wmo of AIV (ZiN) uit de Zvw.

Casus 5 van 23: duidelijkheid in gecombineerde zorgvraag met methodiek 2

Algemeen:

Aandoening of ziekte: levertransplantatie op zeer jonge leeftijd, ADD+DLP en blaasproblemen

Oorspronkelijke indicatie: PV- ADL, toiletgang en zalven en VP-aanreiken medicatie

Leeftijd cliënt: jonger dan 18 jaar

Relevante bijzonderheden: de cliënt heeft gezinsleden die ook een vorm van autisme hebben. Een ouder geeft begeleiding.

Betrokkenen: verpleegkundige, het Juiste Loket en de Jeugdwet

Context:	<p>Het betreft een cliënt die op jonge leeftijd een levertransplantatie heeft ondergaan. Hiervoor gebruikt de cliënt medicatie om afstotingsgevaar te voorkomen. De cliënt krijgt hulp bij het aankleden, wassen, tandenpoetsen en het innemen van medicatie. De cliënt krijgt in alle rust de tijd om het zelf te proberen, maar dat lukt niet. De cliënt volgt een dieet en eet volgens een strak schema. Vanwege de instabiele blaas moet de cliënt geholpen worden bij de toiletgang, zodat dit niet wordt vergeten. De cliënt slikt medicatie tegen de afstoting; dit verlaagt de weerstand, waardoor de cliënt vatbaar is voor ziektes en virussen en daarin begeleid moet worden. Waar hoort een dergelijke zorgvraag thuis?</p>
Onderbouwing indicatie:	<p>De indicatie is volledig gesteld voor de Zvw. Er ontstaat overbelasting en onzekerheid van de cliënt en (wettelijk) vertegenwoordigers doordat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd. Er lijkt sprake van onvoldoende kennis van de indicatiesteller over de verschillende domeinen. In deze casus heeft de verpleegkundige de indicatiestelling van haar collega (de bestaande indicatie die afloopt) overgenomen. In de bestaande indicatie is het toezicht op afstotingsgevaar meegenomen en is de aanvraag voor intensieve kindzorg (IKZ) goedgekeurd.</p>
Opmerkingen/ vragen:	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe functioneert de cliënt cognitief? - Moet je bij de indicatiestelling rekening houden met de zorgverlener (verwant) in het bepalen van wat gebruikelijke zorg is in die situatie? - In hoeverre kon de wijkverpleegkundige coördineren, schakelenlijntje en was er een lijntje naar de gemeente? - Bij één van de wijkverpleegkundigen is er een lijntje naar de klantadviseur met een breder netwerk. Dan blijft je rol als indicatiesteller ook zuiver. De sociale wijkteams zijn hierbij van meerwaarde. - Het Juiste Loket is niet bij alle aanwezigen bekend. - Vanuit de casuïstiek wordt niet duidelijk wat de doelstelling is van de cliënt.
Gezamenlijk advies (wijk)verpleegkundigen:	<p>De (wijk)verpleegkundigen van het praktijkteam adviseren in deze casus allereerst in te zetten op het voeren van een ander gesprek. Hierbij willen ze alle betrokkenen (ouders en betrokkenen van de organisaties) aan tafel te krijgen. Pas daarna kan de afweging gemaakt worden waar het zwaartepunt ligt. Dat kan nu onvoldoende uit de casus gehaald worden. Het advies kan vervolgens verleend worden op grond van het bepaalde zwaartepunt en zal waarschijnlijk in de richting van het gedrag of begeleiding vorm krijgen. Voor nu lijkt instructie het meest passend te zijn. Het is goed om soms even minder te doen als (wijk)verpleegkundigen en eerst te analyseren voordat je overgaat tot oplossingen. Nb: hierin moet nog wel bepaald worden wie de regie voert over dit gesprek.</p>

Reactie toehoorders:	<p>We kunnen ons vinden in het advies, maar hebben ook een vervolgvraag: <i>stel dat dit onder de Zvw valt, maar de ouder kan het niet aan. Wat zeg je dan tegen de (wijk)verpleegkundige?</i></p> <p>In dat geval moet je de afweging maken in het gesprek met de ouder of er (geen) sprake is van overbelasting. Kan ze de regie nu nog voeren over zo'n pgb of moet iemand anders dit eigenlijk doen? Als je het hebt over pgb als eigen keuze en regievoering; is het de vraag of je dan niet eerst ZIN moet bieden en daarna pas een pgb-Zvw.</p>
----------------------	--

Casus 6 van 23: Wlz of Zvw met methodiek 1

Algemeen:	<p>Aandoening of ziekte: verstandelijke beperking, gedragsstoornissen en epilepsie</p> <p>Oorspronkelijke indicatie: PV 50 uur per week; VP 30 uur per week</p> <p>Leeftijd cliënt: jonger dan 18 jaar</p> <p>Relevante bijzonderheden: cliënt gaat naar speciaal onderwijs, waar de ouder ook ondersteuning biedt vanwege epilepsie en gedrag. De cliënt heeft 24 uur per dag toezicht nodig en moet bij alles begeleid en geholpen worden. De ontwikkelingsachterstand wordt groter en cliënt gaat lichamelijk en geestelijk verder achteruit.</p>
Context:	<p>Het betreft een tweede Zvw-rgb aanvraag binnen een jaar, waarbij de aanvraag is verdubbeld. De ouder woont alleen met de cliënt en verleent alle zorg zelf vanuit een Zvw-rgb. In de omgeving is er weinig familie om op terug te vallen. Hierdoor raakt de ouder overbelast. In deze indicatie staat epilepsie op de voorgrond; het betreft intensieve kindzorg en geen zorg uit de Wlz.</p>
Onderbouwing indicatie:	Niet meegeleverd.
Opmerkingen/ vragen:	<ul style="list-style-type: none"> - Is de indicatie gericht op 24-uur toezicht? - Zijn er andere disciplines benaderd? - Zolang er geen arts een diagnose heeft gesteld, doet het CIZ de deur dicht. Als het aanknopingspunt de verstandelijke beperking wordt is de Wlz wel mogelijk. - Over een andere casus gaf een collega van VWS aan dat het CIZ dit nooit in behandeling zou nemen gezien de nog aanwezige ontwikkelmogelijkheden van de cliënt.

- Verschil in inzicht tussen zorgverzekeraar en wijkverpleegkundige: een medische diagnose is relevant voor de wijkverpleegkundige omdat de aanspraak omvat: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, onder de voorwaarde dat er (een hoog risico) op een behoefte aan geneeskundige zorg is, aldus de zorgverzekeraar. Een aanwezige wijkverpleegkundige is het hier niet helemaal mee eens.
- Advies aan wijkverpleegkundige: beredeneren vanuit je helicopterview. Houd je er in je indicatiestelling rekening mee? De vertegenwoordiger mag ook maar één keer 40 uur declareren. Hoe ga je daar dan mee om?

Individuele adviezen:

VWS: deels afwijzen omdat 80 uur in deze situatie niet haalbaar is (deel ZIN of afwijzen). De wijze van invulling van de zorg mag de zorgverzekeraar iets van vinden. Je kunt ook een pgb toekennen en het budget niet laten uitnutten.

Wijkverpleegkundigen:

- Mijn advies zou gericht zijn aan de ouder en betreft het meedenken om deze zorg en de situatie anders (niet binnen de Zvw) in te richten.
- Op grond van de epilepsie bij de cliënt zou ik adviseren de Jeugdwet erbij te trekken en met de ouder in gesprek te gaan over dat de huidige aanpak niet verstandig is.
- Op de indicatiestelling is weinig op te merken maar wel op de reactie van iedereen v.w.b. de 40 tot 80 uren. Je kunt hoe je naar de bewijslast kijkt ook omdraaien en niet denken vanuit regels (Arbeidstijdenwet) maar vooral dingen mogelijk proberen te maken.

Zorgverzekeraars:

- Combinatie ZIN en pgb is mogelijk, maar dan moet de indicatie van ZIN en pgb ook op elkaar af worden gestemd en integrale indicatiestelling moet dan wel mogelijk zijn (ouders en thuiszorgaanbieders moeten ergens samenwerken).
- Kwaliteit van zorg is een belangrijk issue, maar nadere onderbouwing is noodzakelijk om het hoofdprobleem te bepalen. Alternatieven: verblijf IKZ, respijtzorg gemeente, andere zorgverleners inschakelen.
- 80 uur kan wel ingevuld worden door meerdere zorgverleners in te huren.

V&VN: het is een lastige casus, maar ik sluit me wel aan bij de rest. Je kunt eventueel tijdelijk de uren toekennen en dan laten zien wat er gebeurt. Of richten op het tegengaan van de overbelasting om te laten zien dat het in het voordeel van de ouder werkt om andere zorgverleners toe te laten.

	Per Saldo: het is een ethische kwestie omdat het te kort door de bocht lijkt om maar 40 uur uit te betalen omdat 80 uur blijkbaar wel nodig is in de zorgvraag.
Gezamenlijk advies:	Het gesprek aangaan met de ouder over enerzijds de overbelasting en anderzijds de 80/ 40 uren waarvoor een nieuwe indicatie wordt aangevraagd. Gezamenlijk kijken of de situatie makkelijker gemaakt kan worden voor de ouder, op zo'n manier dat daar de regie blijft zonder overbelast te raken.

Situatie 12 van 23: Terminale/24-uurs zorg met methodiek 3	
Algemeen:	Aandoening of ziekte: cliënt met hartfalen, nu in de terminale fase (terminaalverklaring is aanwezig) Oorspronkelijke indicatie: geen Leeftijdscategorie: hoogbejaard Relevante bijzonderheden: er is 24 uur per dag wijkverpleegkundige zorg geïndiceerd. Het plan is dat er 24 uur per dag professionele zorg wordt ingekocht. Daarnaast is er informele zorg aanwezig (mantelzorg en vrijwilligers)
Context:	Er is 24-uur per dag zorg geïndiceerd, maar een verpleegkundige onderbouwing hierbij ontbreekt. Probleem: (1) terminale zorg (2) indicatiestelling is niet gericht op de professionele zorg die de cliënt nodig heeft, maar op de bedrijfsvoering van de zorgverlener. Dit is niet in overeenstemming met het normenkader van V&VN: <i>Norm 4: Besluitvorming rond indiceren en organiseren van zorg vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces</i> . Aangezien niet aan norm 4 wordt voldaan, is niet te controleren of wel aan de andere normen wordt voldaan.
Onderbouwing indicatie:	Ontbreekt.
Wat is het probleem?	Zorgverzekeraars: <ul style="list-style-type: none"> - 24-uurs zorg is niet altijd 24-uurs zorgverlening. - Er is geen onafhankelijke indicatiestelling en 24-uurs zorg bestaat niet. Je levert handelingen tijdens 24 uur, niet 24 uur lang zorg. In de Zvw kun je dit (toezicht en begeleiding) namelijk niet declareren. - Onder de Zvw kunnen alleen de handelingen vanuit PV en VP geïndiceerd en toegekend worden en dat haalt nooit 24 uur per dag.

- Verkeerde voorlichting en interpretatie van 24-uurs zorg door o.a. artsen; dit schept verkeerde verwachtingen.

Wijkverpleegkundigen:

- Dat niet iedereen hetzelfde doel voor ogen heeft.
- Er lijkt ergens een koppeling te zijn gemaakt tussen PTZ = 24-uurs zorg.
- Het probleem zit in de verwachting dat 24-uur zorg verleend wordt in de thuissituatie. Er is hier sprake van een paradox: je houdt de zorg hiermee in eigen handen versus dat je 24 uur zorg inkoopt waarmee je het uit handen neemt.

Per Saldo: ligt het probleem wel bij de wijkverpleegkundige? Mogelijk meer bij eerder gecreëerde verwachtingen.

VWS: het is een andersoortig probleem. Er zijn zorginstellingen die deze zorg leveren op basis van een pgb ("zeg maar tegen de wijkverpleegkundige dat je 24-uurs zorg nodig hebt en dan kom ik het brengen").

Wie heeft de oplossing?

Zorgverzekeraars:

- De oplossing ligt bij de politiek, omdat de term 24-uurs-zorg impliceert dat er 24 uur een professional naast je bed zit terwijl bedoeld wordt dat het op elk moment noodzakelijk kan zijn en dus mogelijk is dat er een professional beschikbaar is. Toezicht is geen verzekerde zorg.
- Je kunt hier ook vrijwilligers en mantelzorgers in laten zetten, maar daardoor wordt de indicatie niet lager. Er moet een nieuwe indicatiestelling gedaan worden door een onafhankelijk persoon.
- De wijkverpleegkundige moet samen met het gehele veld benoemen wat we zorg vanuit de wijkverpleging vinden. De wijkverpleegkundige moet breder kijken dan alleen de Zvw. Hulpmiddelen, woningaanpassingen, vrijwilligers, ondersteuning mantelzorg, Wmo, etc. moeten hier ook in worden meegenomen.

Wijkverpleegkundigen:

- Het is de rol van de wijkverpleegkundige om uit te leggen wat met 24-uurs zorg bedoeld wordt. Er dienen zich een heleboel afwegingen aan waarbij we moeten bepalen: wat is ons doel, warme zorg of intensieve zorg?
- Terminale klanten geven we ZIN, waarbij instanties worden geregeld door het wijkteam en we de zorg opvangen met mantelzorg.

	<p>Per Saldo: we schrikken van de opmerking dat wanneer het een professional is, er dan pas sprake is van pgb-zorg is. We snappen het vanuit de insteek dat een pgb wordt ingezet voor het geld, maar het is juist ook bedoeld om de regie te voeren. Dan kan het juist een voordeel zijn t.o.v. ZIN, omdat je kunt kiezen wie je zorg verleent.</p>
Hoe ziet de oplossing er volgens jou uit?	<p>Zorgverzekeraars:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maatwerk. - Na de indicatiestelling mogelijkheden binnen de Wmo en informele zorg uitzoeken. - Flexibel inzetten van de zorg en een evenwicht in formele en informele zorg. <p>Wijkverpleegkundigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maak gebruik van de klant en indiceer opnieuw met alle betrokkenen, maar zonder de betreffende ZZP'er in verband met objectiviteit. - Niet zo'n hoge indicatie afgeven en daarnaast lijken hulp bij de ADL en ZIN passender in deze casus. <p>V&VN: heroverwogen van de indicatie en inventariseer of ZIN passender is.</p> <p>Per Saldo: eerder en op een andere plek informeren, maar informatie over dergelijke situaties is lastig te vinden.</p> <p>VWS: de discussie moet gaan over of je deze zorg nog wel mogelijk moet kunnen maken binnen het pgb (overigens wel een verschil tussen een heraanvraag en nieuwe aanvraag voor iemand van deze leeftijd).</p> <p>NWG: principiële vraagstukken liggen hieraan ten grondslag zoals de ongecontracteerde zorg die omhooggaat. We moeten ons misschien afvragen waarom we dit nu heel anders doen dan vroeger. Toen lieten we mensen nog wel eens 'gewoon' doodgaan. Het probleem in deze casus zit 'm vooral in de verwachting dat 24-uurs zorg een recht is.</p>
Gezamenlijk advies	Zorg op maat en een nieuw gesprek.

Bijlage 3 Format aanlevering casuïstiek

Houd bij het invullen van het format rekening met privacy- en concurrentiegevoelige informatie. Gebruik geen namen van klanten, individuele verzekeraars of budgethouders.

Algemeen

Casusnummer:
Inbrenger (naam organisatie):
Functie inbrenger:
Onderwerp of thema:

Geanonimiseerde informatie ter verduidelijking van de casus

Aandoening of ziekte:
Leeftijdscategorie:
Oorspronkelijke indicatie:
Onderbouwing indicatie:
Relevante bijzonderheden:

Beschrijving van de casus (maximaal 200 woorden)

Aanleiding:
(Type) probleem:
Incidenteel of structureel:
Betrokkenen:

Mogelijke oplossing (maximaal 200 woorden)

Wat is er nodig:
Wat zie jij als oplossing:
Wat levert dit op:
Waarom is dat nog niet gelukt: