



Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

J. Zwaap
T +31 (0)20 797 8808

Datum

18 december 2015

Onze referentie

ACP 59-2

verslag

ACP 58
Vergadering Adviescommissie Pakket

Vergaderdatum	11 december 2015
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen.
Aanwezig	Bert Boer (voorzitter) Marcel Canoy Heleen Dupuis Marian Grobbink Job Kievit Romke van der Veen Gert-Jan van der Wilt
	Jacqueline Zwaap (secretaris, verslag)
Afwezig	Inez de Beaufort Arnold Moerkamp

5 **1 Opening en mededelingen**

De voorzitter opent de vergadering en heet alle aanwezigen welkom.

1.1 Mededelingen

10 De secretaris meldt dat Inez de Beaufort en Arnold Moerkamp vandaag zijn verhinderd. Verder meldt zij dat er drie insprekers zijn bij agendapunt 4 (toegang Wlz voor GGZ-cliënten).

1.2 Conflicterende belangen

15 De voorzitter vraagt of er leden zijn die melding willen maken van een potentieel conflicterend belang bij een van de agendapunten. Dat is niet het geval.

2 Verslag van de vergadering van 27 november 2015 (57)

20 Een lid merkt op dat hij bij de bespreking van het pakketadvies over nivolumab heeft verwezen naar een artikel van Temel ea over de vroege inzet van palliatieve zorg. Hij zal de verwijzing naar dit artikel mailen zodat deze kan worden toegevoegd aan het verslag. De commissie spreekt haar waardering uit voor het verslag. Het verslag wordt vastgesteld.

25 **3 Scoping duidingverzoek (arbeids)participatie in de GGZ**

Een medewerker van het Zorginstituut geeft een korte toelichting op het onderwerp. De Minister heeft een aantal vragen gesteld die betrekking hebben op de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet wanneer het gaat om de begeleiding van mensen met psychische klachten naar werk. Steeds meer mensen met psychische klachten hebben geen werk. Het domein van de Zorgverzekeringswet is op genezing gericht, maar de vraag is hoe ver dat gaat. Punten die men verwacht tegen te komen zijn:

- Binnen het domein: er zijn bepaalde interventies uitgezonderd van de GGZ zoals relatieproblemen, aanpassingsstoornissen, maar ook begeleiding van werkgerelateerde aandoeningen zoals burn out en overspanningheid.
- Over domeinen heen: kan een interventie zoals individuele plaatsing en steun (IPS) tot de Zvw worden gerekend?;
- Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen; op deze zorg is steeds meer bezuinigd.

Met betrekking tot het tweede punt heeft een PICO voor gelegen in de WAR met de vraag of het krijgen van werk kan worden gezien als een belangrijke uitkomstmaat. De WAR vond dat dit, naast de kwaliteit van leven, ook een belangrijke uitkomstmaat is. De WAR ziet de begeleiding als behandeling omdat er specifieke expertise voor nodig is die bij het UWV niet voor handen is. De vraag is hoe de ACP daarover denkt.

De voorzitter geeft aan dat er op dit moment geen consensusvorming nodig is omdat het nu gaat om de meegevers voor het traject dat gaat volgen. Hij vraagt aan wie hij als eerste het woord mag geven.

Discussie

Een eerste ziet dit iets anders dan de WAR. Hij vraagt zich af wat de consequenties zijn van het wel of niet scheiden van het zorg- en werktraject. Dat kan gepaard gaan met afwentelingproblematiek en uitvoeringsproblemen. Hij zou willen voorstellen eerst te verkennen waar de problemen zitten en welke soorten oplossingen er zijn. En wat er zou gebeuren wanneer je het wel of niet scheidt. Deze vraag gaat vooraf aan de vraag die nu voorligt.

Een volgend lid onderschrijft dit. Ook zou hij graag meer inzicht hebben in de omvang van het probleem. Hij is blij met de casuïstiek die in opgenomen in de bijlage. Dit werkt zeker. De andere leden zijn het hiermee eens. Een volgend lid maakt zich zorgen om de indicatiestelling. Zijn deze psychische problemen en stoornissen wel te expliciteren? En waar komt de problematiek terecht die buiten de GGZ valt? De medewerker antwoordt dat die bij de huisarts terecht komt. Het lid vraagt zich af of de huisarts deze problematiek wel adequaat kan behandelen. Een volgend lid kan zich vinden in eerdere opmerkingen die zijn gemaakt over een inventarisatie van knelpunten en kwantificering van de problematiek. Hij denkt dat dit mogelijk tot het onnodig stigmatiseren van mensen kan leiden. Ook is het mogelijk dat mensen in de eerste lijn blijven hangen waar ze mogelijk onvoldoende hulp krijgen. Dan zouden we pennywise, poundfoolish bezig zijn. Verder heeft hij een opmerking bij de indicatiestelling voor IPS. Over het algemeen zet je dat in bij vrij zware problematiek. Hij maakt zich zorgen of er wel passend wordt geïndiceerd. Tot slot adviseert hij de medewerkers gebruik te maken van de expertise van Jac van der Klink, hoogleraar in Tilburg.

Een volgend lid ziet een gevaar dat er onderscheid wordt gemaakt tussen burgers met en zonder werk bij de aanspraak op zorg. Kosteneffectiviteitanalyses worden

80 uit maatschappelijk perspectief gedaan en besteden hier dus al aandacht aan. Er spelen meer overwegingen rond het uitsluiten van mensen van het arbeidsproces. Als werkgever heeft hij ervaring met een casus waar het maar net goed ging met een plaatsing. Een vorig lid heeft eenzelfde ervaring. Hij vindt wel dat het krijgen van werk een relevante uitkomstmaat is, maar dan wel het krijgen van (in de praktijk gebleken) passend en duurzaam werk.

De voorzitter vat de discussie als volgt samen:

- 85
- Welke problemen kom je tegen wanneer je wel of niet scheidt. Denk bijvoorbeeld aan upcoding van de diagnose, in verkeerde lijn zitten etc.;
 - De voorbeelden die worden genoemd, helpen;
 - Wanneer je vindt dat er minder gebeurt dan zou moeten, wat doe je dan? Hier niet te impliciet van uit gaan. Omschrijf wat je een maatschappelijk aanvaardbaar doel vindt?
- 90
- IPS: het krijgen van werk is een maatschappelijk relevante uitkomstmaat, mits het gaat om passend en duurzaam werk en bij de juiste casemix;
 - Het is belangrijk inter-beoordelaar variatie te vermijden;
 - Betrek expertise van Jac van der Klink, hoogleraar aan de Tilburgse universiteit.
- 95

100 Een lid voegt nog toe dat ook de rol van de Minister belangrijk is. Die geeft aan dat sommige dingen niet in de Zvw zitten. Werkt dit wel? Een ander lid vindt dit ook lastig te scheiden. Hulp bieden aan een gepest kind, kan heel cruciaal zijn wanneer het betreffende kind vanwege deze problematiek suïcidaal wordt.

105 De voorzitter zegt dat het belangrijk is niet te abstraheren van het probleem wel of niet scheiden als je de domeinkwestie bekijkt. Je doet aan het probleem geen recht wanneer dit niet gebeurt. Hij wenst de medewerkers succes. Een medewerker antwoordt dat er veel over deze problematiek is gepubliceerd. Richting VWS worden de verwachtingen getemperd dat dit rapport geen panacé wordt; dat zullen we niet kunnen waarmaken. De voorzitter antwoordt dat het op zich al meerwaarde heeft wanneer je een scherp beeld neerzet als een soort foto. Hij vraagt wanneer het onderwerp terugkomt op de agenda. De medewerker

110 antwoordt dat dit in mei zal zijn.

4 Conceptadvies toegang Wlz voor GGZ-cliënten

De secretaris merkt op dat zich voor dit punt drie sprekers hebben aangemeld. De voorzitter geeft eerst het woord aan een medewerker van het Zorginstituut.

115 Hij introduceert kort het onderwerp aan de hand van een presentatie¹. Vervolgens geeft de voorzitter het woord aan de eerste spreker, de heer Vos de Waal van het Landelijke Platform GGZ (PPGGz).²

120 Naar aanleiding van de inspraak merkt een lid op dat het Zorginstituut zich niet zelf schuldig maakt aan negatieve beeldvorming over de Wlz, maar dat het Zorginstituut dit heeft opgepikt uit het veld. Verder stelt hij de vraag of spreker iets meer kan vertellen over de samenwerking die moeilijk gestalte krijgt. Spreker antwoordt dat deze vooral ligt op de grensvlakken van Wlz, WMO en Zvw. Bijvoorbeeld op het gebied van behandeling en begeleiding (WMO/Zvw) en bijvoorbeeld wanneer gemeenten cliënten richting de Wlz sturen (Wlz/WMO). Zo

125 worden financiële overwegingen leidend in welke stelsel iemand terecht komt. Een

¹ De presentatie gaat als bijlage 1 bij het verslag

² De inspraaktekst van de heer Vos de Waal gaat als bijlage 2 bij het verslag

ander lid merkt op dat deze problemen ook in het huidige stelsel voorkomen. Inspreker antwoordt dat er experimenten zijn die mogelijk kunnen leiden tot wijziging van regelgeving. Een volgend lid vraagt of het denkbaar is dat partijen een verzwaarde indicatieprocedure doorlopen voor de tweede groep. Het is
130 uiteindelijk een ultieme beslissing iemand een Wlz indicatie te verlenen. Inspreker antwoordt dat dit zeker mogelijk is. Er is zeker klinische kennis en ervaring nodig voor een goede indicatiestelling. Dit is een leerproces waarin je kennis verzamelt, waardoor de indicatiestelling weer verbeterd kan worden. In het HHM onderzoek dat eerder ten grondslag lag aan de toegang tot de Wlz voor niet-GGZ cliënten,
135 was de GGZ groep ook meegenomen. Daarin bleek dat het de inter-beoordelaar variatie bij de indicatiestelling van GGZ-cliënten niet slechter was dan die voor andere cliënten. Een lid vraagt of dat empirisch is getoetst. Inspreker bevestigt dat dit in het onderzoek van HHM het geval was. Een medewerker van het Zorginstituut antwoordt dat in het toenmalige advies aan de Minister de
140 aanbeveling voor het monitoren van de inter-beoordelaar variatie is overgenomen. Men treft hiervoor ook voorbereidingen in het proces. De voorzitter heeft nog een vraag aan de inspreker. Waarom denkt hij dat de luwte die mensen nodig hebben beter is geborgd in de Wlz dan in de WMO. Inspreker antwoordt dat dit ten eerste komt door de intentie van de WMO zelf, die
145 namelijk is gericht op zelfredzaamheid en participatie. Ten tweede komt dit door het wisselend beeld dat de uitvoering van de WMO tot nu toe laat zien. Hoewel beschermd wonen zonder korting is over gegaan, zijn er gemeenten die 20% hebben gekort op de kosten. Ook komen andere voorzieningen zoals dagbesteding in sommige gemeenten niet van de grond. De voorzitter constateert dat dit erop wijst dat de WMO nog niet goed wordt
150 uitgevoerd. Een lid vult daarop aan dat je grote verschillen ziet, maar dat de ervaring nog niet zo groot is. Hij vraagt zich af hoeveel tijd je het systeem moet gunnen. Inspreker meent dat de Wlz meer zekerheid biedt. De voorzitter meent dat de context heel belangrijk is. Je zou juist kunnen zeggen dat de WMO voor
155 een betere borging zorgt. Inspreker meent dat wanneer de wet opnieuw zou worden geschreven, een betere aansluiting mogelijk gemaakt zou moeten worden. Dat is nu een gemis. De voorzitter meent dat de Wlz dit nu juist minder geschikt maakt.

160 Vervolgens geeft hij het woord aan de tweede inspreker, de heer van Rooij van GGZ-nederland.³ Hij geeft aan dat hij ook namens een aantal andere organisaties spreekt, te weten RIBW, MO-groep, NIP, NVO en NVvP. Naar aanleiding van de inspraak vraagt een lid of de Zvw niet voldoende hulp biedt. Inspreker antwoordt dat dit voor de eerste drie jaar wel geldt, maar dat daarna de behoefte over gaat
165 in een blijvende behoefte. De vraag is wat dat dan is. Daar gaat deze discussie over. Een ander lid zegt dat hij voor- en nadelen hoort van beide opties. De doelstelling van de WMO zou averechts kunnen werken. Is het mogelijk hiervoor uitzonderingen te creëren? Inspreker meent dat dit wel kan, maar hij kijkt hoe de WMO nu wordt uitgevoerd. Gemeenten kunnen dingen niet aan en mensen
170 zwerven in het systeem. Het lid antwoordt dat voor de Wlz het perspectief er wel moet zijn. In de WMO moet het ook mogelijk zijn zonder de druk van herstel en participatie zorg te krijgen. Een ander lid vraagt of Hendrik uit het voorbeeld ook zelfstandig had kunnen blijven wanneer hij naar de Wlz was gegaan. Inspreker antwoordt dat de Wlz een financieringsperspectief is. Overal is de hulp gericht op
175 herstel en moet dit het perspectief zijn.

³ De inspraaktekst is als bijlage 3 bij het verslag gevoegd

Vervolgens geeft de voorzitter het woord de heer Kloppenburg van de VNG. Hij heeft de heren Kwadijk, Zents en de Weerd meegenomen uit respectievelijk de gemeenten Rotterdam, Amsterdam en Apeldoorn, de heren. De heer Kloppenburg spreekt in.⁴

Een lid komt na de inspraak terug op de casus Hendrik die door GGZ-Nederland werd ingebracht. Is het inderdaad zo dat de nadruk in de WMO ligt op hestel en participatie waardoor Hendrik onder druk komt te staan omdat de nadruk te veel op herstel ligt. De insprekers antwoorden dat het cliëntperspectief centraal staat.

Een cliënt moet zich ontwikkelen binnen zijn mogelijkheden. De begeleiding is gericht op het in stand houden en stabilisatie. Er worden niet ineens andere hulpverleners ingezet. Maar een gemeente heeft minder middelen mee gekregen. Dat is een punt voor instellingen. Gemeenten zijn in staat langdurige veiligheid te bieden. En ze zijn een sleutel tot sociale inclusie: werk. Er moet vertrouwen zijn in de WMO zodat het systeem een kans krijgt om te groeien. Een ander lid denkt dat hier juist de mensen aan tafel zitten die voorop lopen. Hij maakt zich juist bezorgd over de achterblijvers. Hoe kijken de insprekers daar tegen hoe en hoe kan men die gemeenten meenemen. Insprekers antwoorden dat inderdaad niet iedereen voorop loopt, maar dat het kennisniveau de laatste jaren wel sterk is toegenomen. Het stuk van Bannenberg is daar belangrijk bij. Andere gemeenten moeten gaan aansluiten. Het lid vraagt of de VNG hier instrumenten voor heeft.

De insprekers antwoorden dat er een ondersteuningsprogramma is. Maar ook geld speelt een rol. Er is een brief van de 632 verschillende gemeenten. Zij kijken verschillend aan tegen het opzetten van de Wlz. Vanuit de VNG is er een brede aanpak nodig.

Een lid zou het fijn vinden na een paar jaar een onafhankelijke evaluatie te zien. Dat zou een overweging voor VWS kunnen zijn. De voorzitter vraagt wat de VNG nu doet voor deze groep. De insprekers antwoorden dat het in het oude stelsel ook niet altijd fantastisch ging. Vaak zijn er in GGZ instellingen geen plaatsen voor mensen zoals Hendrik. Ook speelt in de problematiek vaak een rol dat er geen geschikte woonruimte is. Gemeenten kunnen inspelen op de verschillende factoren in het sociale domein. Spreker geeft aan dat het landelijke transitieoverleg eigenlijk ook op lokaal niveau zou moeten plaatsvinden.

210 *Discussie*

De voorzitter vraagt wie hij in de discussie het eerst het woord mag geven. Een lid antwoordt dat hij het geen probleem vindt dat er locale variatie is. Dat is juist het doel. Het advies sluit hier goed bij aan en hij onderschrijft dit. Uit het commentaar dat hij heeft gehoord spreekt een principiële ontevredenheid over de grondslag van de wetgeving. Hij heeft zelf twee meegevers bij het advies. Op de eerste plaats zorgen voor kwalitatief goede indicatiestelling met weinig inter-beoordelaar variatie. Ten tweede zorgen voor een goede evaluatie van de dienstverlening vanuit de WMO.

Een volgend lid sluit zich daarbij aan. Hij plaats de opmerkingen van partijen in de historie van de langdurige zorg. Dan zouden we teruggaan naar een systeem waarin de AWBZ voor van alles werd gebruikt en wordt het een onhoudbaar systeem. De bedoeling van de Wlz is juist terug te gaan naar een goed af te bakenen groep. Er zijn kennelijk situaties waarin een aantal gemeenten niet de goede keuzen maken. Dat is een diagnose waar niet de verkeerde conclusies aan moeten worden gekoppeld. Wat het Zorginstituut heeft opgeschreven, vindt hij

⁴ De inspraaktekst van de VNG gaat als bijlage 4 bij het verslag

heel verstandig. Het is niet duidelijk hoeveel mensen tussen de wal en het schip zouden kunnen vallen. Daar zijn geen gegevens over. Misschien wordt dat in de toekomst wel duidelijk.

230 Een volgend lid is het eens met de twee vorige sprekers. Naar zijn mening moet er specifiek aandacht komen voor de financiële prikkels in de WMO. Wanneer die iemand onder druk zetten, kan dat averechts werken. Hij vraagt zich af of hier iets voor valt te verzinnen.

235 Het vorige lid vindt dat de prikkels juist goed staan in de WMO. De gemeente heeft er zelf last van wanneer de problematiek van een cliënt groter wordt omdat hij teveel onder druk wordt gezet.

Een volgend lid is het in grote lijnen eens met de andere leden. Hij vraagt zich wel af of er een signaalfunctie is wanneer het echt niet goed gaat. Daarbij denkt het lid dan vooral aan de indicatiestelling.

240 Een ander lid is het eens met de voorgestelde indeling. Hij heeft nog wel wat vraagtekens bij de term "binnen afzienbare tijd". Dat kan verschillend worden uitgelegd. Een medewerker noemt een periode van 3 tot 5 jaar waarin sprake zou moeten zijn van dusdanig herstel. Het lid meent echter dat binnen afzienbare tijd ook kan worden uitgelegd als binnenkort.

245 Een vorig lid komt nog terug op iets wat de eerste inspreker heeft ingebracht. Er zijn inderdaad experimenten met budgetten die de cliënt volgen. Dit is echter nog toekomstmuziek.

De voorzitter vat het advies van de commissie als volgt samen:

250 Er is steun voor de lijn in het rapport. Men kan zich vinden in de motivatie die daaraan ten grondslag vindt. De commissie heeft wel twee vrij stevige condities:

- Ten eerste moet er veel aandacht worden besteed aan de kwaliteit van de indicatiestelling;
- Ten tweede moet er sprake zijn van onafhankelijke monitoring.

255 De voorzitter vraagt aan de medewerkers van het Zorginstituut of zij nog vragen of opmerkingen hebben bij dit advies. Dat is niet het geval. De voorzitter sluit hiermee dit agendapunt af.

260 **5 Presentatie Programma Zinnige Zorg: verdiepingsonderzoek nieuwvormingen**

Een medewerker van het Zorginstituut geeft een presentatie.⁵ De voorzitter vraagt wie van de leden naar aanleiding van de presentatie wil reageren. Een lid adviseert om een koppeling te maken met het onderzoek naar

265 verdringingseffecten dat het Zorginstituut aan het uitzetten is. Bij het systematisch doorlichten van het pakket gaat het ook om ruimte maken. Dat heeft alles met verdringing te maken. Verder vraagt het lid zich af hoe de activiteiten van het Zorginstituut op dit gebied zich verhouden tot het ZonMw programma "ruimte voor verbetering". Door worden allerlei methoden gebruikt

270 om op zoek te gaan naar ruimte in de zorg. Een derde punt dat het lid noemt, betreft de nacontrole. Er is relatief weinig wetenschappelijk bewijs voor het nut van nacontrole. Toch gebeurt dit intensief. De vraag is relevant hoe dit nu komt. Tot slot merkt het lid op dat we moeten oppassen dat veldpartijen dit niet zien als een theoretische exercitie die ver afstaat van de dagelijkse praktijk. We moeten

275 deze punten niet alleen agenderen, maar ze moeten ook landen.

⁵ Deze presentatie is bijgevoegd als bijlage 5 bij het verslag

Een volgend lid voegt daar aan toe dat het belangrijk is niet altijd alleen op zoek te gaan naar de officiële spreekbuizen. Als voorbeeld noemt hij de discussie over dure geneesmiddelen in de laatste levensfase. Iedereen is betrokken in de discussie behalve de patiënt. Die is vaak onvoldoende op de hoogte van informatie over de kwaliteit van leven. Hij vraagt zich of hoe het Zorginstituut hier goede gegevens over denkt te krijgen. Nu zijn we vaak te afhankelijk van die ene bevlogen arts die dit onderwerp bespreekbaar durft.

280 De voorzitter herkent hierin het punt dat ander lid eerder ook heeft ingebracht over het niet alleen spreken met de usual suspects.

285 Een volgend lid geeft aan dat het nut van oncologische nacontrole altijd zijn speciale aandacht heeft gehad. Hij is voorzitter geweest van een Gezondheidsraad commissie over dit onderwerp. In dat kader zijn er allerlei kwantitatieve analyses gemaakt, met name om het verschil te vinden tussen het actief opsporen van recidieven en het spontane beloop. In het eerste geval moet weer gecorrigeerd worden voor leadtime en length time bias. Het werk van de commissie heeft geresulteerd in een richtlijn in 2007. Het valt hem op dat de vragen die nu worden gesteld nog dezelfde zijn als destijds. Dat duidt er volgens hem op dat het probleem niet is dat er onvoldoende kennis is, maar dat de implementatie niet van de grond komt. Hij vraagt zich af hoe dit probleem moet worden aangepakt.

290 Een chirurg is geen voorstander van nacontrole. Het leidt tot verdringing omdat hij in die tijd ook andere dingen kan doen. Maar voor andere artsen ligt dat anders. De patiënten vinden het fijn omdat het geruststelling biedt en de artsen vinden het fijn omdat de patiënt is gerust gesteld. Het is een bevestiging voor beiden, dus hiermee een belangrijke incentive om dit te blijven herhalen. Tot slot komt het lid bij het punt van praktijkvariatie. In het "begrippenkader gepast gebruik" wordt aangegeven dat praktijkvariatie ook gewenst kan zijn. Het verplaatsen van de kosten van geneesmiddelen naar ziekenhuisbudgetten leidt tot dergelijke variatie. De Minister laat vervolgens onderzoek doen naar de consequenties van haar eigen beleid en geeft de sector dan op zijn kop.

295 Een volgend lid vraagt zich af wat de rol is van de commissie bij dit programma. De voorzitter antwoordt dat de rol in feite beperkt is tot de wijzigingen in het pakket. Gezien de discussie is te zien dat feed back van de commissie welkom is. De methodiek van het programma is in een gezamenlijke vergadering van de ACP en de WAR aan de orde geweest. Voor dit soort methodologische kwesties lijkt

300 een meer gespecialiseerde commissie beter geschikt. Het vorige lid meent dat de rol van de commissie minder beperkt is wanneer het niet alleen gaat over in- en uitstroom van het pakket, maar ook over hoe het pakket wordt gebruikt.

305 Een medewerker van het Zorginstituut merkt op dat de implementatie van het programma nog zeer beperkt is. Er hebben nog slechts enkele screeningen plaatsgevonden en nog minder verdiepingen.

310 Een volgend lid vindt het pretentius te denken dat je het veld de goede dingen kunt laten doen. Hij vraagt zich af waarom het programma zich niet beperkt tot het beschikbaar maken van goede literatuur. Hij heeft zelf een artikel aangeleverd over palliatieve zorg. Hij denkt dat het beter is niet allerlei vragen te stellen, maar om te proberen grip te krijgen op wat er allemaal is gepubliceerd. Het is goed naar de psychologie te kijken. Waarom doen professionals dingen die schadelijk zijn? Dat intrigeert dit lid. Er is een tekort aan reflectie op deze vraag.

315 De voorzitter ziet dat de centrale vraag is waarom het maar niet lukt om dingen te veranderen.

320 Het vorige lid vindt dit een attitudeprobleem waardoor implementatie niet van de grond komt. Het nut van nacontrole is uit medisch perspectief beperkt. Dat weten

325

artsen natuurlijk wel.

330 Een lid reageert dat artsen typen risico's afwegen. Daarbij staat het risico om ten onrechte iets niet te doen centraal. Dat de kwaliteit van leven daalt door iets wel te doen is kennelijk van minder belang. De weging van de risico's gebeurt niet altijd op objectieve gronden. Het ene type risico is zichtbaar, het andere niet. Hij omschrijft dit als de "failure of omission" versus de "failure of collision".

335 Een lid reageert hierop dat het niet alleen om medische risico's gaat, maar ook om niet-medische.

Voor een medewerker van het Zorginstituut is dit herkenbaar. Er gaat veel schuil achter de vragen die worden gesteld. Zinnige zorg is er juist op gericht om dingen te laten landen door partijen een foto of spiegel voor te houden.

340 Een lid vraagt of partijen dat ook accepteren. De medewerker antwoordt van wel. Zij voegt toe dat het Zorginstituut natuurlijk niet de controle heeft over welke mensen worden gemandateerd. Een andere medewerker voegt toe dat de mensen die zijn afgevaardigd zich niet defensief opstellen.

345 Een lid adviseert de opmerkingen van een ander lid over de risico's die professionals afwegen serieus te nemen. De medewerker antwoordt dat uitvoerende researchgroepen proberen de praktijk verder te helpen door vragen die al lang bestaan te koppelen aan de know how. Het lid antwoordt dat er ook best een kloof kan zitten tussen onderzoekers en clinici.

350 Een lid blijft zich afvragen wat er nu anders is dan de periode in 2007 waarin de richtlijn tot stand kwam. Het advies van de Gezondheidsraad was gericht op implementatie.

De voorzitter concludeert dat het belangrijk is te snappen waarom dingen niet gebeuren. De methodiek kan niet de diepte van dit soort vraagstukken laten zien.

Een lid voegt toe dat de blog van longarts Sander de Hosson heel goed de dilemma's zichtbaar maakt.

355 Hiermee sluit de voorzitter de discussie af.

6 Rondvraag en sluiting

360 Een lid vraagt of het zinvol is een meldpunt in te stellen naar perverse prikkels in de DBC- systematiek. Er wordt besproken of dit niet meer iets zou zijn voor de Nza. De voorzitter meent echter dat het ook vaak gaat om de match tussen de DBC en de aanspraak. Hij stelt voor hier een keer op terug te komen.

365 Er wordt afscheid genomen van Job Kievit en Bert Boer. Beiden geven aan met veel genoegen in de commissie te hebben gezeten. Job Kievit dankt voor het in hem gestelde vertrouwen en hoopt dat hij nog informeel afscheid kan nemen van de andere commissieleden. Beide leden worden bedankt voor hun grote bijdragen aan het werk van de commissie.

370 Ook Marian Grobbink neemt afscheid van de commissie omdat de Raad van Bestuur met ingang van volgend jaar niet meer aan tafel zal zitten bij de commissievergaderingen. Dit is vooruitlopend op de wijziging in de wet waarin dit zal worden geregeld.

Er zijn verder geen opmerkingen; de voorzitter sluit de vergadering.

**Bijlage 1 bij verslag openbare vergadering ACP d.d. 11 december:
presentatie inleiding agendapunt 4 toegang Wlz voor GGZ-cliënten**

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2



375

| Van goede zorg verzekerd |

Afwegingskader juli 2015

Afwegingskader juli 2015: gericht op huidige doelgroepen:
ouderenzorg en gehandicapten.

Psychiatrie is op dit moment uitgesloten.

In juli konden we nog geen goed advies over de toegang tot de Wlz
voor GGZ-cliënten geven.

Kern is de term 'blijvend'. Voor veel psychiatrische problematiek is de
blijvendheid niet vast te stellen.



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

Onderzoek HHM

Drie groepen:

-Een groep waarvan de blijvendheid vast staat: iedereen is het er over eens dat die toegang moeten hebben (gelijkheid).

-Een groep die wel langdurig is aangewezen op zorg nabij maar waarvan de blijvendheid daarvan niet vaststaat.

-Verblijf met behandeling (psychiatrisch ziekenhuis) wordt Wlz als de cliënt blijvend is aangewezen op zorg in de nabijheid. Iedereen eens met ons advies.

4



Onderzoek HHM

Drie groepen:

-Een groep waarvan de blijvendheid vast staat: iedereen is het er over eens dat die toegang moeten hebben (gelijkheid).

-Een groep die weliswaar langdurig is aangewezen op zorg in de nabijheid, maar waarvan de blijvendheid daarvan niet vaststaat.

-Verblijf met behandeling (psychiatrisch ziekenhuis) wordt Wlz als de cliënt blijvend is aangewezen op zorg in de nabijheid.

5



Experts verdeeld

Sommigen voor Wlz: rust en stabiliteit

Anderen juist niet: Wlz is eindstation, je ontnemt mensen het perspectief op herstel. Impliciete boodschap: uw situatie is hopeloos.

Observatie:

Het geloof in de gemeente als uitvoerder van de Wmo telt zwaar mee bij de meningsvorming.

6



Praktische overwegingen

- Er zijn geen onderscheidende criteria
- Dat leidt tot afbakeningsproblemen
- En dat leidt vervolgens tot afwentelingsgedrag (wal en schil)
- Hoe meer domeinen, des te vaker wisseling van instelling (bv van Jeugdzorg via Zvw en dan Wlz naar Wmo)
- Strategisch gedrag van zorgaanbieders en cliënten (tarieven en eigen bijdragen)

- Binnen Wmo:
 - Snel schakelen tussen OGGZ, extramurale zorg en BW
 - Eigen netwerk en voorkeuren worden meegenomen bij indicatie

8



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

Consultatie: ook verschillende meningen

Voor Wlz:

Per Saldo, GGZ partijen, NIP, NVvP

Voor Wmo:

CIZ, Actiz, NZa, VNG, ZN, VGN

9



Praktische overwegingen

- Er zijn geen onderscheidende criteria
- Dat leidt tot afbakeningsproblemen
- En dat leidt vervolgens tot afwentelingsgedrag (wal en schil)
- Hoe meer domeinen, des te vaker wisseling van instelling (bv van Jeugdzorg via Zvw en dan Wlz naar Wmo)
- Strategisch gedrag van zorgaanbieders en cliënten (tarieven en eigen bijdragen)

- Binnen Wmo:
 - Geen afwenteling en strategisch gedrag
 - Snel schakelen tussen OGGZ, extramurale zorg en BW
 - Eigen netwerk en voorkeuren worden meegenomen bij indicatie

10

385 ***Bijlage 2 bij verslag openbare vergadering ACP d.d. 11 december 2015:
inspraaktekst de heer Vos de Waal van het LpGGZ bij agendapunt 4
"Conceptadvies toegang Wlz voor GGZ-cliënten"***

390 **Inbreng LPGGz bij ACP Zorginstituut n.a.v. conceptadvies ggz-wlz**

Geachte dames en heren,

395 Dit is niet de eerste keer dat het Zorginstituut zich buigt over de vraag of cliënten
met psychiatrische problematiek toegang moeten kunnen krijgen tot de Wet
Langdurende Zorg. De discussie loopt al enige jaren. Het LPGGz is blij dat het
einde van dit debat in zicht is en we hopen dat dan ook werkelijk meer rust in het
stelsel komt en daarmee meer ruimte om te investeren in zaken waar het echt om
400 gaat: kwaliteit van zorg en leven voor een zeer kwetsbare groep mensen. Het
LPGGz krijgt veel vragen van cliënten en familie over de Wlz. De onzekerheid
hierover leidt tot veel onrust bij hen. Zij ervaren dit als onzekerheid over de
toekomst van hun zorg, hun woonplek, hun wooninitiatief, terwijl zij juist daarin
een veilige basis nodig hebben.

405 We constateren ook dat de onzekerheid over het stelsel remmend werkt op de
noodzakelijke samenwerking over de domeinen heen. Er zijn zeker goede
voorbeelden van samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars,
zorgkantoren, zorgaanbieders. Maar we zien ook afwachten, afschuiven,
afwentelen; eerst kiezen voor het eigen (financiële) belang en dan pas voor de
410 cliënt.

Het grote winstpunt van het conceptadvies dat nu voorligt is dat ook mensen met
psychiatrische problematiek toegang kunnen krijgen tot de Wlz. Daarmee
verdwijnt een fundamentele onrechtvaardigheid in deze wet. Belangrijk is dat het
415 Zorginstituut erkent dat een psychiatrische aandoening zelf kan leiden tot
onomkeerbare beschadigingen op functioneel of cognitief gebied, bijvoorbeeld
door veelvuldige psychotische episodes, door langdurig middelengebruik of zware
medicatie.

420 De discussie bij dit advies spitst zich vooral toe op de 'tweede groep' in het
advies; en die discussie begint al bij hoe die groep gedefinieerd moet worden. In
het advies wordt meermalen gesproken over 'cliënten met langdurige, maar niet
blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid'. De crux is juist dat we bij deze
groep niet weten of het blijvend of niet-blijvend is.

425 Wat we wel weten is welke zorg bij deze groep het beste pas. Zij hebben
langdurig een veilige omgeving nodig waarbinnen ruimte ontstaat om te werken
aan persoonlijk herstel en participatie, zonder druk op resultaat in de zin van: een
tree hoger op de participatieladder, of zelfstandig gaan wonen, of beter scoren op
de zelfredzaamheidsmatrix. Want die druk kan juist averechts werken. Het gaat
430 om herstel en participatie in de zin van: hoe krijg ik iets meer grip op mijn leven?
Hoe kan ik beter leren omgaan met de stemmen in mijn hoofd? Kan ik meer aan
beweging doen? Wat vind ik leuk om te doen en hoe breng ik zinvol mijn dag
door? Kan ik iets doen om sociale contacten te versterken en de band met mijn
familie te herstellen? Of dit uiteindelijk er ook toe leidt dat iemand zonder
435 permanent toezicht of 24 uren nabije zorg verder kan, weten we niet, en het moet

ook geen vraag zijn die de cliënt, de familie of de hulpverlener 's nachts wakker houdt.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

440 Het LPGGz ziet de voorwaarden voor deze zorg momenteel beter geborgd in de Wlz dan in de Wmo, die toch vooral gericht is om resultaten te boeken op het gebied van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. De keuze dat deze mensen een plek in de Wlz verdienen is niet gebaseerd op een momentopname. Het gaat om mensen van wie we weten dat het perspectief voor de komende jaren op grote lijnen gelijk blijft en voor wie in het verleden alle relevante behandelingen en herstelgerichte interventies zijn ingezet.

445 In het conceptadvies wordt de vraag opgeworpen of de keuze voor de Wlz niet wordt ingegeven door gebrek aan vertrouwen in de WMO. Het zou niet moeilijk zijn om een gebrek aan vertrouwen te illustreren met vele voorbeelden waar het nu misgaat in de WMO. Maar dat zou ook niet helemaal eerlijk zijn. Er zijn 450 daarnaast veel goede voorbeelden en er ligt een lonkend perspectief in het rapport van de commissie Dannenberg. Anderzijds mogen we ook vertrouwen hebben in de Wlz. In het conceptadvies klinken soms beelden door van de Wlz als een eindstation, ver buiten de samenleving, waar geen participatie meer mogelijk is. Die beelden passen niet bij onze visie op de Wlz en ook niet op de intenties bij 455 de hervorming langdurende zorg.

Hoe de besluitvorming over die tweede groep ook zal uitpakken, wel of geen Wlz, er is een belangrijke slag nodig om meer kwaliteit en innovatie in de zorg voor deze groep in te brengen, waarbij bescherming en herstel hand in hand zullen 460 moeten gaan. In dit kader pleit het LPGGz ook voor meer samenwerking over de grenzen van domeinen heen om toegang en continuïteit van zorg beter te waarborgen. Dit betekent concreet: meer afstemming bij toegang en indicatiestelling in de Wmo en de Wlz. Als iemand niet in aanmerking komt voor de Wlz, dan is de gemeente dus verantwoordelijk; en andersom. Maar van het 465 kastje naar de muur sturen mag niet meer gebeuren. Het zou daarbij goed zijn als we ook stappen kunnen zetten in de richting van persoonsvolgende financiering, zodat het geld de cliënt gaat volgen.

Dit zijn oplossingen die werkelijk helpen om problemen van 'tussen wal en schip' en afwentelgedrag tegen te gaan. De cliënt mag er niet de dupe van worden dat 470 andere partijen misschien gaan afwentelen, als hij toegang krijgt tot het zorgkader dat het best bij hem past.

Tot slot willen wij graag pleiten voor de mogelijkheid van een tijdelijke toelating tot de Wlz van bijvoorbeeld drie jaar voor de groep cliënten waarvan zeker is dat 475 ze langdurig toezicht of nabijheid nodig hebben, maar waarvan we niet weten of dat levenslang zal zijn.

480

**Bijlage 3 bij verslag openbare vergadering ACP d.d. 11 december 2015:
inspreekteskt van de heer van Rooij namens GGZ-Nederland/ RIBW/MO
groep, NIP, NVO en NVvP**

485

**Spreektekst tbv vergadering Adviescommissie Pakket Zorginstituut
Nederland 11-12-2015**

Bijdrage namens: GGZ Nederland, RIBW Alliantie en Federatie Opvang

Gedeeld door NIP, NVO en NVvP

Geachte dames en heren,

490

Wij zijn blij dat het Zorginstituut adviseert om de toegang tot de Wet Langdurige
Zorg mogelijk te maken voor ggz cliënten met een blijvende behoefte aan
permanent toezicht of 24 uren zorg nabij. Dit doet recht aan de ernst van de
problematiek die sommige ggz cliënten ervaren en maakt een einde aan het niet
te rechtvaardigen onderscheid tussen mensen met een psychiatrisch ziektebeeld

495

en mensen met een andersoortige zorgvraag in de Wlz. **Wij onderschrijven de
mening van het Zorginstituut dat het totaal aan beperkingen leidend moet zijn, en
niet de enkele aandoening, bij het antwoord op de vraag of iemand blijvend
behoefte heeft aan permanent toezicht of 24uurs zorg nabij.**

Ik geef u een voorbeeld van iemand om wie het kan gaan:

500

RICHARD

*Richard is een 45 jarige man met de diagnose schizofrenie, van het paranoïde
type. Vanaf 1997 zijn er symptomen. Dit uit zich in het dagelijks horen van
stemmen. Hij heeft daardoor last van spanningen en angst.*

505

*Richard is de jongste van zeven kinderen. Hij komt uit een religieus, betrokken
gezin. Hij is afgestudeerd aan de TU. In 1998 is hij voor het eerst gedwongen
opgenomen vanwege een paranoïde psychose.*

510

*Hierna volgde een lange geschiedenis met opnames in de behandelpsychiatrie
waaronder een opname van 1999 tot 2009. Reden hiervoor was een zeer
moeizame behandeling door een agressieve, dreigende houding en
zelfverwaarlozing. Er was sprake van impulsieve woede waardoor hij veel
gesepareerd is geweest.*

515

*Richard betrok zijn familie in complotgedachten en weigerde medicatie. Hij woont
sinds 2010 in een beschermde woonvorm. Deze biedt hem een veilige, weinig
eisende en prikkelarme omgeving die stabiliteit, bescherming en structuur geeft.
Er wordt intensieve begeleiding geboden waardoor hij zo optimaal mogelijk kan
functioneren (in een woonwijk, buiten de muren van een APZ). Hij is inmiddels
goed ingesteld op medicatie. Een medewerker herinnert hem hier dagelijks aan.
Hij heeft door de hoeveelheid medicatie die hij gebruikt forse opstartproblemen in
de ochtend. Hierin heeft hij begeleiding nodig (wekken, activeren om uit bed te
komen, wassen en aankleden etc.).*

520

525

*Hij ervaart de bijwerkingen van de medicatie als zeer hinderlijk, echter afbouw
is niet mogelijk gezien zijn schizofrenie. Het dagelijks horen van stemmen blijft
aanwezig. Richard kan hier over het algemeen weerstand tegen bieden. Echter bij
spanning lukt hem dit niet meer. Hij verliest dan de controle over zijn emoties, dit
uit zich in schreeuwen en agressief gedrag naar mensen en dingen in zijn
omgeving. Richard komt dan zeer bedreigend over op medecliënten en
begeleiding. Hij heeft dan continue aanwezigheid van begeleiding nodig.*

530

**Alhoewel aanvankelijk sprake is van alleen een ernstige psychische stoornis, leidt
het ziekteverloop bij Richard tot steeds meer beperkingen, zowel lichamelijk, als
op cognitief gebied en qua gedrag.**

535 **Dit is iemand voor wie de Wlz is bedoeld; de behoefte aan continue aanwezigheid van zorgverleners en de noodzaak voor toezicht is blijvend.**

Niet altijd is zo stellig als in het geval van Richard te zeggen dat de behoefte blijvend is. Voor een bepaalde groep ggz cliënten zien wij op dit moment in de Wlz het meeste perspectief om de kwaliteit en continuïteit van zorg te realiseren die voor deze doelgroep passend is. Deze doelgroep heeft primair behoefte aan een veilige omgeving waarbinnen aan herstel gewerkt kan worden, zonder druk op doorgroei naar zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Deze zorgbehoefte kan op gespannen voet staan met de participatie-doelstelling van de Wmo. *Ik noem hier het voorbeeld van Hendrik, die nu 54 is. Hendrik is vanaf zijn 18^e jaar bekend in de psychiatrie. Hij lijdt aan psychotische stoornissen vanwege schizofrenie en middelenmisbruik. Hij is daardoor ook langdurig dakloos geraakt en heeft rondgezworven. Zijn drugsgebruik was sommige perioden intensief en dan weer minder of niet. Het contact met zijn familie werd verbroken. Rond zijn 35^e jaar werd Hendrik gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij maakte een ernstig psychotische periode mee waar veel sprake was van overlast en gevaar. Gedurende 15 jaar bleef hij opgenomen in de kliniek waar zijn gedrag frequent ernstig ontregelde en leidde tot geweld en bedreiging. Na 15 jaar opname in de kliniek werd Hendrik overgeplaatst naar een BW omdat de gedragsproblemen iets afvlakten. Vanwege de ernst van de eerdere gedragsproblemen waren er twijfels bij BW over deze stap. Nu, na 4 jaar BW met een gestructureerd dagprogramma, wordt een volgende stap overwogen in de vorm van begeleid zelfstandig wonen, waar, gezien de ernst van de aandoening, intensieve begeleiding, gestructureerde dagbesteding en behandeling aan huis noodzakelijk zullen blijven.*

555 **Hendrik is een cliënt van wie op voorhand niet gezegd kon worden dat hij verder zou komen.** Zijn leven bestond een lange periode uit ofwel gedwongen verblijf in een kliniek, ofwel uit een dakloos bestaan op straat, afgewisseld met verblijf in detentie vanwege boetes en overlast. Toch is na 16 jaar langdurige behandeling, zorg en verblijf het perspectief ontstaan op een iets zelfstandiger leven. *Zou hij vanaf het begin aangewezen zijn geweest op beschermd wonen in de Wmo, gericht op participatie en het vergroten van zelfredzaamheid, dan was de kans groot geweest dat de druk te groot was geworden en dat terugval een reëel risico was geweest.* Hij zou de targets van de Zelfredzaamheidsmatrix in de Wmo niet gehaald hebben. Zijn agressieve gedrag zou tot uitzetting uit een woonvorm hebben geleid. De problematiek van Hendrik vraagt om een veel langere en intensievere inzet van toezicht en 24-uurs zorg.

570 **Voor mensen zoals Hendrik zou een tijdelijke toegang tot de Wlz de mogelijkheid creëren, om met inzet van intensieve en langdurige zorg, te werken aan stabilisatie en zo mogelijk herstel.**

575 *We zijn van mening dat juist cliënten als Hendrik het risico lopen tussen wal en schip van Wmo, Wlz en Zvw te komen. Dit leidt voor ons ook tot de conclusie dat de indicatiestelling zo georganiseerd moet worden dat er altijd een oplossing voor de cliënt wordt gezocht. Het kan niet zo zijn dat cliënten, na afwijzing van een hulpvraag in een bepaald domein, met lege handen blijven zitten. Wij vinden dat het de verantwoordelijkheid is van het ministerie van VWS om de aansluiting tussen wettelijke kaders tot stand te brengen en te bewaken.*

580 *Het Zorginstituut spreekt daarbij over de tweede groep als cliënten "die langdurig, maar niet blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en zorg nabij." Dat is een verkeerde benaming. Het punt bij die tweede groep is nu juist dat ook niet zeker is vast te stellen dat die zorgbehoefte niet blijvend is. Gedurende langere periode is de zorgbehoefte geheel alsof hij blijvend is. Daarom is het terecht voor*

585

deze groep om toegang te hebben tot de Wlz.”

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

590 **Bijlage 4 bij verslag openbare vergadering ACP d.d. 11 december 2015:**
inspraaktekst VNG bij agendapunt 4 " Advies toegang Wlz voor GGZ-
cliënten"

595 NOTITIE



600 **Insprekers:**

- Gemeente Amsterdam, Joost Kwadijk
- Gemeente Apeldoorn, André Zents
- Gemeente Rotterdam, Stef van de Weerd
- VNG, Ico Kloppenburg,

605 De VNG maakt een compliment aan het Zorginstituut Nederland (ZIN) voor het
advies dat nu voorligt. De Nederlandse gemeenten zijn positief over dit advies,
dat aansluit bij onze schriftelijke inbreng d.d. 17 november jl. In die brief hebben
wij aangegeven voor welke groep wij de Wlz als het passende wettelijke kader
zien.

610 Wij vatten het in die brief als volgt samen:

- Eens met toelating tot de Wlz van de groep GGZ-cliënten voor wie kan worden
vastgesteld dat er blijvend – in de zin van levenslang – toezicht en/of 24 uurszorg
nabij nodig is.
- Niet eens met toelating tot de Wlz van GGZ-cliënten van wie niet vaststaat dat
er een blijvende behoefte aan permanent toezicht en of 24 uur zorg nabij nodig is.

615 Wij stellen vast dat het ZIN alle aspecten zeer zorgvuldig heeft afgewogen en de
juiste keuzes heeft gemaakt. In het advies wordt vastgesteld dat de discussie
sterk wordt beïnvloed door het vertrouwen dat bestaat in de gemeente als
uitvoerder van de Wmo. Het spreekt voor zich dat dit vertrouwen bij ons aanwezig
620 is. Wij zien geen redenen waarom mensen voor wie mogelijk nog kansen op
herstel en perspectief op participatie bestaan blijvend in de Wlz verdwijnen. Het
voelt toch als een keuze die deze groep in zijn geheel 'afschrijft'. De Wmo is als
wet zeker ook geschikt om mensen langdurig ondersteuning te bieden.
625 Gemeenten hebben daar ook ervaring mee, bijvoorbeeld als het gaat om de
Maatschappelijke Opvang.

630 De Nederlandse gemeenten vinden het belangrijk om bij de afweging die met een
inwoner wordt gemaakt over welke vormen van zorg en ondersteuning nodig en
gewenst zijn het perspectief van de cliënt in zijn omgeving worden meegenomen.
Het netwerk waar iemand op kan terugvallen is immers in belangrijke mate
bepalend voor de mogelijkheden tot participatie.

635 Onze eerdere brief noemde al het advies dat de Commissie Toekomst Beschermd
Wonen, onder voorzitterschap van Erik Dannenberg, op 12 november jl. aanbood
aan het bestuur van de VNG. De visie uit dat advies is breed omarmd, door
gemeenten, maar ook door allerlei stakeholders. Ook het concept-advies van het
ZIN verwijst naar het advies van de Commissie Toekomst. Terecht wijst het ZIN
erop dat een aantal randvoorwaarden – die de Commissie Toekomst noodzakelijk
acht – onvoldoende aanwezig zijn. Dat hier hard aan gewerkt moet worden

640 behoeft geen betoog. Wij zijn er echter van overtuigd dat het ons niet verder brengt als we om deze redenen gewenste veranderingen op de lange baan schuiven.

645 Op lokaal niveau moet regelmatig overleg tussen betrokken partijen plaats vinden, zodat knelpunten kunnen worden opgelost. Ook op landelijk niveau is daarvoor goed overleg noodzakelijk. De VNG ondersteunt gemeenten bij het opstellen van samenhangend beleid voor mensen met psychiatrische problematiek en brengt gemeenten daarmee in positie om de nieuwe Wmo goed uit te voeren.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

**Bijlage 5 bij verslag openbare vergadering ACP d.d. 11 december 2015:
presentatie Zinnige Zorg verdiepingsonderzoek nieuwvormingen**

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

The image shows the cover of a presentation slide. It features a dark blue header with the logo of the Dutch government and the text 'Zorginstituut Nederland'. The main body is olive green with white text. At the bottom, there is a dark blue footer with the text 'Programma Zinnige Zorg' and the logo.

Zorginstituut Nederland

Zinnige Zorg – Verdiepingsfase
ICD-10: C00-D48
Nieuwvormingen

Status en voortgang

Yoka Kusumanto

Diemen, 11 december 2015

| Van goede zorg verzekerd |

Doc. Nr. 2015151800

Programma Zinnige Zorg

Doel presentatie:

Informeren over status en voortgang van de doorlichting van
ICD-10:C00-D48 Nieuwvormingen

Agenda:

Terugblik op screeningsfase

Verdiepingsfase



Systematische doorlichting van het verzekerde pakket

- door analyse per ICD-10 gebied (start programma 2013)
- ter verbetering van kwaliteit en vermindering van onnodige kosten door bevordering van zinnige(r) zorg
- op basis van het zorgtraject van de patiënt

655

Terugblik op screeningsfase



Terugblik op screeningsfase



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

Geselecteerde onderwerpen voor verdieping:

1. Zinnige nacontrole van mensen behandeld voor borstkanker
2. Zinnige nacontrole bij mensen met huidkanker
3. Zinnige zorg in de laatste levensfase bij mensen met long- of darmkanker
4. Zinnig gebruik van dure geneesmiddelen bij patiënten met castratie refractair prostaatcarcinoom (mCRPC)
5. Zinnig gebruik en toegankelijkheid van (dure) oncolytica

Verdiepingsfase



Doel:

Formuleren van een Verbetersignalement ter bevordering
van zinnige(r) zorg

*Wat kunnen we zichtbaar maken?
En wat is daarvoor nodig?*

“Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk”

Verdiepingsfase



Zorginstituut Nederland
Pakket

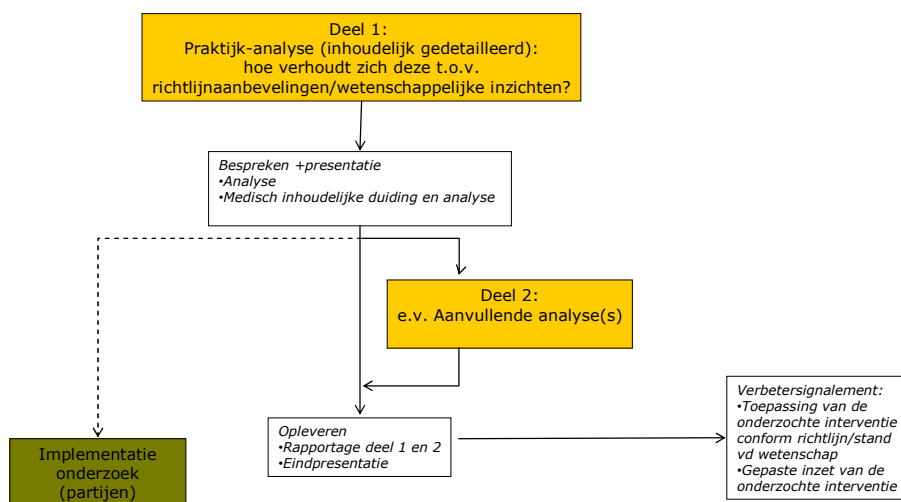
Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

Werkwijze

- Inventarisatie van stappen in zorgtraject waar verbetering mogelijk is: gezamenlijk met partijen: september 2015
- Formulering van bijbehorende onderzoeksvragen en –richting: oktober
- Aanbestedingstrajecten: november - december 2015
- Uitvoeren verdiepende onderzoeken: januari –maart 2015
'Laatste levensfase' en '(dure) geneesmiddelen': januari – augustus 2015

Verdiepingsfase





Thema's onderzoeksvragen:

Risicogestratificeerde detectie op nieuwe kankermanifestaties

Detecteren psychosociale nazorgbehoefte

Hoe verloopt de nacontrole in de huidige praktijk?

- medische tests in de nacontrole
- frequentie, betrokken professionals

Hoe verhoudt zich dit tot de nieuwste inzichten over het risico op een nieuwe tumormanifestatie?



Verbetersignalement

- Nacontrole-op-maat:
gebaseerd op het recidiefrisico en (psycho-sociale) nazorgbehoefte



ZINNIGE ZORG

Wat is wetenschappelijk bekend over
gezamenlijke besluitvorming in de nacontrole periode?

- wat zijn preferentie gevoelige besluiten en informatiebehoefes
- eventueel aangevuld met 'goede voorbeelden'

665



3. Zinnige zorg in de laatste levensfase bij mensen met longkanker of darmkanker

- De laatste levensfase is een heel bijzondere periode door de noodzaak tot gezamenlijke heroverweging van het behandelperspectief en de afronding van het leven
- Beschikbare declaratiedata laten zien dat er verschillen tussen instellingen zijn in zorg gedurende de laatste drie levensmaanden voor mensen met een openstaande DBC
- Relatief veel zorg in de laatste levensfase bij patiënten met long- of darmkanker

Verdiepingsfase



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

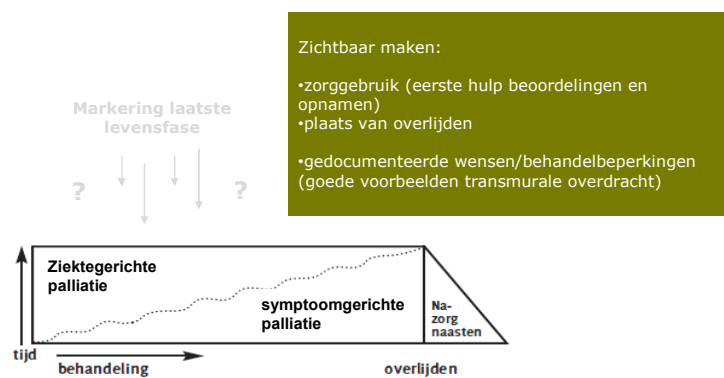
Onze referentie
ACP 59-2

Thema's van onderzoeksvragen

- markeren laatste levensfase
- besluitvorming rondom ziektegerichte (levensverlengende) palliatie¹
- besluitvorming rondom (invasieve) diagnostiek¹
- wensen en doelen patiënt verhelderen: afstemming van zorg en (transmurale) overdracht¹

Verdiepingsfase

¹ Gerrit van de Wal, KNMG januari 2015 : "Niet alles wat kan, hoeft"



Palliatief zorgmodel volgens Lynn & Adamson 2003

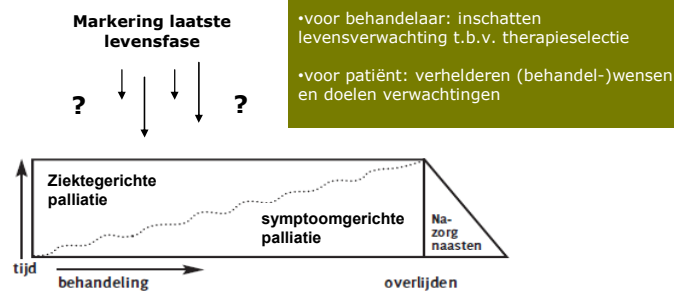
Verdiepingsfase



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2



Palliatief zorgmodel volgens Lynn & Adamson 2003

Verdiepingsfase



Verbetersignalement laatste levensfase

- Tijdig spreken over (behandel-)wensen en (levens-)doelen van patiënt
- Tijdig spreken wanneer (en welke) diagnostiek en behandeling niet meer toevoegen
- identificeren palliatieve patiënt in de laatste levensfase (case finding)
- (minimale) voorwaarden van transmurale overdracht



4. Dure geneesmiddelen bij het gemetastaseerde castratierefractaire prostaatcarcinoom

Argument van de Nederlandse Vereniging voor Urologie:
"Er is een toenemend gebruik van dure geneesmiddelen bij patiënten in palliatieve setting"

5. Zinnig gebruik en toegankelijkheid van (dure) oncolytica

- Analyse gericht op zinnig gebruik van (dure) oncolytica is op dit moment niet mogelijk: niet obv declaratiedata gekoppeld met klinische registraties.
- Opdracht van de minister naar praktijkvariatie



Casus NVU (dure) geneesmiddelen:

- actualiteit: dynamisch
meerdere (nieuwe) behandelopties met 'gelijke' effectiviteit
- analogie aan laatste levensfase vraagstukken
- 'diagnosis creep'

Verdiepingsfase



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

Verdiepende onderzoeksvragen:

Hoe is in de huidige praktijk de inzet van het juiste geneesmiddel bij de juiste patiënt?

Hoe verloopt in de praktijk het tijdig afzien en stoppen van behandelen met dure geneesmiddelen?

Zijn de aanbevelingen uit de richtlijn te extrapoleren naar de dagelijkse behandelpraktijk met een algemene (heterogene) populatie?

Verdiepingsfase



Verdiepende onderzoeksvragen:

Hoe is in de huidige praktijk de inzet van het juiste geneesmiddel bij de juiste patiënt?

→ verwijspatronen bij mCRPC en mCRR

Hoe verloopt in de praktijk het tijdig afzien en stoppen van behandelen met dure geneesmiddelen?

Zijn de aanbevelingen uit de richtlijn te extrapoleren naar de dagelijkse behandelpraktijk met een algemene (heterogene) populatie?

Verdiepingsfase



Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
18 december 2015

Onze referentie
ACP 59-2

Verdiepende onderzoeksvragen:

Hoe is in de huidige praktijk de inzet van het juiste geneesmiddel bij de juiste patiënt?

→ verwijspatronen bij mCRPC en mCRR

Hoe verloopt in de praktijk het tijdig afzien en stoppen van behandelen met dure geneesmiddelen?

→ Behandeluitkomsten (1^e+ latere) lijnen systemische behandeling bij mCRR, en laatste levensfasevraagstukken bij mCRPC

Zijn de aanbevelingen uit de richtlijn te extrapoleren naar de dagelijkse behandelpraktijk met een algemene (heterogene) populatie?

675

Verdiepingsfase



Verbetersignalement:

- de juiste inzet van het juiste geneesmiddel/lijn bij de juiste patiënt
- tijdig afzien en stoppen van behandelen met dure geneesmiddelen: wanneer deze niet meer toevoegen aan kwaliteit van leven of levensduur
- aanbevelingen in richtlijn voor de dagelijkse behandelpraktijk met een algemene (heterogene) populatie



Wat kunnen we zichtbaar maken van de huidige praktijk?
Wat is daarvoor nodig (in de nabije toekomst)?



Systematische doorlichting van het verzekerde pakket

- door analyse per ICD-10 gebied (start programma 2013)
- ter bevordering van kwaliteit en vermindering van onnodige kosten
- op basis van het zorgtraject van de patiënt
- samen met partijen

Voorwaarden voor goede zorg:
-Wetenschappelijke onderbouwing van richtlijnen
-Communicatie in de spreekkamer
-Communicatie tussen zorgprofessionals
-Naadloze zorg in de laatste levensfase
-Transparantie over kwaliteit van zorg