

Notulen intervisie GZSP

Datum en tijd: 16 januari 2024, 16:00-17.00 (met uitloop tot 17:30)

Agenda:

1. Voorstelrondje
2. Wat voor vragen pak je op in de GZSP?
3. Hoe geef je multidisciplinaire samenwerking vorm?
4. Iets uitwisselen over groepsbehandeling
5. Verschil modulaire zorg/GZSP (inhoud behandeling en financiering)
6. Wat zijn de ervaringen met starten van ggz-zorg?
7. Datum volgende bijeenkomst

Notulen:

Voorstelrondje

We zijn met 7 deelnemers, waarvan een aantal deelnemers in hun vakgroep bezig zijn met het opzetten van eerste lijn/GZSP en daarin nog zoekend zijn. Andere deelnemers werken al langer in de eerste lijn.

Wat voor vragen pak je op in de GZSP?

Parkinson

E. geeft aan in de GZSP veel Parkinsonpatiënten te zien, bijv. na het krijgen van de diagnose, waarbij somberheid of angst omstaat m.b.t. het omgaan met de diagnose. E. geeft aan dat een voordeel van de GZSP is dat je de cliënt langere tijd kunt blijven volgen. Daarnaast ziet zij ook veel partners en kinderen in het kader van het omgaan met de ziekte van Parkinson, met als doel om mensen te ondersteunen om langer thuis te blijven wonen.

R. geeft aan veel Parkinsonpatiënten te zien in de bggz, vaak in de beginfase (als opname nog lang niet in beeld is). Een moeilijkheid is dat er in de bggz een DSM-diagnose moet zijn, terwijl er vaak een aanpassingsstoornis is. Je moet dus soms een beetje 'overdrijven' om tot een diagnose te komen. Vervolgens zijn ca. 10 gesprekken vaak wel genoeg. Het lukt dus wel in de bggz.

R. vraagt zich af: in de GZSP moet je een multidisciplinair behandelplan hebben en moet er een regiebehandelaar zijn. Hoe geef je dat vorm?

E. geeft aan: SO is regiebehandelaar, daarmee overleg je ook en hij rapporteert ook/schrijft tijd. De SO is verder niet zelf heel actief betrokken als behandelaar. De zorgverzekeraar gaat daarmee akkoord.

R. geeft uit eerdere intervisiebijeenkomsten aan dat hij van anderen hoort dat vaak ook bijv. een ergotherapeut of fysiotherapeut betrokken is.

Is het haalbaar om als psycholoog deze samenwerking als regiebehandelaar te coördineren? Er zijn geen collega's die ervaring hebben met de psycholoog als regiebehandelaar, behalve op de dagbehandeling.

E. heeft weleens gehoord dat het ook voldoende is als in het behandelplan staat dat een cliënt bij een andere organisatie fysiotherapie krijgt. Dat volstaat dan als multidisciplinair.

M. geeft aan dat een multidisciplinair behandelplan wel door mag lopen als een cliënt een tijdje (bijv. een paar maanden) maar van één discipline behandeling krijgt. Maar hoe je dat als psycholoog als regiebehandelaar goed zou kunnen coördineren, is hem niet duidelijk.

Neuropsychologisch onderzoek

Alleen de directe tijd wordt vergoed. Je zou dan je onderzoek uit moeten werken in bijzijn van de cliënt. Maar als je alles volgens de regels doet, is een geheugenpoli niet rendabel binnen de GZSP.

In het tarief is wel ook rekening gehouden met indirecte tijd; daardoor is het tarief iets hoger. Met gewone consulten kun je daardoor financieel wel uit komen, maar bij NPO is het aandeel indirecte tijd heel groot.

Je moet als organisatie dus afwegen of je NPO aan wilt bieden of niet. Een afweging kan zijn of NPO in de toekomst mogelijk weer leidt tot verwijzing naar andere disciplines en op die manier op termijn wel rendabel is.

Enige uitzondering voor het schrijven van indirecte tijd is overleg met de huisarts of hoofdbehandelaar (arts).

R. geeft aan: overleg met bijv. partner (bijv. hetero-anamnese) geldt ook als directe tijd.

Ee. geeft aan: telefonisch contact valt ook onder directe tijd.

E. geeft aan: je mag alleen functionele diagnostiek verrichten; dus niet zozeer gericht op een diagnose, maar het in kaart brengen van de functies van een cliënt. Bij een NPO mag je bijv. wel kwetsbaarheden in kaart brengen/sterkte-zwakteprofiel, maar geen diagnose stellen. Dit gebeurt in meerdere organisaties wel.

Consultfunctie vs. behandelfunctie

R. vraagt: maken jullie onderscheid tussen consultfunctie en behandelfunctie? Consultfunctie kan bijv. gaan over diagnostiek of een vraag van de mantelzorger. Behandelfunctie lijkt meer op de bggz. R. geeft aan zelf vooral bezig te zijn om de consultfunctie meer op de kaart te zetten.

Multidisciplinaire samenwerking

E.: Paramedici kunnen niet in de GZSP registreren, zij werken gewoon in de eerste lijn. Voor de cliënt is er dus weinig verschil tussen de reguliere fysiotherapiepraktijk en de fysiotherapeut van het verpleeghuis.

R.: in Parkinsonnet wordt ook gevraagd dat je samenwerkt. Maar als iemand met Parkinson bij je komt vanwege somberheid, en de fysiotherapeut is ook betrokken, is er niet direct een vraag voor samenwerking.

Ee.: wij werken wel vaak samen met de ergotherapeut in de eerste lijn, zeker bij Parkinson en CVA (prikkelverwerking, verdeling van energie over de dag). Die samenwerking loopt goed. Daarbij helpt het dat het een collega-ergotherapeut is van dezelfde organisatie.

Bggz

R. geeft aan dat de contracten met zorgverzekeraars al heel lang bestaan en dat het lukt om dit te blijven doen. Wel geeft hij aan dat dingen in een eerstelijnspraktijk vaak beter geregeld zijn en dat zij soms een beetje achter de feiten aanloopt, omdat het aandeel ggz relatief klein is. Bijv. bij de invoering van het zorgprestatie-model was dit spannend.

M. geeft aan dat het mooi is om te kijken in welk financieringsmodel iemand het beste behandeld kan worden.

E. geeft aan dat er heel veel mogelijk is binnen de GZSP, omdat het al heel snel best complex is (bijv. bij Parkinson of na CVA). Wat dat betreft voldoe je snel aan de voorwaarden voor GZSP, behalve dat het multidisciplinaire lastig is.

M. geeft aan: GZSP is meer gericht op steunen/structureren en langer thuis blijven. Bggz is gericht op herstel, niet op omgaan met blijvende klachten. Bron: handreiking NIP.

Ee.: bij organisatie A. werkten ze met bggz, maar zijn ze mee gestopt omdat dat niet onze expertise is.

R. herkent dat wel. Maar als je eenmaal de contracten hebt, is het ook wel makkelijk.

Ev. geeft aan dat ze bij een vorige werkgever ook werkte met 'gewone' volwassenen, omdat je uren moet blijven maken.

R. geeft aan dat zij dat niet doen, maar dat een kosten-batenanalyse wellicht op termijn niet meer gunstig uitpakt.

E. heeft gehoord dat GZSP meer oplevert dan bggz.

M.: soms spelen er op de achtergrond factoren die de cliënt wat complexer maken, maar zou de hoofdvraag prima binnen bggz passen. Maar ggz-instellingen zijn soms huiverig voor oudere cliënten. Dan is het weleens jammer dat je een cliënt niet zelf in de ggz kan zien.

MPT

E.: Bij MPT (modulair pakket thuis) is multidisciplinaire samenwerking veel meer een vereiste. Die mensen hebben een WLZ-indicatie, dus kun je niet zien in de GZSP. Dan moet je ook je uren registreren; dat hoeft bij GZSP niet.

M. en Ee. geven aan dit te laten vallen onder de H-code. M. wordt bijv. betrokken door casemanagers. Dit is niet direct multidisciplinair. Doel is dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Er wordt bijv. mediatieve behandeling ingezet.

E. geeft aan dat er verschil is tussen consultfunctie en MPT-behandelteam.

Wat voor soort vragen?

M.: bijv. mw. met FTD en snelle achteruitgang, krijgt thuiszorg, maar zorg duurt steeds langer. Vraag: hoe geef je grenzen aan en verleen je zorg binnen gestelde tijd? Dan werk je met het thuiszorgteam toe naar een benaderingsplan. Net zoals je intramuraal doet.

Dit is dan iemand met een WLZ-indicatie zonder behandeling, dus kun je onder de H-code registreren. Daar kun je directe tijd onder registreren: zowel tijd met de cliënt als tijd met een (thuis)zorgteam; als het maar specifiek gaat over deze cliënt. De richtlijnen zijn minder streng dan in de GZSP.

E. heeft in haar vakgroep een overzicht van richtlijnen wat je wel en niet mag registreren. Zij vraagt na of ze dit mag delen. Daarin staat dat tijd met een team niet declarabel is. R. heeft ook die indruk.

In MPT dus ook weinig ruimte voor NPO i.v.m. het niet kunnen schrijven van uitwerktijd.

M.: ook mensen met ZZP-4 zonder behandeling die onder de huisarts vallen ('verzorgingshuisbewoners'). Dan ook regelmatig verwijzing, dan is het meer een ggz-achtig traject. Bijv. depressie.

Ee. herkent dit.

E. geeft aan: soms mensen binnen de GZSP die in de loop van de tijd een WLZ-indicatie krijgen. Die blijft zij dan zien.

Ev. geeft aan dat er bij hen veel vragen komen voor omgangsadviezen. Er is dan geen hulpvraag van de cliënt, maar wel van het team.

Ee.: maakt het voor de financiering uit of er sprake is van teambegeleiding of van mediatieve behandeling?

M. geeft aan: dat is de afweging, dat het ten dienste van de cliënt is (maar niet persé mét de cliënt).

Ee. geeft aan in trajecten met mediatieve therapie ook altijd wel de cliënt een keer te zien en met hen te overleggen.

Ev. herkent dit.

E. vindt in de richtlijnen van haar vakgroep terug dat behandeling ook plaats kan vinden met de mantelzorger, als dit ten goede komt aan de cliënt.

Groepsbehandeling

R. werkt met dagbehandeling voor dementie (binnen GZSP). Dagbehandeling wordt ingezet omdat mantelzorger ontlast moet worden. Mensen komen in verschillende fases van de ziekte.

E. heeft ook ervaring met een GZSP-groep voor Parkinsonpatiënten. Die startte met de PEP-cursus. Daarna was er een therapeut/behandelaar die een presentatie gaf over een bepaald onderwerp. Dit programma werd heel enthousiast ontvangen, maar de zorgverzekeraar wilde geen tweede ronde vergoeden.

Voorwaarden:

- Er moeten meerdere disciplines betrokken zijn.
- Er moet een zorgmedewerker aanwezig zijn (VIG?). Bijv. om mensen naar het toilet te begeleiden.
- Mensen moeten een heel dagdeel aanwezig zijn. Kunnen bijv. niet alleen de PEP-groep doen. De helft van de dag moet behandeling zijn.

R.: lastig wat het aandeel 'behandeling' is. Bijv. KOP-groep, fysiotherapie, psycho-educatie. Je kunt iets organiseren voor mantelzorgers. Je kunt bijv. een product ontwikkelen om ontspanning te bieden, of creatieve activiteiten, of muziektherapie. Maar dat doe je ook voor mensen op een dagbesteding; dus wat is precies het verschil?

R.: we hebben ook overlegstructuren voor de mensen die de GZSP-indicatie hebben. Intakegesprek, zorgleefplanbespreking, etc. Op die manier werk je met een zorgplan/behandelplan. Maar niet iedereen heeft een heel actieve behandelvraag.

Nieuwe datum

Dinsdag 5 maart, 16:00-17:00/17:30

Actiepunten:

- Ieder: voor volgende bijeenkomst meenemen/inbrengen hoe multidisciplinair werken wordt vormgegeven (regiebehandelaarschap, schrijven van uren, etc.)
- E.: navragen in vakgroep of informatie over regelgeving gedeeld mag worden.