



nederlandse vereniging van artsen
voor verstandelijk gehandicapten

Poliklinieken voor mensen met een verstandelijke beperking

Juli 2012

Inhoud

1. Inleiding
2. Werkwijze en verantwoording
3. Bedrijfsvoering van de poli VG
4. Aanbevelingen
5. Referenties
6. Samenstelling projectgroep
7. Bijlagen
 - Documenten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering
 - i. Aanmeldingsformulier polikliniek VG
 - ii. Aanmeldingsformulier polikliniek VG GGZ
 - iii. Aanmeldingsformulier polikliniek VG genetica
 - iv. Model brief AVG naar huisarts
 - Achtergrondinformatie over ontstaan poliklinieken VG
 - Landelijke spreiding poliklinieken VG
 - Samenvatting enquête 2006
 - Samenvatting enquête 2009
 - Aanvragen AGB code
 - Brief VWS over vergoeding van door AVG aangevraagde laboratorium- en röntgen onderzoek

1. Inleiding

Schattingen over het aantal mensen met een verstandelijke beperking (VB) in Nederland lopen uiteen van 112.000 – 200.000(1). In 2009 waren er ruim 155.000 geregistreerde zorggebruikers. Meer dan de helft woont bij familie of min of meer zelfstandig, de anderen wonen met een verblijfsindicatie in intra-en semimurale woonvormen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM). Zoals voor iedere burger dient ook voor mensen met een VB een optimale beschikbaarheid en toegankelijkheid van reguliere gezondheidszorgvoorzieningen te worden nagestreefd. Hetzelfde geldt voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidswerkers die gespecialiseerd zijn in de specifieke handicapgebonden gezondheidsproblematiek van mensen met een verstandelijke beperking (2).

De missie van de Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (NVAVG) is dat de medisch gespecialiseerde zorg geleverd door de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) van goede kwaliteit is en beschikbaar, bereikbaar en toegankelijk is voor alle mensen met een VB, ongeacht waar ze wonen(3). Van oudsher leverde de AVG met name medische zorg aan mensen met VB wonende in instellingen. Om de toegankelijkheid en beschikbaarheid voor alle mensen met een VB te realiseren moet er sprake zijn van een evenwichtige landelijke spreiding van gespecialiseerde gezondheidszorgvoorzieningen, met een continue (24 uur per dag en 7 dagen per week) beschikbaarheid van AVG's. Aangezien medische zorg aan mensen met een VB vaak een multidisciplinair karakter kent, zal binnen deze gezondheidszorgvoorziening de beschikbaarheid van andere gespecialiseerde gezondheidswerkers zoals gedragskundigen en paramedici gerealiseerd moeten worden.

De vraag naar zorg voor mensen met een VB is de laatste 10 jaar jaarlijks met gemiddeld 9% toegenomen. De stijging is waarschijnlijk een gevolg van een betere herkenning van een lichte VB en de toenemende eisen van een steeds ingewikkelder wordende maatschappij. Het aandeel van de extramurale zorg in de gehandicaptenzorg wordt elk jaar groter. De intramurale zorg groeit veel minder hard. (1). Naast de invoering van de AWBZ-brede beleidsregel extramurale zorg in 2004 heeft ook de toename van de persoonsgebonden budgetten een grote bijdrage geleverd aan de groei van de extramurale zorg. Deze maatschappelijke en organisatorische verschuivingen waren een stimulans voor de heroriëntatie van taakopvatting, takenpakket en positionering in het zorgveld van de AVG. Dit heeft mede geleid tot het verschijnen (eind 2011) van de beleidsnotitie "het zorgaanbod van de AVG"(4), waarin de specifieke deskundigheid van de arts voor verstandelijk gehandicapten beschreven is.

Inmiddels zijn in het hele land verschillende initiatieven ontplooid waar AVG's in een poliklinische setting gespecialiseerde zorg- en dienstverlening realiseren.

2. Werkwijze en verantwoording voor de opzet van dit document

In 2008 heeft het bestuur van de NVAVG een werkgroep poliklinieken ingesteld met de volgende taakopdracht:

- Formuleer een uniforme werkwijze op poliklinieken, om de landelijke samenhang te bevorderen

- Biedt een handvat waarmee AVG's kwalitatief en bedrijfsmatig verantwoorde medische zorg kunnen bieden op een polikliniek VG

Als basis werd genomen het verslag van een expertmeeting over bestaande poliklinieken VG in 2006, georganiseerd door de AVG-opleiding van het Erasmus MC. Ter voorbereiding van deze meeting was een enquête opgesteld en rondgestuurd naar alle leden van de NVAVG. Deze enquête werd door de werkgroep aangepast en in april 2009 opnieuw rond gestuurd. De reacties van deze tweede enquête zijn door de werkgroep verwerkt en de resultaten zijn besproken in de NVAVG voorjaarsvergadering van 2010.

Naast bovenstaande activiteit zijn de werkgroepleden in Pubmed op zoek gegaan naar literatuur over de volgende onderwerpen: intellectual disability and specialist services in a hospital setting, mental health services for people with ID, standards en quality measures for services for people with ID, special health services for the learning disabled. In de Nederlandse medische literatuur en in de voor onze beroepsgroep bekende stukken en tijdschriften is gekeken naar artikelen die te maken hadden met onze taakopdracht. In de internationale literatuur werd weinig informatie gevonden die van toepassing is op onze situatie. Daarom hebben de leden van de werkgroep besloten om, naast de beperkt beschikbare informatie, vooral gebruik te maken van praktijkervaringen.

Om een polikliniek op een verantwoorde en kwalitatief goede manier te laten functioneren heeft de werkgroep op basis van deze praktijkervaringen uiteindelijk 17 items geformuleerd die de organisatorische en inhoudelijk aspecten van de bedrijfsvoering van een poli VG in de breedst mogelijke zin weergeven.

Een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van dit document was het tot stand komen van een lijst met een actueel overzicht van de bestaande poliklinieken VG. In samenwerking met de werkgroep productdefiniëring is vóór de presentatie van de resultaten van de tweede enquête in het voorjaar van 2010 dit overzicht gereedgekomen en gepubliceerd op de NVAVG website. Tevens werd duidelijk dat het belangrijk is om dit overzicht regelmatig te updaten (zie bijlage 3).

In het voorjaar van 2011 is het concept document voorgelegd aan het bestuur van de NVAVG. In overleg met het bestuur is besloten zowel een ledenraadpleging via de website te houden als enkele klankbordgroepen te formeren. In de klankbordgroepen zaten naast AVG's ook managers betrokken bij een poli en medisch secretaresses. De reacties, suggesties en correcties hieruit voortgekomen, zijn verwerkt in het conceptdocument.

Dit document is tot stand gekomen in opdracht van de NVAVG en is bedoeld voor AVG's, maar ook voor andere betrokkenen bij de organisatie en uitvoerende taken van een polikliniek VG.

Noot: daar waar in dit document gesproken wordt over "hij", gelieve te lezen "hij of zij".

3. Bedrijfsvoering van de polikliniek VG

De projectgroep heeft 17 basisvoorwaarden geformuleerd.

1. Professionele kwaliteit van de AVG binnen de polikliniek VG

De poliklinische werkzaamheden worden verricht door een BIG geregistreerd AVG of door een derde-jaars aios-AVG gesuperviseerd door een BIG geregistreerd AVG. De AVG beschikt over een netwerk van medische, paramedische en niet-medische disciplines met affiniteit en expertise in de zorg aan mensen met VB. Het is van belang dat meerdere AVG's aan één poli VG verbonden zijn, zodat bij afwezigheid waargenomen kan worden.

2. Multidisciplinaire samenwerking

Eén van de beroepskenmerken van de AVG is dat hij/zij multidisciplinair werkt indien geïndiceerd. De inzet van andere deskundigen (m.n. gedragskundigen, paramedici, verpleegkundigen) zal derhalve geregeld moeten zijn. De AVG bepaalt de noodzaak van inzet van andere deskundigen.

Omdat in meer dan de helft van de consulten op een poli VG sprake is van gedragsproblematiek zal vaak een gedragskundige((GZ-) psycholoog, orthopedagoog) worden ingezet. Een wisseling van hoofdbehandelaar kan plaatsvinden indien de problematiek daartoe aanleiding geeft (gedragskundige \leftrightarrow AVG).

De inzet van een gedragskundige vraagt tot op heden een aparte indicatie, deze moet aangevraagd worden bij het CIZ. Dit leidt er soms toe dat het ten koste gaat van een reeds bestaande (andere) indicatie.

3. Samenwerking met andere medisch specialisten.

De AVG kan zo nodig bij multiple pathologie medisch specialisten consulteren en indien noodzakelijk, na overleg met de huisarts verwijzen. Hij zal daarbij bij voorkeur gebruik maken van specialisten waarmee al een vorm van samenwerking (consulentschap) bestaat, zodat deskundigheid en affiniteit gewaarborgd zijn.

4. Transitie

Voor kinderen met een VB is het vaak moeilijk om bij bereiken van de volwassenheid de overstap van de kinderarts naar een specialist voor volwassenen te maken. Indien er sprake is van multiple pathologie lijkt de AVG de aangewezen specialist om de patiënt na het 18^e levensjaar te behandelen en vervolgen. De AVG houdt het overzicht en specialisten als de neuroloog, de revalidatiearts en de klinisch geneticus worden zo nodig geconsulteerd.

De kwaliteitseisen gesteld aan een dergelijke transitiepolikliniek zullen door de NVAVG en de Nederlandse vereniging van kindergeneeskunde in een apart document worden verwoord.

5. Locatie

De poli VG kan in een ziekenhuis, zorginstelling, huisartspraktijk of in een neutraal gebouw worden gehuisvest. Alle mogelijkheden hebben voor- en nadelen. De belangrijkste voordelen van een poli in het ziekenhuis zijn:

- De drempel om van de poli VG gebruik te maken is minder hoog, met name voor zwakbegaafde en LVG cliënten, alsook voor ouders met kinderen waarbij een eventuele VB nog niet is vastgesteld. Een ziekenhuis is in het algemeen gemakkelijker te bereiken met openbaar vervoer dan een zorginstelling.
- De positie als 2^e lijns specialist is duidelijker .
- Financiering via het DBC systeem kan een voordeel zijn. Er zijn echter ook de nodige nadelen aan verbonden (zie paragraaf Financiering)..
- Een consultantschap van de AVG binnen een algemeen ziekenhuis ten behoeve van opgenomen patiënten kan gerealiseerd worden.

De belangrijkste voordelen van een poli op de zorginstelling zijn:

- De AVG is goed bereikbaar gedurende kantooruren en bij goede afspraken ook tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten.
- Het dossier is altijd beschikbaar evenals uitslagen van aanvullend onderzoek.
- Alles gebeurt op één adres en voorkomt verwarring met het versturen van post.
- De inzet van andere deskundigen kan makkelijker worden gerealiseerd.

Het advies van de projectgroep is daarom: een ziekenhuispoli is alleen haalbaar indien toegevoegd aan of functionerend naast de polikliniek binnen de eigen zorginstelling.

Een recente ontwikkeling is een AVG spreekuur gekoppeld aan een huisartsenpraktijk in een gezondheidscentrum. De voor- en nadelen hiervan zijn op dit moment nog niet in kaart gebracht.

6. Laagdrempelige toegang

De poli VG is toegankelijk na verwijzing door huisarts of medisch specialist. Deze verwijzer verwoordt in een verwijsbrief de vraagstelling. Een ouder/vertegenwoordiger, de begeleider of de cliënt zelf kan een afspraak maken bij de assistente. Een eerste consult op de poli VG vindt bij voorkeur binnen 2 weken na aanmelding plaats. De aanmeldingen worden gescreend waarbij met een zekere prioriteitstelling rekening wordt gehouden.

Bij het ontstaan van een wachtlijst is het wenselijk dat de AVG regelmatig, in overleg met de assistente de prioriteitstelling bewaakt.

7. Bereikbaarheid

Vanuit het oogpunt van herkenbaarheid, profilering en organisatie wordt de poli VG op vaste dagdelen en met een vaste frequentie gepland. De polikliniek is gedurende kantooruren altijd (via doorschakeling) bereikbaar.

Een landelijke dekking van AVG 24/7 bereikbaarheid is momenteel nog niet gerealiseerd maar zal z.s.m. moeten worden nagestreefd. Een 24-uurs achterwachtfunctie van de AVG voor de huisartsenpost verdient volgens de werkgroep de voorkeur.

De bereikbaarheid van een AVG wordt zichtbaar of kenbaar gemaakt via de NVAVG website, de website van de zorgorganisatie, bij de lokale HAP's en bij de regionale huisartsen. Aanbevolen wordt om de bereikbaarheid via één herkenbaar telefoonnummer te organiseren.

8. Dossiervoering

De bevindingen van de AVG worden vastgelegd in een (bij voorkeur elektronisch) medisch dossier. In de afgelopen jaren zijn steeds meer zorgorganisaties overgegaan op een elektronisch medisch dossier, meestal een huisartsinformatiesysteem (HIS). Helaas is dit niet aangepast voor de specifieke medische problematiek van mensen met VB, hetgeen o.a. tot beperkingen leidt in het gebruik van data voor verantwoording en wetenschappelijke doeleinden.

Voor classificatie van psychiatrische problematiek wordt indien mogelijk gebruik gemaakt van de DC-LD (diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities) codering (5) of DSM IV classificatie (zo nodig na consultatie van de psychiater).

De AVG is in het bezit van een AGB code, waardoor de desgewenst uitwisseling van gegevens via de EPD's mogelijk geworden is.

9. Zakelijke en secretariële ondersteuning

Een goede secretariële en zakelijke ondersteuning is beschikbaar. Een medisch secretaresse cq doktersassistente is onmisbaar voor de organisatie van de spreekuren in al zijn facetten, zoals spreekuurplanning, afhandeling van de correspondentie, telefonische contacten.

Een zakelijke manager is beschikbaar voor bijvoorbeeld de financiën, de huisvesting, de contacten met het zorgkantoor en andere organisatorische zaken.

10. Spreekkamer

De inrichting van de spreekkamer voldoet ten minste aan de volgende voorwaarden:

- rustige goed verlichte kamer met voldoende ruimte voor een rolstoel.
- kindvriendelijkheid: zorg dat er of op de gang of op de spreekkamer spelmateriaal aanwezig is.
- basisinstrumentarium, zoals bv. bloeddrukmeter en weegschaal.
- hoog-laag onderzoekbank kan handig zijn evenals tillift.
- onderzoeksmateriaal voor visus- en gehooronderzoek: Lea-symbols /evt Tellerkaarten / fluisterkaart.
- Computer/laptop met elektronisch patiënten dossier en internetverbinding.
- Receptpapier en een digitale verbinding met een apotheek

11. Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging van de cliënt.

Mensen met verstandelijke beperkingen zijn niet altijd voldoende wilsbekwaam om beslissingen te nemen over hun medische behandeling. Beslissingen worden dan vaak genomen door een formele of informele vertegenwoordiger. Voor het eerste consult zal duidelijk moeten zijn of er sprake is van formele vertegenwoordiging zoals mentorschap en curatele. Indien er geen formele

vertegenwoordiging is zal de AVG gedurende het eerste consult een inschatting maken van de wilsbekwaamheid. Bij gebleken wilsonbekwaamheid ter zake zal de AVG conform de wet WGBO zoeken naar een vertegenwoordiger voor informed consent. De AVG zal zich te allen tijde inspannen om de patiënt ongeacht zijn ontwikkelingsniveau te betrekken bij de medische beslissingen, o.a. door aanpassing van zijn communicatie.

12. Informatie opvragen voorafgaande aan het eerste consult

Om het eerste consult efficiënt te laten verlopen is het belangrijk vooraf informatie op te vragen en aan de patiënt informatie te verstrekken over de gang van zaken in de polikliniek, bijvoorbeeld met foto's van de medewerkers van de poli. Een toestemmingsformulier voor het opvragen van medische gegevens wordt meteen meegestuurd.

Het verdient aanbeveling om na aanmelding een informatiebrief naar ouders /vertegenwoordiger en/of begeleider te sturen en te vragen vooraf een intake of vragenformulier in te vullen. Voorbeelden van specifieke intake formulieren voor bijvoorbeeld de poli VG(kind/ ouderen), de VG GGZ poli en de AVGenetica poli zijn als bijlage bijgevoegd. De schriftelijke vragenlijst kan worden vervangen door een telefonische intake door de medisch secretaresse (of verpleegkundige).

De AVG leest vóór het consult de verwijsbrief en de andere reeds opgestuurde informatie door, zodat hij het consult kan voorbereiden, bijvoorbeeld door de 'health watch' (gezondheidsrisicoprofiel) van een bepaald syndroom op te zoeken.

13. Het consult

De AVG draagt er zorg voor dat het begin van het consult op de afgesproken tijd plaatsvindt. Na de kennismaking wordt geprobeerd tot de vraagstelling te komen waarvoor de patiënt gekomen is. Het komt ook voor dat er geen sprake is van een (sub)acute vraag is maar van een vraag om coördinatie van de medische zorg door de AVG. Daarna volgt een systematisch anamnese, een oriënterend en specifiek lichamelijk onderzoek.

De AVG houdt de tijd in de gaten en zorgt ervoor dat het consult niet uitloopt. Hij begint tijdig met de afronding en maakt duidelijke vervolgspraken. Als overleg met andere disciplines nodig is of bepaalde onderzoeken moeten plaatsvinden, geeft hij aan dat dit tijd zal kosten.

Het aanvragen van laboratorium of radiologisch onderzoek vraagt om extra aandacht om te voorkomen dat financiering hiervan niet via de organisatie gaat lopen. Dit vereist onder andere een specifieke AGB code voor AVG's die bekend is in het ziekenhuis. (zie bijlagen)

Er dienen van tevoren afspraken gemaakt te worden tav de afhandeling van cliënten die niet verschijnen op de afspraak. Bij het niet nakomen van de afspraak zonder tijdige afmelding zou bijvoorbeeld 15 minuten in rekening gebracht kunnen worden.

14. De verslagbrief

De verslagbrief wordt bij voorkeur dezelfde dag en anders binnen een week geschreven. De tijd voor het schrijven van brieven wordt in de agenda van de AVG gepland. Inspreken van een bandje heeft de voorkeur boven het zelf uittypen van een brief. Het bespaart namelijk veel tijd.

Uiteraard wordt de verslagbrief naar de verwijzer gestuurd (concept huisartsenbrief, zie bijlage 1d). In overleg met patiënt en eventueel vertegenwoordiger kan deze brief in afschrift ook gestuurd worden naar andere belanghebbenden zoals GZ-psycholoog, behandelend gedragskundige, behandelend medisch specialisten, begeleider woonvoorziening en vertegenwoordiger. Daarbij moet gerealiseerd worden dat een medische brief voor niet-medici moeilijker te begrijpen kan zijn. Het taalgebruik in de brief kan worden aangepast of er kan een tweede brief met eenvoudiger taalgebruik worden opgesteld. Alle oplossingen hebben voor- en nadelen en de AVG zal steeds moeten kiezen voor een op de situatie gerichte optimale vorm.

15. Vervolgconsult en eventuele afronding

De noodzaak van een vervolgconsult wordt met name bepaald door de vraagstelling en de ernst van de problematiek. Bij een syndroomgerelateerde vraagstelling zal de cliënt afhankelijk van de aanbevelingen in de health watch één of meerdere keren per jaar gezien worden, evenals bij epilepsiecontrole. Bij verandering van of starten met medicatie is een vervolgconsult noodzakelijk.

Daarnaast zal voor de 'follow up' vaak gebruik gemaakt worden van telefonische en email consulten, in te plannen in de agenda van de AVG. De mail wordt in het algemeen ook gebruikt voor het opvragen of doorspelen van allerlei informatie. Hierbij moet rekening gehouden worden met de privacy- wetgeving en het respecteren van de autonomie/rechtspositie van de cliënt en diens vertegenwoordiger. Bij mailcontact moet men rekening houden met het onbedoeld interpreteren door de ontvanger van de verstuurd boodschap. Dit kan tot veel onduidelijkheid en soms irritatie leiden. Tijdens een behandeling is het volgens de werkgroep wenselijk dat er minimaal éénmaal per 3-6 maanden persoonlijk contact tussen de AVG en de patiënt plaatsvindt. Er kan niet langdurig volstaan worden met uitsluitend telefonisch of emailcontact. Als het alleen om de controle gaat van een reeds succesvol ingezette behandeling volstaat een jaarlijks persoonlijk contact ter evaluatie van de behandeling.

Als de cliënt na het eerste consult nog herhaalde malen gezien wordt is het aan te bevelen bij elke (medicatie) verandering een brief naar de verwijzer/huisarts te sturen. Indien er geen wijzigingen plaatsvinden stuurt de AVG minimaal één maal per jaar een verslagbrief naar de verwijzer/huisarts, zodat deze altijd actueel geïnformeerd is.

Als de cliënt in de loop van de controles voor een ander probleem behandeld gaat worden is een nieuwe verwijsbrief nodig.

Als de cliënt niet verschijnt op de vervolgspraak is het aan de arts om te beoordelen of er vanuit de poli VG contact gezocht moet worden. Om zicht te houden op het al of niet op controle komen is het 'stickersysteem' aan te bevelen. Hierbij wordt op het dossier een sticker met het actuele jaartal geplakt zodra de cliënt op de poli geweest is. Als iemand een jaar niet geweest is, ontbreekt een actuele sticker. Dan kan overwogen worden het dossier in het archief te plaatsen

16. PR en herkenbaarheid op nationaal en regionaal niveau

Een presentatie of een folder voor één of meerdere HAGRO's kan hierbij uitnodigend werken. Ook de aanpalende specialismen zoals genoemd onder punt 3. kunnen op een vergelijkbare manier benaderd worden.

De website van de NVAVG is sinds 2012 voorzien van een herkenbaar en gemakkelijk te bedienen zoekinstrument naar de verschillende poli's VG. Het betreft een "landkaart" van poli's VG.

Direct contact met de huisartsen uit de regio is belangrijk. De samenwerkingsrelatie tussen huisarts en AVG is vaak specifiek voor een bepaalde regio. Er bestaan de volgende voorbeelden:

- Er is een nauwe samenwerking binnen de medische dienst van de organisatie.
- Er is een goede samenwerking betreffende de semi- en intramurale cliënten.
- Er is samenwerking omdat er gebruik wordt gemaakt van de diensten van de HAP.

Een actieve samenwerking is noodzakelijk om de kwaliteit van de zorg voor mensen met een VB te garanderen (5).

17. Financiering

Er bestaan op dit moment (juli 2012) 3 categorieën van financiering van een (monodisciplinair) AVG consult:

- i. De cliënt is 'thuiswonend': de AVG zorg wordt gedeclareerd bij het zorgkantoor (NZA code H328 [consult] en code H321 [reistijd bij thuisbezoek]) .
- ii. De cliënt is semimuraal wonend (ingeschreven in een huisartsenpraktijk): idem als i
- iii. Intramuraal wonend: bij de indicatie ZZP 1 en 2 kan door de huisarts naar de AVG verwezen worden en vindt financiering via het zorgkantoor plaats. Bij de indicatie ZZP 3 of hoger(verblijf+behandeling) is de behandeling door een AVG (meestal) inbegrepen. Dan wordt het consult verricht door de AVG betaald door de organisatie die de indicatie behandeling kreeg toegewezen.

Indien sprake is van een multidisciplinaire behandeling dient vooraf een CIZ-indicatie te worden aangevraagd. Wanneer reeds een CIZ indicatie is verleend aan een andere zorgorganisatie, zal hiermee in overleg getreden moeten worden om tot een betalingsafpraak te komen. Soms is het daarbij mogelijk de indicatie tijdelijk over te nemen voor de duur van de behandeling.

Behandeling door een AVG van een semimuraal wonende cliënt, of intramuraal wonende cliënt met ZZP 1 of 2, die met een AWBZ indicatie ondergebracht is bij een huisarts is mogelijk via een verwijsbrief van de huisarts. Tijdregistratie is van belang om verantwoording af te leggen, mn naar de financier. Een praktisch oplossing hiervoor zou zijn als de tijd meteen in het EPD/HIS geregistreerd kan worden.

Financiering via een DBC vindt plaats indien het spreekuur wordt gehouden in een ziekenhuis of een GGZ instelling. Hierbij maakt het niet uit wat de woonsituatie van de cliënt is. Het DBC bedrag rekent met hoge kosten voor de 'overhead' en dat maakt het consult duur. Daarbij komt dat een gedeelte van dat bedrag via het eigen risico door de patiënt zelf betaald moet worden.

Voor de levering en vergoeding van medicijnen die de AVG voorschrijft en aanvragen voor laboratorium- en röntgenonderzoek is vaak vermelding van de AGB code van de AVG noodzakelijk. Algemeen Gegevens Beheer Zorgverleners (AGB-Zorgverleners) is een register waarin gegevens van zorgverleners in Nederland worden vastgelegd. Deze gegevens zijn voorzien van een unieke codering, de AGB-code. Een correcte registratie in AGB is van belang voor een snelle afhandeling van de declaraties bij de zorgverzekeraars. Via www.agbcode.nl kan een AGB code worden aangevraagd (zie bijlage 6).

Wanneer een CIZ-indicatie aanvragen? (Ja /Nee)		
	ZZP1 of 2	ZZP 3 of hoger incl behandeling
Alleen AVG	NEE	nota indicatie- houder
Multidisciplinair	JA	nota indicatie- houder

NB 1. Bovenstaande is van toepassing op het moment van publiceren van deze nota maar sterk aan veranderingen onderhevig. Mogelijk gaat de financiering, analoog aan de GGZ, via de ziektekostenverzekering lopen met gebruik van DBC's. De NVAVG onderzoekt in samenwerking met de KNMG nog welk financieringssysteem passend is voor de AVG praktijk: DBC of verrekening per tijdseenheid.

NB 2. De projectgroep signaleert een probleem voor kinderen en volwassenen die een behandelindicatie hebben en met een verwijfsbrief naar een AVG gaan voor specialistische zorg. De financiering van deze consulten (inclusief multidisciplinaire inzet) zou officieel via de reeds bestaande behandelindicatie moeten gaan, maar dat gebeurt niet altijd. Hierbij valt te overwegen vooraf aan het consult duidelijkheid te krijgen door de CIZ indicatie op te vragen bij de verwijzer/ woonlocatie.

4. Adviezen

1. Vanwege de snelle ontwikkelingen binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking adviseert de werkgroep een evaluatie en herziening van dit document over 5 jaar.
2. De werkgroep adviseert een uniform coderingssysteem voor diagnostiek ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en verantwoording.
3. De werkgroep adviseert de gegevens op de website van de NVAVG over de poliklinieken (“de landkaart”) jaarlijks actief te controleren en te actualiseren.
4. De werkgroep adviseert het NVAVG bestuur een format te maken wat dient als basis voor een jaarverslag vanuit de VG poliklinieken.
5. De werkgroep adviseert het bestuur om VG instellingen die werkzaam zijn in de provincies Groningen, Flevoland, Friesland, Overijssel, Zeeland en Limburg te stimuleren tot het opzetten van een polikliniek VG. Tevens is het advies van de werkgroep aan VG instellingen zich niet alleen te beperken tot een specifieke doelgroep, maar een breed opgezette polikliniek te openen waar alle VG cliënten terecht kunnen.

5. Referenties

1. Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM; <http://www.nationaalkompas.nl/>
2. Europees Manifest: Adequate Gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke handicap, 2003: http://www-fgg.eur.nl/hag/avg/Europees_manifest.pdf
3. Meerjarenbeleidsplan NVAVG 2008-2012
4. Het zorgaanbod van de AVG 2011, [www. NVAVG.nl](http://www.NVAVG.nl)
5. DC-LD: diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation; Uitg. RCPsych Publications, 2001; ISBN 1901242617, 9781901242614.
6. Prof. Dr. H.M.J. van Schrojenstein Lantman – de Valk: Gewoon en toegankelijk. Op weg naar een goede gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen in de samenleving. Oratie 14-10-2010 Nijmegen.

Met opmaak: Nederlands (standaard)

6.Leden projectgroep

Jacinta Bruin, AVG, correspondentie adres: jacinta.bruin@esdege-reigersdaal.nl

Wiebe Braam, AVG, correspondentieadres: wiebe.braam@sheerenloo.nl

Anne Idzinga, AVG, correspondentie adres: aidzinga@asvz.nl

Dederieke Festen, AVG, correspondentieadres: Dederieke.Festen@ipsedebruggen.nl

Met dank aan Martine de Groot, AVG, die bij de start deel uitmaakte van de projectgroep en Marijke Meijer, AVG, voor de tekstredactie.

7. Bijlagen

1. Documenten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering
 - a. Aanmeldingsformulier polikliniek VG
 - b. Aanmeldingsformulier polikliniek VG GGZ
 - c. Aanmeldingsformulier polikliniek VG genetica
 - d. Model brief AVG naar huisarts
2. Achtergrondinformatie over ontstaan poliklinieken VG
3. Landelijke spreiding poliklinieken VG
4. Samenvatting enquête 2006
5. Samenvatting enquête 2009
6. Aanvragen AGB code
7. Brief VWS over vergoeding van door AVG aangevraagde lab en Rö onderzoek

Bijlagen 1: Documenten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering

Bijlage 1a: Aanmeldingsformulier polikliniek VG

Aanmeldingsformulier polikliniek VG

Secr. Zorgondersteuning en Zorgontwikkeling.

Tel. (ma-vr 8.30-12.00 uur)

email:

A. Zorgvrager

Naam, voorletter(s) :

Roepnaam :

Adres :

Postcode , Woonplaats :

Tel. nr. :

Geboortedatum :

Sofinummer :

Verzekering :

Polisnummer :

Naam, adres apotheek :

Contactpersonen

Vertegenwoordiger :

Relatie :

Adres :

Postcode, Woonplaats :

Telefoonnummer :

Mob. telefoon :

E-mail adres :

Huisarts, naam :

Adres :

Postcode, Woonplaats :

Telefoonnummer :

Overige hulpverlener :

Functie :

Werkadres :

Plaats :

Telefoonnummer :

B. Hulpvraag:

C. Aanspraak op basis van:

verstandelijke handicap, te weten:

gegevens uit voorgeschiedenis / testgegevens dd. / oordeel AVG

andere handicap, met hulpvraag passend binnen deskundigheid AVG, te weten:

D. Aanvrager

- huisarts
 - andere arts, nl.
 - niet-medische professional, nl.
 - eigen initiatief zorgvrager
-

E. Bijlage

- verwijskaart
- anders, nl.

I.v.m. de WABB (= wet algemene bepalingen burgerservice-nummer) bent u verplicht tijdens het eerste consult / intakegesprek een geldig identiteitsbewijs en een kopie hiervan mee te nemen. Wilt u hiervoor zorgdragen.

Ingevuld door :

Datum :

Bijlage 1b: Aanmeldingsformulier polikliniek VG GGZ

Intakeformulier

Datum aanmelding	
Datum intake	
Initialen intaker	

Personalia client	
Achternaam	
Voorletters/voornaam	
Geboortedatum	
Burger servicenummer	
Verzekeringsmaatschappij/	
Verzekerings nr.	
Nationaliteit	
Land van herkomst/culturele achtergrond	
Levensovertuiging/religie	

Adres	
Postcode en Woonplaats	
Telefoonnummer:	
Email adres	
Huidige verblijfplaats	

BOPZ status				
Geen bereidheid/geen bezwaar				
IBS	<input type="checkbox"/>	Tot		Bijzonderheden
RM	<input type="checkbox"/>	Tot		Bijzonderheden

Juridische Status				
Bewind	<input type="checkbox"/>	Tot		Bijzonderheden
Curatele	<input type="checkbox"/>	Tot		Bijzonderheden
Mentorschap	<input type="checkbox"/>	Tot		Bijzonderheden
OTS	<input type="checkbox"/>	Tot		Bijzonderheden

Aanmelder	
Naam	
Functie	

Instelling/organisatie	
Adres	
Postcode en plaatsnaam	
Telefoonnummer	
Faxnummer	
E mailadres	

Ander professioneel betrokkenen	
Naam organisatie	
Adres	
Postcode en plaats	
Contactpersoon	
Functie	
E mailadres	
Aanbod	

Vraag van de aanmelder:	
Consultatie: <input type="checkbox"/>	Ambulante Observatie en Behandeling: <input type="checkbox"/>
Diagnostiek en behandeling KINDEREN ambulant: <input type="checkbox"/>	Opname Diagnostiek en Behandeling: <input type="checkbox"/>
Therapie: <input type="checkbox"/>	

DSM IV Diagnose	Wanneer gesteld	Door wie
As 1.		
As 2.		
As 3.		
As 4.		
As 5.		

Medicatie:	
Naam medicijn	Dosering

IQ gegevens:		
TIQ	VIQ	PIQ
Testdatum:		
Door wie:		
Soort test:		
Indien niet bekend, geschat		

IQ	
Toelichting:	

Advies intaker:

--

Hulpverleningsgeschiedenis:

Welke problemen zijn er geweest, in welke situaties (school/thuis/werk) hoe lang al, ernst, wat is er geprobeerd om het te verhelpen, wat werkte wel en wat niet.
Wordt de verstandelijke beperking onderkent en welke rol speelt deze?

--

Actuele problematiek:

Welke problemen zijn er, in welke situaties (school/thuis/werk) hoe lang als, ernst, wat is er geprobeerd om het te verhelpen, wat werkte wel en wat niet.
Wat is de aanleiding tot de aanmelding?
Hoe is de motivatie van de cliënt?

--

Biografie:

Globale inventarisatie van het gezin van herkomst, school, werkontwikkeling, sociale, relationele en psychoseksuele ontwikkeling, levensloop, trauma, justitie, oorlogservaringen en lichamelijke gezondheid.

--

Betekenisvolle gebeurtenissen:

--

Middelen gebruik en of verslaving:

--

Materieel welbevinden:

--

Samenvatting voorgeschiedenis en huidige situatie:

--

Hypothese:

--

--

Advies intakecommissie:

--

Bijlage 1c: Aanmeldingsformulier polikliniek VG genetica

Aetiologische diagnostiek

Naam cliënt:

Geboren:

Adres:

Consulent:

Consultdatum:

Afspraken met betrokkenen:

A: Reden van consultatie:

***Diagnose/zorgvraag/prognose**

***Erfelijkheidsvoorlichting**

***Bevorderen acceptatie familie/groepsleiding**

B: -Familie (voorkomen verstandelijke beperkingen in familie, consanguiniteit):

-Stamboom

C: Primaire groei en ontwikkeling (zwangerschap, geboorte, vroege psychomotore ontwikkeling):

D: Huidig niveau van functioneren (IQ, cognitief/verstandelijk, sociaal/emotioneel, spraak/taal, motorisch):

E: Psychische problematiek/gedragsstoornissen:

F: Somatiek:

***Aangeboren afwijkingen (hart, extremiteiten):**

***Neurologie (epilepsie, stoornissen kracht, tonus, coördinatie etc)**

***Bewegingsapparaat (vergroeiingen, fracturen etc):**

***Zintuigen:**

***Slapen,waken,ademhalen:**

***Eten/ontlasten/plassen:**

***Infecties:**

G: Dysmorfieen:

*** Lengte/gewicht**

*** Huid**

*** Hoofd/hals**

*** Romp**

*** Extremiteten**

*** Genitalia**

H: Reeds verricht aetiologisch onderzoek:

I: Vraagstelling/waarschijnlijkheidsdiagnose:

J: (Voorlopig) Advies:

Bijlage 1d: Model brief AVG naar huisarts

2 voorbeelden zijn bijgevoegd.

Verslagbrief

naam AVG/huisarts/arts		naam patiënt:	
adres:		geboortedatum:	
telefoon:		adres:	
fax:		verzekering:	
E-mail:			
Verslaglegging aan:		datum:	
		tijdstip:	

VRAAGSTELLING

Vraagstelling verwijzer, datum :

ANAMNESE, VOORGESCHIEDENIS, LICHAMELIJK ONDERZOEK

Anamnese/heteroanamnese

Voorgeschiedenis
aanvullend

Sociale anamnese

**Lichamelijk
onderzoek
Psychiatrisch
onderzoek**

AANVULLEND ONDERZOEK

Laboratorium	
Beeldvormend	
Functie	
Psychodiagnostiek	
Overig	
BESPREKING, DIAGNOSE, BELEID	
Bespreking	
<i>eventueel korte beeldvorming (ontwikkeling, etiologie, communicatie, zorgsysteem)</i>	
<i>werkhypothese of differentiaaldiagnose, inclusief overwegingen</i>	
interventie	
Conclusie of diagnose	
<i>altijd invullen</i>	
<i>eventueel</i> ICPC diagnosecode	
Beleid, beleidsvoorstel	
MEDICATIE TOTAAL	
medicatievoorschrift	
<i>met indicatie</i>	
<i>altijd invullen</i>	
THERAPIE EN ZORG	
Aanbeveling vervolg door verwijzer	
Advies gegeven aan patiënt(systeem)	

Met collegiale groet,

NB 1: aandacht voor informatie op briefpapier, zoals adres en bereikbaarheid van de AVG, collegae AVG's

NB 2: niet alle kopjes zijn bij elke hulpvraag te gebruiken

Aan

Datum

Geachte collega,

Op [datum] zag ik voor een eerste consult/vervolgconsult cliënt¹ [naam], (optioneel: die [roepnaam] genoemd wil worden), met begeleider [naam]. (voorbeeld van introductiezin).

Reden van verwijzing

Cliënt werd door u verwezen (hier opnemen: reden van verwijzing naar of consultatie van AVG zoals op verwijsbrief aangegeven; hier ook aangeven wat de reden van het polibezoek voor de patiënt en/of begeleider is)

Beeldvorming²

Cliënt heeft een [mate verstandelijke en sociaal emotionele beperking, beide met ontwik-kelingsleeftijd] en communiceert op [...niveau]. Cliënt woont [met welk steunsysteem en inten-siteit] en [werk, dagbesteding].

Gezondheid en probleemlijst²

Cliënt is bekend met [etiologische diagnose, probleemlijst voor zover relevant (de belangrijkste problemen van de cliënt op dit moment en in het verleden)]. Cliënt bezoekt [lopende specialistencontacten]. Het gehoor en de visus zijn [uitslag vermelden, ook vermelden als dit niet of te lang geleden gemeten is].

Cliënt gebruikt [middelengebruik] en is bekend met [allergieën].

Medicatiegebruik d.d.

Klachtanamnese en heteroanamnese³

[Relevante informatie uit dit gesprek]

Lichamelijk onderzoek d.d.

[Bevindingen LO, tevens indruk psychomotoriek, coöperativiteit]

Aanvullend onderzoek

[Laboratoriumbepalingen, beeldvormend onderzoek, functieonderzoek, psychodiagnostiek, gegevens elders, overig]

Differentiaal diagnose/ bespreking

[Relevant voor de hulpvraag]

Samenvattende conclusie⁴

[Cliënt, Klacht, Werkdiagnose]

(Gemotiveerd antwoord geven op de gestelde vragen van de verwijzer en de cliënt: wat is bij deze cliënt waarschijnlijk aan de hand en waarom denk ik dat? Kernachtige opsomming van de relevante gegevens ter beantwoording van de hulpvraag, onderbouwing van de conclusie)

Advies⁴

[Diagnostische adviezen ten behoeve van toetsing hypothesen, therapeutische adviezen of behandeling]

Afspraken

[Afstemming wie wat doet, wat is gecommuniceerd met cliënt/ begeleider, vervolgspraken]

Met collegiale groet,

XXX, Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG)

CC:

¹ waar cliënt staat, kan ook patiënt geschreven worden

² Vervalt bij vervolgbrief. Dan korte samenvatting met verwijzing naar eerdere brief

³ Bij vervolgbrief klacht- en intervalanamnese

⁴ Bij voorkeur zo in HIS over te nemen

Bijlage 2 Achtergrondinformatie over het ontstaan van de poliklinieken VG

Visie op de zorg voor verstandelijk gehandicapten, geformuleerd vanaf de start van het specialisme:

1. Polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking in een algemeen ziekenhuis (NTVAVG juni 2000 door W.J. Braam). In november 1998 ontstond de eerste polikliniek in een algemeen ziekenhuis in Nederland die speciaal gericht is op de mensen met een VB. Het idee voor deze polikliniek was ontstaan tijdens de opleiding tot AVG aan de NSPH in Utrecht. Daar sprak in oktober 1996 een enthousiaste medewerkster van de Federatie van Ouderverenigingen (voorganger van Platform VG) Mieke van Leeuwen. Zij sprak uit dat de AVG zich niet langer in instituten zou blijven verschuilen maar zich ook zouden moeten richten op thuiswonende mensen met een VB! Wij zouden regionale multidisciplinaire adviescentra moeten oprichten.
2. Op en top AVG in de toekomst (TAVG dec 2002 door S. Huisman en F. Ewals) Het uitgangspunt is dat de AVG een medisch specialist is die met een specifieke deskundigheid op specifieke vragen van een specifieke maar heterogene doelgroep op specifieke werkwijze inspringt, hetzij als primaire behandelaar hetzij ter ondersteuning van de primaire behandelaar.

Het continueren van de bestaande taken en tegelijkertijd aan de slag gaan met nieuwe activiteiten gaan ernstig wringen . Een wezenlijke keuze voor kerntaken en het consequent afstoten van oneigenlijke taken is derhalve onontkoombaar.

Een regionaal expertise centrum (REC) zal naar verwachting tot een efficiëntere inzet van de schaarse deskundigheid van de AVG leiden, stimuleert tot delegeren en maakt functie-differentiatie mogelijk. Gezien de beroepskenmerken is het vormen van een (mono-disciplinaire) maatschap en het werken vanuit een regionale ziekenhuispoli misschien geen eerste keuze, maar kan wel een alternatief zijn dat mogelijk eenvoudiger te realiseren is.

3. Europees manifest (2003):
 - Optimale beschikbaarheid en toegankelijkheid van reguliere gezondheidszorgvoorzieningen. Waarin ook pro-actieve benadering van gezondheidsproblemen/behoefte en goede samenwerking en afstemming tussen verschillende betrokken deskundigen.
 - Werkers in de gezondheidszorg , die gespecialiseerd zijn in de specifieke gezondheidsproblemen van mensen met een VB zijn beschikbaar ter ondersteuning van de reguliere gezondheidszorg. Deze deskundigen adviseren en/of behandelen specialistische medische problemen of nemen de medische zorg voor mensen met een VB over
 - Gezondheidszorg voor mensen met een VB heeft vaak een multidisciplinaire benadering
4. Bijzondere patiënten, bijzondere artsen (2004) : onderzoek door Prismant voor het college van zorgverzekeringen (CVZ) met onderzoeksvraag: zijn er knelpunten in de medische zorg voor extramuraal wonende mensen met een VB. Sinds juli 2002 kan de huisarts naar de AVG verwijzen. Het CTG heeft voor deze consulten een tarief vast gesteld en daaraan de voorwaarde gekoppeld van een AWBZ indicatie. Het CIZ dient deze indicatiestelling uit te voeren. Met het zorgkantoor kunnen productie afspraken gemaakt worden mbt deze zorg.

De NVAVG heeft aangegeven dat de intramurale, generalistische functie aan een beperkte groep moet plaats maken voor een integrale specialistische consultatie en behandelfunctie, die op indicatie of verwijzing beschikbaar is voor alle mensen met een VB. Om dit te realiseren zijn structurele veranderingen nodig.

5. Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. AWBZ of Zorgverzekeringswet? (Januari 2008, Projectbureau KNMG, M. Wesseling en E. van Wijlick)
Uitspraken en aanbevelingen nav een onderzoek naar de toekomstige positionering en financiering van medische zorg voor mensen met een VB: Als de gespecialiseerde medische zorg overgeheveld wordt naar de zorgverzekeringswet (ZVW) moet de toegankelijkheid en de kwaliteit en de samenhang van de zorg gegarandeerd blijven.
Er is onvoldoende bekendheid met het zorgaanbod van de AVG. Er moet meer helderheid komen over de zorgproducten van de AVG en wat hun toegevoegde waarde is ten opzichte van de combinatie van huisartsenzorg en medisch specialistische zorg.
De verschillen in werkwijze tussen de AVG's onderling zijn in de beleving van veel geïnterviewden erg groot. Veel AVG's zijn in de afgelopen jaren (noodgedwongen) meer probleemgericht gaan werken. De ZVW biedt voor de AVG betere kansen voor de verdere ontwikkeling van het vak dan de AWBZ. Echter, DBC's zijn voor de werkzaamheden van de AVG moeilijk af te bakenen, omdat er veel comorbiditeit voor komt waardoor verschillende DBC's te lang open blijven staan. En sommige DBC's zullen nooit meer gesloten worden.
Voor de AVG die algemene medische zorg aan mensen met een VB bieden wordt een apart tarief gecreëerd waarin is verdisconteerd dat zij, aan patiënten voor wie zij als huisarts functioneren, ook gespecialiseerde medische zorg bieden. Voor gespecialiseerde medische zorg van de AVG wordt een apart tarief vastgesteld. Door financiering van de medische zorg voor mensen met een VB via de AWBZ is het mogelijk om een groot aantal niet patiëntgebonden werkzaamheden van de AVG te financieren.
Door voorlopig in de AWBZ te blijven kan tijd worden gewonnen. Misschien is de ZVW over tien jaar minder bedreigend voor de financiering van de AVG.
6. Meerjaren beleidsplan NVAVG 2008-2012
 - 'bereikbaarheid en beschikbaarheid': de medische zorg voor mensen met een VB moet ook poliklinisch aangeboden worden. Deze voorziening moet toegankelijk zijn voor alle mensen met een VB, na verwijzing door een huisarts. Om de toegankelijkheid van deze voorziening voor alle mensen met een VB te kunnen waarborgen moet er sprake zijn van een evenwichtige landelijke spreiding. AVG's moeten 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar zijn.
 - "'profilering': er vindt nog te weinig afstemming plaats met de AVG bij de behandeling van mensen met een VB. Er is een taak in het vergroten van de bekendheid van het specialisme, zodat de zorg voor mensen met een VB geoptimaliseerd wordt.
 - 'praktijkvoering' beschikbaarheid van multidisciplinaire netwerken, werkruimte, uitwisseling van gegevens, etc
7. 'gewoon en toegankelijk' op weg naar een goede gezondheidszorg voor mensen met verstandelijk beperkingen in de samenleving: inaugurele rede door Prof. H. v Schrojenstein Lantman- de Valk 2010: de huisarts kan verwijzen naar de AVG, maar het specialisme en de

verwijsprocedure ontbreekt nog goeddeels. Bekendheid van het specialisme, adequate samenwerkingsafspraken en ambulante zorgsystemen zoals poliklinieken dienen op kort termijn verder ontwikkeld te worden. De productdefiniëring, welke ontwikkeld wordt door de NVAVG, kan hierin een rol spelen.

De AVG vervult een tweedelijfn functie op gebieden waarin hij/zij bij uitstek deskundig is.

Bijlage 3. Landelijke spreiding poliklinieken VG:

Er bestaat geen goede landelijke spreiding van de poliklinieken VG over de 12 provincies (button “een polikliniek VG bij u in de buurt?” op de NVAVG website, stand per 15-4-2012). Op het eerste oog lijken er veel poliklinieken te bestaan, maar bij nadere beschouwing blijkt dit niet het geval te zijn. Allereerst staan er op de kaart in de provincies Groningen en Flevoland géén poliklinieken VG vermeld. In andere provincies vertegenwoordigen lang niet alle vlaggetjes een breed opgezette polikliniek. In Zeeland worden bijvoorbeeld 2 vlaggetjes getoond, maar gaat het echter om dependances van Kempenhaeghe, waarbij alleen het woord ‘epilepsie’ staat vermeld. Op de kaart van Friesland staat 1 vlaggetje met de suggestie dat daar alleen volwassenen worden behandeld. In Overijssel staan 2 vlaggetjes (Twente), waarbij 1 poli alleen volwassenen met psychische en gedragsproblemen behandelt. Het 2^e vlaggetje betreft een dependance van Kempenhaeghe. In Limburg staan 3 vlaggetjes, maar in 2 gevallen gaat het om een dependance van Kempenhaeghe. Alleen het 3^e vlaggetje betreft een polikliniek VG, maar deze is gelokaliseerd in het uiterste noorden van deze langgerekte provincie. Daar lijkt de polikliniek dichtheid reeds groot (3 vlaggetjes in Nijmegen), maar bij nadere beschouwing betreft 1 vlaggetje een dependance van Kempenhaeghe, 1 vlaggetje is een polikliniek voor mensen met voedselweigering, onzindelijkheid of probleemgedrag. Opvallend is dat veel poliklinieken zich beperken tot specifieke categorieën cliënten. Zo zijn er poliklinieken waar alleen volwassenen met een verstandelijke beperking terecht kunnen of alleen cliënten met een specifiek probleem (bijvoorbeeld gedragsproblemen of eetproblemen). De werkgroep begrijpt dat er zich specialisatie kan voordoen, maar is van mening dat een gespecialiseerde polikliniek ook hulp dient te bieden aan VG cliënten met andere problematiek. De vermelding van een groot aantal dependances van Kempenhaeghe suggereert een landelijke spreiding van poliklinieken VG die niet wordt waargemaakt. Wanneer deze dependances zich beperken tot de behandeling van epilepsie bij mensen met een verstandelijke beperking, dienen zij van op de landkaart te worden verwijderd.

De vraag of er een goede landelijke spreiding van poliklinieken VG over de 12 provincies bestaat, moet dus helaas ontkennend worden beantwoord. Veel ouders kunnen binnen een straal van 50 tot soms 100 kilometer géén polikliniek VG vinden die hun kind kan behandelen.

Bijlage 4. Samenvatting van de enquête en meeting nav deze enquête gehouden in 2006

In 2006 werd een expertmeeting gehouden om het aantal poli's, de manier van werken en de toekomstverwachting in beeld te brengen. Er waren toen in ieder geval 27 poliklinieken VG, welke vnl monodisciplinair en vanuit de zorginstelling georganiseerd werden. Er werd regelmatig doorverwezen naar (gespecialiseerde) paramedici en gedragswetenschappers uit de eigen zorgorganisatie. In 80% van de poli's was er ondersteuning door een doktersassistente of secretaresse. Een zakelijke en organisatorische ondersteuning was er in 50% van de poli's.

Het eerste consult duurde een uur en een vervolgconsult een half uur. Een patiënt werd aangemeld door middel van een verwijskaart of – brief. Bij veel poli's bestond er ook een mogelijkheid tot een huisbezoek. In minder dan de helft werd er gebruik gemaakt van een digitaal dossier of HIS. Nav het consult werd een brief naar de verwijzende huisarts geschreven en in bijna de helft ook naar de familie.

Gemiddeld 1 dagdeel per week werd er poli VG gedaan en daarin zag men 4-6 cliënten.

Financieel werden de consulten niet eenduidig verwerkt. 50% werkte met een voor het individu aangevraagde CIZ indicatie. Bij anderen was er een productieafspraken met het zorgkantoor gemaakt.

Als voordelen/ positieve punten van de poli VG werden genoemd: communicatie op een begrijpelijk niveau, omgang met het cliëntensysteem, kennis van voor de zorg specifieke medische problemen, multidisciplinaire behandeling, een verrijking, verdieping en voorwaarde voor het AVG vak.

Er waren toen nog genoeg knelpunten: gebrek aan ondersteuning, mn van een zakelijk manager, geen standaard intakeprocedure, problemen met de uitvoer van aanvullende diagnostiek/onderzoeken, traagheid bij het organiseren van een multidisciplinaire inzet, de samenwerking met huisarts oa in de uitvoer van de gegeven adviezen.

Bijlage 5: Samenvatting van de enquête en voordracht gehouden n.a.v de enquête in 2009

- Het absolute aantal poli's VG is nauwelijks veranderd. Wel zijn er een aantal verdwenen waarvoor weer andere in de plaats gekomen zijn.
- In toenemende mate wordt er verwezen naar (gespecialiseerde) paramedici en agogen buiten de eigen instelling.
- Aanmelding: Deze wordt vaak door de AVG zelf of een betrokken begeleider 'aangezwengeld, waarna via de huisarts een verwijskaart of brief aangevraagd wordt.
- Het consult vraagt veel tijd. Dit blijkt in de uitlooptijd van zowel het 1^e als het 2^e consult. Vaak worden de overheadkosten niet eens mee gerekend. Dat betreft bijvoorbeeld tijd die een secretaresse, doktersassistente of manager op de achtergrond kwijt is met de afhandeling van het consult.
- De optie van een huisbezoek blijft aanwezig: heeft dit een toegevoegde waarde of is dit iets wat we niet los durven te laten?
- In plaats van 50 wordt nu in 67 % van de consulten een kopie van de brief ook naar familie en/of begeleiding gestuurd. Wat betekent dit voor het 'professionele' karakter van de overdracht?
- Gebruik van HIS en codering is nog steeds laag. Wat is wenselijk en hoe kijken we aan tegen DSM IV codering: is dit noodzakelijk of kunnen we dit beter overlaten aan de psychiater?

Bijlage 6: Aanvragen AGB code

AGB-Zorgverleners (Algemeen GegevensBeheer Zorgverleners)

De AGB (Algemeen Gegevens Beheer) is een uniforme manier van registratie van zorgaanbieders ten behoeve van zorgverzekeraars. Niet alleen zorginstellingen zijn hierbij geregistreerd. Ook individuele zorgverleners die nota's versturen of die onderzoek aanvragen waarvan de kosten door de zorgverzekeraars vergoed worden, moeten in dit register zijn opgenomen. De zorgverleners moeten zelf voor deze registratie zorgdragen en individueel een AGB-code aanvragen.

Bij de registratie worden, naast de NAW-gegevens van de zorgverlener, ook s ook gegevens bijgehouden over de plaats waar de werkzaamheden worden verricht en de bevoegdheid van de zorgverlener. Alle zorgverleners, praktijken en instellingen hebben een eigen registratienummer. Door de gegevens onderling te koppelen wordt ook zichtbaar welke zorgverleners in welke praktijk of instelling werkzaam zijn.

De AGB-code wordt landelijk gebruikt binnen het (elektronische) communicatie- en declaratieproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. De AGB-code moet bijvoorbeeld vermeld worden op elke nota, zodat de zorgverzekeraar kan controleren van welke zorgverlener de declaratie afkomstig is en of de gegevens kloppen. Een correcte registratie in AGB is van belang voor een snelle afhandeling van de declaraties bij de zorgverzekeraars.

De gegevens die van een AVG geregistreerd worden zijn:

algemene persoonsgegevens (geboortedatum, geslacht);

correspondentieadres;

telefoonnummer;

e-mailadres;

nadere specialisatie (AVG);

datum bevoegd;

aanvangsdatum bevoegdheid;

instelling(en) en praktijk(en) waar zorg wordt verleend

(naam van de praktijk, vestigingsadres, telefoonnummer, AGB code van de instelling)

(datum in dienst, datum uit dienst, soort dienstverband);

Aanvragen van een AGB-code kan door de aanvraag formulieren op de website www.agbcode.nl te downloaden en in te vullen. Opgeven van wijzigingen gebeurt telefonisch 0900-2422633.

**Bijlage 7: Brief VWS over vergoeding van door AVG aangevraagde lab en Rö onderzoek (pdf file
bijgevoegd)**