

Uitgangspunten zorgtraject kwetsbare patiënten

Het zorgtraject kwetsbare patiënten valt onder de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP). Het doel van dit document is het vastleggen van de minimale uitgangspunten voor het leveren van de prestaties rondom het zorgtraject kwetsbare patiënten (startfase en vervolgfase) binnen de GZSP, op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZa. Dit document en de regelgeving NZa liggen in elkaars verlengde. Zorgaanbieders dienen te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. Om zorgtrajecten doelgericht en eenduidig in te zetten, hanteren we aanvullend deze uitgangspunten. Binnen deze kaders is ruimte voor professionele afwegingen, mits deze onderbouwd zijn en vastgelegd worden in het zorgdossier.

Het doel van het zorgtraject is dat patiënten zo lang mogelijk thuis kunnen wonen, met een focus op kwaliteit van leven. Waar mogelijk wordt verdere achteruitgang beperkt en wordt het ontstaan van crisissituaties of (her)opnames voorkomen.

Zorgverzekeraars zien de huidige invulling van trajectzorg nadrukkelijk als zorg in doorontwikkeling. Ook deze uitgangspunten zijn daarmee in ontwikkeling. We hopen met behulp van deze uitgangspunten in gezamenlijkheid met het veld te leren en te onderzoeken in welke situaties zorgtrajecten nodig zijn voor welk type patiënt, en welke context en randvoorwaarden hiervoor op orde moeten zijn. Deze uitgangspunten zijn gebaseerd op de huidige context en worden in overleg met het veld periodiek herzien op basis van nieuwe inzichten en ontwikkelingen.

Visie op het zorgtraject

We verwachten dat zorgtrajecten alleen nodig zijn bij zeer complexe patiënten waarbij de huisarts¹ al verschillende behandelopties heeft gevolgd. Het volledig benutten van het professionele aanbod van de huisarts is voorwaardelijk voordat een zorgtraject kan worden ingezet. Hierbij is het essentieel en verwachten we dan ook dat de huisarts de ingeschreven kwetsbare patiënten kent én dit ook inzichtelijk heeft. Het zorgtraject wordt met name ingezet bij kwetsbare ouderen. Vanuit het stepped care principe verwachten we bovendien dat, na verwijzing vanuit het MDO, altijd eerst een consult door de specialist ouderengeneeskunde plaats vindt om met een geriatrisch assessment te beoordelen of de behandeldoelen kunnen worden bereikt met consulten en/of behandeling, of dat een zorgtraject noodzakelijk is. De inzet van zorgtrajecten is bedoeld voor situaties waarin aanvullende expertise nodig

¹ Waar huisarts staat wordt bedoeld op de huisarts en andere professionals in de huisartsenvoorziening.

is; zorgtrajecten mogen niet worden ingezet ter compensatie van hiaten in de eerste lijn met betrekking tot ouderenzorg.

Een zorgtraject kwetsbare patiënten kan daarom pas worden gestart wanneer er aan verschillende voorwaarden is voldaan met betrekking tot de organisatie en samenwerking in de huisartsenpraktijk. Een goede programmatische aanpak van zorg voor kwetsbare ouderen binnen de huisartsenpraktijk en een goede samenwerking in de eerste lijn op wijkniveau draagt bij aan het maken van de juiste afweging om tot passende zorg te komen. Een dergelijke, goed ingebedde, aanpak zal de vraag naar zorgtrajecten beperken. Kijkend naar de principes van passende zorg verwachten we dat er alleen zorgtrajecten worden ingezet als andere vormen van zorg onvoldoende resultaat hebben opgeleverd, en dat er dus wordt gewerkt volgens de principes van stepped care.

Naast de contextuele voorwaarden staan in dit document ook de inhoudelijke voorwaarden, inclusiecriteria en stopcriteria verder uitgewerkt. Naast de voorwaarden in deze uitgangspunten dient er ook gewerkt te worden volgens bestaande akkoorden zoals opgeschreven in de Visie eerstelijnszorg 2030 en het Convenant MGZ.

Voorwaarden organisatie ouderenzorg in de huisartsenpraktijk

Het lokaal en regionaal organiseren van de zorg voor kwetsbare ouderen vormt de basis voor de inzet van het zorgtraject. Dit gebeurt in aansluiting op de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen (LESA), de handreiking kwetsbare ouderen thuis en in de toekomst op de (nu nog in ontwikkeling zijnde) Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's). Structurele samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde, waaronder de inzet van de specialist ouderengeneeskunde op consultbasis, is hierbij een essentieel onderdeel.

Daarnaast moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Binnen de huisartsenpraktijk is sprake van een programmatische aanpak voor kwetsbare ouderen met als minimale kenmerken dat de kwetsbare ouderen via inclusie in beeld zijn, voor elke kwetsbare ouderen een zorgplan is opgesteld en dat de uitvoering van de zorg gemonitord wordt via het MDO.
- Minimaal moet er lokaal een structureel MDO vanuit de huisartsenpraktijk georganiseerd zijn, bestaande uit in ieder geval de huisarts (of vertegenwoordiger van de huisarts), de wijkverpleegkundige en -zo nodig periodiek- de specialist ouderengeneeskunde.
- Er is een praktijkondersteuner ouderenzorg (POH-O) verbonden aan de huisartsenpraktijk. Deze functie kan ook worden ingevuld door een verpleegkundig specialist, physician assistant of verpleegkundige met een achtergrond en expertise in de ouderenzorg.

Voorwaarden samenwerking en organisatie

Vanuit de principes van stepped care verwachten we:

- Dat er na verwijzing vanuit het MDO in de huisartsenpraktijk altijd eerst een consult wordt ingepland, waarbij de specialist ouderengeneeskundige middels een geriatrisch assessment de situatie in kaart brengt;
- Dat op basis van de inclusiecriteria (zie onder) een zorgvuldige afweging wordt gemaakt middels een MDO waarin in ieder geval de specialist ouderengeneeskundige deelneemt. De samenstelling van het MDO wordt afgestemd op de zorgvraag en kan per situatie verschillen (zie ook: Verenso kwaliteitsbeschrijving GZSP); Bij dit MDO wordt ook de afweging gemaakt of behandeldoelen bereikt kunnen worden met één of meerdere consulten en/of behandeling of dat een traject noodzakelijk is;
- Er is een gerichte samenwerking tussen de huisarts en specialist ouderengeneeskundige op wijkniveau, waarbij concrete werkafspraken zijn gemaakt tussen de huisartsen en specialist ouderengeneeskundige hoe zij kunnen overleggen over de beste samenwerking en behandelroute;
- Dat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde actief² bezig zijn met het maken van regionale afspraken³ over domeinoverstijgende samenwerking en werkverdeling tussen de betrokken organisaties, waardoor capaciteit en aanbod zo efficiënt mogelijk worden verdeeld. De invulling hiervan wordt afgestemd via de eigen regionale contactpersonen;
- Er wordt gewerkt met een zorgpad of werkwijze 'trajectzorg' dat past in een continuüm van zorg of dit is in ontwikkeling. Dit betekent dat de zorg passend wordt ingezet en op- en afgeschaald wordt waar nodig, zowel in type inzet – consultatie/advies, medebehandeling tot regiebehandeling en terug - als de intensiteit daarvan.
- We verwachten van de aanbieder die gzsp van consult tot het zorgtraject aanbiedt, dat deze een actieve rol speelt in de wijk/regio om de zorg voor kwetsbare patiënten in een breed continuüm in te bedden zodat de noodzaak tot opschalen van zorg zoveel mogelijk wordt voorkomen. Dit verwachten we ook van de andere betrokken professionals.

Inclusiecriteria patiënt – voor wie geldt dit traject?

Om in aanmerking te komen voor een zorgtraject, moet de situatie van de patiënt voldoen aan de drie onderstaande criteria:

1. De patiënt is kwetsbaar, thuiswonend met chronische multimorbiditeit, multidomeinproblematiek en complexe zorgvragen gedurende een langere periode⁴;

² Waar actief bezig zijn staat kan dit ook gelezen worden als bestaande regionale afspraken die onderhevig zijn aan veranderingen die resulteren uit ervaring/praktijk. Dit is een continu proces.

³ Conform de uitgangspunten uit de visie op eerstelijnszorg 2030, HLO en het AZWA

⁴ Zie omschrijving in Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102

2. Betrokkenheid van meerdere zorg- en hulpverleners die samenhangende zorg bieden is noodzakelijk; Hierin wordt ook wijkverpleging, casemanagers, sociaal domein en bijv. paramedici meegenomen. Deze zorg- en hulpverleners worden nadrukkelijk niet betaald uit de prestatie zorgtraject.
3. Afstemmen en coördineren door een specialist ouderengeneeskundige (of op nadrukkelijke aanwijzing van en onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde) op de behandeling is noodzakelijk om punt 2 te bewerkstelligen. Hiertoe behoort ook het voeren van medisch-inhoudelijke regie op de verwijsindicatie van de patiënt in het behandelplan.
4. Vuistregel: Er zijn meerdere contacten met zorg- en hulpverleners nodig om een gelijkgerichte koers te behouden of zo nodig bij te sturen.

Inhoudelijke voorwaarden: minimale inhoud zorgtraject

Het zorgtraject bevat in ieder geval de volgende onderdelen:

- Een **diagnostische fase** waarin de problematiek van de patiënt in kaart wordt gebracht. Bestaande uit (multidisciplinair) onderzoek om te bepalen welk zorg- en behandelplan een patiënt nodig heeft. De verwachting hierbij is dat diagnostiek meer is dan alleen het gesprek en de onderzoeken bij de patiënt zelf, maar dat ook gesprekken met de omgeving nodig zijn (denk aan thuiszorg, mantelzorg, POH, paramedici, huisartsendossiers, andere medisch specialisten).
- Het opstellen van een **multidisciplinair behandelplan** en vervolgens het voor een periode **medisch-inhoudelijk regievoeren** op de uitvoer van dit multidisciplinaire behandelplan waarvoor een verwijsindicatie voor de specialistische inzet geldt. De specialist ouderengeneeskunde levert zorg conform dit behandelplan, waaronder het uitvoeren, monitoren, evalueren en waar nodig bijstellen van het plan.
- **Werkafspraken over regievoering op patiëntniveau**⁵: De specialist ouderengeneeskundige en huisarts zijn samen verantwoordelijk voor de regie op de zorg. De specialist ouderengeneeskunde voert medisch-inhoudelijke regie op de verwijsindicatie van de patiënt. Er zijn onderlinge werkafspraken gemaakt wie welk deel van de zorg voor een patiënt uitvoert. Daarmee is er dus sprake van gedeelde verantwoordelijkheid.
- **Afspraken over evaluatie en einde zorgtraject**: In het kader van passende zorg verwachten wij dat gedurende het zorgtraject de afweging wordt gemaakt of de zorg kan worden afgeschaald en weer volledig over kan naar de huisarts⁶. Wij verwachten dat deze afweging ten minste bij elke nieuwe declaratie (na 3 maanden en elke vervolgmaand) wordt gemaakt en vastgelegd in het zorgdossier van de patiënt.

⁵ Zoals gedefinieerd door KNMG (Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling samenwerking zorg 2022) en beschreven in de zorgprestatie (BR/REG25102).

⁶ In sommige gevallen kan het zorgtraject leiden tot uitstroom naar de Wlz, hoewel dit doorgaans niet de verwachting is

Criteria omtrent zorgverleners / behandelaren in het zorgtraject:

- Het zorgtraject wordt uitgevoerd door een specialist ouderengeneeskunde
- De specialist ouderengeneeskunde kan hiervoor ondersteund worden door een basisteam.⁷

De specialist ouderengeneeskundige voert medisch-inhoudelijke regie op de verwijfsindicatie van de patiënt maar kan ondersteund worden door bijvoorbeeld een secretariaat, doktersassistente, verpleegkundige, VS of PA. De activiteiten van deze teamleden mogen en kunnen niet bekostigd worden uit andere financiering. Hieruit volgt dat bijvoorbeeld de gedragswetenschapper niet onder dit basisteam kan vallen – deze heeft immers een eigen wijze van financieren.

Voor eventuele taakherschikking vanuit de specialist ouderengeneeskundige verwijzen wij naar de bestaande uitgangspunten GZSP.

STOP criteria

Het zorgtraject voor kwetsbare patiënten is tijdelijk en richt zich op het multidisciplinair aanpakken van complexe problematiek, waarna de huisarts de volledige regie weer kan overnemen. Het zorgtraject stopt en de zorg wordt afgeschaald als aan onderstaande vier voorwaarden is voldaan:

- De problematiek is in kaart gebracht en de diagnostiek door de specialist ouderengeneeskunde is afgerond;
- De betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde is niet meer nodig bij de resterende behandeldoelen. De behandeldoelen van de specialist ouderengeneeskunde zijn of bereikt of deze zijn niet bereikt, maar er is ook geen progressie op afzienbare termijn te verwachten, De resterende behandeldoelen zijn helder en naar verwachting haalbaar voor alle betrokkenen;
- Er is duidelijk wie betrokken is/blijft bij de patiënt, welke zorg- of hulpverleners aan welke behandeldoelen werken en er zijn werkafspraken gemaakt over communicatie en afstemming;
- Er zijn afspraken gemaakt en vastgelegd hoe de huisarts kan worden ondersteund bij het weer voeren van de volledige regie (denk aan afspraken rondom inzet van de POH, wijkverpleging en wie wanneer bij wie waar aan de bel trekt). Dit zal gebeuren in een afstemmoment, waarin een terugkoppeling en advies aan alle betrokken zorgprofessionals wordt gegeven.

We verwachten dat het zorgtraject kwetsbare patiënten startfase in principe eenmalig per patiënt wordt ingezet. Indien een patiënt opnieuw in zorg komt en de zorgvraag aantoonbaar aansluit op de oorspronkelijke zorgvraag wordt de vervolgprestatie worden ingezet. Is dit niet het geval dan kan de consultprestatie specialist ouderengeneeskundige binnen de GZSP worden ingezet.

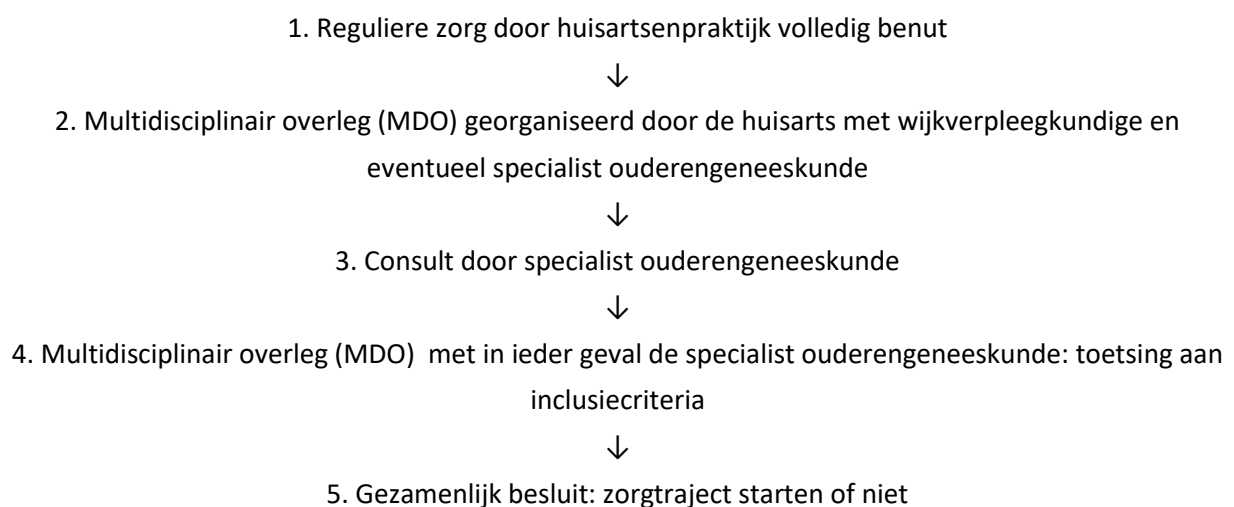
⁷ Wanneer de specialist ouderengeneeskunde het zorgtraject levert met een team hebben deze teamleden een eigen professionele verantwoordelijkheid voor eigen handelen. Zij stemmen de koers van de gehele behandeling af met de specialist ouderengeneeskunde als medisch-inhoudelijk regiebehandelaar.

Dit betekent dus dat de daadwerkelijke behandeling van de inhoudelijke problematiek nog niet hoeft te zijn afgerond om al wél tot een afronding van het zorgtraject te kunnen komen.

Bijlage 1 Stappen voor toelating tot een zorgtraject binnen de GZSP

Onderstaande visualisatie toont de stappen die doorlopen moeten worden voordat een patiënt in aanmerking komt voor een zorgtraject binnen de GZSP. Deze stappen zijn gebaseerd op de uitgangspunten zoals beschreven in het document 'ZN uitgangspunten zorgtraject kwetsbare patiënten' en worden daar ook verder in toegelicht.

Visualisatie van het toelatingsproces:



Toelichting bij de stappen:

1. De huisartsenpraktijk moet eerst alle reguliere behandelopties hebben benut, waaronder de inzet van de specialist ouderengeneeskunde op consultbasis. Pas als deze ontoereikend blijken, wordt gekeken naar een zorgtraject.
2. Een MDO wordt georganiseerd waarin de situatie van de patiënt besproken wordt. Hierin nemen minimaal de huisarts (of vertegenwoordiger), wijkverpleegkundige en eventueel een specialist ouderengeneeskunde deel.
3. De specialist ouderengeneeskunde voert een consult uit om de situatie van de patiënt in kaart te brengen.
4. In een MDO wordt aan de hand van inclusiecriteria beoordeeld of een zorgtraject noodzakelijk is.
5. Indien aan alle voorwaarden is voldaan, wordt het zorgtraject gestart. Zo niet, dan wordt gekeken naar alternatieve vormen van ondersteuning.