

Uitgangspunten 'Zorg in een groep' Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)

Dit document is in overleg tussen medisch adviseurs van een aantal zorgverzekeraars en diverse zorgaanbieders/beroepsorganisaties tot stand gekomen. Doel is het vastleggen van de minimale uitgangspunten voor zorg in een groep binnen de GZSP, op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZa. Zorgaanbieders dienen te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. Aanvullend daarop zijn deze uitgangspunten opgesteld. Zorgverzekeraars zullen de uitgangspunten uniform hanteren bij het formuleren van het inkoopbeleid en de contractering.

Dit document en de regelgeving NZa liggen in elkaars verlengde.

1. Vormen van zorg in een groep (conform prestatiebeschrijvingen NZa)

- Kwetsbare patiënten;
- Lichamelijk gehandicapten en mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- Patiënten met de ziekte van Huntington;
- SGLVG.

2. Doel zorg in een groep GZSP

- Geneeskundige zorg (dus behandeldoel). Er worden gerichte multidisciplinaire behandeldoelen vastgesteld vóór de start van de behandeling, op basis van functionele diagnostiek.
- Geen primaire diagnostiek ten behoeve van de indicatie voor zorg in een groep; diagnostiek ten behoeve van het verloop van de behandeling kan wel.
- Gestructureerd uitvoeren en periodiek evalueren van het behandelplan in een passend behandelklimaat en op een locatie die hiervoor is ingericht¹.
- Behandeling gericht op herstel of vertragen van achteruitgang.
- Zo lang mogelijk behoud zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie.

3. Voor wie

- Wie in aanmerking komt voor zorg in een groep is beschreven in de prestatiebeschrijvingen.
- De groep kan bestaan uit mensen die zorg in een groep GZSP (Zvw) ontvangen en mensen die Wlz en/of Wmo zorg ontvangen.

¹ Met een behandelklimaat wordt bedoeld dat patiënten gedurende de hele dag door hun omgeving waar noodzakelijke voorzieningen en personeel aanwezig zijn, worden uitgedaagd om zoveel mogelijk, conform de geldende stand van wetenschap en praktijk, te werken aan de doelen in het behandelplan door zelfstandig activiteiten te ontplooiën en alledaagse handelingen te gebruiken als oefenmoment.

4. Inclusiecriteria

- Kwetsbaarheid (opeenstapeling van lichamelijke, psychische, cognitieve en/of sociale beperkingen in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, verminderde kwaliteit van leven); en
- Verminderde leer- en trainbaarheid, maar door voldoende vermogen om te leren wel behandelperspectief; en
- Monodisciplinaire behandeling in de eerste en/of tweede lijn volstaat niet; en
- Noodzaak tot multidisciplinaire aanpak; en
- Nog in staat tot voeren eigen regie.

5. Professionals

- *Regiebehandelaar (BIG), die regie voert op het behandelplan en het multidisciplinair team aanstuurt:*
 - o Specialist Ouderengeneeskunde (SO)²;
 - o Arts VG³;
 - o BIG-geregistreeerde gedragswetenschappers, voor omschreven doelgroepen⁴, te weten:
 - Klinisch psycholoog;
 - GZ-psycholoog;
 - Orthopedagoog generalist;
 - Klinisch neuropsycholoog;
 - Psychiater (alleen voor SGLVG).
- *Medebehandelaars*

Medebehandelaars moeten zelfstandig bevoegd en bekwaam zijn voor de uitvoering van de eigen behandelcomponent van het multidisciplinaire behandelplan.
- *Ondersteunende disciplines*

Op indicatie van de regiebehandelaar kunnen, naast medebehandelaars, ondersteunende disciplines worden ingezet, zoals agogen en activiteitenbegeleiders. Er zijn gekwalificeerde begeleiders/verzorgenden met een relevante opleiding (minimaal niveau 3) aanwezig op de momenten dat er geen behandeling plaatsvindt.

6. Duur

- Afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en de prognose/onderbouwing van de regiebehandelaar, zoals beschreven in het behandelplan.
- Het behandelplan wordt minimaal elk half jaar multidisciplinair geëvalueerd, waarna de behandeldoelen zo nodig worden bijgesteld of besloten wordt de behandeling te beëindigen. In het behandelplan is opgenomen wanneer geëvalueerd wordt.
- Exitcriteria GZSP:
 - o Als het doel van de behandeling bereikt is en er geen vervolgoel is gesteld voor zorg in een groep.

² De verpleegkundig specialist of physician assistant kan - indien bevoegd en bekwaam - onder verantwoordelijkheid van de SO zorg leveren die valt onder de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden'. Indien de zorg niet onder supervisie van een SO plaatsvindt valt het niet onder de GZSP.

³ Zie voetnoot 2, dit geldt ook voor de Arts VG.

⁴ Keurmerk Hersenz; FACT-LVB; Behandelingen conform Kwaliteitskader Jonge Mensen met Dementie.

- Als de behandeling afgeschaald kan worden naar bijvoorbeeld reguliere eerstelijnszorg.
- Als blijkt dat het behandeldoel niet wordt behaald, bijvoorbeeld door achteruitgang.
- Als iemand niet meer in een groep kan functioneren.
- Als deelname te belastend wordt.
- Als de patiënt niet meer (veilig) naar de locatie kan komen.
- Als de veiligheid (patiënt, medepatiënten, medewerkers) in het geding is.
- Als er een klinische opname is.
- Als er geen eigen regie meer is.
- Als 24 uur zorg/toezicht nodig is.

7. Aantal dagdelen

- Het aantal dagdelen wordt bepaald door de zorgvraag van de patiënt en de toegevoegde waarde die zorg in een groep kan hebben. Het aantal noodzakelijke dagdelen wordt onderbouwd door richtlijnen vanuit de beroepsgroep. Dit wordt opgenomen in het individuele behandelplan, opgesteld door de regiebehandelaar, ten behoeve van de multidisciplinaire afstemming rondom de patiënt.
- Op basis van multidisciplinaire evaluaties (minimaal 1 maal per 6 maanden) wordt zo nodig het behandelplan bijgesteld. Dit kan leiden tot op- of afschalen van het aantal dagdelen. Hierbij kan goede trajectbegeleiding van belang zijn, bijvoorbeeld om de aansluiting met andere vormen van zorg te waarborgen (bijvoorbeeld inzetten van individuele behandeling).

8. Verhouding behandeling versus activering

- Alle activiteiten dragen bij aan het behalen van de doelen uit het behandelplan.
- Zorg in een groep GZSP kent zowel behandel- als activerende aspecten. Dit moet goed vastgelegd worden in het individueel behandelplan. De mate van in- en ontspanning en het aantal ingezette behandelaren is per patiënt verschillend.
- Tenminste 50% van de activiteiten moet ten dienste staan van de behandeldoelen. Groepsactiviteiten kunnen ook onderdeel van het behandeldoel zijn. Dit moet terug te vinden zijn in het behandelplan.

9. Randvoorwaarden voorzieningen binnen instellingen

- Gebouw met ruimte voor de zorg die wordt gegeven (indien nodig bijvoorbeeld goed geoutilleerde ruimte voor fysiotherapie, invalidentoiletten inclusief alarmering, keuken voor ergotherapeutische behandeling).
- Kunnen ingrijpen bij calamiteiten/veiligheid kunnen garanderen (denk bijvoorbeeld aan dwaalgedrag en uitvoering WZD).
- Aansluiting bij juiste kennisnetwerken voor scholing, kennisdeling en (implementatie van) standaarden en richtlijnen:
 - CVA Kennisnetwerk;
 - Netwerk Hersenz;
 - ParkinsonNet;
 - Korsakov Kenniscentrum;

- Huntington Kennis Netwerk Nederland;
- Kenniscentrum Dementie op Jonge Leeftijd.
- Ingebed in keten.

10. Afbakening Wlz en Wmo

- Zorg in een groep GZSP kan niet gedeclareerd worden als iemand een Wlz-indicatie heeft.
- Iemand kan zowel gebruik maken van zorg in een groep GZSP als Wmo-dagbesteding. Onderscheid wordt bepaald door de geneeskundige context door middel van een behandelplan, behandeldoelen en regiebehandelaar die bij GZSP van toepassing zijn.

30 januari 2023