

**Handreiking voor keuzes bij het op-/afschalen
van reguliere poliklinische non-COVID zorg ten tijde van schaarste
in de COVID-19 pandemie**

Versie 1.0 – 13 oktober 2020

Disclaimer

Algemeen

De Federatie Medisch Specialisten heeft samen met de wetenschappelijke verenigingen en andere partijen de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van deze Handreiking. Desondanks accepteren zij geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit document, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van deze Handreiking.

Copyright

De in deze Handreiking getoonde informatie, zoals teksten en afbeeldingen, of informatie in andere vorm, is eigendom van de Federatie Medisch Specialisten.

De informatie uit de Handreiking mag, ongeacht de verschijningsvorm, niet gewijzigd worden, gereproduceerd of gedistribueerd, en ook niet worden gebruikt voor commerciële doeleinden, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de makers.

Looptijd

De Handreiking is geldig vanaf 13 oktober 2020

De Handreiking kan tussentijds worden herzien, waarbij ook andere partijen betrokken kunnen worden. De meest actuele versie is de versie die staat op de website van de Federatie Medisch Specialisten.

Verantwoording

Doel en reikwijdte Handreiking

Aanleiding voor het opstellen van deze Handreiking is de behoefte aan handvatten en adviezen voor het zo veel mogelijk behouden van de poliklinische zorg ten tijde van schaarste in de COVID-19 pandemie. Het afschalen van zorg is een ongewenste stap maar is, vanwege een absoluut gebrek aan medisch/ondersteunend personeel en de toenemende complexiteit om zorg te leveren vanwege maatregelen mbt infectiepreventie, soms onvermijdelijk. Deze Handreiking biedt handvatten aan medisch specialisten en het management/raad van bestuur van de instelling om gezamenlijk het zoveel mogelijk behouden van reguliere poliklinische zorg ten tijde van schaarste lokaal veilig vorm te geven. De Handreiking biedt ook aanknopingspunten voor het zo nodig moeten afschalen van reguliere poliklinische zorg.

De raad van bestuur van de instelling is en blijft eindverantwoordelijk voor continuïteit en kwaliteit van de geleverde zorg en daarmee voor de organisatie van zorg zoals dit ook is vastgelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)¹. De wijze waarop de tijdelijke afschaling met zoveel mogelijk behoud van reguliere (poliklinische) zorg kan worden vormgegeven wordt beïnvloed door lokale omstandigheden, faciliteiten en keuzes. Het document kan helpen bij de dialoog tussen de raad van bestuur en medisch specialisten over het behouden en/of afschalen van de poliklinische zorg.

De Handreiking is bedoeld als een praktische handreiking in de periode dat de reguliere (poliklinische) zorg onder druk staat en afgeschaald moet worden vanwege schaarste door de toenemende vraag naar klinische zorg voor COVID-19 patiënten. Daarbij worden ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en huisartsen tegelijkertijd geconfronteerd met de uitdaging om de zorg binnen de kaders van de specifiek voor COVID-19 geldende infectiepreventieve maatregelen, mogelijk te maken én met een stuwmeer aan verwezen of wachtende patiënten. De Handreiking biedt concrete suggesties voor loco/regionale samenwerkingsafspraken met de huisartsen voor deze specifieke situatie, bij verwijzing van een patiënt en voor de follow-up van patiënten die al onder behandeling zijn.

Deze Handreiking bevat geen beleidsvisie op de organisatie van de non-COVID zorg in de instelling als zodanig en gaat ook niet in op overwegingen welke zorg als eerste afgeschaald kan worden of tenminste behouden moet worden. Dit zijn immers loco/regionaal te maken keuzes, die specialisme-specifiek zijn en die op basis van medisch inhoudelijke afwegingen en inzichten in samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen totstandkomen. De Handreiking is dus geen richtlijn, stelt geen norm voor wát een goede aanpak is en heeft evenmin een verplichtend karakter. Wel kan de Handreiking een hulpmiddel zijn om de keuzes over het behoud en/of afschalen van de reguliere poliklinische non-COVID zorg en organisatie hiervan te vergemakkelijken.

De opstellers van de Handreiking hopen dat lessen van de COVID-19 pandemie, kunnen bijdragen aan verdere positieve transformatie van zorg. De Handreiking zal periodiek worden herzien.

¹ Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, specifiek artikel 2 en 3 (wettekst Wkkgz)

Tot standkoming

Deze Handreiking is opgesteld door de Federatie Medisch Specialisten en haar wetenschappelijke verenigingen, in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen genootschap en met input van Patiëntenfederatie Nederland.

De conceptversie van het document is voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

Het document is opgesteld met ondersteuning vanuit het bureau van de Federatie Medisch Specialisten en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Vormgeving van deze Handreiking

Deze Handreiking is bewust een combinatie van stroomschema's en uitgeschreven tekst. In de begeleidende samenvattingskaart zijn beiden gebundeld. De samenvattingskaart en de stroomschema's kunnen gebruikt worden als handvat tijdens gesprekken en bijeenkomsten over het zoveel mogelijk behouden en zo nodig afschalen van de poliklinische non-COVID zorg. De uitgeschreven tekst helpt om de achtergrond, overwegingen en de voorbeelden rustig na te kunnen lezen. In de samenvattingskaart zijn hyperlinks aangebracht waarmee de uitgeschreven tekst direct benaderbaar is.

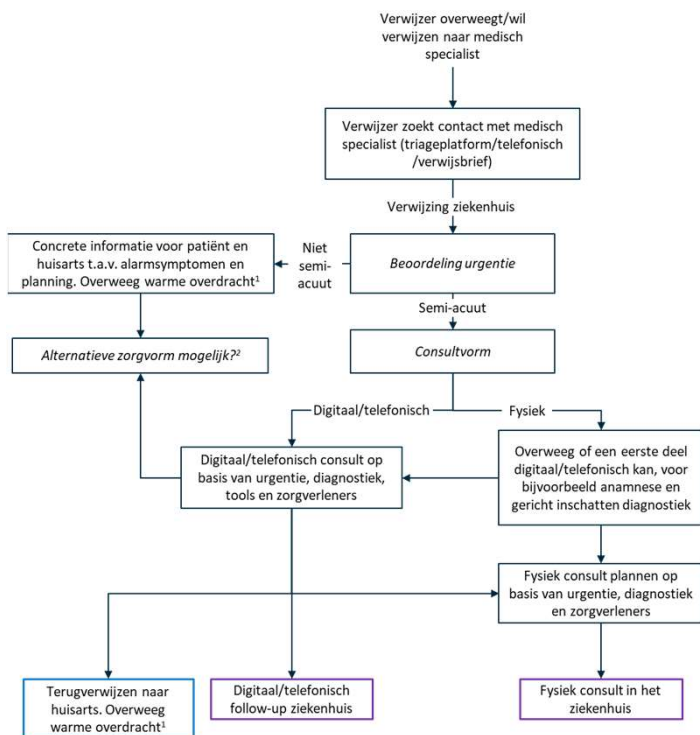
Inhoud

Disclaimer.....	2
Verantwoording.....	3
Samenvattingskaart op-/afschalen van reguliere poliklinische non-COVID zorg	6
1. Inleiding	7
2. Uitdagingen voor behoud van poliklinische non-COVID zorg	9
3. Principes en randvoorwaarden voor het zoveel mogelijk behouden van poliklinische non-COVID zorg	11
3.1 Inleiding.....	11
3.2 Algemene principes en randvoorwaarden voor behoud van reguliere poliklinische non-COVID zorg.....	11
4. Intensiveren van het overleg tussen de verwijzer en de medisch specialist	14
5. Verwijzing naar/follow-up in het ziekenhuis.....	15
5.1 Beoordeling urgentie.....	15
5.2 Digitaal/telefonisch consult	17
5.3 Fysiek consult	17
6. Patiënt met een follow-up afspraak	19
6.1 Beoordeling medische indicatie en noodzaak voor vervolgafspraken door individuele medisch specialist.....	19
6.2 Overkoepelende beoordeling medische indicatie en noodzaak voor follow-up bij patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid	20
7. COVID crisis en transformatie van zorg.....	21
Bijlagen.....	22
Bijlage 1 Stroomschema 1: verwijzer overweegt/wil verwijzen naar medisch specialist.....	22
Bijlage 2 Stroomschema 2: patiënt met een vervolgafspraak	23
Bijlage 3 Voorbeeld triagesysteem op de polikliniek bij het opschalen/afschalen van de non-COVID zorg.....	24
Bijlage 4 Mogelijkheden voor alternatieve zorgvormen.....	26
Bijlage 5 Stappenplan overkoepelende beoordeling van een patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid	28
Bijlage 6 Bekostigingsmogelijkheden in de medisch specialistische zorg voor alternatieve zorgvormen en samenwerking met de huisarts	30

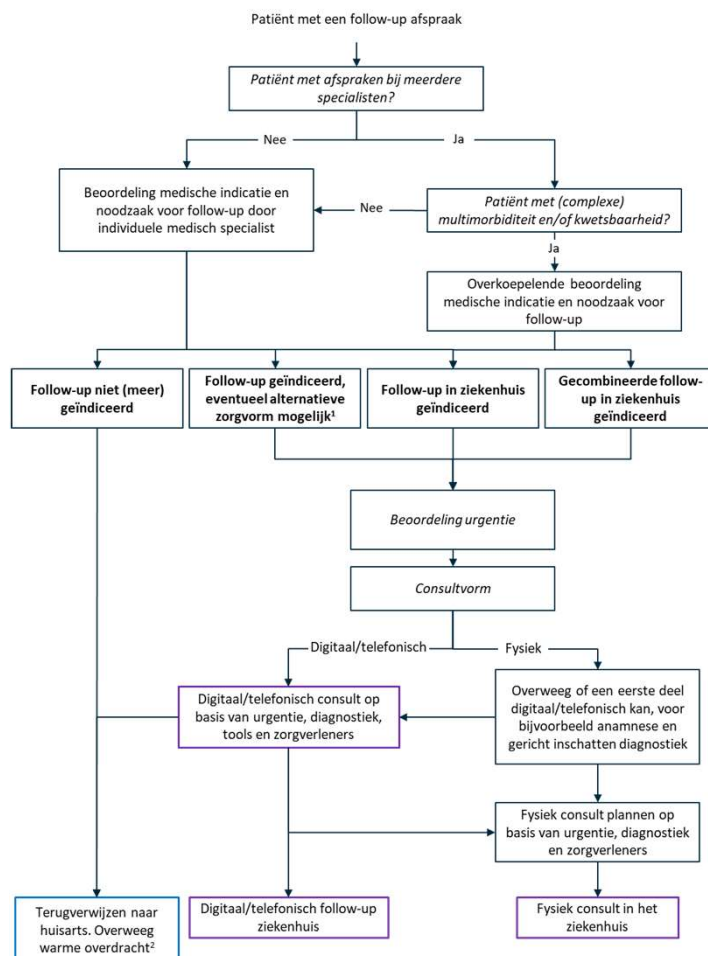
Samenvattingskaart op-/afschalen van reguliere poliklinische non-COVID zorg

Zie voor A4-formaat stroomschema's de [bijlagen](#)

Stroomschema 1: verwijzer overweegt/wil verwijzen naar medisch specialist



Stroomschema 2: patiënt met een vervolgafspraak



1. Overweeg in aanvulling op een brief een warme overdracht, overleg indien gewenst over mogelijkheden van gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase.
2. Zie bijlage 4 mogelijkheden voor alternatieve zorgvormen voor meer informatie

Principes en randvoorwaarden voor het behoud van reguliere poliklinische non-COVID zorg (zie 3)

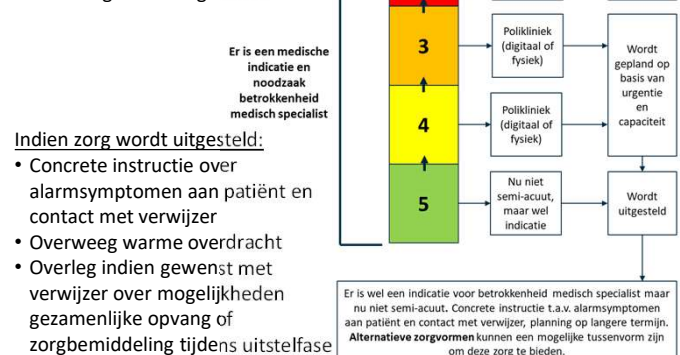
- Veilige zorg voor de patiënt en de zorgverlener
- Optimale landelijke spreiding COVID-zorg
- Onderscheid maken tussen acute zorg, zorg die binnen 12 weken noodzakelijk is (semi-acute zorg) en zorg die >12 weken uitstelbaar is
- Optimaal gebruik van capaciteit (poli en diagnostiek)
- Regionale aanpak, gebruik bestaande netwerken
- Voldoende diagnostische capaciteit
- Goede transmurale samenwerking met afspraken over bereikbaarheid en verwijzen
- Communicatie

Suggesties voor het intensiveren van het overleg tussen verwijzer en medisch specialist (zie 4)

- Aanbieden van één of meerdere extra telefoonnummers voor laagdrempelig overleg
- Gebruik van online triageplatforms voor verwijzing en laagdrempelig overleg (zoals bijv. Zorgdomein)
- Afspreken vaste momenten voor telefonisch contact met (voor vakgebied) dienstdoende medisch specialist

Verwijzing naar/follow-up in het ziekenhuis: beoordeling urgentie (zie 5.1)

Inschatting urgentie:
welke zorg wordt ingepland,
welke zorg wordt uitgesteld.



Indien zorg wordt uitgesteld:

- Concrete instructie over alarmsymptomen aan patiënt en contact met verwijzer
- Overweeg warme overdracht
- Overleg indien gewenst met verwijzer over mogelijkheden gezamenlijke opvang of zorgbemiddeling tijdens uitstelfase

Suggesties voor inzet van digitaal/telefonisch consult (zie 5.2)

- Initieel digitaal/telefonisch consult kan ingezet worden als triage, beoordeling of patiënt ook verder via teleconsult behandeld kan worden
- Initieel digitaal/telefonisch consult kan ook als voorbereiding op een fysiek consult (anamnese/voorgeschiedenis/medicatie)
- Digitaal/telefonisch consult is niet direct minder arbeidsintensief dan een initieel fysiek consult
- Houd er rekening mee dat inzet van video- en teleconsulten ook gekoppeld is aan randvoorwaarden

Suggesties voor inzet van fysiek consult (indien noodzakelijk, zie 5.3)

- Spreiden van policonsulten in plaats en/of tijd
- Bij meerdere consulten bij meerdere medisch specialisten: eerst noodzaak en vorm afstemmen
- Indicatie diagnostiek: bij voorkeur op dezelfde dag en aandacht voor evt. voorbereiding
- Overweeg patiënten pas in de wachtkamer te laten komen als bezoek bij medisch specialist op korte termijn volgt en begeleiders/naaste(n) niet in de wachtkamer te laten wachten en/of alleen toegang te verlenen dat noodzakelijk is (niet-zelfstandige patiënt)
- Overweeg gescheiden routes te maken voor aankomst/vertrek
- Houd contact met de patiënt in de dagen voorafgaand aan polibezoek
- -> laat patiënt contact opnemen bij ziekteverschijnselen
- Overweeg om een medewerker op de poli te laten informeren naar ziekteverschijnselen bij de patiënt
- Overweeg telefonische/digitale bespreking uitkomst diagnostiek/behandelplan

Suggesties voor beoordeling medische indicatie en noodzaak follow-up (zie 6)

- Beoordeling indicatie follow-up door medisch specialist
- Bepaal voor patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid prioriteit(en) van de behandeling(en) en afspraken in het ziekenhuis (optie: overkoepelende beoordeling, zie [bijlage 5](#))

Uitdagingen voor op-/afschalen van poliklinische non-COVID zorg (zie 2)

Fysieke capaciteit, personele capaciteit en faciliteren van poliklinische zorg en alternatieve zorgvormen (zie [bijlage 4](#)) in deze periode.

1. Inleiding

Tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie werd de poliklinische non-COVID zorg afgeschaald.² Een multidisciplinaire werkgroep van medisch specialisten heeft een Handreiking opgesteld om de poliklinische zorg weer verantwoord op te schalen bij het afbuigen van de curve. Tijdens de evaluatie van ervaringen met het afschalen en weer opschalen van de reguliere zorg was één van de belangrijkste 'lessons learned' dat men de reguliere (poliklinische) zorg bij eventuele nieuwe schaarste niet opnieuw zo massaal wenst af te schalen vanwege de mogelijke (ernstige) gevolgen voor de gezondheid van patiënten. Daarnaast hebben veel patiënten het ziekenhuis gemeden, waarbij angst voor besmetting in het ziekenhuis en het geen druk willen leggen op de overbelaste zorg een grote rol speelden. Beide effecten moeten in een volgende golf van COVID-19 zoveel mogelijk vermeden worden.

Inmiddels is duidelijk dat als men zich goed houdt aan de huidige infectiepreventie maatregelen in het ziekenhuis weinig besmettingen in het ziekenhuis plaatsvinden. Daarnaast is men ook veel digitale zorg gaan leveren waar fysieke afspraken niet mogelijk waren, waardoor de eerder bestaande koudwatervrees voor digitale zorg op veel plekken overwonnen is en er belangrijk inzicht verkregen is in de manieren waarop digitale zorg een rol kan vervullen in de zorg, zowel ten tijde van schaarste als daarbuiten. Ook is duidelijk geworden waar de bottle necks van behoud van reguliere (poliklinische) zorg zitten wanneer er schaarste ontstaat door een toenemende vraag naar klinische zorg voor COVID-19 patiënten.

In een eerdere Handreiking van deze werkgroep werden generieke randvoorwaarden en praktische handvatten gegeven voor het opschalen van de semi-acute poliklinische zorg (<12 weken) en chronische poliklinische zorg. Veel van deze randvoorwaarden en praktische handvatten gelden ook voor het vormgeven van het zoveel mogelijk behouden en zo nodig verantwoord afschalen van de reguliere poliklinische zorg ten tijde van een volgende golf COVID-19 patiënten. Er zijn drie belangrijke uitdagingen die bij de eerste golf een rol speelden bij de sterke reductie van de poliklinische non-COVID zorg:

- Het beschikbaar maken van personele- en infrastructurele capaciteit voor de IC- en klinische opvang van COVID-patiënten gaat ten koste van de beschikbare capaciteit op de polikliniek.
- Terughoudendheid bij patiënten om naar huisarts en ziekenhuis te gaan uit vrees voor besmetting met het coronavirus en vanuit de gedachte dat er nu geen ruimte is voor hun klachten.
- Aanpassing van zorgprocessen in verband met specifiek voor COVID-19 bedoelde infectiepreventieve maatregelen, waarbij beschikbaarheid van PBM (Persoonlijke Beschermingsmiddelen) een rol speelt.

Het is dus van groot belang om te blijven nadenken over hoe men de zorg binnen het ziekenhuis kan organiseren wanneer er opnieuw schaarste ontstaat door een volgende golf van COVID-19 patiënten, hoe het beschikbare personeel en de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk kunnen worden ingezet en schade door suboptimale zorg voor patiënten zoveel mogelijk beperkt kan worden. Er kan hierbij een onderscheid gemaakt worden tussen:

²² Een deel van de poliklinische zorg vindt ook in de zelfstandige behandelklinieken (ZBC's) plaats. Daar waar in dit document ziekenhuizen staat, zijn ziekenhuizen én ZBC's bedoeld.

- acute zorg; afspraak noodzakelijk < 1 week
- semi-acute zorg; in dit document gedefinieerd als tussen 1 en 12 weken
- niet-semi-acute overige zorg; in dit document gedefinieerd als > 12 weken

De acute zorg heeft tijdens de eerste golf in het overgrote deel van de gevallen doorgang kunnen vinden. Deze Handreiking richt zich dan ook met name op de organisatie voor zoveel mogelijk behoud van de semi-acute poliklinische zorg (tussen 1 en 12 weken) en bevat generieke randvoorwaarden en praktische handvatten voor wetenschappelijke verenigingen, medisch specialisten en zorginstellingen. Het document biedt in tweede instantie een handvat voor de inrichting en behoud van de chronische zorg.

2. Uitdagingen voor behoud van poliklinische non-COVID zorg

Ondertussen hebben we meer kennis van de infectierisico's van COVID-19, is er betere beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en is de testcapaciteit uitgebreid. Desalniettemin dwingt de toegenomen vraag naar acute ziekenhuiszorg ten tijde van de COVID-19 pandemie in combinatie met de infectiepreventiemaatregelen tot aanpassingen in de inzet en organisatie van de personele en fysieke capaciteit. Tegelijkertijd worden ziekenhuizen geconfronteerd met een hogere uitval van personeel en oplopende wachttijden voor reguliere zorg. Het behoud van de poliklinische non-COVID zorg ten tijde van deze schaarste komt met uitdagingen waarvan we er een aantal hieronder verder toelichten.

Ten aanzien van de personele capaciteit:

Een golf van patiënten met acuut ontstane gezondheidsproblemen die ziekenhuis- en/of IC-opname behoeven vraagt extra personele en fysieke capaciteit voor de acute zorg in een ziekenhuis. Deze personele capaciteit wordt initieel vrijgemaakt door medisch/ondersteunend personeel vanuit afdelingen die normaliter minder urgente zorg leveren (polikliniek/dagbehandeling tijdelijk in te zetten in de acute zorg). Of medisch/ondersteunend personeel op een andere dan gebruikelijke plek wordt ingezet voor de zorgverlening in het ziekenhuis is door elke instelling zelf te bepalen. Om de druk die op het zorgsysteem en de medewerkers staat door de corona-epidemie te verlichten kan onder voorwaarden een beroep worden gedaan op co-assistenten en artsen/geneeskundig specialisten niet-praktiserend die hun BIG-registratie na 2018 hebben verloren, maar nog recente praktijkervaring hebben. Natuurlijk moet zoveel mogelijk aan de wettelijke (kwaliteits-)eisen en normen voor de gezondheidszorg worden voldaan. De randvoorwaarden voor het inzetten van deze professionals zijn vastgelegd door het ministerie van VWS in maart 2020.

Veel collega's hebben de afgelopen maanden op een andere manier en nog harder gewerkt dan anders. Naast de positieve energie die dit heeft gegeven, heeft het ook veel energie gekost. Het omgaan met lijden en dood en wellicht een machteloos gevoel kunnen veel impact hebben. De beschikbaarheid van personeel wordt ook beperkt door het oplopende ziekteverzuim, te wijten aan het coronavirus, griep en verkoudheid onder het medisch/ondersteunend personeel. Ook de preventiemaatregelen m.b.t. luchtwegklachten en verkoudheid maakt dat medewerkers niet ingezet kunnen worden en verplicht thuis zijn zolang er geen negatieve COVID-test is (zie ook [Leidraad Testbeleid en inzet zorgmedewerkers in het ziekenhuis](#)). Informatie over hoe fysiek en mentaal gezond te blijven is te vinden op de website van de Federatie.

Ten aanzien van de fysieke capaciteit:

- Voldoende ruimte om te voldoen aan de 1.5 m afstand-regel in het ziekenhuis en de wijze waarop wachtkamerbeleid vormgegeven kan worden.
- Voldoende diagnostische capaciteit, o.a. rekeninghoudend met extra infectiepreventie maatregelen die genomen moeten worden en die extra beslag leggen op de beschikbare capaciteit voor acute en reguliere zorg

Ten aanzien van het faciliteren van poliklinische zorg en alternatieve zorgvormen:

- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's).
- Voldoende inzetbaar medisch/ondersteunend personeel.
- Voldoende snelle testcapaciteit om personeel zo veilig en veel als mogelijk te laten werken.
- Voldoende van de andere voor de poliklinische zorg noodzakelijke hulpmiddelen (bijv. gazen etc.) en geneesmiddelen.
- Werken conform de kwaliteits- en veiligheidskaders, zover de uitdagingen waarmee specialisten geconfronteerd worden daar de mogelijkheid toe bieden.
- ICT ondersteuning /instructie op de werkvloer voor van gebruik van (nieuwe) digitale zorg (lokaal en regionaal) toepassingen en voldoende (netwerk)capaciteit om digitale zorg te kunnen inzetten.
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van digitale middelen voor patiënten en digitale vaardigheid van patiënten (persoonsgerichte zorg).
- Voldoende tijd en gelegenheid ook voor een digitaal consult. Een digitaal consult (al dan niet in combinatie met een later fysiek consult) is doorgaans even arbeidsintensief als een initieel fysiek consult.
- Regionale samenwerking.

3. Principes en randvoorwaarden voor het zoveel mogelijk behouden van poliklinische non-COVID zorg

3.1 Inleiding

Het behoud van poliklinische zorg, parallel aan de extra COVID-19 zorg, is een uitdaging. De eerste golf patiënten heeft laten zien dat het niet in alle gevallen mogelijk is om de capaciteit van poliklinische zorg op alle plaatsen op het reguliere niveau te houden. Om ervoor te zorgen dat poliklinische zorg, waarvan langdurig uitstel medisch niet verantwoord is, doorgang kan vinden, is een aantal maatregelen nodig.

Allereerst moet er een optimale transmurale samenwerking zijn met de huisarts en andere verwijzers. Uiteraard moet de zorg veilig worden ingericht voor patiënt en medewerkers. Knelpunten in de zorgprocessen op de polikliniek moeten worden geanalyseerd en zo mogelijk opgelost. Tenslotte moet per patiënt worden bekeken wat noodzakelijk is en op welke termijn, waarbij de mogelijkheden voor een consult op afstand wordt gefaciliteerd en benut, indien een minimaal gelijkblijvende kwaliteit van zorg kan worden gewaarborgd.

Voor huisartsen en patiënten moet helder zijn wat wel en wat niet haalbaar is ten tijde van een nieuwe piekbelasting voor de ziekenhuizen in deze pandemie, waarbij nu vooral de verpleegafdeling overbelast dreigen te raken. In dit document zijn de principes verder uitgewerkt in twee stroomschema's (zie [Bijlage 1](#) en [Bijlage 2](#)) die de processen beschrijven rondom de eventuele verwijzing van een patiënt naar het ziekenhuis en rondom de patiënt met een vervolgspraak. De bijlagen bevatten tevens suggesties en voorbeelden hoe de zorg op andere manieren georganiseerd kan worden.

3.2 Algemene principes en randvoorwaarden voor behoud van reguliere poliklinische non-COVID zorg

Veilige zorg voor de patiënt en de zorgverlener

De patiënt moet kunnen rekenen op veilige zorg en de zorgverlener moet veilige zorg kunnen verlenen. Er is landelijk beleid met duidelijk regels aangaande infectiepreventie in verband met het coronavirus opgesteld. Zorgverleners/ziekenhuizen hebben steeds meer ervaring met de inrichting en organisatie van zorg met inachtneming van deze regels (afstand in de wachtkamer, wel/geen PBM, wel/geen begeleider bij polikliniekbezoek etc). Het is ook van belang om uit te dragen dat de zorg in het ziekenhuis dus veilig is voor patiënten, zodat zij zo min mogelijk terughoudendheid voelen om het ziekenhuis te bezoeken.

Zie hiervoor ook de Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de (poli)klinische setting vanwege SARS-CoV-2', de Leidraad 'Niet meer besmettelijk na COVID-19 infectie' van de Federatie Medisch Specialisten en de informatie van het RIVM.

Optimaal gebruik van capaciteit (poli en diagnostiek)

De besluitvorming over benutting van beschikbare capaciteit (personeel, middelen en infrastructuur/ruimten) vindt bij voorkeur lokaal en multidisciplinair plaats. Onder eindverantwoordelijkheid van de raad van bestuur wordt in samenspraak met de medisch

specialisten bepaald en ingevuld welke zorg binnen de maximale capaciteit veilig en verantwoord geleverd kan worden. Houdt daarbij rekening met het gegeven dat het op / afschalen van poliklinische zorg ook effect heeft op de benodigde capaciteit voor diagnostiek, eventuele operatieve- en overige vervolgzorg. Bij te weinig capaciteit voor een bepaalde vorm van zorg dient afstemming en communicatie in de regio plaats te vinden met de samenwerkende instellingen/collega's (i.e. huisartsen, VVT instellingen en andere ziekenhuizen).

Optimale spreiding van COVID-zorg

Om ervoor te zorgen dat iedere instelling de poliklinische non-COVID-zorg zo goed mogelijk kan blijven uitvoeren en om onevenredig grote verschillen in capaciteit tussen regio's tegen te gaan, is een optimale landelijke spreiding van de zorg voor COVID-patiënten noodzakelijk. De LNAZ/LCPS en de ROAZ hebben vanuit deze behoefte een belangrijke rol te vervullen bij het realiseren van een optimale spreiding van patiënten om daarmee niet alleen de klinische COVID capaciteit, maar daaruitvolgend ook de poliklinische non-COVID-capaciteit van ziekenhuizen te waarborgen.

Semi-acute zorg

Welke zorg is binnen 12 weken noodzakelijk en welke zorg is langer uitstelbaar? Op individueel patiëntniveau is dit een vraag die primair door de behandelend arts samen met de patiënt moet worden beantwoord. Wetenschappelijke vereniging geven adviezen over specifieke patiëntencategorieën. Het streven is om binnen de uitdagingen van schaarste door een nieuwe golf COVID-patiënten zo goed mogelijk passende zorg te leveren waarbij gezondheidsschade tot een minimum beperkt wordt. Extra aandacht dient er te zijn voor patiënten die in deze tweede golf van de COVID-19 pandemie mogelijk opnieuw met oplopende wachttijd danwel uitstel van diagnose- /behandelplan geconfronteerd dreigen te worden. Afstemming met de patient en de huisarts hierover is van belang.

Bij de lokale afwegingen ten aanzien van zowel op- als afschaling van de poliklinische zorg kunnen in geval van schaarste³ landelijk beschikbaar gestelde instrumenten gehanteerd worden, zoals de richtlijnen en leidraden van de wetenschappelijke verenigingen en de daaruit voortvloeiende adviezen ten aanzien van urgentie. Het blijft altijd maatwerk, waarbij voor de individuele patiënt(e) diens ziektebeloop, context en (waar mogelijk in deze situatie) wens meegenomen wordt in de uiteindelijke urgentiebepaling.

Regionale aanpak, gebruik bestaande netwerken

Het is van belang om – waar mogelijk en aanwezig – zoveel mogelijk gebruik te maken van bekende en eigen (regionale) netwerkstructuren en deze zo nodig tijdelijk extra in te zetten, zoals bijvoorbeeld de bestaande oncologische netwerken.

Voldoende diagnostische capaciteit

In de capaciteitsramingen moet de beschikbaarheid van diagnostiek uitdrukkelijk worden meegenomen, ook ten bate van de eerstelijns (huisartsen)zorg. De capaciteit voor veilig diagnostisch onderzoek staat hierbij onder druk door COVID diagnostiek en toename van

³ Hier is bedoeld Schaarste aan infrastructuur, menskracht, hulp- & beschermingsmiddelen en/of medicatie

tijdsduur en (desinfecterende) handelingen. Dit vraagt goede samenwerking tussen de poliklinieken en de afdelingen voor diagnostisch onderzoek. Daarnaast is voortzetten van rationeel aanvragen van diagnostiek en in verband met de huidige situatie een waar mogelijk restrictiever aanvraagbeleid, door medisch specialist en huisarts wenselijk.

Goede transmurale samenwerking, met afspraken over bereikbaarheid en verwijzen

Om de poliklinische zorg efficiënt in te zetten en zoveel mogelijk te behouden is intensieve samenwerking tussen verwijzend huisarts en medisch specialist essentieel. Huisartsen spelen, zoals ook vóór de COVID-19 pandemie, een belangrijke initiële rol in effectieve triage van patiënten die medisch specialistische zorg nodig hebben. Handvatten voor laagdrempelig overleg tussen huisartsen en medisch specialisten hiervoor zijn uitgewerkt in [Hoofdstuk 4](#) en verder.

Communicatie

Zoals altijd is goede communicatie essentieel wanneer je werkwijzen aanpast.

1. Naar de samenleving en de individuele patiënt:
 - a. Uitgestelde zorg kan resulteren in gezondheidsschade, daarom doen we er alles aan om dit zoveel mogelijk te beperken;
 - b. Mensen die een zorginstelling bezoeken kunnen er ook tijdens de coronacrisis vanuit gaan dat dat veilig kan;
 - c. Het moet voor patiënten duidelijk zijn wanneer, waar en op welke wijze het zorgcontact plaatsvindt of dat deze uitgesteld wordt;
 - d. Hoewel het tijdens de coronacrisis helaas niet mogelijk is om zonder afspraak een zorginstelling binnen te gaan, blijft laagdrempelig overleg via telefoon, beeldbellen of internet altijd mogelijk.
2. Communicatie met de eerste lijn en verwijzende specialisten. Zie hiervoor hoofdstuk 3 en verder.

Patiënten kunnen gewezen worden op een korte voorlichtingsfilm aangaande veiligheid en verwachtingsmanagement over de wijze waarop een consult zal plaatsvinden.

De NZa werkt momenteel met diverse partijen aan een informatiekaart voor zorgaanbieders *“Toegankelijke zorg tijdens corona: hoe informeer ik mijn patiënten?”*. Deze informatiekaart is opgesteld op initiatief van de NZa in samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland, het ministerie van VWS, het RIVM, de Federatie Medisch Specialisten, de Landelijke Huisartsen Vereniging en Zorgverzekeraars Nederland en beschikbaar van 16 oktober via [de website van de NZa](#).

4. Intensiveren van het overleg tussen de verwijzer en de medisch specialist

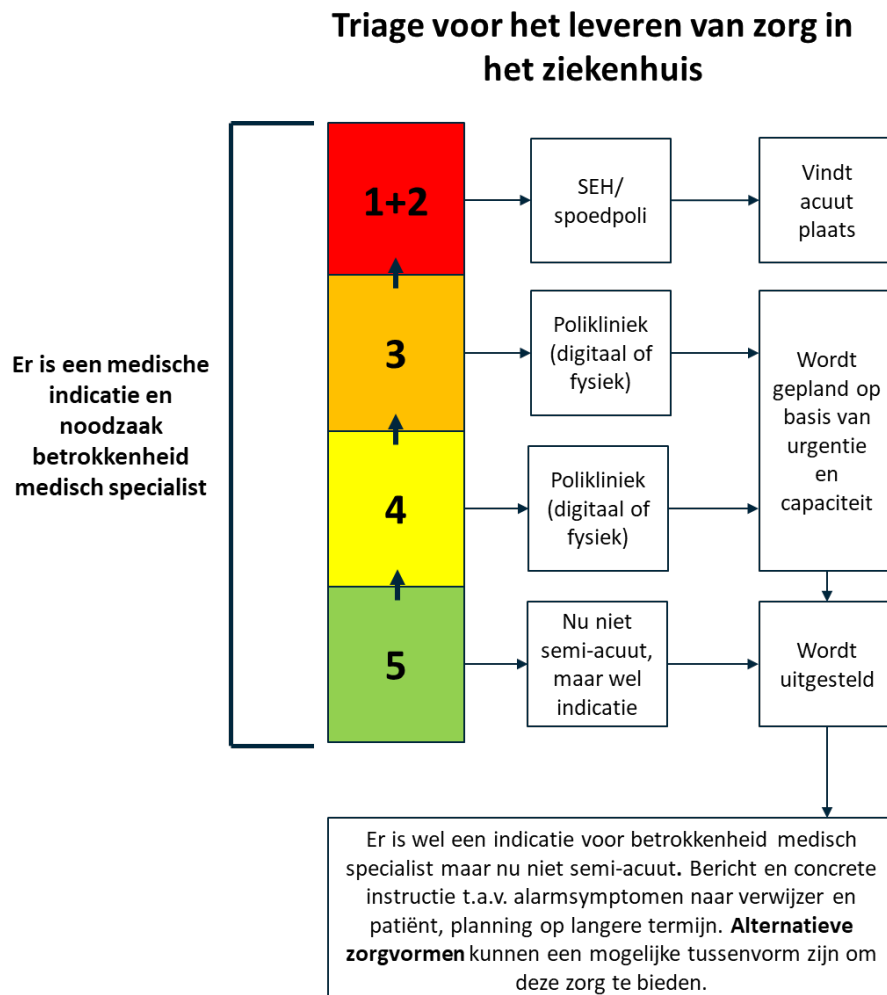
Voor efficiënte inzet van de non-COVID zorg is een goede triage essentieel. Triage met betrekking tot wel/niet verwijzen begint meestal bij de huisarts. Ook de huisartsen leveren de non-covid-zorg binnen haalbare marges en zo veilig als mogelijk voor patiënt en zorgmedewerkers. Vooral ten tijde van schaarste zijn mogelijkheden voor laagdrempelig overleg over de verwijzing en samenwerking in het zorgproces belangrijk. De volgende suggesties kunnen hierbij bijvoorbeeld worden meegenomen.

1. Een of meerdere extra telefoonnummers aan te bieden voor laagdrempelig intercollegiaal overleg;
2. Gebruik van online verwijs/triageplatforms voor aanmelding en laagdrempelig overleg;
3. Vaste momenten afspreken waarop verwijzers telefonisch contact op kunnen nemen met de (voor een vakgebied dienstdoende) medisch specialist, bijvoorbeeld een vast inbelspreekuur voor alle huisartsen in de regio om nieuwe casussen voor te leggen.

Het kan vóórkomen dat er patiënten zijn die door de wachttijden die zijn ontstaan voor medisch specialistische zorg ná de eerste piek van de COVID-19 pandemie, opnieuw geconfronteerd worden met een langere wachttijd of mogelijk uitstel van diagnostiek en behandeling in het ziekenhuis. Juist voor deze patiënten is afstemming en samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten essentieel om een goed vangnet te creëren. Interdisciplinair overleg kan hierin van betekenis zijn en soms moet een patiënt na onderling overleg, tóch gezien worden. Overweeg of voor de patiënt het overdragen van zorg aan een andere instelling met kortere wachttijd, een reële optie en faciliteer in dat geval de overdracht van informatie (dossieroverdracht, intercollegiaal overleg etc.).

5. Verwijzing naar/follow-up in het ziekenhuis

Wanneer de patiënt verwezen wordt naar het ziekenhuis vanwege een semi-acute klacht, zal in het ziekenhuis (per vakgroep) bekeken moeten worden wat de lokale mogelijkheden zijn om deze patiënt op de polikliniek danwel digitaal te kunnen zien. Dit is afhankelijk van onder andere de urgentie, de beschikbare digitale mogelijkheden en de poliklinische en personele capaciteit.



Figuur 1 Voorbeeld 5 punts-triage systeem voor leveren van zorg in het ziekenhuis en stroom van patiënten op basis van de urgentie.

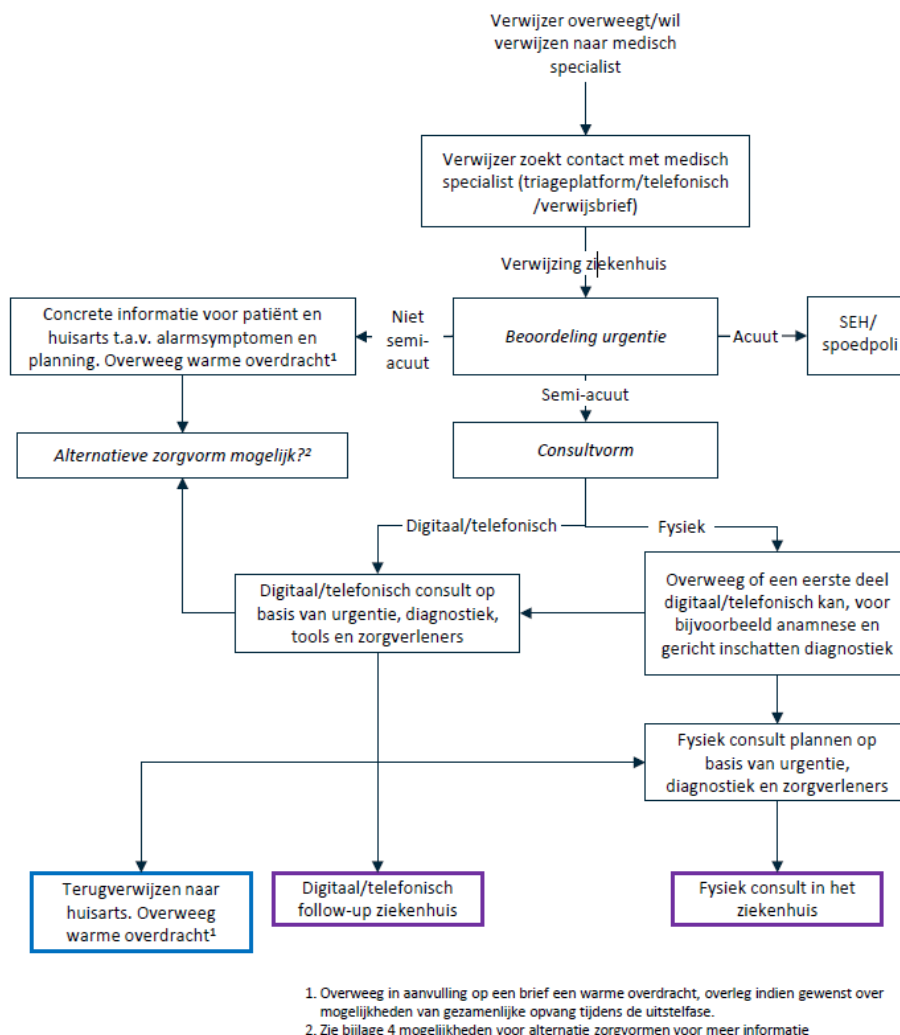
5.1 Beoordeling urgentie

In Figuur 1 staat een voorbeeld hoe een triagesysteem op de polikliniek kan worden ingezet bij voor het organiseren van de patiëntstroom op de polikliniek, zowel bij het op- als afschalen van de reguliere poliklinische zorg. In het voorbeeld vinden de spoedeisende zorg (categorie 1 en 2) en semi-acute zorg (categorie 3 en 4) in principe doorgang in het ziekenhuis. Bij zeer beperkte capaciteit kan het ook voorkomen dat categorie 4 moet worden uitgesteld. Welke patiëntengroepen dit precies betreft is per specialisme vast te stellen in afstemming tussen de vakgroep en management/bestuur van de instelling en met de input en kennis vanuit de betreffende wetenschappelijke vereniging. Indien de niet semi-acute zorg voorlopig moeten worden uitgesteld, dan moet de patiënt worden geïnformeerd over wat dit betekent voor de

planning van het zorgcontact en hoe te handelen in geval van alarmsymptomen. Voor patiënten is het van groot belang dat hen perspectief geboden wordt. Verder kan ook aanvullende informatie worden aangeboden bijvoorbeeld welke preventieve maatregelen genomen kunnen worden, welke risico's er zijn, wat kan patiënt zelf doen, welke situaties moet hij vermijden. Indien van toepassing kan de patiënt gewezen worden op de mogelijkheid om naar een andere zorgverlener te gaan.

Het is handig als de eigen huisarts over de planning en de verstrekte informatie wordt geïnformeerd. Overweeg in aanvulling op een brief een warme overdracht in de vorm van telefonisch contact met de huisarts en overleg indien gewenst over mogelijkheden van gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase. Alternatieve zorgvormen kunnen waar mogelijk een tussenvorm zijn om deze zorg te bieden. Zie voor voorbeelden van alternatieve zorgvormen [Bijlage 4](#).

In figuur 2 is het proces na definitieve verwijzing van een patiënt door de huisarts, in een stroomschema uitgewerkt met een beschrijving van de verschillende stappen in de daarop volgende paragrafen.



Figuur 2 Stroomschema 1. Nadat besloten is tot definitieve verwijzing naar/follow-up in het ziekenhuis, wordt triage toegepast. Hierbij wordt eerst de urgentie van de klacht ingeschat, daarna wordt ingeschat of een fysiek consult noodzakelijk is of dat een digitaal/telefonisch consult in eerste instantie voldoende zou kunnen zijn.

5.2 Digitaal/telefonisch consult

Afhankelijk van de lokale omstandigheden zal bekeken moeten worden of een poliklinisch consult digitaal/telefonisch kan plaatsvinden⁴, of dat een fysiek contact noodzakelijk is. De wijze waarop arts en patiënt gebruik maken van de mogelijkheden die digitale zorg biedt, dient gezamenlijk te worden besproken en is maatwerk. Niet iedere patiënt is in staat de digitale mogelijkheden te benutten en niet elke medische zorgvraag is geschikt voor een digitale benadering. De volgende suggesties kunnen daarbij meegenomen worden:

- Een initieel digitaal/telefonisch consult kan ingezet worden als triage. Hierin kan worden beoordeeld of sprake is van een urgente of minder-urgente zorgvraag o.g.v. eerder beschreven triage-schema en kan worden beoordeeld of de patiënt ook verder via een teleconsult behandeld kan worden (eventueel alleen voor aanvullende diagnostiek naar het ziekenhuis)
- Een initieel digitaal/telefonisch consult kan ook ingezet worden als voorbereiding op een fysiek consult. Tijdens het digitale/telefonische consult kan dan bijvoorbeeld de anamnese afgenomen worden, de voorgeschiedenis en medicatiegebruik in kaart gebracht worden. Eventuele aanvullende diagnostiek kan dan doelmatiger ingezet worden voorafgaand aan het fysieke consult, bijvoorbeeld op dezelfde dag als het fysiek consult.

Houd er rekening mee dat inzet van video- en teleconsulten ook gekoppeld is aan randvoorwaarden. Denk daarbij aan de randvoorwaarden zoals beschreven in het toetsingskader ten behoeve van het verantwoord in gebruik nemen van e-health toepassingen. Huisartsenorganisaties LHV, NHG en Ineen hebben voor huisartsen adviezen over de inzet van beeldbellen opgesteld en een overzicht van verschillende aanbieders van beeldbelapplicaties. Daarnaast heeft de KNMG in haar richtlijn Omgaan met medische gegevens beschreven waar je als arts op moet letten bij videobellen met de patiënt en welke toepassingen hiervoor gebruikt kunnen worden. Ook het toetsingskader van de IGJ inzake inzet van e-health door zorgaanbieders kan meer duidelijkheid verschaffen.

5.3 Fysiek consult

Als een fysiek consult met de patiënt noodzakelijk is, zal lokaal bekeken moeten worden wat de mogelijkheden zijn in beschikbare personele capaciteit en faciliteiten. Hierbij kan nagedacht worden over onderstaande suggesties.

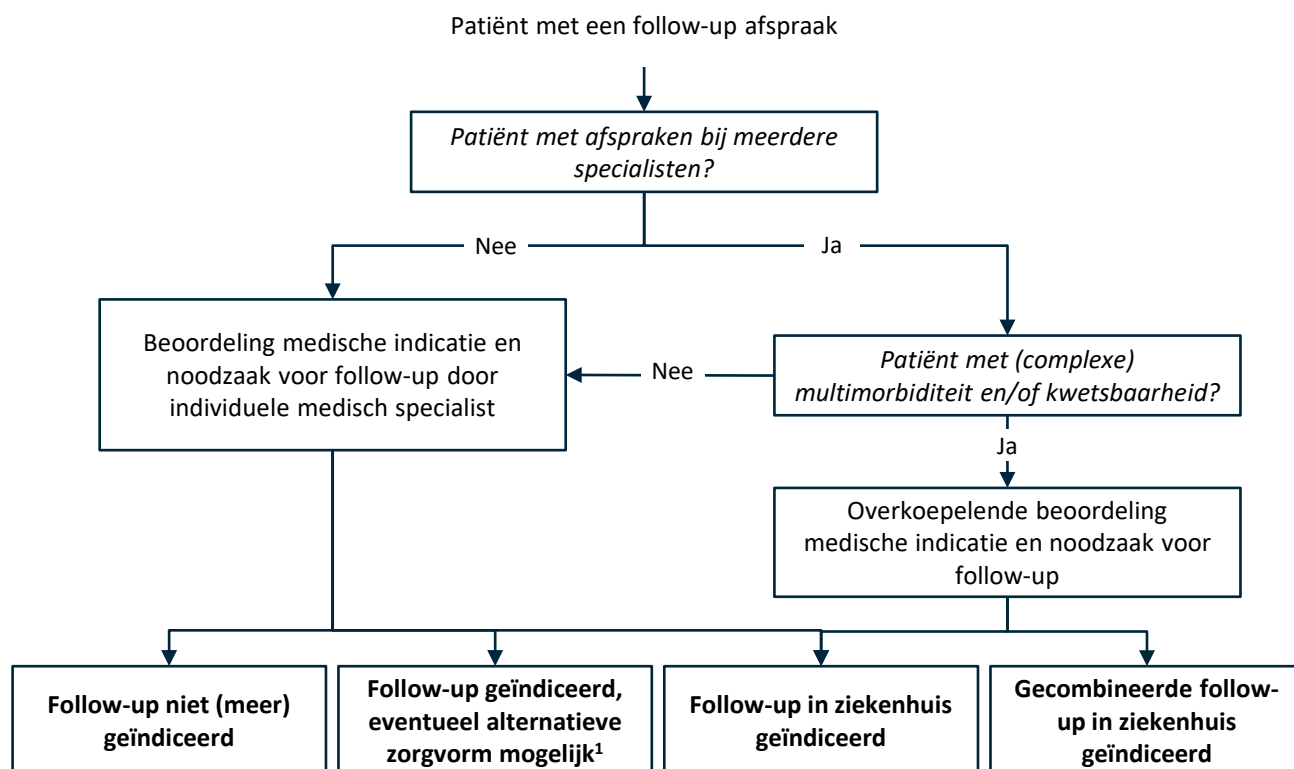
- Spreiden van policonsulten in plaats: gebruik buitenpoli's, of wijk waar mogelijk uit naar zorglocaties van niet-ziekenhuizen (ZBC's).
- Spreiden van policonsulten in tijd: spreiding van spreekuren, openen avond- en weekendpoli, altnnerend fysieke en telefonisch/digitale consulten in plannen.
- In het geval dat er ook poliklinische consulten van een collega medisch specialist gepland staan: eerst met elkaar noodzaak en vorm afstemmen.

⁴ Bijvoorbeeld: videobellen, e-consult, beveiligde email en/of internetportaal

- Als diagnostiek geïndiceerd is, dan bij voorkeur op dezelfde dag als het polibezoek. Heb aandacht voor eventuele voorbereiding (bijv. nuchter blijven) bij de planning van deze afspraken.
- Overweeg bespreking uitkomst van de diagnostiek en behandelplan via een digitaal consult .
- Overweeg patiënten pas in de wachtkamer te laten komen als het bezoek aan de specialist op korte termijn kan volgen (bijv. met behulp van poli-regisseurs, telefonisch oproepen door ondersteuner).
- Overweeg begeleiders/familie/partners niet in de wachtkamer te laten wachten.
- Overweeg begeleiders/familie/partners alleen toegang te verlenen indien dit noodzakelijk is (ter ondersteuning van een niet zelfstandige patiënt).
- Overweeg gescheiden routes te maken voor aankomst respectievelijk vertrek.
- Houd contact met de patiënt in de dagen voorafgaand aan het polibezoek, laat de patiënt contact opnemen bij ziekteverschijnselen die toegenomen zijn en/of niet gerelateerd lijken te zijn aan de ziekte waarvoor een patient komt.
- Overweeg om een medewerker op de poli te laten informeren naar ziekteverschijnselen bij de patiënt.

Zie verder ook [Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de \(poli\)klinische setting vanwege SARS-CoV-2'](#)

6. Patiënt met een follow-up afspraak



Figuur 3 Voor een patiënt met een follow-up afspraak is van belang dat de medisch specialist(en) nagaan wat de medische indicatie en noodzaak voor follow-up is. Indien een patiënt afspraken bij meerdere specialisten (gepland) heeft staan, kan voor de patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid een overkoepelende beoordeling van meerwaarde zijn om gezamenlijk tot een plan voor de ziekenhuiszorg te komen (waarbij afspraken/diagnostiek bijvoorbeeld gecombineerd zouden kunnen worden of door 1 medisch specialist verricht zouden kunnen worden).

In dit hoofdstuk worden handvatten gegeven voor de organisatie van de beoordeling van de medische indicatie en noodzaak voor follow-up in het ziekenhuis. [Bijlage 5](#) bevat aanvullende informatie voor patiënten met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid.

6.1 Beoordeling medische indicatie en noodzaak voor vervolgspraken door individuele medisch specialist

Voor vervolgspraken in verband met een semi-acute klacht (die wordt behandeld of in de tussentijd is opgetreden) gelden grotendeels dezelfde overwegingen als bij het eerste consult waarbij vakgroepen en/of individuele medisch specialisten de medische indicatie en noodzaak, alsmede de wijze waarop de follow-up plaatsvindt voor de verschillende patiëntencategorieën zullen moeten beoordelen.

6.2 Overkoepelende beoordeling medische indicatie en noodzaak voor follow-up bij patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid

Zeker bij patiënten met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid zijn meerdere medisch specialisten betrokken. Het verdient aanbeveling om poliklinische afspraken, diagnostische activiteiten en behandelingen nog meer dan dit al gebeurt af te stemmen tussen de verschillende specialisten in een zorginstelling, zodat “dubbelbezoeken” en “dubbeldiagnostiek” zoveel mogelijk worden vermeden.

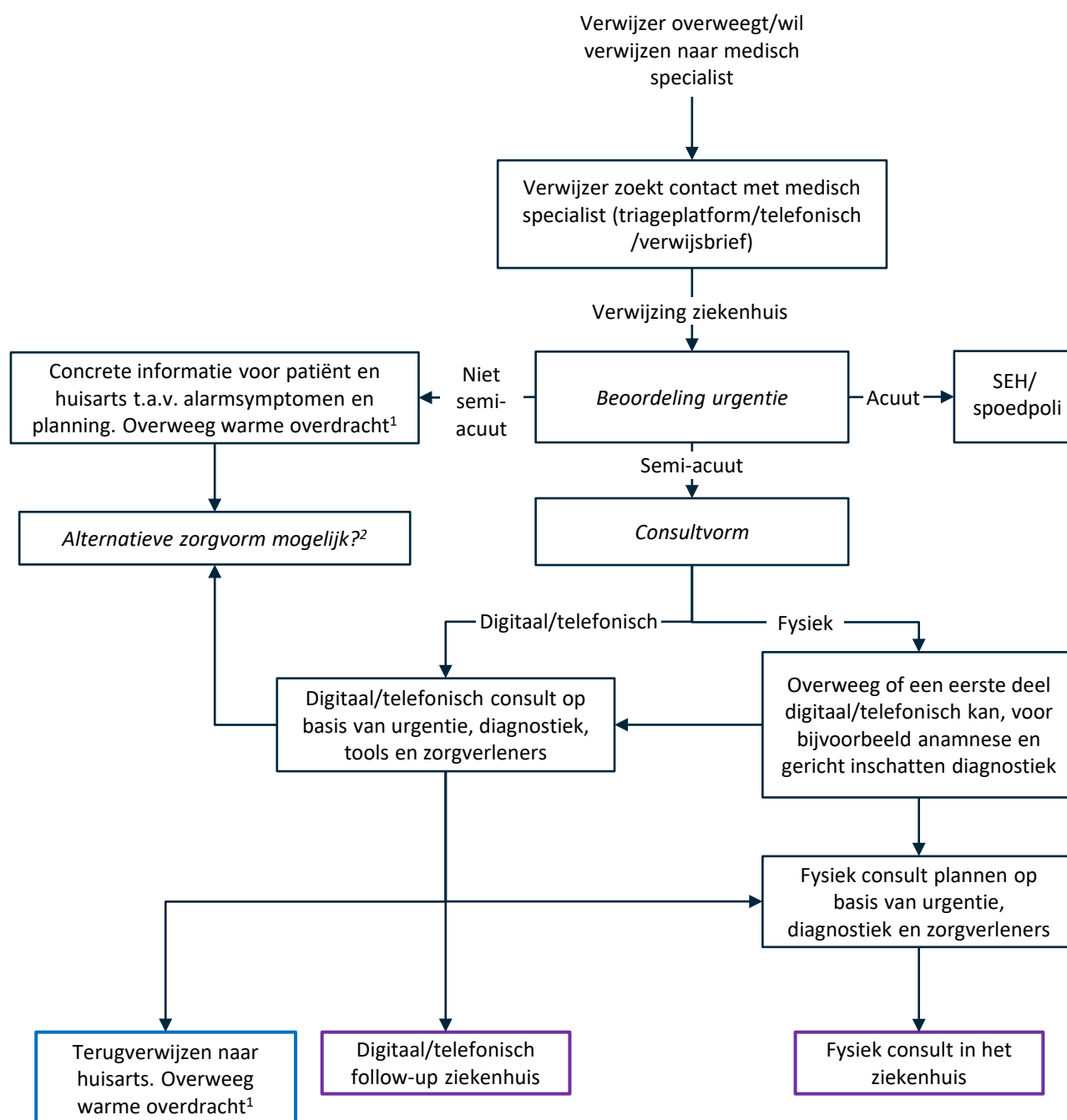
Om een inschatting te kunnen maken welke ziekenhuiszorg echt geïndiceerd en noodzakelijk is voor de individuele patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid, zal voor iedere patiënt moeten worden bepaald waar de prioriteit(en) van de behandeling(en) en afspraken in het ziekenhuis liggen. Een optie om deze prioriteiten te bepalen is een overkoepelende beoordeling. [Bijlage 5](#) bevat een stappenplan hoe een dergelijk overkoepelend overleg zou kunnen verlopen.

7. COVID crisis en transformatie van zorg

Medisch specialisten zijn samen met andere partijen altijd op zoek naar het verbeteren van de zorg(organisatie conform het visiedocument Medisch Specialist 2025 van de Federatie Medisch Specialisten. Het momentum van de coronacrisis heeft ook veel nieuwe ervaringen en ideeën opgeleverd met/over het anders organiseren en/of leveren van zorg. Een aantal van dergelijke aanpassingen op het vlak van passende zorg voor de patiënt, dichtbij de patiënt moeten we verder doorontwikkelen en evalueren, en bij bewezen resultaat vasthouden in de toekomst. Anderzijds moeten we ons goed realiseren dat een deel van de keuzes die nu wordt gemaakt, is gericht op het bieden van de beste zorg die mogelijk is binnen de huidige omstandigheden, en niet noodzakelijkerwijs ingezet worden om de kwalitatief beste of meeste efficiënte zorg te leveren.

Bijlagen

Bijlage 1 Stroomschema 1: verwijzer overweegt/wil verwijzen naar medisch specialist



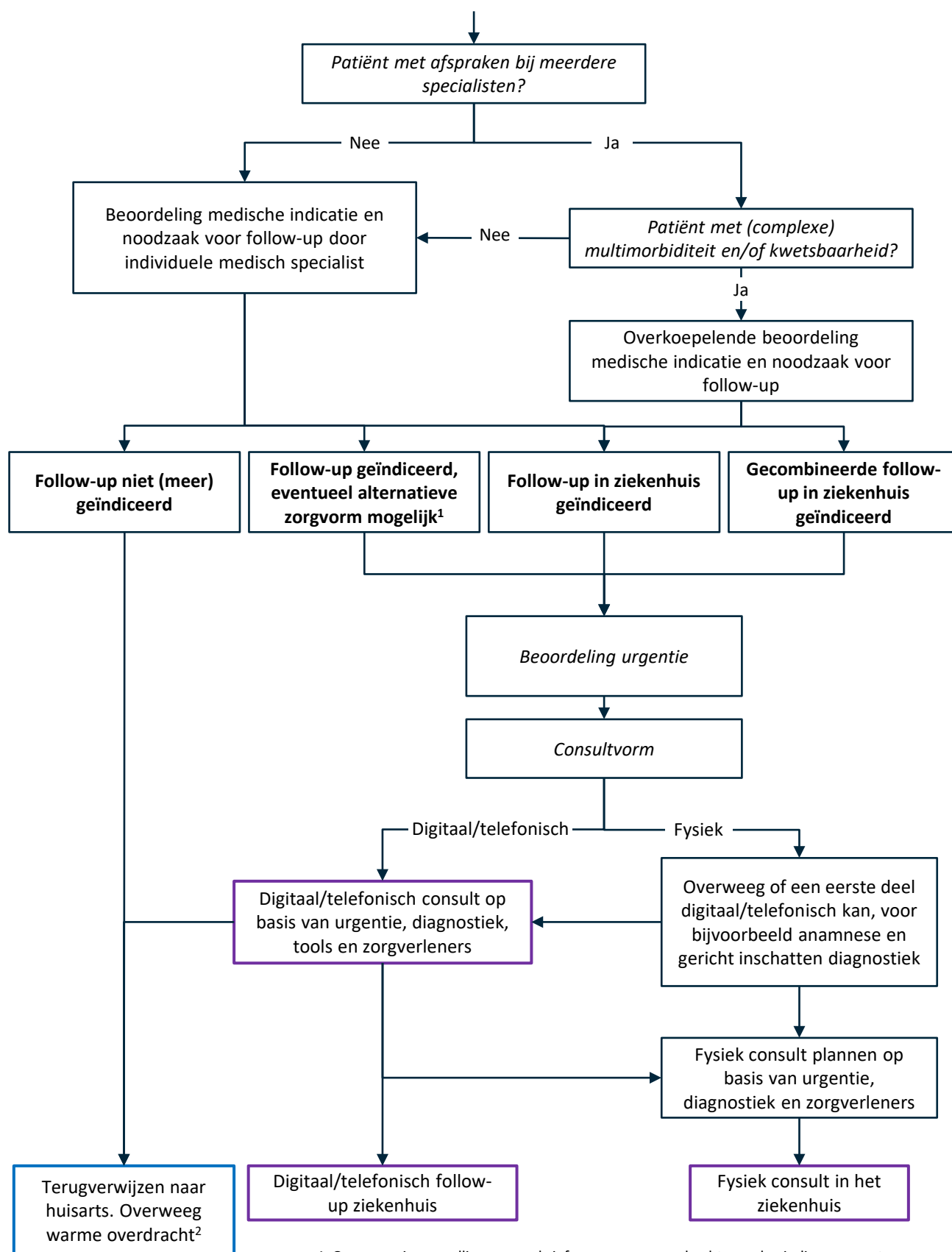
1. Overweeg in aanvulling op een brief een warme overdracht, overleg indien gewenst over mogelijkheden van gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase.

2. Zie bijlage 4 mogelijkheden voor alternatie zorgvormen voor meer informatie

(*) Overweeg in aanvulling op een brief een warme overdracht, overleg indien gewenst over mogelijkheden van gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase.

Bijlage 2 Stroomschema 2: patiënt met een vervolgspraak

Patiënt met een follow-up afspraak

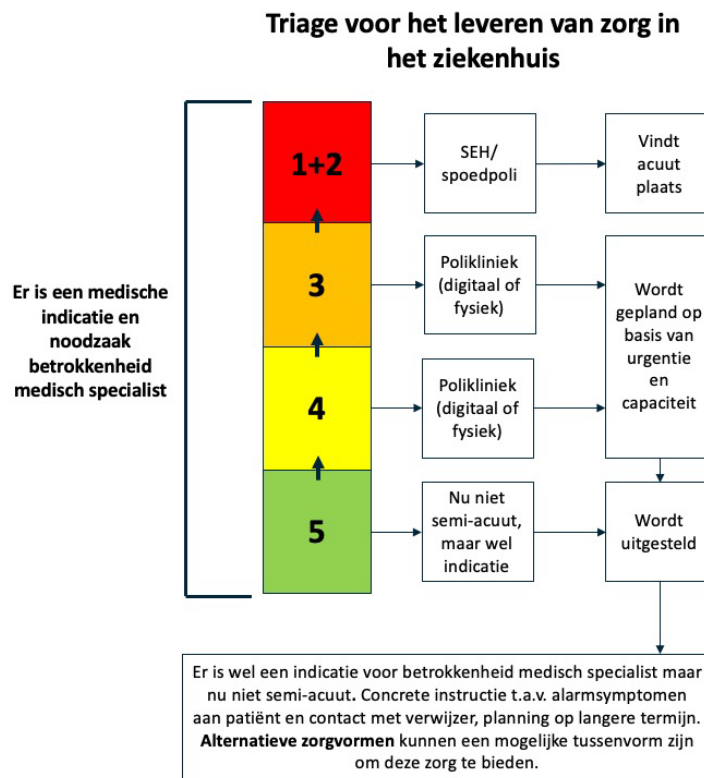


1. Overweeg in aanvulling op een brief een warme overdracht, overleg indien gewenst over mogelijkheden van gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase.

2. Zie bijlage 4 mogelijkheden voor alternatieve zorgvormen voor meer informatie

Bijlage 3 Voorbeeld triagesysteem op de polikliniek bij het opschalen/afschalen van de non-COVID zorg

Dit is een voorbeeld van hoe een triagesysteem op de polikliniek kan worden ingezet bij het opschalen en zo nodig afschalen van de poliklinische non-COVID zorg staat hieronder weergegeven.⁵



- Categorie 1 (acuut: levensbedreigend of behandeling is direct noodzakelijk)
- Categorie 2 (acuut: snelle behandeling is noodzakelijk, snelle progressie, zeer ernstige klachten)
- Niet acuut maar wel alarmsymptomen: = categorie 3/4 afhankelijk van ernst, progressie en nut van snel ingrijpen.
- Stabiël of langzaam progressief, geen alarmsymptomen = categorie 3/4/5
 - Categorie 3 = veel hinder, hoge lijdensdruk, ernstige zorgen, progressie van klachten kan uiteindelijk tot een categorie 2 leiden.
 - Categorie 4 = weinig hinder, lage lijdensdruk voor de patiënt.
 - Categorie 5 = lang bestaande klachten, wachten heeft geen invloed op het beloop.

⁵ Het hier gepresenteerde triagesysteem is gebaseerd op een voorbeeld zoals dat binnen een vakgroep KNO in een ziekenhuis gehanteerd wordt. De Nederlandse Triage Standaard (NTS) vormde de inspiratie voor de in figuur gehanteerde categorieën. De NTS is een standaard voor triage in de keten van de acute zorg (actie al dan niet vereist binnen 24 uur). Deze bijlage bevat een voorbeeld van triage voor zorg binnen 12 weken; de categorieën zijn daarop aangepast. Ieder vakgebied heeft eigen urgentiebepaling.

Op basis van dit voorbeeldsysteem zullen patiënten met een categorie 3 of 4 op korte termijn ingepland moeten worden, waarbij ook nog afgewogen zal moeten worden of een fysiek consult geïndiceerd is, of dat het consult ook digitaal of telefonisch verricht kan worden (zie hoofdstuk 4). Voor patiënten met een categorie 5 kan de medisch specialist ook in overleg met de huisarts bekijken of alternatieve zorgvorm mogelijk is ([zie bijlage 4](#)). Bij de uitwerking van een triage-systeem zullen vakgroepen ook rekening moeten houden met de standpunten van hun wetenschappelijke vereniging.

Bijlage 4 Mogelijkheden voor alternatieve zorgvormen

Bij het contact tussen verwijzer en medisch specialist kan gezamenlijk bekeken worden of een alternatieve zorgvorm mogelijk is, waarbij de patiënt in de eerste lijn blijft, maar waarbij de medisch specialist wel op afstand betrokken wordt en eventueel (ziekenhuis)diagnostiek wordt ingezet voor het optimaliseren van het zorgproces. In deze fase van de opschaling van de non-COVID zorg kampen zowel de poliklinieken als huisartsenpraktijken met minder capaciteit en fysiek beschikbare ruimte als zij willen voldoen aan de afstandsnormen. De beschikbare capaciteit in de eerste en de tweede lijn moet zo goed mogelijk benut kunnen worden, waarbij zo min mogelijk dubbel wordt gedaan.

Hieronder worden drie alternatieve zorgvormen beschreven die overwogen kunnen worden om, afhankelijk van de lokale mogelijkheden, de aangepaste zorg zo efficiënt als mogelijk vorm te geven.

Intercollegiaal consult tussen 1^e en 2^e lijn.

Bij het contact tussen verwijzer en medisch specialist kan besloten worden dat een advies of intercollegiaal consult op afstand volstaat (meekijkconsult), waarna mede afhankelijk van de consultatie de patiënt door de huisarts kan worden behandeld in de eerste lijn of door de verwijzende specialist in de tweede lijn. Daarnaast kunnen de mogelijkheden van patiëntenbesprekingen via bijvoorbeeld videobellen uitgebreider worden benut, alsmede de mogelijkheden van “shared care” (de patiënt wordt bijvoorbeeld deels begeleid door de verwijzer, en deels door de medisch specialist).

Verwijsapplicaties die multidisciplinair overleg faciliteren kunnen hierbij ingezet worden. Zo zijn er verwijsapplicaties die de huisarts de mogelijkheid bieden om aanvullende informatie, zoals foto's, op te sturen naar het ziekenhuis en zo op afstand een medisch specialist te consulteren. Zo kan de medisch specialist, op elk geschikt moment, kort reageren op de vraag van de huisarts. Er kan ook aangegeven worden welke medisch specialisten dienst hebben.

Diagnostiek in de eerste lijn + eventueel mini-consult medisch specialist

Besprek met de huisarts de mogelijkheden van aanvullende (high-end) diagnostiek via de eerste lijn om de triage te ondersteunen bij specifieke symptomatologie. In de praktijk gebeurt dit bijvoorbeeld al bij CTA voor de cardiologie. Deze diagnostiek kan worden aangevuld met een miniconsult: dat wil zeggen op basis van de vraag van de huisarts en het verslag van de diagnostisch specialist, wordt een advies (miniconsult) door de vak/poort specialist toegevoegd (zonder dat deze de patiënt zelf ziet).⁶

Welke symptomatologie in combinatie met welke diagnostiek hiervoor in aanmerking komt kan per wetenschappelijke vereniging van de poortspecialismen met de betrokken diagnostische wetenschappelijke verenigingen dit uitgewerkt worden, en nader worden afgestemd met de wetenschappelijke vereniging van huisartsen (NHG). Hierbij zijn de geldende richtlijnen/standaarden van de medisch specialisten en huisartsen het uitgangspunt. Hetzelfde geldt voor verwijzingen tussen medisch specialisten.

⁶ Deze vorm van diagnostiek-aanbod wordt op dit moment in Den Haag in het kader van een project voorgegeven ([Project 'brede diagnostiek in de praktijk'](#))

Anderhalvelijns zorg

Maak waar mogelijk gebruik van bestaande initiatieven voor anderhalvelijns zorg. Patiënten kunnen dan wel gezien worden door de specialist, maar mogelijk kan de behandeling worden ingezet en vervolgd in de eerste lijn.

Bijlage 5 Stappenplan overkoepelende beoordeling van een patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid

De pluriforme zorgbehoeften van patiënten met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid zorgen ervoor dat bij deze patiënten vaak meerdere zorgverleners betrokken zijn. Met patiënten met (complexe) multimorbiditeit wordt hier bedoeld patiënten met meerdere⁷ chronische ziektes en/of functionele beperkingen. Zowel multimorbiditeit als kwetsbaarheid komen vaker voor bij oudere patiënten, maar ook jongere patiënten kunnen in deze groep vallen. Ook iedere medisch specialist heeft in meer of mindere mate te maken met patiënten met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid. Om een inschatting te kunnen maken welke ziekenhuiszorg echt geïndiceerd en noodzakelijk is voor de individuele patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid, zal voor iedere patiënt moeten worden bepaald welke prioriteit(en) van de behandeling(en) en afspraken in het ziekenhuis liggen. Een optie om deze prioriteiten te bepalen is een overkoepelende beoordeling. Bij de overweging om een overkoepelende beoordeling te verrichten kan bijvoorbeeld worden gekeken naar patiënten met:

- Vijf of meer poliklinisch betrokken medisch specialisten

En daarnaast:

- Ofwel polyfarmacie van meer dan 7 middelen
- Ofwel ten minste 2 acute SEH presentaties of ziekenhuisopnames de afgelopen 6 maanden
- Ofwel een geplande ingreep/diagnostiek

Een overkoepelende beoordeling medische indicatie en noodzaak voor follow-up van een patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid zou kunnen verlopen via de volgende stappen:

1. Er wordt een overzicht van de betrokken medisch specialisten en geplande/geannuleerde afspraken gemaakt.
2. Iedere individuele medisch specialist beoordeelt de medische indicatie en noodzaak voor follow-up.
3. Op basis van stap 1 en stap 2 kan een eerste inschatting gemaakt worden van de prioriteit(en) van de behandeling(en) en afspraken in het ziekenhuis. Hoe dit wordt ingericht is afhankelijk van de lokale situatie en mogelijkheden. Een aantal opties zijn:
 - a. Een medisch specialist die de patiënt goed kent of een generalistisch werkend medisch specialist, kan het voortouw nemen en door middel van een consult met de patiënt en individuele afstemming met andere betrokken medisch specialisten tot een eerste inschatting komen.

⁷ In de literatuur wordt vaak twee of meer chronische ziektes aangehouden als definitie van multimorbiditeit. Deze definitie is een zeer brede definitie, waarbij een grote populatie wordt geïncludeerd. De inschatting of een overkoepelende beoordeling nodig is, hangt af van meer factoren dan alleen het aantal chronische ziektes. Denk hierbij aan: aantal behandelaren, aanwezigheid van functionele beperkingen, cognitieve stoornissen, beperkte gezondheidsvaardigheden etcetera.

- b. Op gezamenlijke wijze kunnen de verschillende medisch specialisten tot een eerste inschatting te komen.
- c. Overweeg een structuur (zoals bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg (MDO)), waarin alle patiënten met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid worden besproken om tot een eerste inschatting te komen.

Bij de eerste inschatting van de prioriteit(en) van de behandeling(en) en afspraken in het ziekenhuis is het van groot belang om de patiënt te betrekken en ook afstemming te zoeken met de huisarts en zijn/haar inschatting mee te nemen.

Er zijn een aantal punten bij het inschatten van de prioriteit(en) van behandeling(en) en afspraken die aandacht verdienen:

- Wat is het doel dat wordt nagestreefd met de individuele behandeling/follow-up?
 - Is het duidelijk wat de doelen/wensen van de patiënt ten aanzien van de behandeling(en)/afspraken in het ziekenhuis zijn?
 - Zijn de behandelwensen van de patiënt (in het perspectief van de (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid) duidelijk en vastgelegd?
 - Zijn er momenteel behandeling(en) en/of ziektes die interacties hebben met elkaar?
4. Bij de eerste inschatting kunnen de vier onderstaande categorieën voor beoordeling van medische indicatie en noodzaak voor follow-up per medisch specialist worden aangehouden:
 1. Follow-up is geïndiceerd en moet vanuit ziekenhuis.
 2. Follow-up kan gecombineerd worden voor meerdere medisch specialisten op multidisciplinaire wijze met benoeming van coördinerend (regie) specialist.
 3. Follow-up is geïndiceerd, maar eventueel is een alternatieve zorgvorm mogelijk.
 4. Follow-up is niet (meer) geïndiceerd.
 5. Uit de eerste inschatting volgt een eerste plan voor de follow-up van de patiënt. Wat dit eerste plan inhoudt, hangt af van verschillende factoren, zoals bijvoorbeeld in hoeverre benodigde informatie over de huidige situatie van de patiënt beschikbaar was, de patiënt acute klachten heeft en de beschikbaarheid van zorgverleners/capaciteit. Zo kan het bijvoorbeeld ook nodig zijn om een nieuwe digitale/telefonische of fysieke afspraak in te plannen wanneer er onvoldoende informatie beschikbaar was om tot een overkoepelend plan te komen. Ook kan er besloten worden tot een gecombineerde follow-up voor meerdere medisch specialisten, waarbij één specialist een coördinerende rol vervult en met ruggespraak van de andere betrokken medisch specialisten de behandeling en/of follow-up van de patiënt overziet.
 6. De uiteindelijke resultaten en afspraken die volgen uit de overkoepelende beoordeling worden vastgelegd en gecommuniceerd met zowel de huisarts als de patiënt.
 7. Afspraken worden volgens het proces beschreven in [Hoofdstuk 4](#) getrieerd en ingepland.

Bijlage 6 Bekostigingsmogelijkheden in de medisch specialistische zorg voor alternatieve zorgvormen en samenwerking met de huisarts

Deze bijlage bevat een overzicht van zorgprestaties voor alternatieve vormen van zorg zoals genoemd in de Handreiking. Hierbij is specifiek aandacht voor de zorgprestaties voor overleg en samenwerking met de huisarts.

Digitale zorg

Screen to screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek (190161)

Dit is een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een videoverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)

Dit is een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een belverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaal-polikliniekbezoek. Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Let op:

In plaats van een poliklinisch consult kan een zorgverlener het consult op afstand doen. Tijdelijk mag een eerste polikliniekbezoek, dat door het coronavirus telefonisch of schriftelijk plaatsvindt, geregistreerd worden als een regulier eerste polikliniekbezoek. Het is al toegestaan om een screen-to-screen consult als eerste consult te registreren. Zie voor de laatste stand van zaken de website van de NZa

Telemonitoring (039133, 032716)

Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd voor het op afstand monitoren van een patiënt over een langere periode in het kader van een uit te voeren behandelplan. De monitoring vindt plaats door het verzamelen en interpreteren van klinische gegevens die de patiënt vanuit de thuissituatie meet en verstrekt aan de zorgverlener. De zorgactiviteit wordt minimaal een keer per subtraject geregistreerd.

Schriftelijke consultatie

Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek (190163)

Dit is een consultatie waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog schriftelijk consulteert (bijvoorbeeld e-mail of chat). Een schriftelijk consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaal-polikliniekbezoek. Dat betekent dat een consultatie uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen kan bestaan, maar dat deze per polikliniekbezoek dat het vervangt éénmaal mag worden vastgelegd. Van de consultatie vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Zorg thuis

Klinische zorg thuis

Per 2020 is er een nieuwe zorgprestatie (190228) die de declaratie van klinische zorg thuis mogelijk maakt.

Uitgebreid consult

Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger (190066)

Deze zorgactiviteit is bedoeld om 1) aan te geven dat een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt en/of zijn/haar vertegenwoordiger in een gezamenlijk proces beslissingen hebben genomen over gezondheids- en behandeldoelen op basis van een samen beslismodel (zoals het shared decision making model wat Glyn Elwyn et al. in 2012 hebben gepubliceerd), en 2) om aan te geven dat hier substantieel meer tijd aan is besteed dan aan een regulier consult.

De zorgactiviteit wordt enkel geregistreerd indien er sprake is van een consult dat minimaal tweemaal de standaardconsulttijd in beslag neemt die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is voor een herhaalconsult of voor een consult op de verpleegafdeling.

Deze activiteit wordt naast een herhaalpolibezzoek (190008, 190013, 190065), screen-to-screenconsult (190161), verpleegdag (190200, 190218, 194804) of klinische zorgdag in de thuissituatie (190228) vastgelegd.

Multidisciplinaire overleg/consult

Multidisciplinair overleg (190005)

Dit is een multidisciplinaire bespreking tussen minimaal drie beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van drie verschillende AGB-specialismen waarbij systematisch de diagnostiek en het behandelplan van één patiënt wordt besproken en vastgelegd. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar, behorende

bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking. Per multidisciplinair overleg wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.

Multidisciplinair consult (190010)

Dit is een polikliniekbezoek, waarbij sprake is van een face-to-face contact tussen patiënt en minimaal twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren en/of ondersteunende specialisten van verschillende AGB-specialismen. Deze activiteit wordt door iedere betrokken beroepsbeoefenaar vastgelegd en maakt onderdeel uit van het dbc-zorgtraject van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar mag naast deze activiteit een polikliniekbezoek vastleggen. Per multidisciplinair consult wordt deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd.

Samenwerking eerste lijn

De zorgactiviteiten voor het beoordelen van diagnostiek op verzoek van de huisarts

Een medisch specialist kan op verzoek van de huisarts diagnostiek beoordelen. Dit gebeurt meestal via digitale uitwisseling van gegevens. Een medisch specialist kan bijvoorbeeld een ECG, holteronderzoek, inspanningsonderzoek, longfunctieonderzoek, of dermatologische klacht beoordelen. Voor deze zorgproducten waren in 2019 nog overige zorgproducten met een maximumtarief of max-max tarief (39757, 39929).

Per 2020 gelden vrije tarieven voor de eerstelijnsdiagnostiek (met uitzondering van trombosezorg). Bij vrije tarieven stelt de NZa geen maximumtarieven vast en onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf over de prijs en behandeling. Deze aanpassing is bedoeld om meer ruimte te bieden aan maatwerkafspraken die passen bij de lokale omstandigheden en de behoeften van patiënten.

Beoordelen dermatologische klacht

Per 2020 geldt voor het beoordelen van een dermatologische klacht op verzoek van de huisarts (op basis van een overig zorgproduct 1e lijnsdiagnostiek) ook het vrije tarief (vrije tarief eerstelijnsdiagnostiek). Daardoor verdwijnt het eerdere verschil in tariefregime met een dbc-zorgproduct voor dermatologie (dat ook een vrij tarief kent). En is een mogelijke belemmering weggenomen voor het opschalen van teledermatologie in de 1e lijn.

Facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek

De vrije tarieven voor eerstelijnsdiagnostiek bieden meer ruimte om maatwerkafspraken te maken die passen bij de lokale omstandigheden en de behoeften van patiënten. De NZa faciliteert deze maatwerkafspraken door zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden om gezamenlijk een facultatieve prestatie voor eerstelijnsdiagnostiek aan te vragen. Het is wel een voorwaarde dat de facultatieve prestatie iets nieuws toevoegt. Zie webpagina van de NZa voor lopende en geaccordeerde aanvragen. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-behandelingen/facultatieve-prestatie-eerstelijnsdiagnostiek>

Meekijkconsulten – Te verrekenen via onderlinge dienstverlening

Deze aangepaste regeling maakt het dus mogelijk om het meekijkconsult, waar de huisarts het tarief voor ontvangt, te verrekenen met de medisch specialist die geconsulteerd wordt.

Om de samenwerking tussen zorgaanbieders niet in de weg te staan, is de regel voor onderlinge dienstverlening verruimd. ***Met de aangepaste regel kan onderlinge dienstverlening ook plaatsvinden tussen zorgaanbieders uit de eerste lijn en zorgaanbieders uit de tweede lijn.***

Meer informatie over bekostiging van digitale zorg. Bezoek:

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_280639_22/1/

Of bekijk de Factsheet Registreerbare Zorgactiviteiten die de Federatie Medisch Specialisten samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft opgesteld.