



HANDREIKING

voor het opstarten van poliklinische non-COVID zorg

Versie 1.1, d.d. 28-05-2020



Disclaimer

Algemeen

De Federatie Medisch Specialisten heeft samen de wetenschappelijke verenigingen, de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap en Patiëntenfederatie Nederland 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 28 mei 2020.

De Handreiking kan tussentijds worden herzien, waarbij ook andere partijen betrokken kunnen worden. De meest actuele versie 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 de fase van het opstarten van de poliklinische non-COVID zorg. Dit nadat deze zorg als gevolg van de COVID-19 pandemie werd afgeschaald: zowel in volume als in aard door minder urgente zorg uit te stellen. Deze Handreiking biedt inspiratie aan medisch specialisten, het management/raad van bestuur van de instelling en hun verwijzers om gezamenlijk de opschaling van poliklinische zorg lokaal veilig vorm te geven. 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 opschaling kan worden vormgegeven wordt beïnvloed door lokale omstandigheden, faciliteiten en keuzes.

De Handreiking is bedoeld als een praktische handreiking in de periode dat de poliklinische zorg weer opgeschaald wordt. Daarbij worden ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en huisartsen tegelijkertijd geconfronteerd met de uitdaging om de zorg in de 1,5 meter samenleving mogelijk te maken én met een stuwmeer aan niet-verwezen of wachtende patiënten. De Handreiking biedt concrete suggesties voor werkafspraken met de huisartsen 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 wélke zorg als eerste opgestart moet worden. Dit zijn immers loco/regionaal te maken keuzes. De Handreiking stelt ook geen norm voor wát een goede aanpak is en heeft evenmin een verplichtend karakter. Wel kan de Handreiking een hulpmiddel zijn om de opstart van de poliklinische non-COVID zorg 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

Versie 1.1. van de Handreiking is opgesteld door de Federatie Medisch Specialisten in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging, het Nederlands Huisartsen genootschap en Patiëntenfederatie Nederland.

Vanuit de Federatie Medisch Specialisten was bij het opstellen van deze Handreiking een werkgroep met vertegenwoordiging uit de volgende wetenschappelijke verenigingen betrokken:

- Nederlandse Internisten Vereniging
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie
- Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging
- Nederlands Oogheelkundig Gezelschap

Het document is voorgelegd aan een klankbordgroep waarin naast bovenstaande verenigingen de volgende wetenschappelijke verenigingen zijn vertegenwoordigd.

- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
- Nederlandse Vereniging voor Intensive Care
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie
- Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
- Nederlandse Vereniging voor Urologie
- Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers

Tevens is het Platform Oncologie - Soncos vertegenwoordigd in de klankbordgroep.

De conceptversie van het document is voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Ontvangen feedback is verwerkt.

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 de opstart 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.

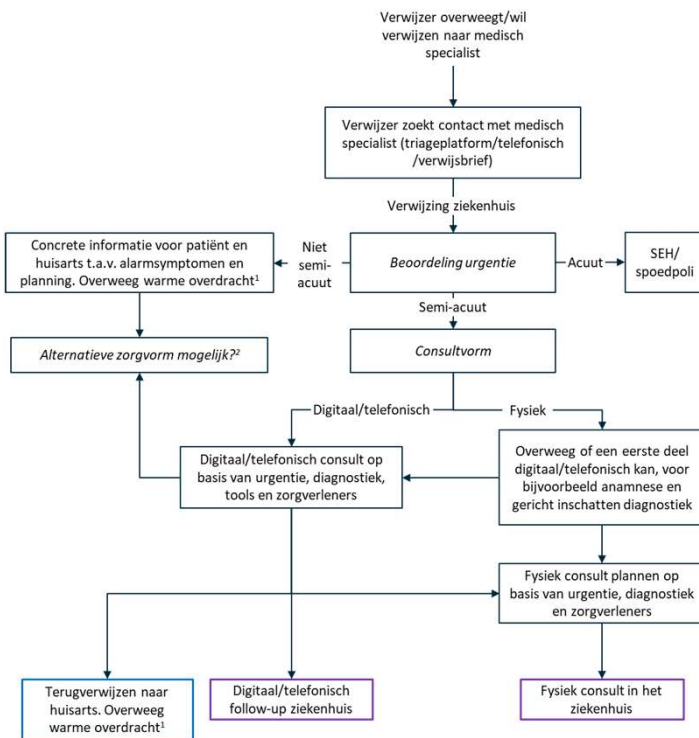
Inhoud

Disclaimer	2
Verantwoording	3
Samenvattingskaart Opschalen poliklinische non-COVID zorg	7
1. Inleiding	8
2. Principes en randvoorwaarden voor het opschalen van poliklinische non-COVID zorg	9
2.1. Inleiding	9
2.2. Algemene principes en randvoorwaarden van poliklinische opschaling	9
3. Intensiveren van het overleg tussen de verwijzer en de medisch specialist in het ziekenhuis	13
4. Verwijzing naar/follow-up in het ziekenhuis	14
4.1. Beoordeling urgentie	14
4.2. Digitaal/telefonisch consult	16
4.3. Fysiek consult	16
5. Patiënt met een follow-up afspraak	18
5.1. Beoordeling medische indicatie en noodzaak voor vervolg afspraken door individuele medisch specialist	18
5.2. Overkoepelende beoordeling medische indicatie en noodzaak voor follow-up bij patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid	18
6. Uitdagingen voor opschalen van poliklinische non-COVID zorg	19
7. COVID crisis en transformatie van zorg	20
Bijlagen	
Bijlage 1 Stroomschema 1: verwijzer overweegt/wil verwijzen naar medisch specialist	21
Bijlage 2 Stroomschema 2: patiënt met een vervolg afspraak	22
Bijlage 3 Voorbeeld triagesysteem op de polikliniek bij het opschalen van de non-COVID zorg	23
Bijlage 4 Mogelijkheden voor alternatieve zorgvormen	25
Bijlage 5 Stappenplan overkoepelende beoordeling van een patiënt met (complexe) multimorbiditeit en/of kwetsbaarheid	27
Bijlage 6 Bekostigingsmogelijkheden in de medisch specialistische zorg voor alternatieve zorgvormen en samenwerking met de huisarts	29
Bijlage 7 Uitgangspunten voor communicatie van zorgaanbieders met burgers/patiënten (van Patiëntenfederatie Nederland)	33

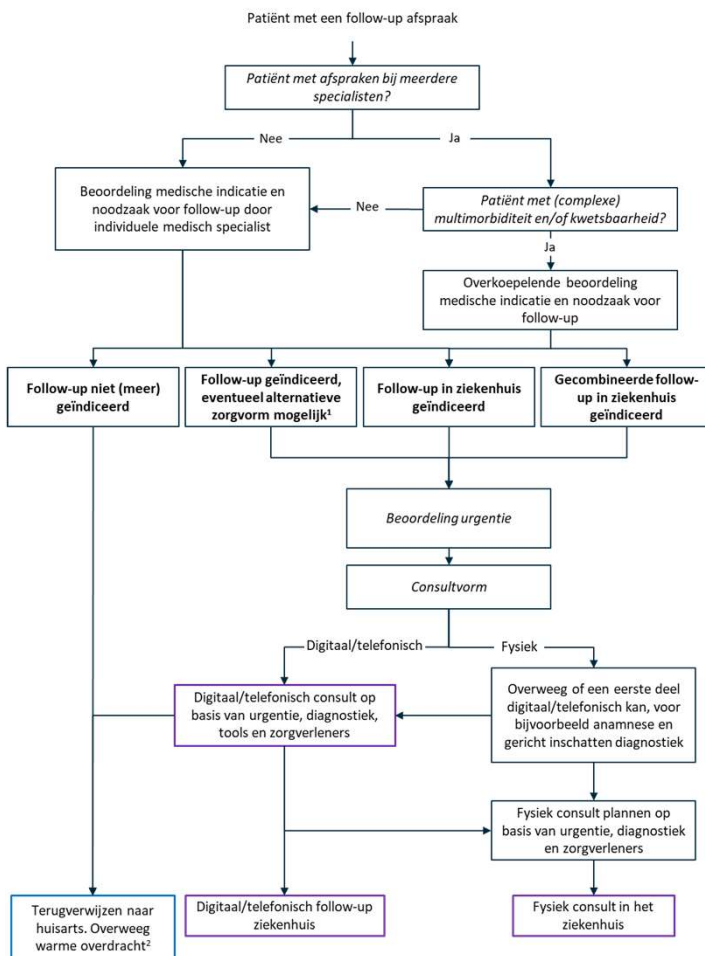
Samenvattingskaart Opschalen poliklinische non-COVID zorg

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

Stroomschema 1: verwijzer overweegt/wil verwijzen naar medisch specialist



Stroomschema 2: patiënt met een vervolgspraak



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 opschalen van poliklinische non-COVID zorg (zie 2)

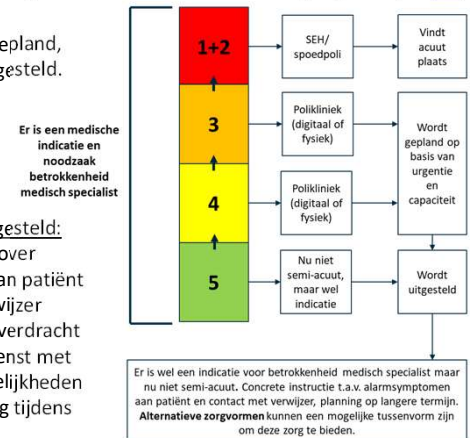
- Veilige zorg voor de patiënt en de zorgverlener
- Optimale landelijke spreiding COVID-zorg
- Onderscheid maken tussen acute zorg, zorg die binnen 12 weken noodzakelijk is (semi-acute zorg) en zorg die >12 weken uitstelbaar is
- Optimaal gebruik van capaciteit (poli en diagnostiek)
- Regionale aanpak, gebruik bestaande netwerken
- Voldoende diagnostische capaciteit
- Goede afspraken tussen eerste en tweede lijn met afspraken over bereikbaarheid en verwijzen
- Infectiepreventie (zie [informatie van het RIVM](#) en [leidraden van de FMS](#))
- Communicatie

Suggesties voor het intensiveren van het overleg tussen verwijzer en medisch specialist (zie 3)

- Aanbieden van één of meerdere extra telefoonnummers voor laagdrempelig overleg
- Gebruik van verwijs/onlinetriageplatforms voor verwijzing en laagdrempelig overleg
- Afspreken vaste momenten voor telefonisch contact met (voor vakgebied) dienstdoende medisch specialist

Verwijzing naar/follow-up in het ziekenhuis: beoordeling urgentie (zie 4.1)

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 tijdens uitstelfase

Suggesties voor inzet van digitaal/telefonisch consult (zie 4.2)

- 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 4.3)

Neem in elk geval de maatregelen in acht die nodig zijn om het risico op eventuele overdracht van het coronavirus te verlagen (zoals voorafgaand aan het consult uitvragen van mogelijk COVID-19 gerelateerde klachten).

Overige suggesties:

- 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 wachtkamer te laten komen als bezoek bij medisch specialist op korte termijn kan volgen en om begeleiders/familie/partners niet in de wachtkamer te laten wachten
- Overweeg gescheiden routes te maken voor aankomst/vertrek
- Overweeg digitaal/digitale bespreking uitkomst diagnostiek/behandelplan

Suggesties voor beoordeling medische indicatie en noodzaak follow-up (zie 5)

- 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 opschalen van poliklinische non-COVID zorg (zie 6)

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

1. Inleiding

De poliklinische non-COVID zorg is sinds begin maart 2020 sterk gereduceerd in Nederland. Hierbij spelen drie oorzaken een belangrijke rol:

- De noodzaak om personele en infrastructurele capaciteit voor de IC- en klinische opvang van COVID-patiënten beschikbaar te maken, welke ten koste gaat van inzet op de polikliniek.
- Aanpassingen in zorgprocessen in verband met infectiepreventie aanbevelingen van het RIVM, waarbij beschikbaarheid van PBM (Persoonlijke Beschermingsmiddelen) en het hanteren van de anderhalve meter afstand in contact tussen zorgverleners en met patiënten een rol speelt.
- Terughoudendheid bij patiënten om naar huisarts en ziekenhuis te gaan uit vrees voor besmetting met het coronavirus en vanuit de gedachte dat zorgverleners nu onvoldoende tijd hebben voor non-COVID klachten.

De mate waarin de capaciteit voor poliklinische zorg is afgenomen varieert, per regio en per ziekenhuis. Landelijk zien we in de afgelopen maanden een enorme afname aan poliklinische consulten. Dit heeft geleid tot een stuwmeer van uitgestelde poliklinische zorg. Een deel hiervan is voor het ziekenhuis onzichtbaar en betreft patiënten die nog niet zijn verwezen, een ander deel betreft patiënten die zich in het geheel nog niet gemeld hebben bij een arts.

Nu het aantal IC- en klinische opnames van COVID-patiënten gestaag daalt, is het zaak om de poliklinische non-COVID zorg (inclusief de patiënten met doorgemaakte COVID) zo snel mogelijk en op een veilige manier op te starten, zodat schade door suboptimale zorg voor patiënten zoveel mogelijk beperkt wordt. Binnen de definities van dit document wordt onderscheid gemaakt tussen acute zorg (afspraak binnen 1 week), semi-acute zorg (binnen 12 weken) en de niet-semi-acute overige zorg (meer dan 12 weken uitstelbaar). De acute zorg heeft de afgelopen periode in het overgrote deel van de gevallen doorgang kunnen vinden. Deze Handreiking richt zich dan ook met name op opschaling van de semi-acute poliklinische zorg (afspraak binnen 12 weken) en bevat generieke randvoorwaarden en praktische handvatten voor wetenschappelijke verenigingen, medisch specialisten, zorginstellingen en hun verwijzers. Het document biedt in tweede instantie een handvat voor de herstart van de overige (o.a. chronische zorg). Uiteraard kan daar waar dit binnen de lokaal/regionaal beschikbare capaciteit voor wat betreft infrastructuur, middelen en mankracht mogelijk is, ook de electieve zorg worden opgestart. Dit met in achtneming van de landelijke regels aangaande infectiepreventie in verband met het COVID-19 virus. De opstart van de electieve zorg valt buiten de reikwijdte van deze Handreiking.

Noot: 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.

2. Principes en randvoorwaarden voor het opschalen van poliklinische non-COVID zorg

2.1. Inleiding

Het opschalen van de poliklinische zorg non-COVID zorg parallel aan de COVID zorg is een uitdaging, zeker gezien de corona-specifieke, infectiepreventieve beperkingen die nog gelden in zowel de medisch specialistische als huisartsenzorg. Het betekent in ieder geval dat gedurende deze fase de capaciteit van poliklinische zorg doorgaans niet op het niveau van voor de crisis zal komen te liggen. Om ervoor te zorgen dat ook de semi-acute niet uitstelbare poliklinische zorg doorgang kan vinden, zijn meerdere maatregelen nodig. Allereerst moet er een optimale samenwerking zijn met de huisarts en andere verwijzers.

Daarnaast moet de zorg veilig worden ingericht voor patiënt en medewerkers. Knelpunten in de zorgprocessen moeten worden geanalyseerd en zo mogelijk opgelost. Ten slotte moet per patiënt worden bekeken wat noodzakelijk is en op welke termijn, waarbij we de mogelijkheden voor een consult op afstand zo volledig mogelijk willen benutten. Voor de samenleving moet het helder zijn wat wel en niet haalbaar is. In dit document zijn de principes verder uitgewerkt in twee stroomschema's (zie [Bijlage 1](#) en [2](#)) die de processen beschrijven rondom de eventuele verwijzing van een patiënt naar het ziekenhuis en rondom de patiënt met een vervolg afspraak. De bijlagen bevatten tevens suggesties en voorbeelden hoe de zorg op andere manieren georganiseerd kan worden.

2.2. Algemene principes en randvoorwaarden van poliklinische opschaling

Veilige zorg voor de patiënt en de zorgverlener

De patiënt moet kunnen rekenen op veilige zorg en de zorgverlener moet veilig zorg kunnen verlenen. Er is landelijk beleid met duidelijke regels aangaande infectiepreventie in verband met het coronavirus opgesteld. Voor ieder ziekenhuis is duidelijk wat wel en niet kan in de "1,5 meter samenleving" (afstand in wachtkamer, wel/geen persoonlijke beschermingsmaatregelen bij verschillende type contact, wel/geen begeleider die meekomt naar de wacht/spreekkamer, etc.). Zie hiervoor ook [de Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de \(poli\)klinische setting vanwege SARS-CoV-2'](#), het standpunt '[Niet meer besmettelijk na COVID-19 infectie](#)' van de Federatie Medisch Specialisten en [de informatie van het RIVM](#).

Samen Beslissen

Ook bij de opschaling van de poliklinische zorg moet de patiënt kunnen rekenen op gezamenlijke besluitvorming ten aanzien van behandeling en diagnostiek, rekening houdend met diens persoonlijke situatie en voorkeuren.

Optimale spreiding van COVID zorg

Om ervoor te zorgen dat iedere instelling de poliklinische non-COVID zorg zo goed mogelijk kan opschalen 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.

Semi-acute zorg

Welke zorg is binnen 12 weken noodzakelijk en welke zorg is langer uitstelbaar? Mocht de wenselijke termijn niet haalbaar blijken, dan dient een afweging in overleg met de patiënt en de huisarts te worden gemaakt. Wetenschappelijke vereniging en instellingen kunnen adviezen geven over patiëntencategorieën. Het streven is het binnen de gegeven beperkingen zo goed mogelijk leveren van passende zorg waarbij gezondheidsschade tot een minimum beperkt wordt. Bij de lokale afwegingen ten aanzien van opschaling van de poliklinische zorg kunnen in geval van schaarste² landelijk beschikbaar gestelde instrumenten gehanteerd worden, zoals de richtlijnen en leidraden van de wetenschappelijke verenigingen en de daaruit voortvloeiende adviezen ten aanzien van urgentie. Te allen tijde dienen voor de individuele patiënt(e) diens ziektebeloop, context en (waar mogelijk in deze situatie) wens meegenomen te worden in de uiteindelijke urgentiebepaling.

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. Bepaal wat binnen de maximale capaciteit veilig en verantwoord geleverd kan worden en vul dit in. Houdt daarbij rekening met het gegeven dat het opschalen 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.

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. Ook de capaciteit voor veilig diagnostisch onderzoek staat hierbij onder druk door het grote volume aan COVID diagnostiek en toename van tijdsduur en (desinfecterende) handelingen. Dit vraagt goede samenwerking tussen de poliklinieken en de afdelingen voor diagnostisch onderzoek. Daarnaast is voorzetten van rationele aanvragen van diagnostiek en in verband met de huidige situatie een waar mogelijk restrictiever aanvraagbeleid, door medisch specialisten en huisartsen wenselijk. (['De Landelijke Eerstelijns Afspraak \(LESA\) Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek'](#))

² Hier wordt bedoeld schaarste aan infrastructuur, menskracht, hulp- & beschermingsmiddelen en/of medicatie

Goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn, met afspraken over bereikbaarheid en verwijzen

Om de poliklinische zorg efficiënt te gaan hervatten is intensieve samenwerking tussen de verwijzende huisartsen en het ziekenhuis, zoveel mogelijk op basis van de bestaande structuren en werkafspraken, essentieel. Huisartsen spelen, zoals ook voor de COVID pandemie, een belangrijke initiële rol in effectieve triage. Handvatten voor laagdrempelig overleg tussen huisartsen en medisch specialisten hiervoor zijn verder uitgewerkt in hoofdstuk 3 en verder.

Infectiepreventie

Er moeten duidelijke regels zijn met betrekking tot (de aanvullende maatregelen voor) infectiepreventie in verband met het coronavirus en daarvan afgeleid een veilig wachtkamerbeleid. De mogelijkheid om op te schalen met poliklinische zorg is daarom afhankelijk van wat er veilig kan en dus ook van de beschikbaarheid van persoonlijke beschermingsmiddelen en het doelmatig gebruik daarvan. Zie hiervoor de documenten [Leidraad 'Persoonlijke bescherming in de \(poli\)klinische setting vanwege SARS-CoV-2'](#) en het standpunt '[Niet meer besmettelijk na COVID-19 infectie](#)' van de Federatie Medisch Specialisten en de [informatie van het RIVM](#).

Communicatie

Zoals altijd is goede communicatie essentieel wanneer je naar een andere manier van werken gaat.

1. Naar de samenleving en de individuele patiënt:
 - a. Als gevolg van het coronavirus 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 ook tijdens de coronacrisis er vanuit gaan dat dat even veilig kan als daarvoor. ;
 - c. Het moet voor patiënten duidelijk zijn wanneer, waar en op welke wijze het zorgcontact plaatsvindt;
 - 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.

Noot: De NZA werkt momenteel met diverse partijen aan een informatiekaart voor zorgaanbieders "*Weer ruimte voor gewone zorg. Hoe breng je dit als zorgaanbieder succesvol onder de aandacht?*" Daarbij zijn vanuit Patiëntenfederatie zeven uitgangspunten voor communicatie van zorgaanbieders met patiënten aangedragen (Bijlage 7

Uitgangspunten voor communicatie van zorgaanbieders met burgers/patiënten (van Patiëntenfederatie Nederland))

3. Intensiveren van het overleg tussen de verwijzer en de medisch specialist in het ziekenhuis

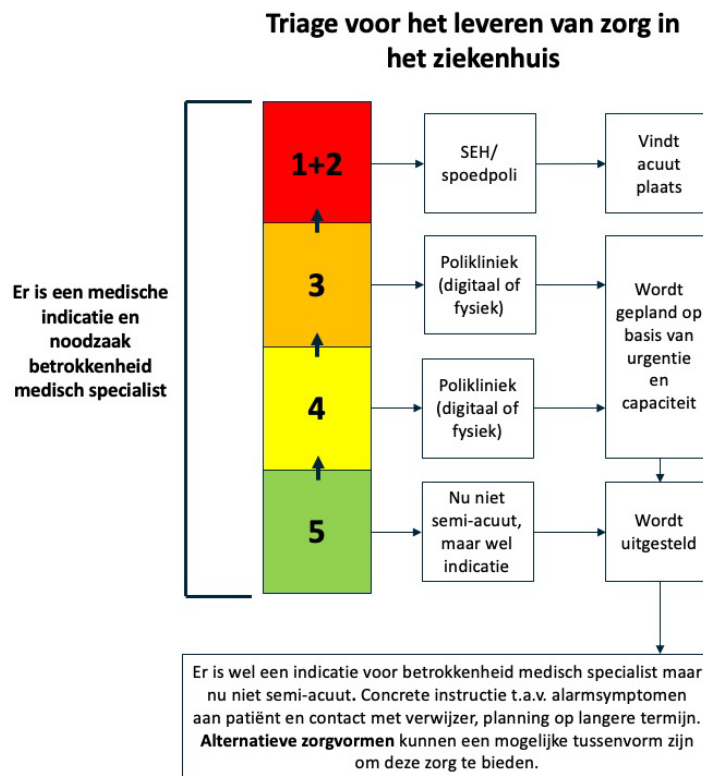
Voor het opstarten van de non-COVID zorg is een goede triage essentieel. Triage met betrekking tot wel/niet verwijzen begint meestal bij de huisarts. Ook de huisartsen herstarten de non-COVID zorg binnen haalbare marges en zo veilig als mogelijk voor patiënt en zorgmedewerkers. Juist in deze herstartfase zijn mogelijkheden voor laagdrempelig overleg over de verwijzing en samenwerking in het zorgproces extra belangrijk. Het komt de efficiency van mens en middelen ten goede als dat zoveel mogelijk gebeurt via de bestaande structuren (zoals bestaande verwijs/triageplatforms en regionale contactafspraken). De volgende suggesties worden gedaan ten aanzien van aanvullende maatregelen die tijdens de opstartfase (en bij wederzijdse positieve ervaring wellicht ook daarna) kunnen helpen:

1. Een of meerdere extra telefoonnummers aanbieden 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.

4. 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. Dit is afhankelijk van onder andere de urgentie, de beschikbare digitale mogelijkheden en de poliklinische en personele capaciteit.

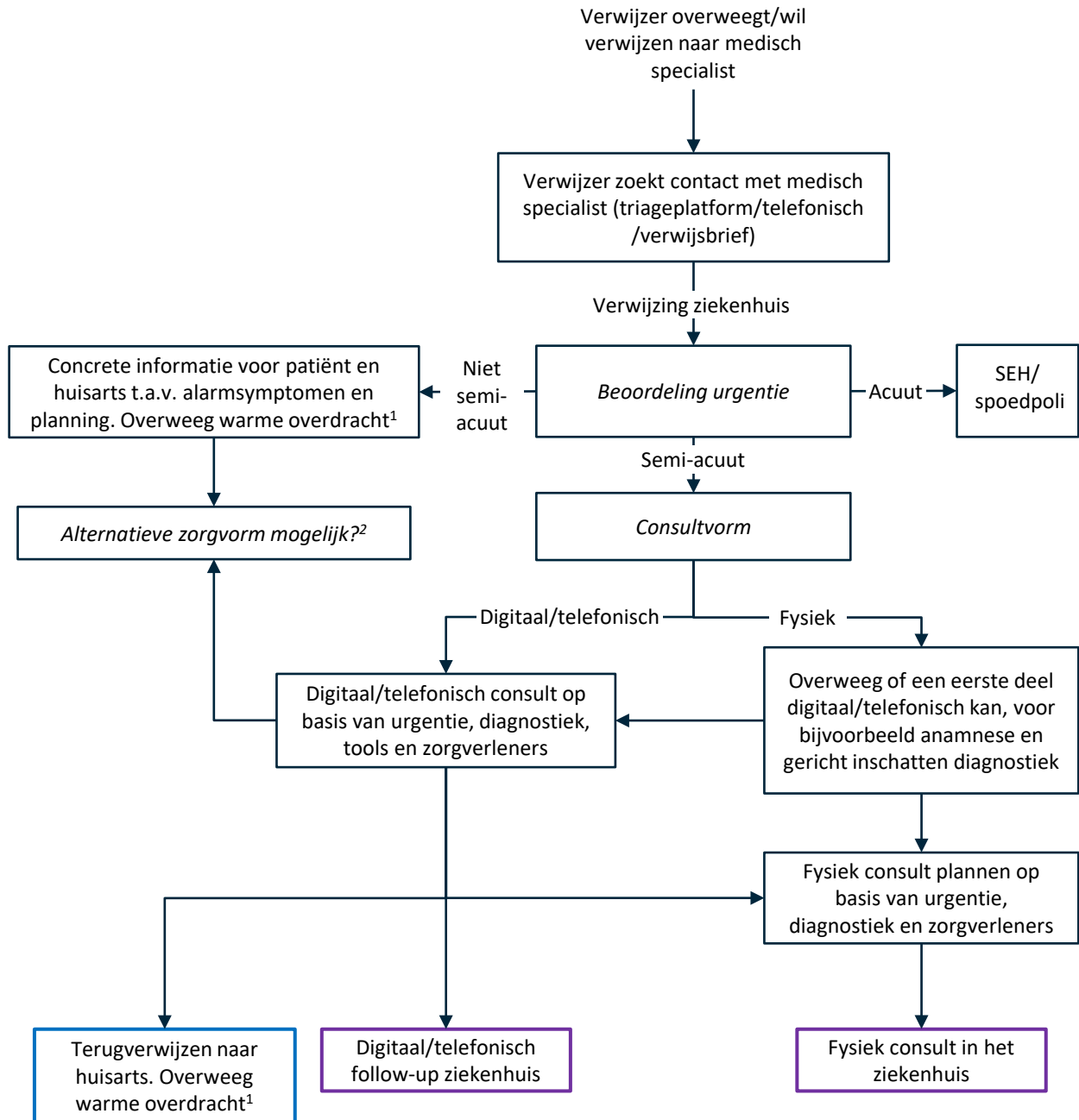
4.1 Beoordeling urgentie



Figuur 1 Voorbeeld van een 5 punts-triage systeem vanuit een ziekenhuis zoals dat op de polikliniek kan worden ingezet bij het opschalen van de poliklinische non-COVID zorg staat hieronder weergegeven (zie verder [bijlage 3](#))

In Figuur 1 staat een voorbeeld hoe een triagesysteem op de polikliniek kan worden ingezet bij het opschalen van de poliklinische non-COVID 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). 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 deze moet 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.

Het is handig als de eigen huisarts over de planning en verstrekte informatie wordt geïnformeerd. Overweeg in aanvulling op deze informatie een warme overdracht en/of overleg met de verwijzer cq huisarts indien gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase wenselijk is. 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 in een stroomschema uitgewerkt met een beschrijving van de verschillende stappen in de daarop volgende paragrafen.



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

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.

4.2. Digitaal/telefonisch consult

Afhankelijk van de lokale omstandigheden zal bekeken moeten worden of een consult digitaal/telefonisch kan plaatsvinden³, of dat een fysiek contact noodzakelijk is. De volgende suggesties kunnen daarbij meegenomen worden:

- Een initieel digitaal/telefonisch consult kan ingezet worden als triage. Hierin wordt beoordeeld of 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.

4.3. Fysiek consult

Als een fysiek consult met de patiënt noodzakelijk is, zal lokaal bekeken moeten worden wat de mogelijkheden zijn. Neem hierbij in elk geval de maatregelen in acht die nodig zijn om het risico op eventuele overdracht van het coronavirus te verlagen (zoals voorafgaand aan het consult klachten uitvragen die kunnen wijzen op een COVID-19 infectie).

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

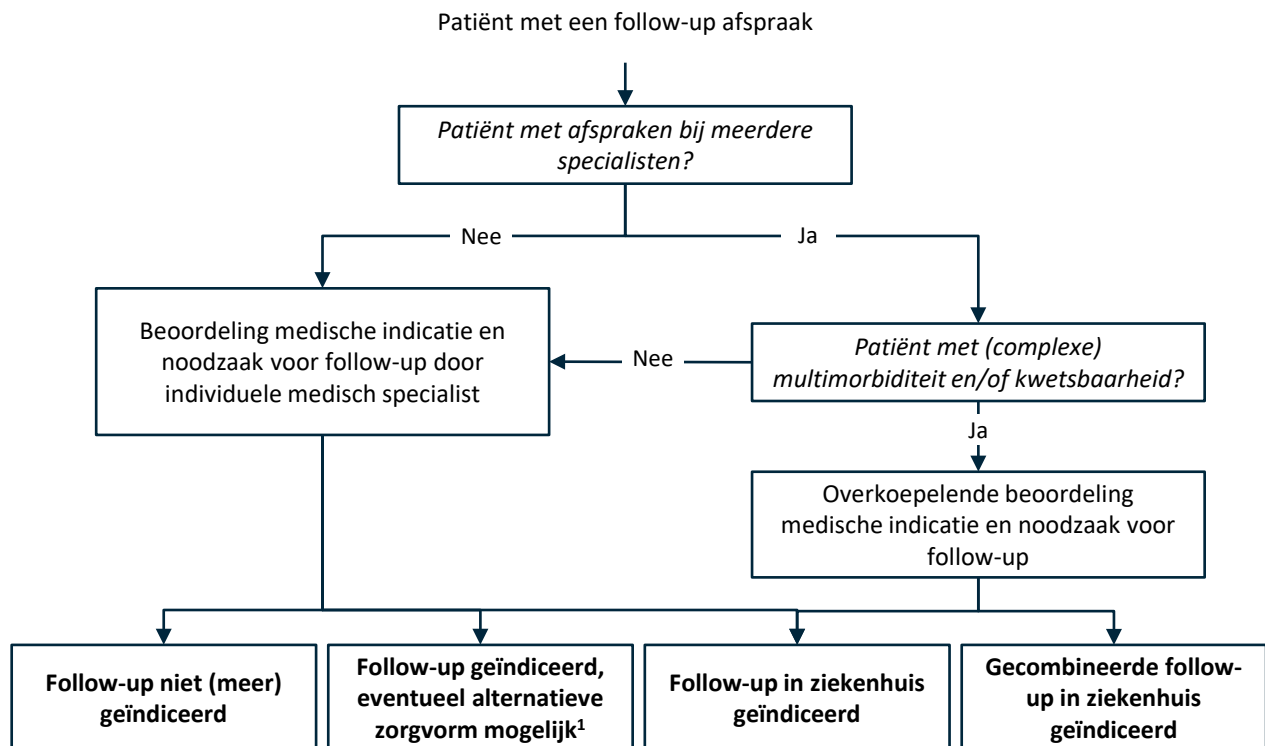
Daarnaast kunnen de onderstaande suggesties overwogen worden.

- 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, alternerend fysieke en telefonisch/digitale consulten in plannen.

³ Bijvoorbeeld: videobellen, e-consult, beveiligde email en/of internetportaal

- In het geval dat er ook poliklinische consulten van een collega medisch specialist gepland staan: eerst met elkaar noodzaak en vorm afstemmen.
- 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.
- Bespreking uitkomst van de diagnostiek en behandelplan via een consult op afstand.
- 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).
- Begeleiders/familie/partners niet in de wachtkamer te laten wachten.
- Gescheiden routes maken voor aankomst en vertrek.

5. 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.

5.1. Beoordeling medische indicatie en noodzaak voor vervolg afspraken door individuele medisch specialist

Voor vervolg afspraken 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.

5.2. 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.

6. Uitdagingen voor opschalen van poliklinische non-COVID zorg

Het opschalen van de poliklinische non-COVID zorg komt met uitdagingen waarvan we er een aantal hieronder (opnieuw) benoemen.

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 maatregelen die genomen moeten worden ter infectiepreventie in verband met het coronavirus.

Ten aanzien van de personele capaciteit:

- Voldoende medisch/ondersteunend personeel omdat zorgmedewerkers nog steeds actief zijn in de COVID zorg, en/of in verband daarmee op een andere manier moeten werken. Daarbij moet rekening gehouden worden met mogelijk beperktere inzet van personeel bijvoorbeeld als gevolg van verlof of ziekte.
- Fysiek en mentaal gezond houden van personeel.

Veel collega's hebben de afgelopen maanden op een andere manier en nog harder gewerkt. 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. [Informatie over hoe fysiek en mentaal gezond](#) te blijven is te vinden op de website van de Federatie.

Ten aanzien van het faciliteren van poliklinische zorg en alternatieve zorgvormen in deze periode:

- Voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's).
- Voldoende van de andere voor de poliklinische zorg noodzakelijke hulpmiddelen (bijv. gazen etc.) en geneesmiddelen.
- Werken conform de kwaliteits- en veiligheidskaders, voor zover de uitdagingen waarmee specialisten geconfronteerd worden daartoe de mogelijkheid toe bieden.

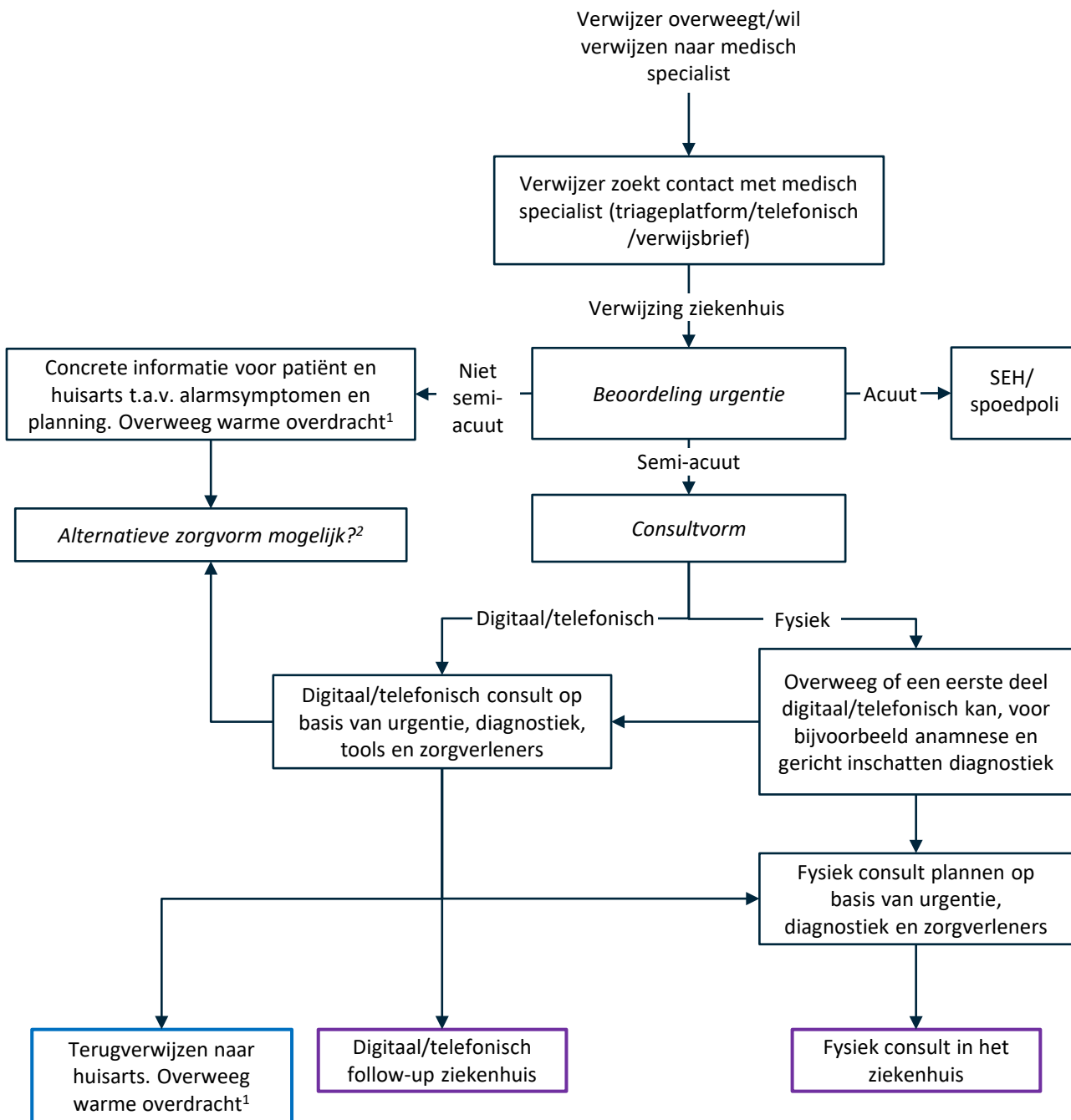
- ICT ondersteuning /instructie op de werkvloer voor van gebruik van (nieuwe) digitale zorg (lokaal en regionaal) toepassingen.
- Voldoende tijd en gelegenheid ook voor een digitaal consult. Een digitaal consult (al dan niet in combinatie met een later fysiek consult) is doorgaans even arbeidsintensief als een initieel fysiek consult.
- Regionale samenwerking.
- Beschikbaarheid en toegankelijkheid van digitale middelen voor patiënten en digitale vaardigheid van patiënten (persoonsgerichte zorg).
- Financiële afhandeling van shared care/extra (COVID) zorgkosten/alternatieve zorgvormen is vooralsnog onduidelijk / niet geregeld ([bijlage 6](#)).
- Capaciteit en tijd voor vaardigheidstraining en scholing van zorgmedewerkers a.g.v. veranderde werkomstandigheden, alternatieve (digitale) contactvormen of andere taakverdeling.

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 ons [visiedocument Medisch Specialist 2025](#). Het momentum van de coronacrisis is ook gebruikt voor het versneld doorvoeren van aanpassingen in de organisatie 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 worden gemaakt, gericht zijn op het bieden van de beste zorg die mogelijk is binnen de huidige omstandigheden en de 1,5 meter samenleving, en niet noodzakelijkerwijs gestart zijn om de kwalitatief beste of meeste efficiënte zorg te leveren.

Bijlagen

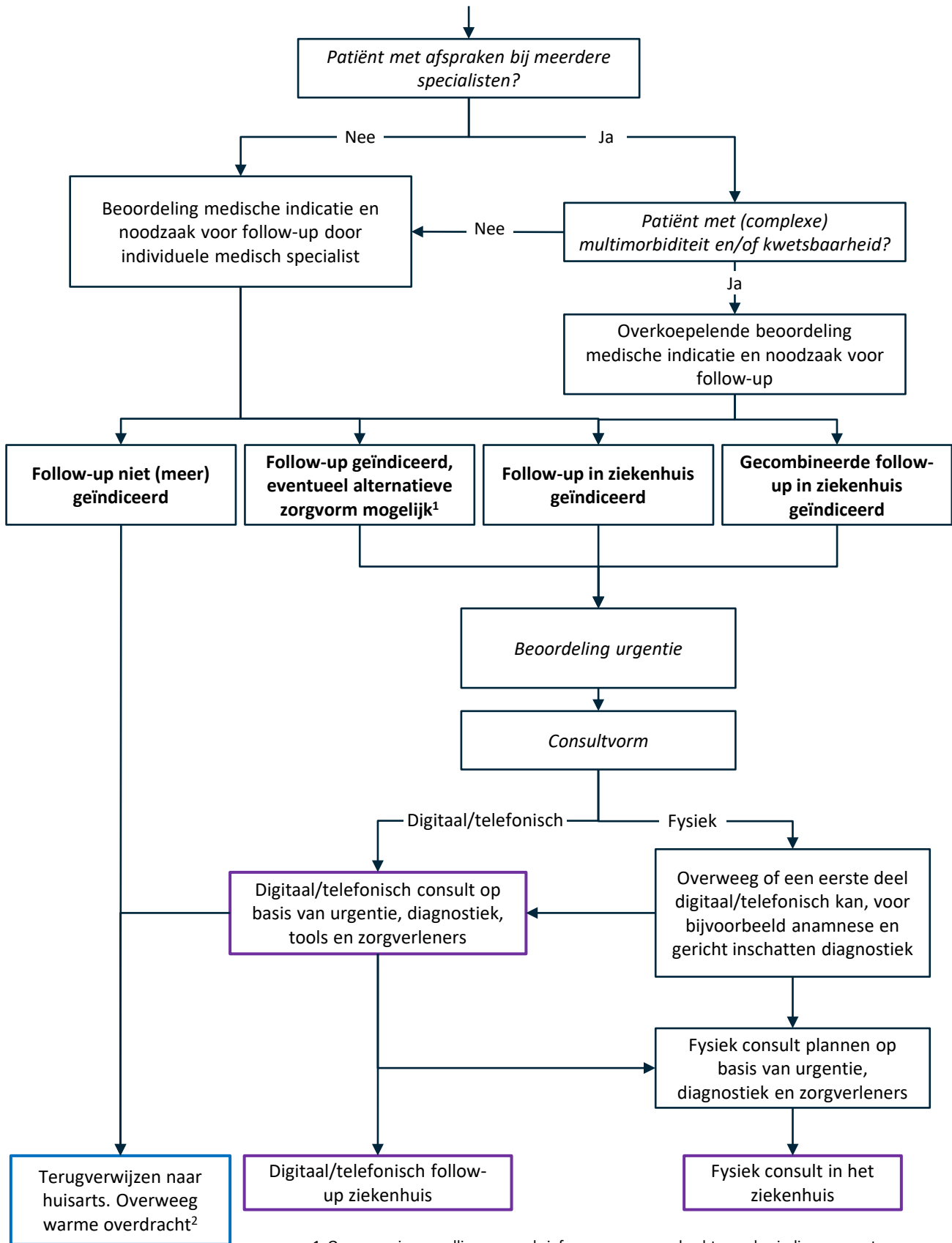
Bijlage 1 Stroomschema 1: verwijzer overweegt/wil verwijzen naar medisch specialist



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

Bijlage 2 Stroomschema 2: patiënt met een vervolg afspraak

Patiënt met een follow-up afspraak

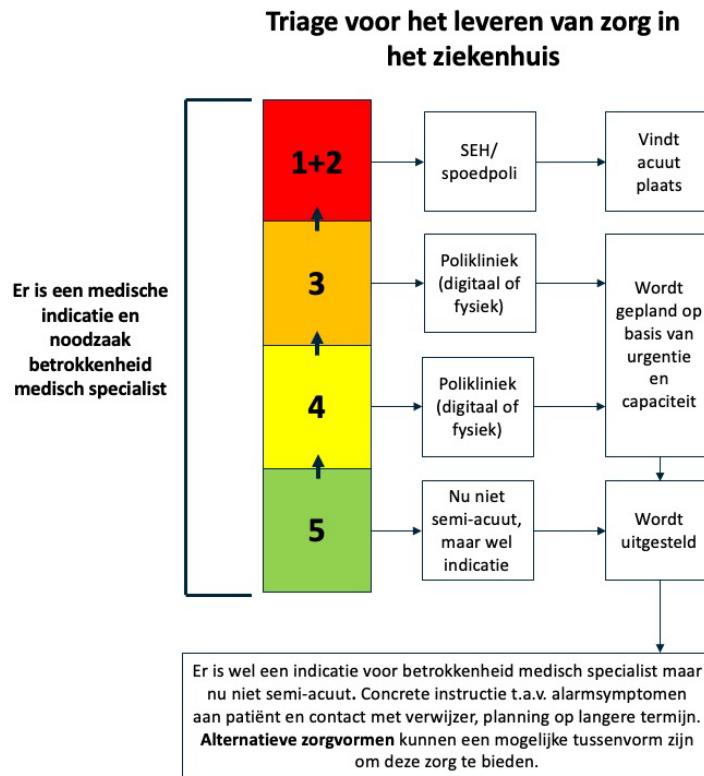


1. Overweeg in aanvulling op een brief een warme overdracht, overleg indien gewenst over mogelijkheden van gezamenlijke opvang tijdens de uitstelfase.

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

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

Dit is een voorbeeld van hoe een triagesysteem op de polikliniek kan worden ingezet bij het opschalen van de poliklinische non-COVID zorg staat hieronder weergegeven.⁴



- 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.

⁴ 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. Het hier gepresenteerde triagesysteem is gebaseerd op een voorbeeld zoals dat binnen een vakgroep KNO in een ziekenhuis gehanteerd wordt. 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

Bespreek 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).⁵

Welke symptomatologie in combinatie met welke diagnostiek hiervoor in aanmerking komt kan per wetenschappelijke vereniging van de poortspecialismes 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/

⁵ 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'](#))

standaarden van de medisch specialisten en huisartsen het uitgangspunt. Hetzelfde geldt voor verwijzingen tussen medisch specialisten.

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 meerdere⁶ 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 de prioriteit(en) van de behandeling(en) en afspraken in het ziekenhuis liggen. Een optie om deze prioriteiten te bepalen is een overkoepelende beoordeling.

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.
 - 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.

⁶ 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 geïnccludeerd. 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.

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 categorieën voor beoordeling van medische indicatie en noodzaak voor follow-up 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.

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/

AANBEVELINGEN

De NZa kan samen met andere betrokken partijen het zorgveld ondersteunen door het maken van passende prestatiebeschrijvingen en tarieven. Aanbevelingen daartoe:

- Maak versneld invoeren van prestatie en tarief voor een e-consult tussen huisarts en medisch specialist mogelijk zodat meer en beter gebruik gemaakt kan worden van onderlinge consultatie tussen 1^e en 2^e lijn ten behoeve van afstemming van mogelijke verwijzing en afstemming over diagnostiek- en behandelvragen. (vervanging van huidige meekijkconsult)
- Zorg voor een prestatie en tarief voor een ‘triageteam’ van medisch specialisten zoals beschreven in het document. Het triageteam adviseert de huisarts over eventuele verwijzing of diagnostiek maar maakt geen behandelplan. Hiermee kan een verwijzing naar de 2^e lijn zo mogelijk worden uitgesteld /voorkomen.

Bijlage 7 Uitgangspunten voor communicatie van zorgaanbieders met patiënten (van Patiëntenfederatie Nederland)

Uitgangspunten	Toelichting
1 Schep reële verwachtingen.	Je bent als zorgaanbieder/zorgprofessional zelf aan zet. Informeer de patiënt in ieder geval over wat verwacht kan worden en wat jij verwacht van de patiënt. Wees duidelijk over wat al wel en nog niet kan en voor welke stroom patiënten je klaar bent. Pas bij veranderingen je communicatie daarop aan.
2 Bied handelingsperspectief.	Er is behoefte aan helderheid over wat de patiënt in welke situatie kan doen. Stel je voor welke situaties zich vaak voordoen in jouw praktijk en zorg voor beschikbaarheid en verspreiding van informatie die daarop aansluit.
3 Communiceer over de veiligheid.	Het is belangrijk te communiceren over de veiligheid in de praktijk en de maatregelen die je hebt genomen. Bijvoorbeeld: “We hebben onze wachtkamer aangepast door ...” en “We dragen beschermingsmiddelen als we face to face contact met je hebben.”
4 Wees sensitief voor angsten.	Mensen kunnen bang zijn om het coronavirus op te lopen in de zorgpraktijk of willen de zorgverleners niet onnodig belasten. Wees je bewust hiervan in je communicatie met de patiënt. Zorg voor informatie die ingaat op de angst en wat je hiermee doet tijdens jouw zorgverlening.
5 Stimuleer contact en biedt ruimte voor dialoog.	Maak het makkelijk voor de patiënt om contact te leggen. Zorg naast de basisinformatie voor een goede dialoog met de patiënt. In verbinding blijven en zorgen wegnemen door hierover in gesprek te gaan is van belang om het vertrouwen, begrip en gewenste handelen van de patiënt te ondersteunen.
6 Zorg dat je informatie gericht is of makkelijk gevonden wordt.	Benader je patiënten op meerdere manieren, bijvoorbeeld via e-mail, informatie op je website of via nieuwsbrief. Zorg dat je de informatie op een logische vindplaats beschikbaar stelt, zoals op een opvallende plek op de homepage van je website.
7 Sluit aan bij landelijke en regionale lijnen en bundel je krachten	Het weer opstarten van gewone zorg vraagt goede regie en afstemming landelijk en regionaal. Zorg dat je communicatie daarop aansluit. Daarbij kan ook je beroeps- of branche organisatie richting geven en communicatieondersteuning bieden. Als je in een samenwerkingsverband zit, profiteer dan van de gezamenlijke communicatiemogelijkheden.