

Uitgangspunten Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) Zorg in een groep - 2025

Het doel van dit document is het vastleggen van de minimale uitgangspunten voor zorg in een groep binnen de GZSP, op basis van de prestatiebeschrijvingen van de NZa. Zorgaanbieders dienen te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving. Aanvullend daarop zijn deze uitgangspunten opgesteld. Zorgverzekeraars zullen de uitgangspunten uniform hanteren bij het formuleren van het inkoopbeleid en de contractering.

Dit document en de regelgeving NZa liggen in elkaars verlengde. Voor patiënten en verwijzers is het van belang dat zij vooraf weten welke zorg er wordt geboden zodat zij kunnen beoordelen of dit aansluit bij de ervaren problematiek. Het zorgprogramma is hier een belangrijke bron voor. ZN heeft in het document [zorgprogramma](#) een overzicht gemaakt van de elementen die in een zorgprogramma beschreven worden.

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

- Kwetsbare patiënten;
- Patiënten met een lichamelijke handicap en/of patiënten met niet-aangeboren hersenletsel;
- Patiënten met de ziekte van Huntington;
- Patiënten met sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking (SGLVG)

2. Doel zorg in een groep

- Geneeskundige zorg: er worden gerichte multidisciplinaire behandeldoelen vastgesteld vóór de start van de behandeling, op basis van functionele diagnostiek;
- Gestructureerd uitvoeren en periodiek evalueren van het behandelplan in een passend behandelklimaat en op een locatie die hiervoor is ingericht¹;
- Behandeling gericht op herstel of vertragen van achteruitgang. Zo lang mogelijk behoud zelfredzaamheid en vermogen tot eigen regie.

3. Voor wie

- Wie in aanmerking komt voor zorg in een groep is beschreven in de prestatiebeschrijvingen.

4. Inclusiecriteria (vast te stellen door regiebehandelaar)

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

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

5. Zorgverleners

Regiebehandelaar

Binnen de zorg in de groep is er een BIG-geregistreerde regiebehandelaar die regie voert op het behandelplan en het multidisciplinair team aanstuurt. Dit zijn;

- Specialist Ouderengeneeskunde (SO);
- Arts VG;
- Gedragwetenschapper².

De BIG-geregistreerde gedragwetenschapper kan alleen regiebehandelaar zijn indien er een zorgprogramma is met een erkend keurmerk, zoals Hersenz, FACT LVB of behandelingen voor de doelgroep jonge mensen met Dementie, die voldoen aan het Kwaliteitskader jonge mensen met dementie van het Kennisplatform Dementie op jonge leeftijd. Nieuwe zorgprogramma's kunnen hiervoor in aanmerking komen als zij door de beroepsgroep worden gedragen.

Gezien de verwachting dat er op korte termijn geen door de beroepsgroep gedragen zorgprogramma's worden gepubliceerd, hanteren we voor 2025-2026 de volgende uitzondering:

- Het uitgangspunt blijft dat minimaal 60% van de behandeling door de BIG-geregistreerde gedragwetenschapper wordt uitgevoerd. Tevens verlenen alle betrokken disciplines zorg in het kader van een multidisciplinair behandelplan.
- Zorgaanbieders die regionaal³ zorginhoudelijk gedragen zorgprogramma's voorleggen met daarin expliciet beschreven in welke hoedanigheid de gedragwetenschapper regiebehandelaar is, hoe het behandeltraject er uit gaat zien en wanneer welke verlengde arm constructie noodzakelijk is, kunnen in aanmerking komen voor een uitzondering. Deze zorgaanbieders kunnen hun zorgprogramma indienen bij de preferente verzekeraar. De verzekeraar zal toetsen op de volledigheid en de regionale overeenstemming van het zorgprogramma.
- Indien het gaat om een zorgprogramma voor mensen met een verstandelijke beperking wordt het zorgprogramma daarnaast gebaseerd op de elementen die omschreven zijn in het document Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen⁴. Deze is door HHM in samenspraak met de beroepsgroepen en ZN opgesteld.

*Medebehandelaars*⁵

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

Verpleegkundig specialist/Physician assistant

- De verpleegkundig specialist of physician assistant kan - indien bevoegd en bekwaam – onder eindverantwoordelijkheid van de SO of arts VG regie voeren op het behandelplan en het multidisciplinair team aansturen, mits er een handreiking samenwerking en taakherschikking vanuit de beroepsgroep beschikbaar is en gehanteerd wordt. Daarnaast is de taakherschikking schriftelijk vastgelegd.
- VS en PA kunnen alleen taken overnemen in afstemming met een SO of arts VG die in de organisatie werkzaam is⁶.

² Klinisch psycholoog, GZ-psycholoog, Orthopedagoog generalist en Klinisch neuropsycholoog.

³ [Zorgprogramma GZSP \(zn.nl\)](https://www.zn.nl/onderwerpen/zorgprogramma-gzsp)

⁴ [Eindrapportage Inzicht in de GZSP \(vgn.nl\)](https://www.zn.nl/onderwerpen/eindrapportage-inzicht-in-de-gzsp)

⁵ Bijv. paramedici

⁶ Verenso, standpunt taakherschikking 2021

Ondersteunende disciplines

- Op indicatie van de regiebehandelaar kunnen, naast medebehandelaars, ondersteunende disciplines worden ingezet, zoals agogen en activiteitenbegeleiders, indien er een erkend zorgprogramma onder ligt die ook voldoet aan stand van wetenschap en praktijk. Nieuwe zorgprogramma's kunnen hiervoor in aanmerking komen als zij door de beroepsgroep worden gedragen.
- Er zijn gekwalificeerde begeleiders/verzorgenden met een relevante opleiding (minimaal niveau 3) aanwezig op de momenten dat er geen directe behandeling plaatsvindt.

6. Duur

- Afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en de prognose/onderbouwing van de regiebehandelaar, zoals beschreven in het behandelplan.
- Het behandelplan wordt minimaal elk half jaar multidisciplinair geëvalueerd, waarna de behandeldoelen zo nodig worden bijgesteld of besloten wordt de behandeling te beëindigen. In het behandelplan is opgenomen wanneer geëvalueerd wordt.

7. Exit criteria

- Als het doel van de behandeling bereikt is en er geen vervolgoel is gesteld voor zorg in een groep.
- Als de behandeling afgeschaald kan worden naar reguliere eerstelijnszorg of overgedragen aan de (Wmo) dagbesteding.
- Als blijkt dat het behandeldoel niet wordt behaald, bijvoorbeeld door achteruitgang.
- Als iemand niet meer in een groep kan functioneren.
- Als deelname te belastend wordt.
- Als de patiënt niet meer (veilig) naar de locatie kan komen.
- Als de veiligheid (patiënt, medepatiënten, medewerkers) in het geding is.
- Als er een noodzaak tot klinische opname is.
- Als er geen eigen regie meer is.
- Als 24 uur zorg/toezicht nodig is.
- Als er een Wlz-indicatie is.

8. Aantal dagdelen

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

9. Verhouding behandeling versus activering

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

10. Randvoorwaarden voorzieningen binnen instellingen

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

11. Afbakening Wmo

- Iemand kan zowel gebruik maken van zorg in een groep als Wmo-dagbesteding. Het onderscheid wordt bepaald door de geneeskundige context door middel van een behandelplan, behandeldoelen en regiebehandelaar die bij GZSP van toepassing zijn.

September 2024