



# Best practices van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Praktische voorbeelden van netwerken,  
samenwerking, bekostiging en organiseren  
van andere randvoorwaarden

## Inhoud

Inleiding.....	2
Hoofdstuk 1 Netwerk .....	4
Hoofdstuk 2 Samenwerking .....	8
Hoofdstuk 3 Bekostiging.....	11
Hoofdstuk 4 Lessen uit de praktijk.....	13
Bijlage 1 Voorbeeld consultatiekaart .....	14

## Inleiding

**Het idee voor dit 'best practices boek' voor de eerste lijn is ontstaan vanuit gesprekken tussen Verenso, Zorgverzekeraars Nederland, samen met specialisten ouderengeneeskunde, zorgverzekeraars en zorgkantoren. Vanuit de gemeenschappelijke wens om zorg voor kwetsbare ouderen thuis nu en in de toekomst te kunnen bieden met inzet van expertise van de specialist ouderengeneeskunde, is gesproken over nut en noodzaak om best practices te delen. Vanuit de gemeenschappelijke wens om zorg voor kwetsbare ouderen thuis nu en in de toekomst te kunnen bieden met inzet van expertise van de specialist ouderengeneeskunde, hebben we gesproken over nut en noodzaak van best practices Om van elkaar te leren uit de praktijk en te inspireren.**

### Kader

Dit best practices boek is gebaseerd op de praktijkervaringen in de eerste lijn anno 2021. Zorg in de eerste lijn beslaat zowel de zorg thuis als in kleinschalige woonvormen, zowel de zorgverzekeringwet als langdurige zorg. Daar waar specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen samenwerken in de zorg voor kwetsbare patiënten. De beschreven best practices zijn uitsluitend bedoeld ter inspiratie over mogelijkheden en kansen, om te leren van elkaar.

Dit 'boek' is geen strategisch document waarin een visie wordt neergezet of een richtlijn wordt gegeven. Hiervoor verwijzen we naar beleidstukken, leidraden en andere publicaties van onder meer Verenso. We beschrijven enkel en alleen hoe nu wordt gewerkt, soms aangevuld met informatie over regelgeving zoals bekostiging.

De uitdaging is om de best practices voorbeelden zo concreet maken dat anderen er direct mee aan de slag kunnen. De beschrijvingen gaan verder dan een algemene beschrijving. Een best practise dient de "hoe dan?" vraag te beantwoorden. Waar mogelijk wordt verwezen naar websites van zorgaanbieders voor verdere informatie.

Dit boek is een groeidocument. Nieuwe best practices zullen worden toegevoegd. Aanleveren van best practices kan door deze te sturen aan Verenso: [info@verenso.nl](mailto:info@verenso.nl).

### Voorbeelden uit de regio's

Voor het eerste concept zijn voorbeelden uit vier regio's gebruikt. Uiteraard zijn er nog veel meer goede voorbeelden in Nederland. In 2022 gaan we bij zorgverleners, verzekeraars en zorgkantoren langs met de vraag om meer voorbeelden te beschrijven. Deze zullen in een nieuwe versie verwerkt worden.



## Verantwoording

Dit *best practices boek* is samengesteld voor en door specialisten ouderengeneeskunde en verzekeraars met als doel om inspiratie te bieden aan zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars, en beleidsmakers van overheidsinstanties, hoe zorg door en met specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn kan worden georganiseerd. Denk aan de mogelijkheden binnen andere regelgeving dan GZSP, voorbeelden van samenwerking en afstemming tussen zorgverleners, mandaat en vastlegging van afspraken.

## Hoofdstuk 1 Netwerk

### Inleiding netwerk

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal: Hoe bouwt en onderhoudt men een netwerk in de eerste lijn vanuit het doel om structuur te geven aan de samenwerking? Het gaat hier niet om de samenwerking tussen zorgprofessionals in de dagelijkse praktijk van zorg en behandeling voor kwetsbare patiënten. Hiervoor verwijzen we naar hoofdstuk 2 Samenwerking.

Voor duurzame samenwerking in de eerste lijn is het essentieel om goede afspraken te maken. Denk bijvoorbeeld aan:

- Met wie en op welk niveau (lokaal, gemeente, regionaal) zijn afspraken gemaakt en waarom werkt dit in de regio?
- Welke professionals en partijen zijn op welke wijze aangesloten: vaste samenwerking en flexibele schil? Denk aan gemeente, VVT instellingen, zorgkantoor, verzekeraars, coöperatie van zorgprofessionals, huisartsenkoepels, et cetera.
- Vastlegging van afspraken tussen verschillende partijen: hoe wordt samenwerking geborgd, geëvalueerd en bijgesteld?

### Best practices Netwerk

#### Voorbeeld samenwerking op regionaal niveau

Initiatief: Werkconferentie Verbinding van(uit) kwetsbaarheid

Locatie: regio Arnhem

Website: [Onze Huisartsen](#)

Beschrijving: Binnen regio Arnhem heeft in 2018 een werkconferentie 'Verbinding van(uit) kwetsbaarheid' plaatsgevonden. In dit initiatief van 15 bestuurders van verschillende zorginstellingen zijn op bestuurlijk niveau afspraken gemaakt met alle partijen in de ouderenzorg in de regio voor een betere regionale samenwerking. De deelnemers aan de conferentie hebben zich bestuurlijk verbonden aan een zestal beloftes, welke een jaar later werden geëvalueerd. Ook specialisten ouderengeneeskunde hebben hier aan deelgenomen. Dit zijn de beloftes die aan elkaar zijn gemaakt:

1. 24/7 bereikbaarheid is voor de patiënt geregeld;
2. Juiste zorg voor de patiënt op het juiste moment op de passende plek;
3. Mantelzorg is vanaf de eerste dag op het netvlies van de zorgverlener;
4. Er is één aanspreekpunt voor de patiënt;
5. "Op de hoogte": hulpverleners van de patiënt weten elkaar te vinden
6. De zorgprofessional gelooft in haar vak en in haarzelf.

Zie ook verslag in de video op: [Actueel | Onze Huisartsen](#)

---

#### Voorbeeld netwerk op gemeenteniveau

Organisatie: ZorgSpectrum

Locatie: gemeente Houten

Website: [Goed oud worden in Houten - Project DuurSaam Houten \(zorginhouten.nl\)](#)

Beschrijving: ZorgSpectrum is een grote VVT-organisatie waar 16 specialisten ouderengeneeskunde werkzaam zijn. Naast intramurale zorg wordt ook eerstelijnszorg geleverd. Drie mobiel geriatrische teams (MGT) bieden diagnostiek, behandeling en begeleiding aan thuiswonende ouderen. Elk team bestaat minimaal uit een specialist ouderengeneeskunde, een gezondheidszorgpsycholoog (in opleiding) en een casemanager. De teams zijn verdeeld over de verschillende regio's: Houten, Nieuwegein en Vianen.

Binnen gemeente Houten wordt er reeds jarenlang consulten uitgevoerd door het MGT. Op initiatief van 'Zorg in Houten' (een reeds bestaand samenwerkingsverband van de vijf medische centra in de gemeente) is project 'DuurSaam Houten' gestart in samenwerking met onder andere de gemeente, het sociaal team, VVT-organisaties en het ziekenhuis. Deze samenwerking is gestart om een integraal en samenhangend aanbod van ondersteuning en zorg voor ouderen te bieden in gemeente. Het MGT waaronder de specialist ouderengeneeskunde valt, heeft hier ook aan deelgenomen. In het project zijn samen met de ketenpartners de samenwerkingsafspraken versterkt en duidelijk vastgelegd, zoals afspraken met de huisarts over binnen welke termijn een consultatie moet plaatsvinden en hoe de terugkoppeling plaatsvindt. Inmiddels is het project 'DuurSaam Houten' verder gegaan als netwerkorganisatie. De samenwerking wordt onderhouden door structurele evaluatiemomenten, waarbij afspraken zo nodig worden aangepast.

---

### **Voorbeeld overzicht huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn**

Locatie: regio Arnhem

Website: [Onze Huisartsen](#)

Beschrijving: In de regio Arnhem is vanuit de huisartsenregio Arnhem is op praktijkniveau een overzicht gemaakt welke VVT-organisaties of specialisten ouderengeneeskunde door een huisarts benaderd kunnen worden voor consultatievragen. Dit overzicht werkt beide kanten op, dus huisartsen kunnen zien welke specialist ouderengeneeskunde ze kunnen vragen en hoe die te bereiken is. Specialist ouderengeneeskunde kunnen zien welke huisartsen er bij een praktijk werkzaam zijn (of in ieder geval de praktijkhouders) en of er een POH-ouderen bij de praktijk betrokken is. De wens is om dit overzicht uit te breiden met wijkcoaches, wijkverpleging en casemanagers.

---

### **Netwerk in opbouw in krimpgebied**

Organisatie: Ouderenpraktijk Friesland

Locatie: noordwest Friesland en deel Leeuwarden

Website: [Ouderenpraktijk Friesland](#)

Beschrijving: Ouderenpraktijk Friesland is een maatschap bestaande uit twee specialisten ouderengeneeskunde die zich volledig richten op eerstelijnszorg, het ondersteunen van de huisartsen in noordwest Friesland en deel Leeuwarden bij de zorg voor de kwetsbare ouderen.

In de regio noordwest Friesland werd de positie van de specialist ouderengeneeskunde niet ingevuld. Ouderenpraktijk Friesland is hierop ingesprongen door samenwerkingsafspraken te maken met de huisartsen in deze regio. De samenwerking met enkele huisartsen uit Leeuwarden komen voort uit een eerder dienstverband in de stad. Deze contacten zijn door schaarste nooit overgenomen door specialisten ouderengeneeskunde van de lokale zorgorganisaties. Met de (meeste) huisartsen zijn intentieverklaringen opgesteld waarin verantwoordelijkheden, voorwaarden, jaarlijkse evaluatie van de samenwerking etc. beschreven zijn. De huisartsenpraktijken zijn in principe verdeeld onder specialisten ouderengeneeskunde, maar er wordt onderling ook waargenomen of bijgesprongen bij drukte.

Er zijn contacten gelegd met regionale (eerstelijns) paramedici, waarbij een geriatrie aantekening bijzonder gewaardeerd wordt. Daarbij is het onbelangrijk of de paramedici zelfstandigen zijn of werken voor een zorgorganisatie. Er wordt nauw samengewerkt met POH's, wijkverpleegkundigen, zorgmedewerkers, paramedici en casemanagers dementie. Dit is een dynamisch proces. Ouderenpraktijk Friesland heeft een samenwerkingsovereenkomst met een zorgcentrum voor Wlz patiënten zonder behandeling waarin is vastgelegd dat de specialist ouderengeneeskunde deelneemt aan het MDO en consulten kan verrichten op verwijzing van de huisarts (H335).

Tevens heeft Ouderenpraktijk Friesland een samenwerkingsovereenkomst als onderaannemer van een grote zorgorganisatie voor een gedeelte van hun werkgebied, nabij de noordwest hoek, met een aantal verzorgingshuizen met patiënten met Wlz zonder behandeling. Er is afgesproken dat de specialisten ouderengeneeskunde deelnemen aan het MDO en consulten verrichten op verwijzing van de huisartsen (H335).

---

### **Netwerk ouderenzorg in noord en midden Limburg**

Organisatie: De Zorggroep (noord en midden-Limburg)

Locatie: Roermond tot en met Bergen (L)

Website: [De Zorggroep - Home page](#)

Beschrijving: de samenwerking met huisartsen loopt via verschillende lijnen daar waar het huisartspatiënten betreft: naast een breed palet aan verpleeghuiszorg, zijn er ook zorgcentra met huisartspatiënten gemengd met VV-patiënten, dagbehandelingen (PG, somatiek, jong-dementerenden, parkinson), dagbestedingen, drie geriatrische revalidatie zorg (GRZ) afdelingen met tevens eerstelijnsverblijf (ELV) bedden en een grote thuiszorgtak. Twaalf specialisten ouderengeneeskunde komen bij cliënten thuis en in de huisartsenpraktijken. Daarnaast werken zij ook allemaal intramuraal dan wel op de dagbehandeling. Vier specialisten ouderengeneeskunde doen medische verklaringen ten behoeve van een IBS of RM beoordelingen thuis.

Samenstelling team:

Twaalf specialisten ouderengeneeskunde werken samen met VV-behandelaren (GZ-psychologen, fysiotherapeuten, logopedisten, diëtist, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers) alsmede behandelaren in de eerste lijn, diverse thuiszorgorganisaties en parkinsonverpleegkundigen. Afstemming met klinisch geriater dan wel parkinsonneurologen vindt plaats indien deze in medebehandeling zijn.

De opbouw van het netwerk/samenwerking in de eerste lijn in de regio bestaat uit de volgende onderdelen:

1. *Dementienetwerk:* DEC (diagnose-expertise-centrum) / HBD (Hulp bij dementie). Hier wordt diagnostiek dementie uitgevoerd in samenwerking met ouderenpsychiater, klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde-GGZ, GZ psychologen en trajectbegeleiders (=casemanagers) dementie (-verpleegkundigen met geriatrische dan wel psychiatrische expertise). Met wekelijks multidisciplinair overleg (DEC) met bespreking nieuwe aanmeldingen/ casuïstiekbespreking en verder met name veel huisbezoeken in het kader van dementie-diagnostiek.
2. *Ouderenmodule/GOZ (geïntegreerde ouderenzorg):* samenwerking met een groot deel van de huisartsenpraktijken met betrekking tot kwetsbare ouderen. Kernteam: huisarts, POH ouderenzorg, specialist ouderengeneeskunde met korte lijnen naar casemanagers (POH/ wijkverpleegkundige/ trajectbegeleider HBD of parkinsonverpleegkundige). Elke twee- of vierweken overleg met het kernteam eventueel aangevuld met behandelaren / casemanagers eerste lijn. Jaarlijks per praktijk evaluatie en overkoepelend twee keer per jaar overleg door kaderartsen eerste lijn met de kaderhuisartsen ouderen middels 'expertteam ouderenmodule'. Hiervoor wordt ECD gebruikt: multidisciplinair eerstelijnsdossier Vip dan wel Vital Health.
3. *Overeenkomsten met drie huisartsenorganisaties voor consultaties specialist ouderengeneeskunde voor alle huisartsenpraktijken in de regio:* overeenkomsten voor eenmalige consultatie (telefonisch, digitaal of middels huisbezoek) dan wel medebehandeling.
4. *Geriatrische revalidatie:* samenwerking specialisten ouderengeneeskunde uit de GRZ met klinisch geriater, revalidatieartsen met de mogelijkheid om triage GRZ in thuissituatie uit te voeren.
5. *7x24 uur bereikbaarheid specialisten ouderengeneeskunde:* voor telefonisch overleg / consultatie Overdag per praktijk één vaste specialist ouderengeneeskunde en buiten kantoor tijd via de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde.

6. *Deelname aan UKON -expertteam extramurale behandeling*: netwerk van deskundigen ouderengeneeskunde / -zorg uitgaande van Radboud-eerstelijnsgeneeskunde.
7. *Breed regionaal VVT overleg / afstemming*: overleg op bestuurlijk en inhoudelijk niveau met Land van Horne en Proteion met als doel waarborgen eerste lijn: geen concurrentie maar samenwerking en streven naar een toekomstbestendige ouderenzorg in de regio.
8. *Deelname aan proeftuinen ambulante WZD*: door twee praktijken in de regio met specialisten ouderengeneeskunde en een kaderarts eerste lijn / tevens WZD-functionaris in de werkgroep, samenwerking huisartsen, POH ouderenzorg, hulp-bij-dementie.
9. *Eerstelijns IBS*: voor beoordelingen is er een samenwerkingsverband met de regiopartners (Land v Horne en Proteion) met een rouleerschema opgezet daar waar nog geen organisatie is betrokken.
10. *Gemeentelijke niveau*: enkele gemeentes met jaarlijkse bijeenkomst van alle hulpverleners op gebied van ouderenzorg.
11. *Parkinsonnet regio*: een kaderarts is lid van parkinsonnet: een multidisciplinair netwerk waar ook parkinsonverpleegkundigen / neurologen toe behoren naast vrijwel alle behandelaren waar in eerste lijn mee wordt samengewerkt.



## Hoofdstuk 2 Samenwerking

### Inleiding samenwerking

Vanuit het netwerk dienen voor de zorg en behandeling van kwetsbare patiënten samenwerkingsafspraken te worden gemaakt. Hoe werken zorgverleners samen (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, POH, fysio, wijkverpleging, psycholoog, etc.) om de zorg te kunnen verlenen en welke afspraken worden hierin gemaakt?

In dit hoofdstuk komen onderwerpen aan bod als:

- Welke afspraken worden gemaakt: zoals reactietijd, welke vormen van ondersteuning (consult, sparren met huisarts, behandelplan, regievoering), frequentie van patiëntbesprekingen: voorafgaand en tijdens traject, hoe is gegevensuitwisseling geregeld, frequentie van evaluatie, bereikbaarheid tijdens kantooruren en weekend/nacht, tijd nemen voor ontwikkelingen, intervisie, etc.
- Rol van MDO en hoe is deze georganiseerd (welke zorgverleners zijn aanwezig, welke afspraken zijn gemaakt rondom inbreng van patiënten, frequentie van MDO, locatie/digitaal)?
- Welke expertises van de specialist ouderengeneeskunde worden ingezet?
- Hoe wordt preventie georganiseerd?

### Best practices samenwerking

#### Voorbeeld start van samenwerking met huisartsen

Organisatie: Coöperatie SO Consult Midden-Nederland

Locatie: Midden-Nederland, waaronder de Bilt

Beschrijving: vanuit Coöperatie SO Consult Midden-Nederland, waarin specialisten ouderengeneeskunde zorg in de eerste lijn verlenen, zijn er al jaren samenwerkingsverbanden met zorgverleners in de omgeving. Door huisartsen te ondersteunen bij de zorg voor kwetsbare patiënten, zijn er minder verwijzingen naar het ziekenhuis nodig. Recent is daardoor een nieuwe samenwerking ontstaan met huisartsen van Gezondheidscentrum De Bilt. Gezamenlijk zijn ze gestart met een soort intervisiebijeenkomsten. In deze bijeenkomsten leren huisartsen, POH-ouderen en specialisten ouderengeneeskunde elkaar middels casuïstiek beter kennen en onderzoeken gezamenlijk waar ieders behoefte aan samenwerking zit. Casuïstiek wordt geanonimiseerd ingebracht door de POH-ouderen. De eerste verwijzingen naar de specialist ouderengeneeskunde zijn hier reeds uit voortgekomen. Na de kennismakingsfase volgen op termijn nog specifieke samenwerkingsafspraken.

---

#### Voorbeeld modelovereenkomst samenwerkingsafspraken

Initiatief: Werkconferentie Verbinding van(uit) kwetsbaarheid

Locatie: regio Arnhem

Website: [Onze Huisartsen](#)

Beschrijving: in de regio Arnhem is een modelovereenkomst met samenwerkingsafspraken naar zowel naar huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde gestuurd om het vastleggen van de samenwerking te faciliteren. Deze samenwerkingsafspraken zijn ook belangrijk voor de contractering van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn via GZSP. In bijlage 1 is de overeenkomst terug te vinden.

---

## **Samenwerking in Friesland: aanwezigheid, gegevensuitwisseling en bereikbaarheid**

Organisatie: Ouderenpraktijk Friesland

Locatie: noordwest Friesland en deel Leeuwarden

Website: [Ouderenpraktijk Friesland](#)

Beschrijving: Ouderenpraktijk Friesland is een maatschap bestaande uit 2 specialisten ouderengeneeskunde die zich volledig richten op eerstelijnszorg, het ondersteunen van de huisartsen in noordwest Friesland en deel Leeuwarden bij de zorg voor de kwetsbare ouderen. Ouderenpraktijk Friesland is tijdens kantooruren telefonisch bereikbaar. Ook via e-mail, zorgdomein, SILO wordt gecommuniceerd met huisartsen, andere zorgverleners en behandelaren. De huisartsen verwijzen via Zorgdomein en kunnen kiezen tussen een toegangstijd van 14 en 30 dagen. In principe wordt er geen spoedzorg geboden (binnen 24 uur).

Er is regelmatig overleg met de verwijzers om het behandelplan en de regie daarop af te stemmen. De huisarts belt ook geregeld om even te sparren over een casus. Bij enkele huisartsen werkt de specialist ouderengeneeskunde een structureel een dagdeel vanuit de huisartsenpraktijk. Er is dan mogelijkheid tot inzage en rapporteren in het HIS (mits toestemming patiënt). Deze aanwezigheid biedt ook de mogelijkheid tot laagdrempelig contact en uitwisseling van kennis. Er is regelmatig contact en overleg met betrokken zorgverleners en/of behandelaren over het behandelplan.

Ouderenpraktijk Friesland heeft een eigen ECD voor de GZSP-zorg. Er wordt gebruik gemaakt van het HIS van enkele huisartsenpraktijken. Vital Health is een platform wat steeds verder ontwikkelt wordt in de regio ter bevordering van de samenwerking. Voor wat betreft de rapportage van het MDO en consulten van de patiënten die vallen onder de samenwerkingsovereenkomsten met de zorgorganisaties, maken de specialisten ouderengeneeskunde gebruik van hun betreffende ECD.

Meerdere huisartsenpraktijken organiseren op structurele basis MDO's kwetsbare ouderen. De frequentie wisselt per praktijk. De bezetting van het MDO verschilt per praktijk van huisartsen, thuiszorg tot gemeente. De huisarts of POH brengt de patiënten in, meestal op verzoek van andere betrokkenen. De specialisten ouderengeneeskunde nemen deel aan dit MDO ongeacht of er patiënten worden besproken waar de specialist ouderengeneeskunde op dat moment bij betrokken is.

---

## **Voorbeeld van organisatie van efficiënt werkende MDO**

Organisatie: ZorgSpectrum

Locatie: gemeente Houten

Website: [ZorgSpectrum | Home](#)

Beschrijving: het Project DuurSaam Houten heeft samenwerkingsafspraken o.a. met medische centra (MC's) en Mobiel Geriatisch Team Houten (MGT). Het MGT bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en casemanager dementie.

Het MGT heeft een vaste werkwijze voor de huisartsen, bestaande uit:

- Volledig multidisciplinair assessment en vaststellen behandelplan. Dit duurt maximaal 6 weken na verwijzing;
- Minimaal 2 maal per jaar terugkoppeling naar de huisarts en andere betrokkenen;
- Aanwezigheid bij MDO's op uitnodiging van een huisarts;
- Communicatie via de VIP live App bij nieuwe ontwikkelingen en onderhouden laagdrempelig telefonisch contact. Hierdoor is iedereen vaak goed op de hoogte van de aandachtspunten die spelen. Dit helpt om het MDO efficiënt te houden.

De POH ouderen/somatiek is de spil van de organisatie van het MDO:

- Vraagt 2 weken voorafgaand aan een MDO aan de huisartsen en het MGT welke cliënten besproken moeten worden;

- Stuurt een 1 week van te voren de agenda naar het MGT zodat de cliënten voorbereid kunnen worden;
- Zorgt ervoor dat in ieder geval huisarts, POH, specialist ouderengeneeskunde, casemanager aanwezig zijn;
- Daarnaast zijn aanwezig op indicatie: wijkverpleging, paramedici, patiënt en familie.

In het MDO zelf:

- Wordt tijdsefficiënt gewerkt met een agenda: 1 cliënt per 5 à 15 minuten, als cliënt en/of familie aanwezig is maximaal 30 minuten. Door de voorbereiding van de aandachtspunten kan efficiënt overlegd worden;
- Blijft het MGT blijft zitten en rouleren de huisartsen zo nodig;
- Bestaat de mogelijkheid om casuïstiek te bespreken.

Hoe vaak een MDO plaatsvindt is verschillend per praktijk. Er wordt gekeken waar behoefte aan is en wat nodig is:

- In 3 MC's vindt maandelijks een MDO plaats;
- In 1 MC is dat 4 keer per jaar en op indicatie: hebben minder ouderen in de praktijk.

## Hoofdstuk 3 Bekostiging

### Inleiding bekostiging

De bekostiging in de eerste lijn is met de komst van de specialist ouderengeneeskunde in de zorgverzekeringswet (Zvw) veel in beweging en onderwerp van discussie. Op dit onderwerp zijn ook nog veel ontwikkelingen te verwachten de komende jaren. De best practices gaan over hoe bekostiging op dit moment in de eerste lijn vanuit de zorgverzekeringswet én de langdurige zorg worden ingezet. Zo worden naast de gebruikelijke Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiënten (GZSP), voor het bouwen van netwerk en voor patiëntgebonden indirecte tijd ook prestaties van de huisartsenzorg ingezet.

Mogelijke onderwerpen:

- Voorbeelden van reikwijdte van GZSP: wat betekent het om deze prestatie te gebruiken in de eerste lijn?
- Hoe worden experimenten en proeftuinen in de eerste lijn bekostigd en waar moet men op letten?
- Hoe helpt inzicht geven in tijd en kosten om andere initiatieven te starten?
- Voorbeelden hoe alternatieve bekostiging in de eerste lijn wordt ingezet: o.m. O&I en S3 vanuit huisartsen.

### Best Practices Bekostiging

#### Voorbeeld bekostiging uit O&I gelden

Organisatie: Onze Huisartsen

Locatie: regio Arnhem

Website: [Onze Huisartsen](#)

Beschrijving: Om de regionale samenwerking in regio Arnhem verder te verbeteren is een specialist ouderengeneeskunde vanuit huisartsenkoepel 'Onze Huisartsen' werkzaam. Zij is hier één dag per week werkzaam om de netwerksamenwerking in de ouderenzorg te verbeteren door onder andere deelname aan verschillende ketenzorg netwerkgroepen of door bijvoorbeeld scholing te organiseren. Onze Huisartsen bekostigen deze werkzaamheden van de specialist ouderengeneeskunde uit Organisatie en infrastructuur (O&I).

---

#### Bekostigingsuitdagingen van een kleine maatschap

Organisatie: Ouderenpraktijk Friesland

Locatie: noordwest Friesland en deel Leeuwarden

Website: [Ouderenpraktijk Friesland](#)

Beschrijving: Ouderenpraktijk Friesland is een maatschap bestaande uit 2 specialisten ouderengeneeskunde die zich volledig richten op eerstelijnszorg, het ondersteunen van de huisartsen in noordwest Friesland en deel Leeuwarden bij de zorg voor de kwetsbare ouderen. Ouderenpraktijk Friesland heeft een contract met Zilveren Kruis voor verlenen van GZSP. GZSP zorg aan patiënten die elders verzekerd zijn worden, afhankelijk van hun verzekering, als niet-gecontracteerde zorg vergoed. Soms betekent dit dat de patiënt een factuur krijgt die hij/zij zelf moet indienen bij de zorgverzekeraar (cessie).

De inzet bij het zorgcentrum en als onderaannemer van de zorgorganisatie wordt vergoed middels facturatie volgens afgesproken tarieven. De bekostiging van het MDO in de huisartsenpraktijk, en in het bijzonder van patiënten waarbij de specialist ouderengeneeskunde niet betrokken is, is niet geregeld.

---

### **O&I gelden: algemene uitleg van mogelijkheden**

Binnen de huisartsenbekostiging is sinds enkele jaren de betaaltitel Organisatie & Infrastructuur beschikbaar, de zogenaamde O&I. Hoewel de O&I-financiering onder de huisartsenfinanciering is geplaatst, is het wel de bedoeling dat O&I multidisciplinair wordt ingevuld. De financiering van O&I richt zich op de gehele eerstelijnszorg in de regio. Deze prestaties bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze aanvullende vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg. Deze prestaties bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het doel is om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg.

Het dus zowel om de planning van de eerstelijnszorg in de regio als de verbetering van de kwaliteit en kosten van de (multidisciplinaire) zorg. Eén van de betaaltitels binnen O&I is het regiomanagement. Hiermee kan bijvoorbeeld invulling worden gegeven aan een adequate en 'accountable' ondersteuningsstructuur op wijk- en regionaal niveau. Het is de bedoeling dat er één facilitaire organisatie in de regio ontstaat die plannen voor regionale zorg ontwikkelt en wijkgebonden projecten ondersteunt. Voorwaarde is dat deze regio-organisatie tenminste 100.000 inwoners bedient.

## Hoofdstuk 4 Lessen uit de praktijk

### Inleiding learnings

De uitdagingen die in de eerste lijn die voor ons liggen leiden soms tot 'slimme' oplossingen. In dit hoofdstuk delen we best practices met oplossingen die helpen om zorg in de eerste lijn op te zetten en te verbeteren. En waar mogelijk wordt dit ook vertaald in wat het oplevert.

Mogelijke onderwerpen:

- Slim tijd indelen
- Hoe wordt informatie gedeeld?
- Hoe start/onderhoud je relatie met verzekeraars en zorgkantoren?
- Organisatievorm: waarom een keuze gemaakt voor bepaalde werkvorm en waarom werkt dit beter/goed?
- Digitalisering

### Lessen uit de praktijk

#### Voorbeeld efficiënt werken

Organisatie: ZorgSpectrum (vvt-instelling)

Locatie: Houten, Nieuwegein, Vianen

Website: [ZorgSpectrum | Home](#)

Beschrijving: om de verhouding directe versus indirecte tijd binnen proportie te houden, regelt ZorgSpectrum de werkprocessen efficiënt in. Zo heeft elke laptop overal 4G internetverbinding, waardoor de specialist ouderengeneeskunde een deel van de administratie tijdens het consult kan invoeren. De administratielast is verlaagd doordat informatie kant en klaar in het systeem staat. Te denken valt hierbij aan templates van behandelplannen en brieven. Daarnaast zorgt de ondersteuning van het secretariaat en een handige verwijsmodule dat een deel van de administratieve lasten worden overgenomen zodat de specialist ouderengeneeskunde hier minder tijd aan hoeft te besteden.

---

#### Beperkt budget vraagt om strakke planning

Organisatie: Ouderenpraktijk Friesland

Locatie: noordwest Friesland en deel Leeuwarden

Website: [Ouderenpraktijk Friesland](#)

Beschrijving: het is van belang om rekening te houden met de opbouw van de tarieven GZSP (50% directe tijd versus 50% indirecte tijd). Deze tijd is ook nodig om goede analyse en behandelplan te maken en uit te voeren. Naast de patiëntenzorg wordt er structureel tijd ingepland voor administratie en regelzaken, initiëren/onderhouden van contacten met zorgverleners, geven van onderwijs (vergoed) en deelname aan regionale en landelijke werkgroepen. Het invoeren van patiënten in het ECD kost relatief weinig tijd.

## Bijlage 1 Voorbeeld consultatiekaart

### Afspraken consultatie door de specialist ouderengeneeskunde van (*naam VVT*)

#### Naam/namen specialisten ouderengeneeskunde + bereikbaarheid

-  
-

#### Verwijzing

De huisarts verwijst via (invullen wat van toepassing is)

- Zorgdomein
- Fax, nummer .....
- Zorgmail: mailadres

#### Aanleveren voor verwijzing

Personalia, contactgegevens mantelzorger, voorgeschiedenis, medicatie en vraagstelling, WLZ indicatie ja/nee

#### Mogelijkheden voor consultatie

Enkelvoudig consult

- Telefonisch
- Aan huis
- *Poliklinisch (locatie verpleeghuis) verwijderen indien niet van toepassing*
- *(periodiek) Structureel spreekuur in huisartsenpraktijk – verwijderen indien niet van toepassing*
- Visite bij patiënt aan huis

#### Verantwoordelijkheidsverdeling

De huisarts blijft hoofdbehandelaar van de patiënt en als zodanig verantwoordelijk voor de zorg aan de betreffende patiënt.

De specialist ouderengeneeskunde (SO) is verantwoordelijk voor de inhoud van haar advies en tijdige communicatie hierover.

#### Rapportage van de specialist ouderengeneeskunde

Enkelvoudig consult

- Brief en/of telefonisch contact

#### Indicaties voor consultatie door de specialist ouderengeneeskunde

##### 1. Mobiliteitsproblemen en verminderde zelfredzaamheid

- Analyse: somatische en cognitieve aspecten
- Transferproblemen en onbegrepen achteruitgang mobiliteit
- Advies over in te zetten zorg/(multidisciplinaire) behandeling

##### 2. Functionele problemen en onbegrepen toename van zorgbehoefte

- Advies over analyse en therapie bij complexe problematiek
- Advies en instructie mantel- en thuiszorg

##### 3. Probleemanalyse bij multiple pathologie

- Onderscheiden somatische en cognitieve aspecten of samenhang (delier)

##### 4. Dementie, geheugenproblemen en verwardheid

- Diagnostiek, analyse, medicatie, gedragsproblematiek en Interventiemogelijkheden

- 5. Apathie en depressie, stemmingsstoornissen in het algemeen**
  - Diagnostiek en adviezen nadere analyse, begeleiding en mogelijke interventies
- 6. Agitatie, achterdocht of afwerend gedrag**
  - Analyse en relatie met stemming, cognitie of somatiek
  - Advisering begeleiding, behandeling en informeren mantelzorg
- 7. Late gevolgen van het CVA** (waaronder verwerking van de handicap)
  - Analyse en behandeling bij functionele en/of cognitieve problemen
  - Hypertonie, contracturen, inadequate hulpmiddelen, pijnklachten, neglect, slikstoornissen
- 8. Andere chronisch neurologische aandoeningen** (MS, M. Parkinson)
  - Analyse en advies over specifiek diagnosegebonden problematiek.
  - Mobiliteit, mantelzorg, (zorg)prognostiek, contractuurpreventie, incontinentie, cognitie
- 9. Palliatieve/terminale zorg** (in de thuissituatie)
- 10. Vragen inzake medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid**
  - Beoordelen van wilsbekwaamheid of advies daarover
  - Hoe om te gaan met BOPZ: verblijf, vrijheidsbeperkende maatregelen, (medicamenteuze) fixatie en vooral ook alternatieven daarvoor
- 11. Advies medisch beleid/intentie van behandeling en medicatiebeleid**
  - Wel - of niet behandelen, dilemma's daarbij, levenseindeproblematiek
  - Advies en informatie over te verwachten beloop bij nalaten/uitvoeren van behandeling, inclusief daarbij passende palliatieve mogelijkheden
- 12. Advies verblijfsindicatie of zorgvorm**
- 13. Polyfarmacie**
- 14. Valproblemen**