

Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde

Samenhangende geneeskundige zorg voor
patiënten met een complexe zorgbehoefte



Inhoudsopgave

>	Voorwoord	3
>	Samenvatting	4
>	1 De patiëntenpopulatie, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde	5
	1.1 De patiëntenpopulatie	5
	1.2 De huisarts	5
	1.3 De specialist ouderengeneeskunde	6
>	2 Samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde	8
	2.1 Patiënt woont thuis of in een zorginstelling zonder toelating voor Wlz-behandeling	8
	2.2 Patiënt woont in een zorginstelling met toelating voor behandeling vanuit de Wlz (Wlz-instelling)	9
	2.3 Kortdurend eerstelijnsverblijf	10
	2.4 Geriatrische revalidatiezorg	10
>	3 Uitwerking zorgaanbod specialist ouderengeneeskunde	12
>	4 Randvoorwaarden voor samenwerking	14
	<u>Bijlage 1: Convenant LHV en Verenso</u>	16
	<u>Bijlage 2: Bekostiging</u>	18
	<u>Bijlage 3: Voorbeeld inhoudsopgave samenwerkingsafspraken huisarts - specialist ouderengeneeskunde</u>	20



Voorwoord

De zorgvraag aan de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde neemt toe. Door de transities in de langdurige zorg wonen steeds meer kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag zelfstandig thuis of in een kleinschalige woonvorm. Ook de vergrijzing neemt toe. Het aantal 65-plussers stijgt van 2,7 miljoen in 2012 tot 4,7 miljoen in 2041. Onder deze ouderen groeit het percentage oudste ouderen (boven de 80 jaar) van 25% in 2012 tot 33% in 2040.¹ Een op de vier van het aantal 65-plussers behoort straks tot de groep kwetsbare ouderen en heeft meerdere chronische aandoeningen.

Kwetsbaarheid is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren. Het vergroot de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals functiebeperkingen, opname en overlijden.² Kwetsbare ouderen hebben verminderde (of verlies van) regie over het eigen leven en een complexe zorgbehoefte.

Driekwart van de huisartsen heeft onvoldoende tijd en te weinig expertise binnen de huisartsenpraktijk voor ouderen met een complexe zorgvraag. Dat blijkt uit een peiling onder 1.360 huisartsen.³ Naast tijd is onvoldoende expertise met specifieke problematiek van kwetsbare ouderen een reden om de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen. Voor de juiste geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen is samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde cruciaal. Bovendien zijn er huisartsen die algemene geneeskundige zorg bieden aan patiënten in Wlz-instellingen⁴, zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren). Ook voor deze situaties zijn samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde van belang.

Op 27 november 2014 sloten de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Verenso, de vereniging van specialisten ouderengeneeskunde, een convenant. Met als doel: afspraken maken rondom samenhangende geneeskundige zorg voor ouderen in de thuissituatie. Deze afspraken vindt u terug in bijlage 1. Deze handreiking is een nadere uitwerking van het convenant en biedt u handvatten om de samenwerking vorm te geven. Want de LHV en Verenso vinden het belangrijk dat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde lokaal of regionaal samenwerkingsafspraken maken. Deze handreiking kan hierbij als leidraad dienen.

Drs. E. Kalsbeek
Voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging

Drs. N. Nieuwenhuizen
Voorzitter Verenso

¹ Bron: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/> Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.17, 23 juni 2014.

² Definitie ontleend aan het Sociaal en Cultureel Planbureau, 2011.

³ Ledenpeiling LHV, september 2015.

⁴ Instellingen met een toelating en contractering voor Wlz-behandeling vanuit de Wet langdurige zorg.



Samenvatting

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde werken steeds meer samen in de eerste lijn. De specialist ouderengeneeskunde heeft namelijk specifieke expertise over een groep patiënten die huisartsen vaker in de praktijk zien: kwetsbare patiënten met een complexe zorgbehoefte door hun co- of multi-morbiditeit. Deze patiënten wonen thuis, in een aanleunwoning of in een instelling zonder Wlz-behandeling.⁵

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en verantwoordelijk voor de algemene geneeskundige zorg. Wanneer de zorgzwaarte de huisartsgeneeskundige zorg overschrijdt, is expertise van een specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk. Deze inschatting maakt de huisarts. De specialist ouderengeneeskunde biedt specifieke medische behandeling, afhankelijk van de vraagstelling van de huisarts en de gevoelde beperkingen van de patiënt. Als beide partijen dat wensen, kan de specialist ouderengeneeskunde de behandeling tijdelijk overnemen. Bijvoorbeeld als bepaalde inhoudelijke expertise vereist is. Patiënten met een Wlz-indicatie die thuis of in een instelling zonder Wlz-behandeling wonen, kunnen vanuit hun indicatie aanspraak maken op de aanvullende zorg van een specialist ouderengeneeskunde. Medische zorg door de specialist ouderengeneeskunde is 24/7 toegankelijk.

In een zorginstelling met toelating voor Wlz-behandeling is de specialist ouderengeneeskunde de aangewezen arts voor zowel de algemene als de specialistische geneeskundige zorg. De huisarts kan in deze situatie het algemene geneeskundige deel van de zorg overnemen. Het is dan wel noodzakelijk om schriftelijke (werk)afspraken met elkaar te maken. De Wlz-instelling is verantwoordelijk voor de organisatie van goede geneeskundige: 24/7, overdag en in de ANW-uren.

Het is belangrijk dat er goede (werk)afspraken komen over de verantwoordelijkheidsverdeling in de verschillende situaties van samenwerking. Dit document geeft u handvatten om samen die afspraken te maken. Ook geeft het een overzicht van de huidige financieringsmogelijkheden en andere aandachtspunten voor een goede samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde.

⁵ Er zijn zorginstellingen die niet zijn toegelaten voor Wlz-behandeling conform de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI). Deze instellingen zijn niet door het zorgkantoor gecontracteerd voor behandeling onder de Wlz, maar maken gebruik van zorg onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).



1 De patiëntenpopulatie, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde

Deze handreiking gaat over de geneeskundige zorg die huisarts en specialist ouderenzorg bieden en met name over de samenwerking tussen beide disciplines en hoe je die kunt organiseren voor patiënten met een complexe zorgbehoefte. Dit hoofdstuk gaat in op alle betrokkenen bij de samenwerking: de patiëntenpopulatie, de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde. De 'care' (het zorgdeel) laten we in deze handreiking buiten beschouwing, omdat de 'care' op het bord van anderen ligt.

1.1 De patiëntenpopulatie

De komende jaren wonen meer mensen met een complexe (geneeskundige) zorgvraag thuis. Onder mensen met een complexe zorgvraag of zorgbehoefte verstaan we mensen die in toenemende mate kwetsbaar zijn en aan verschillende chronische aandoeningen leiden. Kwetsbaarheid gaat over de mate waarin iemand regie voert over het eigen leven en zijn kwaliteit van leven beleeft. Deze groep (vaak oudere) mensen hebben diverse beperkingen in verschillende domeinen: lichamelijk, functioneel, psychisch en maatschappelijk.

De groei van het aantal ouderen met complexe problemen komt ten eerste door de toenemende vergrijzing.⁶ In 2030 zijn er naar schatting meer dan 1 miljoen kwetsbare ouderen.⁷ Ook het aantal ouderen met meerdere chronische aandoeningen neemt toe, in de periode 2004-2011 steeg dit aantal al met 17%.⁸ Ten tweede is het landelijk beleid om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Onderdeel hiervan is de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2015. Door deze ingezette extramuralisering (ver)blijven mensen langer thuis of in een woon-/zorgomgeving die geen toelating heeft voor Wlz-behandeling. De Wlz biedt ook mogelijkheden om mét zorg in de eigen omgeving te blijven wonen.

Door bovenstaande ontwikkelingen kent de gemiddelde huisartsenpraktijk in de toekomst meer ouderen met een complexe zorgvraag. Deze patiënten ervaren door hun problemen een verminderde kwaliteit van leven en worden afhankelijk van informele en/of professionele zorg. De ernst van de problemen en de zorgbehoefte verschilt per patiënt. De een is grotendeels zelfredzaam, de ander heeft meerdere geplande en ongeplande zorgmomenten per dag nodig of is aangewezen op 24 uurszorg. Het merendeel van de patiënten zijn ouderen. Ook jongere patiënten kunnen extra zorg nodig hebben. Denk aan mensen met dementie en andere geheugenproblemen, Korsakov, Huntington, Parkinson, MS of ALS. Voor een goede behandeling en begeleiding van deze patiënten is regelmatig specifieke kennis nodig van de specialist ouderengeneeskunde, naast de algemene geneeskundige (huisartsen)zorg.

1.2 De huisarts

De huisarts levert generalistische geneeskundige zorg: 7 dagen per week, 24 uur per dag. Hij⁹ doet dit op een persoonsgerichte manier en met continuïteit van zorg. Hiermee is de huisarts het eerste aanspreekpunt en een gids voor patiënten in de gezondheidszorg. De huisartsenpraktijk levert diensten bij mensen in de buurt, zowel in de praktijk als thuis. De huisarts heeft doorgaans een gevarieerde patiëntenpopulatie: ouderen en jongeren, patiënten met veel en met weinig zorgbehoefte. Huisartsenzorg strekt zich uit van de wieg tot aan het graf.

Tijdens kantooruren levert de huisarts de zorg vanuit de huisartsenvoorziening, samen met een team van doktersassistenten en praktijkondersteuners. In de avond, in de nacht en in het weekend (ANW) levert de huisarts de zorg via de huisartsenpost of via een kleinschalige dienstenstructuur. De huisartsenzorg in de ANW-uren richt zich op zorg die niet kan wachten

⁶ Bron: <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/toekomst/>. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.17, 23 juni 2014. ⁷ Bron: Campen C., Rapport Kwetsbare ouderen. SCP, februari 2011. ⁸ Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid (2014). Chronische ziekten en multimorbiditeit. Geraadpleegd op 3 februari 2015 (<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/trend/>) ⁹ Waar 'hij' of 'zijn' staat kan ook 'zij' of 'haar' gelezen worden.



tot de reguliere dagzorg. De dagzorg en de zorg in de ANW-uren voldoen aan dezelfde kenmerken en zijn allebei laagdrempelig toegankelijk voor de patiënt.

Huisartsen, doktersassistenten en praktijkondersteuners werken volgens de richtlijnen van de beroepsgroep, zoals de NHG-standaarden. Veel praktijken regelen de chronische zorg voor patiënten met diabetes, COPD, astma en cardiovasculaire aandoeningen via zorggroepen. Dit betekent dat de keten van zorg bij een bepaalde aandoening integraal wordt georganiseerd en gefinancierd. De daadwerkelijke zorg levert de individuele huisartsenpraktijk. Veel huisartsenpraktijken sluiten zich voor deze ketenzorg aan bij zorgroepen.

Een beschrijving van de inhoud en organisatie van de moderne huisartsenzorg is te vinden in het LHV-rapport 'Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015' en het LHV/NHG-document 'Toekomstvisie huisartsenzorg 2022'.

Het 'Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015' beschrijft welke zorg de huisarts en zijn ondersteunend personeel anno 2015 bieden: generalistische, persoonsgerichte en continue zorg in het directe contact met patiënten. De kern van dit document is een overzicht van de veelheid aan klachten en aandoeningen die de huisarts ziet, geordend via de ICPC-classificering. De indeling geeft weer welke rol de huisarts bij welke klacht of aandoening heeft. Buiten het directe contact doet een huisarts ook veel voor zijn patiënten. Hij is onder andere de spil in de zorg, werkt nauw samen met andere zorgverleners en stuurt het praktijkpersoneel aan.

1.3 De specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde biedt specifieke medische geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten. Het gaat hierbij meestal om patiënten met complexe problemen, waarbij sprake is van multipathologie (comorbiditeit en multimorbiditeit). Deze problemen vallen samen met specifieke ouderdomsverschijnselen, zoals beperkingen van het geheugen, gevolgen van hart- en vaatziekten,

aandoeningen van het bewegingsapparaat, et cetera. Vaak hebben de patiënten een atypische presentatie en verloop van ziekten, vooral gekenmerkt door een verminderde zelfredzaamheid (regie/functionele autonomie). Het doel van de behandeling is niet zozeer het wegnemen of genezen van de ziekte(n), maar het streven naar herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en/of een optimale kwaliteit van leven.

De expertise van de specialist ouderengeneeskunde is zeer waardevol bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een zorgplan. De specialist ouderengeneeskunde doet, onder andere, anamnese, lichamelijk onderzoek, eenvoudige (laboratorium) diagnostiek en de verwijzing naar een medisch specialist. Ook kan hij medicijnen voorschrijven en eenvoudige verrichtingen uitvoeren.

Een uitgebreide beschrijving van de doelgroep en expertise van de specialist ouderengeneeskunde vindt u in het beroepsprofiel van de specialist ouderengeneeskunde van Verenso.¹⁰

Het helder krijgen en oplossen van de complexe problematiek staat centraal. Net als het optimaliseren van de kwaliteit van leven van de individuele patiënt. Vaak richt de zorgverlening zich ook op het zorgnetwerk, het instrueren van zorgteams en het sociale netwerk. Naast directe behandeling van de patiënt besteedt een specialist ouderengeneeskunde relatief veel tijd aan indirecte patiëntenzorg. Denk aan overleg met andere behandelaars en paramedici. Maar ook aan het multidisciplinaire overleg, waarbij familie en/of mantelzorg aanwezig kan zijn.



In onder andere de volgende situaties is de expertise van de specialist ouderengeneeskunde van meerwaarde:¹¹

- Vragen rondom medisch beleid of diagnostisering bij patiënten met complexe co- en multimorbiditeit.
- (Onbegrepen of plotselinge) mobiliteitsproblemen of valincidenten en verminderde zelfredzaamheid.
- (Onbegrepen of plotselinge) atypische klachten en problemen die de kwaliteit van leven van de patiënt aantasten.
- Dementie, geheugenproblemen, wanen, hallucinaties en verwardheid.
- Apathie, depressie en stemmingsstoornissen.
- Gedragsproblemen, agitatie, achterdocht of afwerend gedrag.
- Late gevolgen van het CVA en andere chronische aandoeningen (waaronder de 'onzichtbare' gevolgen).
- Problemen als gevolg van chronische progressieve en neurologische aandoeningen (MS, Parkinson).
- Palliatieve en terminale zorg voor patiënten met complexe multimorbiditeit.
- Complexe polyfarmacie als gevolg van multimorbiditeit.
- Vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht.
- Advies over zorg of opname/indicatie voor de specifieke doelgroep.
- Complexe palliatieve zorg.
- Complexe palliatieve terminale zorg.
- Vragen rondom levenseinde.

Het specialisme is erkend vanaf 1990. Het aantal specialisten ouderengeneeskunde groeide van 1.007 in het jaar 2000 naar ruim 1.550 specialisten ouderengeneeskunde begin 2016.¹² Voorheen werkte de specialist ouderengeneeskunde voornamelijk als behandelend arts binnen een instelling en droeg de naam 'verpleeghuisarts'. Langzamerhand werd een nieuwe naamgeving nodig, omdat de deskundigheid niet alleen wordt ingezet voor mensen in verpleeghuizen. In het programma Waardigheid en Trots¹³ van VWS staat dat deze expertise bij een extramuralisering van de langdurige zorg ook in de eerste lijn beschikbaar moet komen. De patiënt hoeft zich voor de expertise dan niet te verplaatsen, maar de deskundigheid verplaatst zich naar de patiënt.

Specialisten ouderengeneeskunde bieden op verschillende manieren hun diensten aan. Bijvoorbeeld via een instelling of stichting voor ouderenzorg. Ze werken bovendien steeds vaker buiten de Wlz-instelling. Bijvoorbeeld als zelfstandige, in zorggroepen, in ambulante geriatrie teams, in een maatschap, als maat in een huisartsenpraktijk of via een ziekenhuis.

¹¹ Bron: Het consulteren van een specialist ouderengeneeskunde: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/verfoldera4ketenzorg.pdf

¹² Jaarverslag Verenso, bron: RGS 29 januari 2016

¹³ Het programma Waardigheid en Trots van het ministerie van VWS startte in 2015 om de zorg in verpleeghuizen te verbeteren.



2 Samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde

Ouderen met een complexe zorgvraag verblijven in verschillende woonvormen: thuis, in zorginstellingen zonder toelating voor Wlz-behandeling of in Wlz-instellingen met behandeling onder de Wlz. Ook verblijven deze patiënten soms kortdurend in een eerste-lijnsverblijf of in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg. Dit hoofdstuk beschrijft de rol van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde in deze verschillende woon- en verblijfsituaties.

Het advies is in deze situaties afspraken te maken over taken en verantwoordelijkheden tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde en deze vast te leggen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) informeerde huisartsen voorheen niet over de Wlz-indicatie (voormalig ZZP-indicatie) van een patiënt. De LHV heeft met VWS en CIZ afgesproken dat het CIZ (her-)indicatiebesluiten gaat doorgeven aan de huisarts van de patiënt.

2.1 Patiënt woont thuis of in een zorginstelling zonder toelating voor Wlz-behandeling

De huisarts heeft de verantwoordelijkheid voor de algemene geneeskundige zorg voor patiënten thuis, in een aanleunwoning of in een zorginstelling zonder toelating voor specifieke Wlz-behandeling (bijvoorbeeld een kleinschalige woonvorm of verzorgingshuis). Overstijgt de zorgvraag van de patiënt de algemene huisartsenzorg en bevindt de vraag zich op het expertisegebied van de specialist ouderengeneeskunde? Dan is het belangrijk dat de specialist ouderengeneeskunde de specifieke medische zorg levert. Huisartsen maken hierin hun eigen inschatting en bewaken zelf de grenzen qua expertise en mogelijkheden. Zij moeten zich niet vertillen aan zorg die de huisartsgeneeskundige expertise overstijgt. Patiënten hebben recht op doelmatige geneeskundige zorg. Dat wil zeggen: geneeskundige zorg door de meest aangewezen persoon.

Patiënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen of in een instelling zonder behandeling, kunnen vanuit hun indicatie aanspraak maken op de specifieke medische zorg van een specialist ouderengeneeskunde.

Wat doet de huisarts?

Als huisarts levert u de algemene geneeskundige zorg volgens het 'Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015'. In het kort wil dit zeggen dat u:

- de regie voert op het totale dossier (o.a. contact onderhouden met medisch specialisten en andere betrokken professionals);
- de regie voert over medicatie;
- het eerste aanspreekpunt bent voor de patiënt en diens familie;
- de coördinator en initiatiefnemer bent van een eventueel multidisciplinair overleg (MDO);
- verantwoordelijk bent voor het regelen van opname wanneer de situatie van de patiënt daarom vraagt;
- verantwoordelijk bent voor het verlenen van algemene geneeskundige zorg tijdens de ANW-uren via de huisartsenpost of huisartsengroep.

Voordat u algemene geneeskundige zorg levert aan patiënten met een Wlz-indicatie en/of complexe zorgbehoefte in een zorginstelling zonder specifieke Wlz-behandeling, is het belangrijk samenwerkingsafspraken te maken met de instelling en de specialist ouderengeneeskunde.

De huisarts levert de algemene geneeskundige zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie in een instelling zonder behandeling onder een aantal randvoorwaarden:

- Alle huisartsen uit de huisartsengroep én de betrokken huisartsenpost stemmen in met het leveren van de algemene geneeskundige zorg aan de zorginstelling.
- Een specialist ouderengeneeskunde is beschikbaar om de specifieke medische zorg te leveren 24/7.
- De zorginstelling (dan wel de aannemer bij VPT¹⁴, MPT¹⁵ of PGB¹⁶) draagt zorg voor voldoende competent verzorgend en - indien van toepassing - verplegend personeel. De huisarts moet zeker weten dat deze patiënten de verzorging en verpleging krijgen die zij nodig hebben.

¹⁴ VPT= volledig pakket thuis. De patiënt met Wlz-indicatie neemt het volledige pakket aan Wlz-zorg thuis af van één Wlz-zorgaanbieder. ¹⁵ MPT = modulair pakket thuis. De patiënt kan de verschillende aanspraken onder de Wlz (verpleging, verzorging, begeleiding, huishoudelijke hulp, specifieke Wlz-behandeling, et cetera) thuis afnemen bij meerdere aanbieders. ¹⁶ PGB = persoonsgebonden budget. Met dit budget kan de patiënt met een Wlz-indicatie zelf Wlz-zorg inkopen. Het is niet mogelijk om Wlz-behandeling met een PGB in te kopen. Wlz-behandeling kan alleen in natura worden afgenomen. Het PGB kan worden gecombineerd met een MPT.



Voor huisartsen is het raadzaam contractuele afspraken te maken over de randvoorwaarden met de betreffende zorginstelling. Een modelovereenkomst huisartsenpraktijk - zorginstelling vindt u op www.lhv.nl.

Wat doet de specialist ouderengeneeskunde?

Wanneer de huisarts bij patiënten zonder Wlz-indicatie inschat dat specifieke medische zorg gewenst of noodzakelijk is, dan schakelt hij de specialist ouderengeneeskunde in. Bijvoorbeeld voor een consult (24/7), polyfarmacie consult, geriatrisch assessment en/of (mede)behandeling. Een toelichting op het geneeskundig aanbod van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn vindt u in [hoofdstuk 3](#).

Voor patiënten met een Wlz-indicatie bent u als specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk voor de zorg die specifiek verband houdt met de aandoening, beperking, stoornis of handicap. Patiënten met een Wlz-indicatie die thuis of in een instelling zonder behandeling wonen, kunnen vanuit hun indicatie aanspraak maken op de specifieke medische zorg van een specialist ouderengeneeskunde. Hoe dit financieel geregeld moet worden, leest u in [bijlage 2 Bekostiging](#).

2.2 Patiënt woont in een zorginstelling met toelating voor behandeling vanuit de Wlz (Wlz-instelling)

Wanneer patiënten met een Wlz-indicatie in een Wlz-instelling wonen, krijgen zij alle geneeskundige zorg via deze instelling. Een Wlz-instelling, toegelaten en gecontracteerd voor behandeling, is verplicht om zowel de algemene geneeskundige zorg als de specifieke geneeskundige zorg te organiseren 24/7.

Wat doet de specialist ouderengeneeskunde?

Als specialist ouderengeneeskunde in een Wlz-instelling levert u zowel de algemene geneeskundige zorg als de zorg die specifiek verband houdt met (de complexiteit van) de aandoening van de patiënt. U voert de regie over de behandeling. Dat betekent dat u:

- de regie voert op het totale dossier (o.a. contact onderhouden met medisch specialisten en andere betrokken professionals);
- de regie voert over de medicatie;
- het eerste aanspreekpunt bent voor de patiënt en diens familie;
- de coördinator en initiatiefnemer bent van het MDO;
- verantwoordelijk bent voor het regelen van opname in een ziekenhuis wanneer de situatie van de patiënt daarom vraagt;
- 24/7 de zorg verleent.

Wat doet de huisarts?

In principe levert de specialist ouderengeneeskunde de geneeskundige zorg in Wlz-instellingen. Een instelling kan ook de huisarts inhuren voor de algemene geneeskundige zorg en de specialist ouderengeneeskunde inzetten voor het specialistische deel van de behandeling. De huisarts en de Wlz-instelling moeten dan contractuele afspraken maken over de inzet van de huisarts in de Wlz-instelling. Een modelovereenkomst voor contractuele afspraken tussen huisarts en zorginstelling vindt u op www.lhv.nl. Als huisarts bent u in deze situatie medebehandelaar naast de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde houdt de regie over de geneeskundige behandeling en informeert u over de patiënt en zijn behandeling. Wlz-patiënten in een Wlz-instelling hebben echter geen aanspraak meer op huisartsenzorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en dienen daarom te worden uitgeschreven uit de huisartsenpraktijk.¹⁷

De huisarts of een huisartsenpost of kleinschalige dienstenstructuur kan ook de zorg in de ANW-uren overnemen. Huisarts en specialist ouderengeneeskunde dienen met deze situatie in te stemmen en hierover contractuele afspraken te maken. Voor het leveren van deze zorg is een aantal randvoorwaarden van belang, zoals omschreven op pagina 8.

¹⁷ Let op: huisartsen krijgen niet automatisch bericht als een patiënt naar een instelling met Wlz-behandeling verhuist.



2.3 Kortdurend eerstelijnsverblijf

Het eerstelijnsverblijf (ELV) is kortdurend verblijf voor patiënten die vanwege geneeskundige noodzaak tijdelijk (nog) niet thuis kunnen wonen. Dit is iets anders dan de tijdelijke opvang bij respijtzorg vanuit de gemeente (Wmo) of vanuit de Wlz. Die is bedoeld voor opvang van de patiënt bij het wegvallen van een mantelzorger, waarbij er geen sprake is van geneeskundige noodzaak. De infographic van het ministerie van VWS geeft een helder overzicht van zorg en verblijfsvormen voor kwetsbare ouderen.¹⁸

Het eerstelijnsverblijf is voor patiënten zonder Wlz-indicatie die op korte termijn weer thuis kunnen wonen. De geneeskundige behandeling in een eerstelijnsverblijf is functioneel omschreven. Dit betekent dat geneeskundige zorg verleend kan worden onder de verantwoordelijkheid van zowel de huisarts als de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten. Daarom zijn regionale afspraken nodig. Het eerstelijnsverblijf is niet voor patiënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen. Hebben deze patiënten tijdelijk verblijf nodig, dan wordt de leveringsvorm van VPT, MPT of PGB tijdelijk omgezet naar een Wlz-indicatie met verblijf (logeeropvang/crisisbed). Deze patiënten verblijven dan tijdelijk in een Wlz-instelling.

Wat doet de huisarts?

Als huisarts indiceert¹⁹ u voor opname in het ELV. U doet dit vaak samen met de wijkverpleegkundige of transferverpleegkundige, al dan niet na overleg met een specialist ouderengeneeskunde. U maakt conform het Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf²⁰ een afweging voor opname in een ELV laag complex, ELV hoog complex of ELV palliatief bed.

Gezien de functionele omschrijving van de geneeskundige zorg zijn regionale afspraken nodig. Met als doel: het vastleggen van de verantwoordelijkheden van andere betrokken behandelaren ten aanzien van de huisarts. Afhankelijk van de complexiteit van de problematiek levert u of de specialist ouderengeneeskunde de medische zorg. Het ligt voor de hand dat u grotendeels de behandeling uitvoert op

de laag complexe bedden en palliatieve bedden, en u daarbij ook de regie voert. Overstijgt de zorgvraag van de patiënt de algemene geneeskundige zorg? Of bevindt de vraag zich op het expertisegebied van de specialist ouderengeneeskunde? Schakelt u dan de specialist ouderengeneeskunde in voor de specifieke medische zorg. Deze inschatting maakt u zelf, maar vertel u niet aan het leveren van zorg die niet binnen uw expertisegebied valt. De specialist ouderengeneeskunde kunt u inschakelen voor een consult, polyfarmacie consult, geriatrisch assessment of medebehandeling.

Wat doet de specialist ouderengeneeskunde?

Gezien de zorgvraag van de patiënt vindt het ELV hoog complex doorgaans plaats in een Wlz-instelling. Ook een palliatief bed kan zich bevinden in een Wlz-instelling. In beide gevallen ligt het voor de hand dat u als specialist ouderengeneeskunde verantwoordelijk bent voor de algemene en specialistische zorg voor deze patiënten, zoals gebruikelijk in een Wlz-instelling met behandeling. U kunt bij laag complex ELV ingezet worden voor de specialistische zorg, zoals hierboven omschreven. In overleg kunt u ook altijd de hele behandeling overnemen.

2.4 Geriatrische revalidatiezorg

Wat doet de huisarts?

Als huisarts levert u geen geneeskundige zorg in de geriatrische revalidatiezorg.

Wat doet de specialist ouderengeneeskunde?

Als specialist ouderengeneeskunde bent u verantwoordelijk voor alle geneeskundige zorg in de instelling voor geriatrische revalidatiezorg. Tot een patiënt uit de instelling wordt ontslagen, levert u ook de huisartsgeneeskundige zorg.

¹⁸ Zie: <http://www.waardigheidscentra.nl/wp-content/uploads/2016/07/printversie-kaart-tekst-zorg-en-verblijfsvormen-juni-2016.pdf>

¹⁹ In 2016 is er nog een indicatie van het CIZ nodig om het ELV onder de subsidieregeling eerstelijnsverblijf te mogen declareren. Vanaf 2017 is eerstelijnsverblijf opgenomen in de Zorgverzekeringswet. In de zorgverzekeringswet kennen we de indicatie niet, maar is de verwijzing van de huisarts voldoende.

²⁰ Zie voor details het 'Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf', te raadplegen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/01/28/afwegingsinstrument-eerstelijns-verblijf>



OVERZICHT VERANTWOORDELIJKHEDEN PER VERBLIJFSSITUATIE			
<i>Verblijfssituatie</i>	<i>Indicatie patiënt</i>	<i>Algemene geneeskundige zorg</i>	<i>Specifieke geneeskundige zorg</i>

WOONSITUATIE			
Thuis of in een instelling zonder toelating voor Wlz-behandeling	Geen Wlz-indicatie	Huisarts	Specialist ouderengeneeskunde
	Wlz-indicatie (verzilverd via VPT/MPT of PGB)	Huisarts	Specialist ouderengeneeskunde
Zorginstelling met toelating voor Wlz-behandeling (Wlz-instelling)	Wlz-indicatie	Specialist ouderengeneeskunde (uitzondering: huisarts)	Specialist ouderengeneeskunde

TIJDELIJKE OPVANG			
Kortdurend eerste-lijnsverblijf (ELV)	Laag complex, patiënt heeft geen Wlz-indicatie	Huisarts	Specialist ouderengeneeskunde
	Hoog complex, patiënt heeft geen Wlz-indicatie	Specialist ouderengeneeskunde	Specialist ouderengeneeskunde
	Palliatief, patiënt heeft geen Wlz-indicatie	Afhankelijk van locatie opvang: huisarts of specialist ouderengeneeskunde	Specialist ouderengeneeskunde
Respijtzorg (opvang zonder medische noodzaak)	Geen Wlz-indicatie: respijtzorg Wlz-indicatie: logeeropvang	Huisarts, zoals in thuissituatie	Specialist ouderengeneeskunde, zoals in thuissituatie
Logeeropvang/crisisbed	Wlz-indicatie, indicatie wordt omgezet naar indicatie met verblijf	Specialist ouderengeneeskunde	Specialist ouderengeneeskunde
Geriatrische revalidatiezorg	N.v.t.	Specialist ouderengeneeskunde	Specialist ouderengeneeskunde



3 Uitwerking zorgaanbod specialist ouderengeneeskunde

In het convenant van de LHV en Verenso (bijlage 1) staat het zorgaanbod van de specialist ouderengeneeskunde omschreven aan de hand van producten. In dit hoofdstuk leest u een toelichting op deze producten. In de praktijk is het ook mogelijk om verschillende producten te combineren.

Consult

In een consult beantwoordt de specialist ouderengeneeskunde een vraag van de huisarts. Die kan vragen om een (behandel)advies zonder dat daar een geriatrisch assessment voor nodig is. Een consult met bijbehorend advies leent zich met name goed voor diagnostische dilemma's. Bijvoorbeeld bij vragen over genezing of preventie. Sommige genezingsprocessen verlopen immers anders bij ouderen en chronisch zieken dan bij andere patiënten. Ook situaties die veelal in het verpleeghuis voorkwamen, behoren tot het expertisegebied van de specialist ouderengeneeskunde en lenen zich voor een consult. Denk aan infectiepreventie of decubitusbeleid. Een consult kan zowel fysiek als telefonisch plaatsvinden. Ook kan de specialist ouderengeneeskunde als consulent participeren in multidisciplinaire overleggen. Het resultaat van een consult is een behandeladvies.

Een consult kan 24/7 plaatsvinden. Daarom is het belangrijk dat huisartsen, huisartsenpost en specialisten ouderengeneeskunde samenwerkingsafspraken maken over de beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde 24/7.

Mogelijke consultatievragen:

- consultvraag over de (preventieve of geneeskundige) werking van bepaalde medicijnen bij ouderen;
- advies over decubitus;
- advies over opname;
- advies over de behandeling van intermitterende ziektes;
- vragen over medische beslissingen bij wilsonbekwaamheid of verminderd ziekte-inzicht.

(Consult) Polyfarmacie

Wanneer de specialist ouderengeneeskunde wordt ingeschakeld bij polyfarmacie (medicatiereview) voert hij een medicatieanamnese (farmacotherapeutische anamnese) en onderzoek (farmacotherapeutische analyse) uit bij de patiënt. Indien nodig, overlegt hij met de betreffende apotheek. Dit resulteert in een advies (farmacotherapeutisch behandelplan) aan de patiënt en de huisarts. Het is gebruikelijk om eenmaal per jaar een vervolfbeoordeling te laten plaatsvinden.

(Consult) Geriatrisch assessment

Het doel van een geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde is inzicht krijgen in de problematiek en de zorgvraag van de patiënt. Het is een uitgebreid onderzoek naar problemen op somatisch, psychisch, functioneel (ADL), sociaal en communicatief vlak die leiden tot een neerwaartse spiraal van functieverlies en toegenomen afhankelijkheid. Een meer gedetailleerde omschrijving van het geriatrisch assessment vindt u in de handreiking 'Geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde' van Verenso.²¹ De specialist ouderengeneeskunde voert de diagnostiek bij voorkeur uit bij de patiënt thuis of in de huisartsenpraktijk. Hierbij maakt hij ook gebruik van reeds beschikbare informatie, bijvoorbeeld van de praktijkondersteuner van de huisarts.



Afhankelijk van de bevindingen kan de specialist ouderengeneeskunde (para)medici en/of gedragsdeskundigen inzetten voor aanvullende diagnostiek. Dit gebeurt in overleg met de huisarts, als onderdeel van het geriatrisch assessment. Het resultaat is een (vaak multidisciplinair) behandelplan met behandel-doelen, opgesteld in samenspraak met de patiënt en diens omgeving. De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde maken afspraken over de uitvoering en een evaluatie van het behandelplan.

Mogelijke aanleidingen tot een geriatrisch assessment:

- onderzoek en diagnostiek bij cognitieve achteruitgang;
- onderzoek en diagnostiek bij (onbegrepen) functionele achteruitgang;
- onderzoek en diagnostiek bij vallen;
- in kaart brengen van de totale situatie van de patiënt, bijvoorbeeld bij geleidelijk afvallen, algemene achteruitgang, afwijkingen in het bloedbeeld (anemie, nierfunctiestoornissen, elektrolystoornissen).

Medebehandeling

Na een consult met behandeladvies kunnen beide professionals overeenkomen dat de specialist ouderengeneeskunde het behandelplan (gedeeltelijk of helemaal) uitvoert. Dit ligt voor de hand als zij allebei vinden dat voor de uitvoering de inhoudelijke expertise van de specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk is. De duur en taakverdeling van de behandeling zijn onderdeel van het zorgbehandelplan met zorginterventies, inclusief consulten en visites, multidisciplinair overleg en herijking van het plan. De specialist ouderengeneeskunde is medisch verantwoordelijk voor de specifiek overeengekomen behandeling. We adviseren om bij medebehandeling de verantwoordelijkheden van de huisarts en specialist ouderengeneeskunde vast te leggen.

Soms acht de specialist ouderengeneeskunde het nuttig of noodzakelijk om een andere behandelaar in te schakelen. Denk aan een psycholoog, een fysiotherapeut of ergotherapeut. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij het behandelen en begeleiden van gedragsproblemen bij dementie. De specialist ouderengeneeskunde doet dit in overleg met de huisarts.



4 Randvoorwaarden voor samenwerking

Wat draagt bij aan een effectieve samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde? In dit hoofdstuk leest u welke randvoorwaarden van belang zijn. Het is belangrijk dat huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde elkaar weten te vinden. De specialisten ouderengeneeskunde kunnen verbonden zijn aan een verpleeghuis of hebben zich zelfstandig gevestigd in de vorm van een maatschap. Idealiter kan elke huisarts in Nederland een beroep doen op voldoende specialisten ouderengeneeskunde om de 24 uren zorg van deze specialisten te garanderen. Vaak ontbreken de randvoorwaarden hiervoor nog. Hieronder lichten we elke randvoorwaarde toe.

Elkaar vinden

Er zijn verschillende manieren om met elkaar in contact te komen:

- De meest eenvoudige en snelle manier is dat de specialisten ouderengeneeskunde actief de huisartsen uit de regio benaderen om contactgegevens en eventuele bereikbaarheidsuren uit te wisselen. De specialisten ouderengeneeskunde kennen immers hun eigen mogelijkheden wat betreft tijd en financiering. Andersom is de zoektocht ingewikkelder. Het investeren in de aanleg van deze korte lijnen is belangrijk en loont op het moment dat de huisarts snel een specialist ouderengeneeskunde wil inschakelen.
- Huisartsen kunnen via het zorgkantoor in contact komen met een specialist ouderengeneeskunde of Wlz-instelling waarmee het zorgkantoor een contract heeft voor extramurale behandeling. Het zorgkantoor weet waar specialisten ouderengeneeskunde werken en wie financiering hebben gekregen voor het werken in de eerste lijn. Gegevens over het zorgkantoor in de regio vindt u via [Zorgverzekeraars Nederland](https://www.zn.nl/350584833/Zorgkantoren).²² Op de websites van de individuele zorgkantoren staan vaak lijsten van gecontracteerde aanbieders met de relevante contactgegevens, maar soms zijn ze alleen te vinden via de consumentenwebsite van het zorgkantoor.

- De lokale Verenso-regio kan met het regiobureau van de LHV contactgegevens uitwisselen van de beschikbare artsen in de regio. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde kunnen zo via hun Kringbestuur resp. regiobestuur of via een lokale website met elkaar in contact komen.
- Via de website van Verenso kunnen huisartsen specialisten ouderengeneeskunde met een kaderopleiding Eerstelijns opzoeken, die regionaal kunnen meedenken over het vormgeven van de samenwerking.
- De huisarts kan in contact komen met een specialist ouderengeneeskunde in de buurt via de website van Verenso. Op www.verenso.nl vindt u de contactgegevens van alle bij Verenso geregistreerde kaderartsen. U kunt zoeken op naam, specifiek register, instelling of regio.
- De huisarts kan via de kaderhuisartsen ouderengeneeskunde in de regio in contact komen met specialisten ouderengeneeskunde en kaderartsen specialist ouderengeneeskunde eerstelijns. Kaderhuisartsen en kaderartsen specialist ouderengeneeskunde eerstelijns zijn beide vertegenwoordigd in Laego, het landelijk netwerk van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde.²³

Leg verantwoordelijkheden vast

Zorg ervoor dat altijd helder is welke arts welke verantwoordelijkheid heeft, zeker bij afwijkende situaties. Bijvoorbeeld als de huisarts in een verpleeghuis de algemene geneeskundige zorg levert of als beide artsen een deel van de behandeling van een patiënt voor hun rekening nemen. Zie [bijlage 3](#) voor een voorbeeld. Een modelovereenkomst huisartsenpraktijk - zorginstelling vindt u op www.lhv.nl.

²² Zie: <https://www.zn.nl/350584833/Zorgkantoren>

²³ Zie: <https://laego.nhg.org/>



De bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde

De huidige bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde leidt regelmatig tot problemen in de praktijk. Bekostigingsproblemen zouden de samenwerking tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde niet moeten belemmeren. In bijlage 2 ziet u een overzicht van de huidige bekostiging bij de verschillende verblijfsvormen van de patiënt. Deze bijlage wordt aangepast als daartoe aanleiding is.

Delen van informatie

Behandelen huisarts en specialist ouderengeneeskunde gezamenlijk een patiënt? Dan is hun samenwerking het meest efficiënt wanneer zij allebei beschikken over relevante medische informatie over die patiënt. Huisarts en specialist ouderengeneeskunde mogen deze informatie met elkaar delen, ervan uitgaande dat de patiënt geen bezwaar heeft gemaakt tegen deze uitwisseling.

In de publicatie: 'Uitwisselen van informatie tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde' van Laego en Verenso (2014) leest u meer over dit onderwerp.

Samenwerking met verplegend en verzorgend personeel

Het betrekken van (wijk)verpleegkundigen en intra- en extramurale verzorgenden komt de continuïteit van zorg tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde ten goede. Zij zijn immers een belangrijk onderdeel van de keten en van de dagelijkse zorg aan de patiënt.

Het is voor huisarts en specialist ouderengeneeskunde belangrijk dat de zorginstelling of aanbieder van het VPT, MPT of PGB zorgdraagt voor voldoende competent verzorgend en verplegend personeel. Dit geldt zowel voor zorginstellingen met als zorginstellingen zonder toelating voor Wlz-behandeling. Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde moeten ervanuit kunnen gaan dat patiënten de verzorging en verpleging krijgen die nodig is.



Bijlage 1: Convenant LHV en Verenso



CONVENANT LHV-Verenso Samenwerking huisarts – specialist ouderengeneeskunde

Een toenemend aantal kwetsbare ouderen met een zware zorgvraag woont zelfstandig thuis of in een kleinschalige woonvorm. Om deze patiëntengroep de juiste medische zorg te kunnen bieden, is samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde essentieel.

De medische zorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie primair wordt geleverd door huisartsen. Specialisten ouderengeneeskunde ondersteunen huisartsen bij deze zorg en kunnen worden ingezet voor consultatie en medebehandeling.

Indien de zorgvraag van de oudere zich grotendeels op het deskundigheidsgebied van de specialist ouderengeneeskunde bevindt, neemt de specialist ouderengeneeskunde het hoofdbehandelaarschap van de huisarts over.

De LHV en Verenso vinden het van groot belang dat op regionaal niveau overeenkomsten worden opgesteld over de samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen enerzijds en verantwoordelijken voor de zorg ("care") anderzijds: zorginstelling, particuliere kleinschalige woonvorm en wijkverpleegkundige.

Getekend te Apeldoorn d.d. 27 november 2014:

De heer drs. P. Lips
Bestuur LHV, huisarts

Mevrouw drs. N.M. Nieuwenhuizen
Bestuur Verenso, specialist ouderengeneeskunde



Samenhangende medische zorg voor ouderen in de thuissituatie

Zorgaanbod specialist ouderengeneeskunde

Verenso en de Landelijke Huisartsen Vereniging hebben het zorgaanbod van de specialist ouderengeneeskunde voor de thuiswonende ouderen vastgesteld.

Module 1: Meekijkconsult diagnostiek ten behoeve van psychogeriatrische en/of somatische kwetsbare ouderen

Anamnese en onderzoek.

Advies aan de huisarts.

Module 2: Eenmalig geriatrisch assessment

Anamnese en onderzoek

Behandelplan en zorginterventies vaststellen voor het betreffende behandeldoel.
Behandeldoelen met de huisarts, patiënt en diens mantelzorg bespreken.
Eventueel patiënt doorverwijzen naar para medici en overige professionals/
hulpverleners/vrijwilligers.

Evaluatie en eventueel bijstellen van het behandelplan.

Module 3: Polyfarmacie

Medicatie anamnese en onderzoek bij de patiënt (inclusief overleg met apotheker).

Medicatie analyse en advies aan de patiënt en de huisarts.

Evaluatie van het advies en eventueel bijstellen.

Module 4: Medebehandeling

Anamnese en onderzoek.

Behandelplan en zorginterventies vaststellen voor het betreffende behandel - en zorgdoel.
De behandel en zorgdoelen bespreken met de huisarts, patiënt (en of diens vertegenwoordiger) en de wijkverpleegkundige/praktijkondersteuner etc.
Eventueel doorverwijzen naar paramedici en overige professionals/ hulpverleners/ vrijwilligers.

Multidisciplinair overleg/ evaluatie van het behandelplan en afstemming met zorgplan minimaal tweemaal per jaar.

Visite/consult maximaal viermaal per maand, verder niet gelimiteerd.

Module 5: ANW-zorg

Telefonisch consult.

Visite.





Bijlage 2: Bekostiging

Patiënt woont thuis of in een zorginstelling zonder toelating voor Wlz-behandeling

Bekostiging huisartsenzorg

De algemene geneeskundige zorg door de huisarts wordt gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet. Voor patiënten thuis of voor patiënten in een zorginstelling zonder toelating voor behandeling declareert u als huisarts prestaties bij de zorgverzekeraar.²⁴ Zowel patiënten met als zonder Wlz-indicatie staan op naam bij u ingeschreven. In de LHV-Declareerwijzer 2016 leest u in welke situaties u het tarief 'intensieve zorg' of het tarief 'intensieve zorg, ANW' kunt declareren.²⁵

Bekostiging specialist ouderengeneeskunde

• Patiënten zonder Wlz-indicatie

De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten zonder Wlz-indicatie wordt nu (2016) bekostigd via de subsidieregeling extramurale behandeling. Dit is een tijdelijke situatie tot extramurale behandeling wordt opgenomen in de Zorgverzekeringswet en de subsidieregeling kan vervallen. Om voor financiering in aanmerking te komen onder de subsidieregeling extramurale behandeling moet de instelling waarvoor u als specialist ouderengeneeskunde werkt, gecontracteerd zijn door het zorgkantoor voor de functie S335.²⁶

Betreft het een consultatie? Dan kan deze functie binnen de subsidieregeling worden ingezet zonder een CIZ-indicatie. De eerdergenoemde producten 'consult', 'geriatisch assessment' en 'polyfarmacie consult' vallen hieronder. Ook kunt u worden geconsulteerd in de ANW-uren. Voor structurele medebehandeling is een CIZ-indicatie nodig.²⁷

• Patiënten met een Wlz-indicatie

Patiënten met een Wlz-indicatie hebben recht op zorg door een specialist ouderengeneeskunde, wanneer zij vanuit geneeskundig oogpunt op deze zorg aangewezen zijn. Hiermee hebben ze recht op een Wlz-pakket

met behandeling. Die behandeling wordt uit de Wlz bekostigd; Wlz-patiënten komen niet in aanmerking voor de subsidieregeling extramurale behandeling. Neemt een patiënt een Wlz-pakket zonder behandeling af, bijvoorbeeld omdat hij verblijft bij een instelling die niet is toegelaten voor Wlz-behandeling? Dan kan de specialist ouderengeneeskunde op consultbasis declareren.²⁸

U mag op consultbasis declareren, zolang dit niet duurder is dan een Wlz-pakket met behandeling. Deze prestatie op consultbasis hoeft niet te worden geleverd door de instelling waar de patiënt verblijft of die het VPT regelt. Wel moet er een contract zijn met het zorgkantoor voor het leveren van deze prestatie.

Heeft de patiënt een MPT waar behandeling geen onderdeel van uitmaakt, dan kan in overleg met het zorgkantoor het pakket worden omgezet naar een pakket met behandeling. Als de patiënt een PGB heeft, dan kan de Wlz-behandeling alleen in natura worden afgenomen en dus niet apart worden ingekocht door de patiënt.²⁹

Patiënt woont in een zorginstelling met toelating voor Wlz-behandeling (Wlz-instelling)

Bekostiging huisartsenzorg

Als een instelling u als huisarts inhuurt voor het leveren van de algemene geneeskundige zorg in de Wlz-instelling, maakt u dan financiële afspraken met de Wlz-instelling. De instelling betaalt de algemene zorg uit het zorgzwaartepakket dat het voor de patiënt ontvangt. De zorg die u levert, wordt dan rechtstreeks bij de Wlz-instelling gedeclareerd. De patiënt die de zorg ontvangt, staat niet (meer) op naam in geschreven bij uw huisartsenpraktijk.

²⁴ Zie voor de huisartsenprestaties de NZa-beleidsregel 'Huisartsenzorg en modulaire zorg' via <https://www.nza.nl/> ²⁵ Zie hiervoor de LHV-declareerwijzer, te raadplegen via: <https://www.lhv.nl/service/declareerwijzer-2016> ²⁶ Deze prestatie is ontleend aan de prestatie H335 uit de NZa-beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg'. In deze beleidsregel staat onder welke voorwaarden behandeling door een specialist ouderengeneeskunde gedeclareerd kan worden. ²⁷ Zie voor meer informatie over het verkrijgen van een indicatie voor extramurale behandeling de website van het CIZ: <https://www.ciz.nl/voor-professionals/aanvragen-subsidieregelingen/Paginas/Tijdelijke-subsidieregeling-behandeling.aspx> ²⁸ Dat is de prestatie H335 uit de NZa-beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg'. ²⁹ Zie: [https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/leveringsvormen+\(instelling+vpt+mpt+en+pgb\)#Zorgthuisvptmptenpgb](https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/wlz-kompas/leveringsvormen+(instelling+vpt+mpt+en+pgb)#Zorgthuisvptmptenpgb)



Bekostiging specialist ouderengeneeskunde

De inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor de algemene en de specifieke Wlz-behandeling wordt bekostigd uit het zorgzwaartepakket dat de Wlz-instelling voor de patiënt ontvangt.

Uitzondering:

Er zijn patiënten die wonen in een instelling die toegelaten is voor het leveren van Wlz-behandeling, maar die een Wlz-pakket afnemen zonder behandeling. In dat geval levert de huisarts de algemeen geneeskundige zorg.

Heeft de patiënt behoefte aan zorg door de specialist ouderengeneeskunde? Dan zijn er twee mogelijkheden: het pakket omgezet in een pakket mét Wlz-behandeling of men maakt gebruik van de mogelijkheid van het inzetten van de functie 'Behandeling' door de specialist ouderengeneeskunde³⁰ naast het pakket zonder behandeling.

Kortdurend eerstelijnsverblijf

Bekostiging huisartsenzorg

De algemene geneeskundige zorg door de huisarts wordt gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet. U kunt hiervoor prestaties declareren, die specifiek voor huisartsenzorg zijn vastgesteld. Het gaat om prestaties voor visites, uitgesplitst in tijdsduur en tijdstip (overeenkomstig de reguliere indeling).³¹

Bekostiging specialist ouderengeneeskunde

Het kortdurend eerstelijnsverblijf kent een integrale financiering, met uitzondering van de huisartsenzorg en de farmaceutische zorg. Met een instelling worden afspraken gemaakt over een integraal pakket, waaruit het verblijf, de verpleging en verzorging, hulpmiddelen en behandeling door artsen (geen huisartsen) en paramedici worden betaald. De bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde valt ook onder dit pakket. U hoeft hiervoor niet in dienst te zijn van de instelling; ook als onderaannemer kunt u behandeling leveren aan patiënten in het eerstelijnsverblijf.

Voor deze onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief, waarover u kunt onderhandelen met de instelling. Zie voor details de NZa-beleidsregel en regeling Eerstelijnsverblijf.

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)

Voor GRZ declareert de zorginstelling een DBC. Voor details raadpleegt u de NZa-beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg'.

³⁰ Dat is de prestatie H335 uit de NZa-beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg'.

³¹ Zie hiervoor de NZa-beleidsregel 'Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg': https://www.nza.nl/regelgeving/beleidsregels/BR_CU_7105__Huisartsenzorg_en_multidisciplinaire_zorg.



Bijlage 3: Voorbeeld inhoudsopgave samenwerkingsafspraken huisarts - specialist ouderengeneeskunde

Inleiding

Omschrijf de reden en doelstelling om samen te werken.

Vormen van samenwerking

Omschrijf de vormen van samenwerking. Leg uit wat de vorm inhoudt, hoe procedures lopen, en omschrijf de taken en verantwoordelijkheden van de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde.

Locatie/regio voor samenwerking

Omschrijf de regio/locatie voor de samenwerking. Bijvoorbeeld voor alle patiënten in een groep huisartsenpraktijken, een kleinschalige woonvorm, et cetera.

Werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde

Omschrijf de werkwijze van de specialist ouderengeneeskunde bij de vormen van samenwerking.

Benodigde informatie van de huisarts

Omschrijf de benodigde informatie van de huisarts aan de specialist ouderengeneeskunde en hoe en wanneer deze wordt aangeleverd.

Bereikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde

Omschrijf de procedures en bereikbaarheid in meer detail aan de hand van de vormen van samenwerking.

Terugkoppeling en registratie van de informatie door de specialist ouderengeneeskunde

Omschrijf hoe en wanneer de registratie en terugkoppeling van de specialist ouderengeneeskunde naar de huisarts plaatsvindt.

Financiering

Omschrijf hoe de financiering van de specialist ouderengeneeskunde geregeld is.

Evaluatie

Omschrijf wanneer en hoe evaluatie van de samenwerking en van de effectiviteit van de dienstverlening plaatsvindt. Formuleer vragen voor de evaluatie.



Contactgegevens

De handreiking 'Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde' is een uitwerking van het convenant dat Verenso en de LHV sloten op 27 november 2014 over de samenhangende geneeskundige zorg voor ouderen in de thuissituatie. Heeft u na het lezen van dit document nog vragen? Neemt u dan contact met ons op.



Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Tel: 030 - 28 23 723

E-mail: lhv@lhv.nl



**Verenso, vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde**

Tel: 030 - 28 23 481

E-mail: info@verenso.nl