

Kwaliteitsbeschrijving Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen

**Beschrijving van kwaliteit van
diagnostiek en behandeling door de
specialist ouderengeneeskunde in de
Geneeskundige Zorg voor Specifieke
Patiëntgroepen**



Colofon

Dit is een uitgave van Verenso, beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde.

Disclaimer

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden de auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Overname van teksten is toegestaan met bronvermelding en toestemming van Verenso.

Klankbordgroep

De kwaliteitsbeschrijving Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) is tot stand gekomen met medewerking van de volgende specialisten ouderengeneeskunde:

- Dhr. H.K. (Humphrey) Karijodikoro
- Mw. S.J. (Susanne) de Kort
- Mw. I. (Ilse) Lagendijk
- Mw. S.N. (Nancy) Lenaerts
- Mw. J.M. (Nettie) Lensink
- Mw. M. (Maaïke) Posthouwer
- Dhr. J. (Jeroen) van der Ploeg
- Dhr. S. (Serge) Roufs
- Mw. J.A.G.M (Hanneke) van de Sandt

Samenwerking

Deze handreiking is opgesteld door Verenso en tot stand gekomen dankzij de waardevolle inbreng en betrokken medewerking van diverse beroeps- en patiëntorganisaties en brancheverenigingen. Hun expertise en inspanning waren essentieel voor de totstandkoming van dit document.

Ondersteuning

- Dhr. A.S. (Aize) de Boer, beleidsadviseur team belangenbehartiging en bekostiging Verenso
- Mw. S. (Sandra) van Beek, beleidsadviseur en manager team belangenbehartiging en bekostiging Verenso
- Drs. Y. (Lensink), beleidsadviseur team belangenbehartiging en bekostiging Verenso

Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
Leeswijzer	6
1. Het doel van GZSP	7
1.1 Wat is GZSP.....	7
1.2 Voor wie is de GZSP?	8
1.3 Hoe komen patiënten in aanraking met GZSP?	9
1.4 Doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde	10
2. Het werk van de specialist ouderengeneeskunde binnen de GZSP	11
2.1 Inhoud en verantwoordelijkheden	11
2.1.1 Het belang van een goede overdracht van patiëntgegevens	13
2.2 Inhoud en (multidisciplinaire) werkwijze	16
3. De patiëntreis binnen de GZSP	18
3.1 Signalen en verwijzing (Stap 1)	18
3.2 Intake en geriatrisch assessment (Stap 2).....	19
3.3 Opstellen van behandelplan en MDO (Stap 3)	20
3.4 Uitvoering, evaluatie en bijstelling (Stap 4)	21
3.5 Afronding en overdracht (Stap 5)	22
4. Randvoorwaarden GZSP	23
4.1 Samenwerking en gegevensuitwisseling	23
4.2 Financiën	24
4.3 Personeel	25
4.4 Organisatie en structuur.....	25

Inleiding

Over deze kwaliteitsbeschrijving

In deze kwaliteitsbeschrijving staat de behandeling door specialisten ouderengeneeskunde in de thuissituatie centraal. De Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) komt in beeld wanneer de gebruikelijke huisartsenzorg niet voldoende is om complexe of meervoudige problematiek te ondervangen. Met andere woorden: zodra de situatie zodanig complex wordt dat er een meer specialistische behandeling voor de meervoudige problematiek die samenhangt met het ouder worden noodzakelijk is, kan de specialist ouderengeneeskunde betrokken worden, zodat de patiënt in de thuissituatie de passende behandeling kan ontvangen.

Passende zorg

Deze kwaliteitsbeschrijving geeft een helder kader voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde binnen de patiëntreis van de GZSP én de randvoorwaarden om de behandeling in de thuissituatie passend te kunnen leveren. De nadruk ligt op multidisciplinaire samenwerking, bijvoorbeeld met de huisarts en/of POH-ouderen, wijkverpleging, casemanager dementie, verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), openbaar apotheker, gedragswetenschapper, paramedici, vaktherapeut, het sociaal domein en continue afstemming met de patiënt en/of naaste(n). Een proactieve, breed gerichte aanpak maakt het mogelijk om patiënten veilig en waardig in hun eigen omgeving te laten functioneren.

Context

De afgelopen jaren heeft de ouderenzorg in Nederland diverse hervormingen ondergaan. Door de sterke vergrijzing en een toenemende focus op zo lang mogelijk thuis (extramuraal) blijven wonen, blijft een groeiende groep kwetsbare ouderen en chronisch zieken als gevolg langer thuis. In het kader van het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (Wozo),¹ Integraal ZorgAkkoord (IZA)² en de daarmee samenhangende regionale samenwerkingsverbanden, ligt de nadruk op het versterken van zorg in de wijk en het intensiveren van (multidisciplinaire) samenwerking. De discussie over het regiebehandelaarschap wordt nog op andere plekken gevoerd en valt daarom buiten het bestek van dit document.

Tegelijkertijd is de financiering van extramurale behandeling door de specialist ouderengeneeskunde omgevormd: wat voorheen via tijdelijke regelingen en andere domeinen georganiseerd was, is geleidelijk ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het aansluiten van inhoud en financiering is nog volop in ontwikkeling. Deze verschuiving en doorontwikkeling vragen om heldere afspraken, een regionale realisatieagenda en nauwe samenwerking tussen zorgprofessionals, zodat patiënten – ook wanneer de zorgvraag complex wordt – de juiste zorg op de juiste plek kunnen ontvangen.

Naast deze ontwikkelingen groeit de aandacht voor samenhangende zorg in de wijk. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de Visie Eerstelijnszorg (2022-2025) staat de versterking van de eerste lijn en het sociaal domein centraal. De GZSP speelt hierin een cruciale rol door de specifieke medische deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde (of arts verstandelijk gehandicapten) toe te voegen aan de thuissituatie van patiënten met complexe problematiek binnen de eerstelijnszorg.

Door de komst van GZSP zijn professionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars op zoek naar duidelijke kaders:

- *Voor welke patiënten?*
- *Met welke doelen en rollen?*
- *Hoe wordt de samenwerking met de huisarts en andere samenwerkingspartners vormgegeven?*
- *Welke randvoorwaarden en financieringsmodellen zijn nodig?*

¹ [Het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen](#) - WOZO

² [Het Integraal Zorg Akkoord](#) – samenwerken aan goede zorg
VERENSO 2025 | KWALITEITSBESCHRIJVING GZSP

Deze kwaliteitsbeschrijving sluit hierop aan. De kwaliteitsbeschrijving is ontwikkeld met gebruikmaking van verschillende bronnen – zoals de NZa-beleidsregels, handreikingen rondom eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ), alsook de input uit klankbordgroepen van specialisten ouderengeneeskunde en samenwerkingspartners van Verenso in de eerste lijn. Hierdoor beoogt zij de praktijk van de GZSP te verhelderen, zowel voor zorgprofessionals als voor zorgverzekeraars, patiënten en mantelzorgers.

Leeswijzer

Deze kwaliteitsbeschrijving is opgebouwd rondom de *patiëntreis* binnen de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) en de rol van de specialist ouderengeneeskunde daarin. In vier hoofdstukken lichten we toe **wat** GZSP is, **wie** ervoor in aanmerking komt, **hoe** de zorg stapsgewijs verloopt en **welke** randvoorwaarden nodig zijn om goede ouderengeneeskundige zorg aan thuiswonende patiënten met complexe of meervoudige problematiek te borgen.

Hoofdstuk 1: Het doel van GZSP

Hier staat beschreven *wat* GZSP is: een integrale, proactieve aanpak voor thuiswonende patiënten zónder Wlz-indicatie, met (zeer) complexe of meervoudige problematiek. Het hoofdstuk gaat in op de *doelen* van GZSP (bijv. voorkomen van achteruitgang, bevorderen van zelfredzaamheid) en de *context* (verhouding tot o.a. GRZ, ELV en intramurale Wlz-zorg).

Hoofdstuk 2: Het werk van de specialist ouderengeneeskunde binnen de GZSP

De specialist ouderengeneeskunde staat hier centraal. De verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden (meedenkconsult, consultatie, medebehandeling, (tijdelijk) regie) komen aan bod. Ook wordt toegelicht *voor wie* GZSP onder regie van de specialist ouderengeneeskunde bedoeld is (doelgroep) en hoe de specialist ouderengeneeskunde samenwerkt met de huisarts, wijkverpleging, apotheker, gedragswetenschapper, casemanager, paramedici, vaktherapeut, het sociaal domein en afstemt met de patiënt en/of naaste(n).

Hoofdstuk 3: De patiëntreis binnen de GZSP

In dit hoofdstuk worden de stappen van signalering en verwijzing (Stap 1) tot en met afronding en overdracht (Stap 5) uiteengezet. Er is beschreven hoe de specialist ouderengeneeskunde wordt ingeschakeld, welke assessments en behandelplannen volgen en hoe multidisciplinaire afstemming (MDO) in de praktijk werkt. De fasering (intake, geriatrisch assessment, uitvoering, evaluatie) helpt inzicht te geven in de dynamiek van GZSP en hoe de samenwerking met andere disciplines vorm krijgt.

Hoofdstuk 4: Randvoorwaarden GZSP

De organisatorische en beleidsmatige kaders die randvoorwaardelijk zijn voor de kwaliteit van de GZSP worden in dit hoofdstuk nader benoemd: samenwerking en gegevensuitwisseling, financiën, personele capaciteit en organisatie/structuur. Er wordt gesproken over onder meer de huidige (en gewenste) bekostiging vanuit de Zorgverzekeringswet, de positie van de specialist ouderengeneeskunde naast de huisarts, het belang van regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's), digitalisering, taakherschikking en de noodzaak van voldoende samenwerking in de eerste lijn.

Gebruikers

Deze kwaliteitsbeschrijving is bruikbaar voor specialisten ouderengeneeskunde, zorgverzekeraars, beleidsmakers en andere betrokkenen bij de behandeling, kwaliteit en bekostiging van GZSP. In de tekst verwijzen blauwe kaders naar definities en oranje kaders naar specifieke aandachtspunten vanuit het oogpunt van de specialist ouderengeneeskunde.

1. Het doel van GZSP

1.1 Wat is GZSP

De Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) is zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor mensen die – door (zeer) complexe of meervoudige problematiek – specifieke medische behandeling nodig hebben. GZSP is extramuraal; de patiënt woont thuis of in een woonvorm zonder Wlz-indicatie. De inzet van de specialist ouderengeneeskunde (en eventueel andere disciplines) is erop gericht om deze mensen, veelal kwetsbare ouderen maar ook jongere patiënten met vergelijkbare complexiteit (zoals niet-aangeboren hersenletsel (NAH) of progressieve neurologische aandoeningen), passende multidisciplinaire zorg te bieden. GZSP heeft de volgende doelen:

- **Bevorderen en/of behouden van kwaliteit van leven**
- **Voorkomen, vertragen of begeleiden van achteruitgang** en complicaties
- **Optimaliseren van zelfredzaamheid en eigen regie** in de eigen woonomgeving

Om deze doelen te bereiken, werkt GZSP altijd multidisciplinair en domeinoverstijgend – met aandacht voor somatische, psychische, sociale en functionele aspecten (en zo nodig ook de spirituele dimensie). Deze brede benadering maakt het mogelijk verschillende problemen tegelijk aan te pakken en de zorg optimaal af te stemmen op de individuele patiënt.³

Bij kwetsbare ouderen is er vaak sprake van multimorbiditeit, waarin lichamelijke, cognitieve en sociale factoren een rol spelen. Bij jongere patiënten (bijv. met niet-aangeboren hersenletsel of progressieve neurologische aandoeningen) gelden dezelfde principes, maar dan in een andere levensfase. In de meeste gevallen is er sprake van een complex samenspel van aandoeningen en ondersteuningsbehoeften.

Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) is erop gericht om patiënten met complexe of meervoudige problematiek, veelal (kwetsbare) ouderen, op een integrale en proactieve manier te behandelen en te ondersteunen.

Het hoofddoel is de kwaliteit van leven te behouden of te verbeteren, achteruitgang te voorkomen of te vertragen, en de zelfredzaamheid van patiënten in hun eigen woonomgeving te optimaliseren.

Afbakening

- De GZSP richt zich op individuele (vaak multidisciplinaire) behandeling vanuit de Zvw, níet op intramurale Wlz-behandeling of geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en eerstelijnsverblijf (ELV). Wel kunnen patiënten soms achtereenvolgens meerdere zorgvormen doorlopen, waardoor sprake is van overgangen tussen GRZ, ELV en GZSP.
- Deze handreiking beschrijft met name de inzet van de specialist ouderengeneeskunde binnen de GZSP en de disciplines waarmee de specialist ouderengeneeskunde samenwerkt, zoals de huisarts, wijkverpleging, casemanager, gedragswetenschapper, openbaar apotheker, paramedici, vaktherapeut en het sociaal domein.

³ Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - [BR/REG-22135](#)

Plaats in het zorgcontinuüm

GZSP bevindt zich op het snijvlak van de Zvw- en Wlz-zorg en soms ook het sociaal domein (Wmo). Het gaat om mensen die (nog) geen Wlz-indicatie hebben, maar meer nodig hebben dan huisartsenzorg of wijkverpleging en waarbij vaak ook sprake is van complexe farmaceutische zorg. In sommige situaties kan GZSP direct volgen op een afgerond traject in geriatrische revalidatiezorg (GRZ) of eerstelijnsverblijf (ELV), wanneer de patiënt na terugkeer naar huis alsnog complexe vragen heeft. Deze handreiking is echter *niet* bedoeld als vervanging of verlengstuk van ambulante GRZ. In deze kwaliteitsbeschrijving sluiten we aan op andere relevante documenten, zoals de *Realisatieagenda Visie Eerstelijnszorg 2030*⁴, het *Convenant MGZ*⁵ en de *Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis (KOT)*⁶.

GZSP-groepsbehandeling

In sommige regio's is er ook sprake van *GZSP-groepsbehandeling* (bijvoorbeeld dagbehandeling). Deze handreiking richt zich echter op de individuele behandeling en werkt groepsbehandeling niet verder uit.

Toelichting op afbakening

- De Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) is een Zvw-prestatie voor thuiswonende patiënten zonder Wlz-indicatie. Dit betekent dat intramurale Wlz-behandeling of extramurale Wlz-zorg (zoals verpleegzorg thuis) buiten deze beschrijving vallen.
- GZSP kan niet gelijktijdig met eerstelijnsverblijf (ELV) of geriatrische revalidatiezorg (GRZ) worden gedeclareerd. Wel kan het voorkomen dat patiënten achtereenvolgens gebruikmaken van GRZ, ELV en GZSP, afhankelijk van hun zorgvraag en situatie.
- Binnen de Wlz bestaat eveneens een groeiende groep patiënten die thuis woont en daar extramurale Wlz-voorzieningen ontvangt. Hoewel deze extramurale Wlz-behandeling soms inhoudelijk vergelijkbaar is met GZSP, onderscheidt GZSP zich doordat deze onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt en daarmee gepaard gaat met andere (contractuele) afspraken en bekostigingsregels.
- Deze handreiking richt zich expliciet op de inzet van de specialist ouderengeneeskunde binnen de Zvw-gefinancierde GZSP en de daarbij horende samenwerking met disciplines zoals de huisarts, wijkverpleging, casemanager, gedragswetenschapper, openbaar apotheker, paramedici, vaktherapeut, het sociale domein. Voor patiënten met een Wlz-indicatie gelden andere wettelijke kaders, prestatiebeschrijvingen en financieringsvormen.

1.2 Voor wie is de GZSP?

GZSP is er voor thuiswonende kwetsbare patiënten zónder Wlz-indicatie, bij wie een vroegtijdige inzet van de specialist ouderengeneeskunde kan helpen om latere, intensievere (en duurdere) zorg te voorkomen. Concreet gaat het om mensen die:

1. **Complexe, meervoudige problematiek** hebben (vaak een stapeling van lichamelijke, psychische/cognitieve en/of sociale beperkingen),⁷
2. **Een hoog risico op verdere achteruitgang** lopen (bijvoorbeeld bij multimorbiditeit, herhaalde valincidenten, mantelzorgoverbelasting of gedragsproblemen),
3. **Meer** nodig hebben dan huisartsenzorg of wijkverpleging kan bieden,
4. **Een hulpvraag** hebben die de huisartsenzorg overstijgt, maar wel binnen de medisch-generalistische zorg valt.

⁴ [Visie eerstelijnszorg 2030](#)

⁵ Handreiking [Convenant samenwerking MGZ](#)

⁶ Handreiking [Kwetsbare Oudere Thuis \(KOT\)](#)

⁷ Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - [BR/REG-25102](#)
[VERENSO 2025 | KWALITEITSBESCHRIJVING GZSP](#)

De huisarts blijft de poortwachter (en verleent algemene medische zorg), maar kan de specialist ouderengeneeskunde inschakelen als medebehandelaar of als degene die (tijdelijk) de regie (over een deel) van de behandeling op zich neemt, wanneer de specifieke expertise van de specialist ouderengeneeskunde vereist is bij complexe, vaak geriatrische, maar soms ook niet-geriatrische problematiek zoals progressieve neurologische aandoeningen.

1.3 Hoe komen patiënten in aanraking met GZSP?

- **Signalering in de eerstelijnszorg**

De huisarts, wijkverpleegkundige, casemanager of sociaal werker binnen het sociaal domein ziet dat de problematiek méér vraagt dan reguliere eerstelijnszorg.

- **Verwijzing door huisarts of medisch specialist**

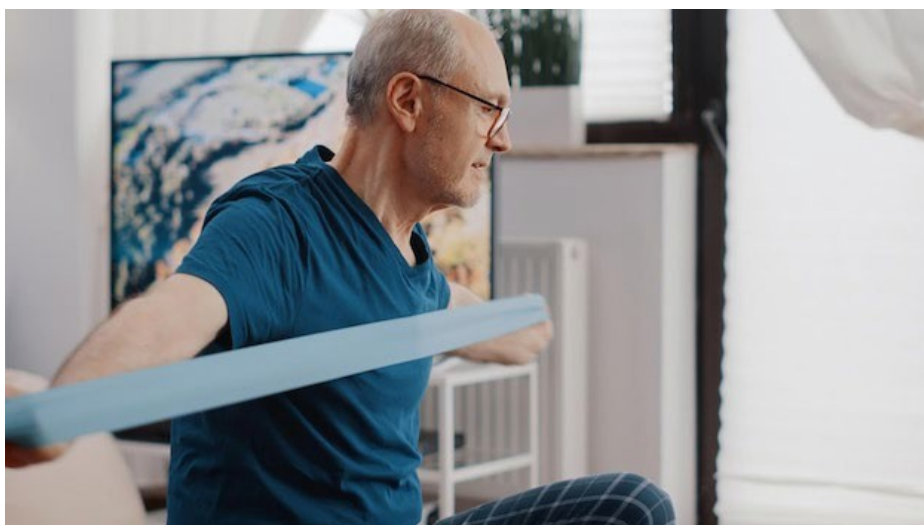
In lijn met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de eisen van zorgverzekeraars moeten hiervoor **structurele** afspraken bestaan tussen huisartsengroepen en aanbieders van GZSP. Zo wordt voorkomen dat specialisten ouderengeneeskunde ad-hoc benaderd worden zonder regionale inbedding.

- **Na ziekenhuisopname**

Soms blijkt bij ontslag dat men hoogcomplexe zorg nodig heeft, maar niet zodanig dat GRZ, Wlz-instellingszorg of ELV hoogcomplex geïndiceerd is. De transferverpleegkundige of medisch specialist kan (in overleg met de huisarts) beslissen dat GZSP noodzakelijk is.

In de praktijk worden patiënten vaak pas doorgestuurd wanneer de complexiteit hoog oploopt of er sprake is van dreigend regieverlies⁸. De GZSP beoogt juist vroegtijdige, multidisciplinaire interventies, om escalaties te voorkomen en continuïteit van zorg te garanderen

De specialist ouderengeneeskunde kijkt niet alleen naar de acute klachten, maar ook naar het bredere beeld en de samenhang van dit beeld (fysiek, psychisch, sociaal, functioneel) en werkt nauw samen met onder andere de wijkverpleging, casemanager, gedragswetenschapper, openbaar apotheker, paramedici, vaktherapeut en het sociaal domein. Hierdoor kunnen patiënten – ook als ze zeer kwetsbaar zijn – vaak langer en veiliger thuis blijven wonen of een zo passend mogelijke behandelomgeving krijgen.



⁸ Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - [BR/REG-25102](#)

1.4 Doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde biedt diagnostiek en behandeling aan kwetsbare patiënten met complexe multidomeinproblematiek. Daarbij kan sprake zijn van enkelvoudige of een opeenstapeling van fysieke aandoeningen en/of toenemend regieverlies.

Het doel van het specialisme ouderengeneeskunde is medische zorg verlenen bij complexe geriatrie problemen, waarbij de nadruk ligt op het versterken van de functionele autonomie en kwaliteit van leven van de patiënt.

Patiënten kunnen thuis wonen, in een verpleeghuis of in een geclusterde woonvorm. Of een patiënt behoort tot de doelgroep van de specialist ouderengeneeskunde wordt echter niet bepaald door de woonvorm, maar door de zorgvraag van de patiënt.

Inhoudelijke domeinen:

- **Secundaire en tertiaire preventie:** Voorkomen van complicaties en verdere achteruitgang bij bestaande aandoeningen.
- **Chronische ziekten:** Behandeling van langdurige somatische en psychische aandoeningen.
- **Herstel en revalidatie:** Ondersteuning bij herstelprocessen en het verbeteren van functionele vermogens.
- **Acute/spoedeisende zorg:** Snelle interventies bij plotselinge verslechtingen of acute gezondheidsproblemen, inclusief eventuele acute crisisbeoordelingen in het kader van de Wet zorg en dwang (Wzd).
- **Palliatieve en terminale zorg, inclusief ondersteuning bij vragen rondom euthanasie:** Zorg gericht op comfort en kwaliteit van leven in de laatste levensfase. De specialist ouderengeneeskunde kan hierbij betrokken worden voor palliatieve zorg, begeleiding van de patiënt en diens naasten, en advisering bij complexe vragen, zoals verzoeken om euthanasie. Dit kan onder andere bestaan uit het beoordelen van wilsbekwaamheid en het toetsen van zorgvuldigheidseisen volgens de wettelijke richtlijnen. Hoewel specialisten ouderengeneeskunde volgens de wet bevoegd zijn euthanasie uit te voeren, blijft dit een persoonlijke keuze van de arts. Indien de specialist ouderengeneeskunde hier niet zelf toe bereid is, kan worden verwezen naar een collega, de huisarts of het Expertisecentrum Euthanasie. Samenwerking en afstemming hierover vinden altijd plaats binnen de wettelijke kaders.⁹

Let op: GZSP niet bij Wlz-indicatie

- In het kader van Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) gaat het specifiek om patiënten *zonder* Wlz-indicatie die thuis wonen.
- Heeft een patiënt *wel* een Wlz-indicatie (bijv. voor intramurale zorg), dan valt de inzet van de specialist ouderengeneeskunde onder de Wlz-behandeling en **niet** onder GZSP.

⁹ [Beslissingen rond het levenseinde](#) - KNMG
VERENSO 2025 | KWALITEITSBESCHRIJVING GZSP

2. Het werk van de specialist ouderengeneeskunde binnen de GZSP

2.1 Inhoud en verantwoordelijkheden

In de GZSP richt de specialist ouderengeneeskunde zich op mensen die thuis wonen zonder Wlz-indicatie, maar waar wel sprake is van (zeer) complexe of meervoudige problematiek. De specialist ouderengeneeskunde werkt daarbij extramuraal, in nauwe samenwerking met de huisarts, wijkverpleging, casemanager, openbaar apotheker, gedragswetenschapper, paramedici en vaktherapeut, waarbij steeds wordt afgestemd met de patiënt en/of naaste(n). Deze samenwerking kan verschillende vormen aannemen – van meedenkconsult tot (tijdelijk) regievoering – en is specifiek afgestemd op de thuissituatie van de patiënt. Hiermee verschilt de opzet van GZSP van intramurale Wlz-zorg of geriatrie revalidatiezorg (GRZ), hoewel de specialist ouderengeneeskunde in al die situaties met vergelijkbare disciplines kan samenwerken.

Deze samenwerking kan verschillende vormen aannemen:^{10,11}

1. Intercollegiaal overleg / meedenkconsult

- o **Inhoud:** Een incidentele vraag over een patiënt die de specialist ouderengeneeskunde (nog) niet kent. Voor bijvoorbeeld medisch-geriatrie advies, valpreventie of (dreigend) delier.
- o **Invulling:** Meestal kort (telefonisch of via beveiligd kanaal). De huisarts behoudt de regie; de specialist ouderengeneeskunde geeft advies op afstand.
- o **Voorbeeld:** De huisarts overlegt met de specialist ouderengeneeskunde over een 78-jarige patiënt met Parkinson die ineens vaker valt. De specialist ouderengeneeskunde kent de patiënt niet persoonlijk, maar vermoedt dat de huidige medicatie mogelijk de balansproblematiek verergert en adviseert een kleine dosisaanpassing. Mocht er geen verbetering optreden, kan de huisarts later kiezen voor een formele consultatie.

2. Consultatie

- o **Inhoud:** De specialist ouderengeneeskunde beoordeelt de patiënt en geeft gericht advies of denkt mee (bijv. over polyfarmacie of gedragsproblemen). N.a.v. een consult kan, in afstemming met de patiënt en/of naaste(n), besloten worden om een langduriger traject te starten met de specialist ouderengeneeskunde.
- o **Invulling:** Dit kan telefonisch, via beveiligde mail/beeld, of door een huisbezoek. De huisarts houdt de regie, maar de specialist ouderengeneeskunde kent de patiënt (opnieuw) of heeft hem fysiek gezien.
- o **Voorbeeld:** De huisarts vraagt de specialist ouderengeneeskunde om een huisbezoek bij een 82-jarige patiënt met gevorderde dementie en toenemende agressie. De specialist ouderengeneeskunde beoordeelt de patiënt thuis, bespreekt de situatie met de mantelzorger en adviseert over medicatieaanpassingen en gedragsinterventies.

3. Medebehandeling

- o **Inhoud:** De specialist ouderengeneeskunde neemt een deel van de behandeling van de patiënt op zich, in samenspraak met de huisarts. Zo kan de specialist ouderengeneeskunde in samenwerking met de openbaar apotheker medicatiereview doen, een diagnose stellen, psychische klachten behandelen of paramedici inschakelen. De specialist ouderengeneeskunde stemt daarbij steeds af met de patiënt en/of naaste(n).

¹⁰ [Beleidsregel](#) geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-23126 - Nederlandse Zorgautoriteit

¹¹ [Competentieprofiel](#) specialist ouderengeneeskunde 2019

- o **Invulling:** De huisarts blijft eindverantwoordelijk voor de algemene gezondheid van de patiënt. De specialist ouderengeneeskunde brengt geriatrische expertise in, monitort het verloop en stelt (zo nodig) zorg bij. Er is overleg over de voortgang.
- o **Voorbeeld:** Een patiënt waar sprake is van beginnende cognitieve stoornissen gebruikt langdurig (pijn)medicatie. De specialist ouderengeneeskunde voert in samenwerking met de openbaar apotheker¹² de medicatiebeoordeling uit, en bouwt deze indien nodig voorzichtig af, met een herbeoordeling van het cognitieve functioneren over drie maanden. De huisarts blijft de algemene medische zorg volgen, terwijl de specialist ouderengeneeskunde tussentijds monitort en indien nodig extra ondersteuning inschakelt.

4. Regie voeren

- o **Inhoud:** De specialist ouderengeneeskunde is de persoon die (tijdelijk) verantwoordelijkheid neemt voor (een deel van) de behandeling bij zeer complexe geriatrische problematiek. De huisarts blijft eindverantwoordelijk voor het basisaanbod huisartsenzorg.
- o **Invulling:** De specialist ouderengeneeskunde coördineert multidisciplinaire interventies, onderhoudt contact met andere behandelaren, stelt een behandelplan op en voert de regie op het gedeelte dat onder GZSP valt. Uiteraard doet de specialist ouderengeneeskunde dit steeds in afstemming met de patiënt en of zijn naaste(n).
- o **Bereikbaarheid:** Overdag is de beschikbaarheid en bereikbaarheid¹³ van de specialist ouderengeneeskunde geregeld voor zowel consultatie, medebehandeling of de overdracht van de regie over de behandeling (MGZ), mits er vooraf afspraken zijn gemaakt. Tijdens de ANW-uren (spoedzorg) blijft de huisarts bereikbaar en beschikbaar en is de specialist ouderengeneeskunde toegankelijk voor het (tijdelijk) overnemen van (een deel van) de behandeling, mits er afspraken zijn gemaakt.
- o **Voorbeeld:** Een thuiswonende oudere met toenemende cognitieve stoornissen, gedragsproblemen en valincidenten. De specialist ouderengeneeskunde neemt de behandeling over, stelt een behandelplan op, adviseert over inzet van psychologische zorg, stemt af met de mantelzorger en adviseert over aanvullende thuiszorg of het aanvragen van een Wlz-indicatie.
- o **Relatie tot bekostiging:**
 1. Sinds 1 januari 2025 is de betaaltitel 'Zorgtraject kwetsbare patiënten' van kracht. Dit bestaat uit een starttraject van maximaal 3 maanden en een vervolgentraject dat maandelijks kan worden gedeclareerd. Hiermee is een begin gemaakt om de regiefunctie van de specialist ouderengeneeskunde bij complexe, multidisciplinaire zorgtrajecten adequaat te bekostigen, maar heeft ook nog verdere uitwerking in de (nabije) toekomst.
 2. **Politieke agenda / toekomstagenda:** Omdat ouderen steeds langer thuis blijven wonen, wordt de noodzaak van de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn steeds zichtbaarder. De vraag naar deze specialisten neemt toe, waarbij hun regiefunctie een meer nadrukkelijke plek inneemt. Er is meer beleidsduidelijkheid nodig over hoe dit in de praktijk werkt, zodat ook de bekostiging ontwikkeld kan worden. Op dit moment richt de regiefunctie zich formeel op de GZSP-aspecten van de behandeling.

¹² [MDR Polyfarmacie bij Ouderen](#) – samenwerking specialist ouderengeneeskunde, huisarts en apotheker

¹³ [Convenant MGZ](#) - H2 | Afspraken om het gewenste resultaat te behalen
VERENSO 2025 | KWALITEITSBESCHRIJVING GZSP

2.1.1 Het belang van een goede overdracht van patiëntgegevens

In de GZSP woont de patiënt thuis. Er is dus geen sprake van een 'binnenkomst' in een instelling, zoals bij revalidatie of verpleeghuiszorg. Toch is het zoals bij elke vorm van nieuwe zorginzet van belang voor een goede start van het GZSP-traject dat de specialist ouderengeneeskunde over voldoende informatie beschikt om (1) te beoordelen of GZSP de juiste keuze is en (2) bij aanvang direct adequaat te kunnen handelen.

Om een adequate afweging te maken of GZSP de beste zorg is voor een patiënt, heeft de specialist ouderengeneeskunde toegang nodig tot relevante patiëntgegevens. Voor patiëntgegevens hanteren wij de volgende definitie:

Patiëntgegevens

Alle informatie die betrekking heeft op de gezondheid van een patiënt en door zorgprofessionals wordt vastgelegd in het medisch dossier. Deze informatie is noodzakelijk om goede zorg met behandeling te leveren.

Binnen de GZSP-doelgroep gebruikt de specialist ouderengeneeskunde voornamelijk de patiëntgegevens afkomstig uit het medisch dossier van de huisarts en het ziekenhuis. Als een patiënt start met een GZSP-traject, is het voor de specialist ouderengeneeskunde belangrijk om de volgende patiëntgegevens van zowel de huisarts als het ziekenhuis bij de start te ontvangen:

- Persoonsgegevens patiënt (BSN, NAW, geboortedatum en geslacht)
- Alle beschikbare informatie over de medische voorgeschiedenis (incl. contra-indicaties en allergieën)
- Actuele medicatielijst (incl. afspraken, data, wijzigingen, overgevoeligheden en afwijkende nierfunctiewaarden)
- Gemaakte afspraken in het kader van proactieve zorgplanning (PZP), zoals afspraken over reanimatie
- Medische overdracht van de huisarts en/of het ziekenhuis (met onder andere reden van opname, vervolgspraken, beloop van opname in het ziekenhuis, aandoening en acute achteruitgang)

Eerste gegevens – bij verwijzing of eerste contact

Zodra de huisarts (of een andere verwijzer) overweegt om GZSP in te zetten, is een heldere vraagstelling (hulpvraag) en een korte, relevante voorgeschiedenis nodig om te beoordelen of GZSP passend is en om de urgentie in te schatten. Denk bijvoorbeeld aan:

- De kerndiagnosen of belangrijkste aandachtspunten (bijv. cognitieve achteruitgang, valrisico),
- De huidige situatie (acute verslechtering, mantelzorgoverbelasting),
- Eventuele bestaande behandel- of escalatieafspraken (bijv. reanimatiebeleid).

Met deze basisinformatie kan de specialist ouderengeneeskunde snel inschatten of GZSP de juiste route is. Eventuele aanvullende gegevens (bijv. medicatielijst, specifieke labuitslagen) kunnen in een later stadium of vóór het eerste consult worden opgevraagd – zeker als blijkt dat de situatie complex is en de GZSP-behandeling inderdaad nodig is.

Op deze manier sluiten we aan bij de praktijk: eerst een duidelijke vraagstelling en beknopte achtergrond, zodat de specialist ouderengeneeskunde weet hoe dringend en passend GZSP is; en vervolgens meer verdieping in medicatie- en dossiergegevens om het behandeltraject verder uit te werken.

Aanvullende gegevens – binnen 24 uur of zo spoedig mogelijk

Andere, meer uitgebreide gegevens kunnen volgens de *Wegiz* (de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg)¹⁴ en/of regionale afspraken binnen 24 uur (of een andere afgesproken termijn) beschikbaar worden gesteld. Te denken valt aan:

- Een overzicht van (actuele en afgesloten) episodes met attentievlag,
- Een samenvatting van de belangrijkste medische contacten, voorschriften en verslagen van de laatste maanden,
- Overige relevante specialistenbrieven.

Medische veranderingen gedurende het GZSP-traject

Ook als er tijdens medebehandeling of (tijdelijk) regiebehandeling belangrijke medische wijzigingen optreden – bijvoorbeeld nieuwe medische informatie vanuit het ziekenhuis of een extra diagnose door de huisarts – is het van belang dat deze gegevens snel worden gedeeld met de specialist ouderengeneeskunde. Zo blijft de GZSP-behandeling actueel, en kan de specialist ouderengeneeskunde direct bijsturen wanneer de situatie verandert.

Waarom gespreide aanlevering?

Er is een formele verwijzing naar GZSP nodig, waarbij een duidelijke verwijzsvraag en overdracht van relevante gegevens vereist zijn. Hoewel er geen formele 'opnamedag' bestaat zoals bij ziekenhuiszorg, start de specialist ouderengeneeskunde zijn of haar beoordeling direct na verwijzing. Door kerngegevens direct en aanvullende of gewijzigde gegevens spoedig te ontvangen, kan de specialist ouderengeneeskunde vlot en veilig aan de slag – ook als de patiëntsituatie tijdens het traject verandert.

¹⁴ [Wegiz](#) - Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg
VERENSO 2025 | KWALITEITSBESCHRIJVING GZSP

Welke informatie heeft de specialist ouderengeneeskunde idealiter nodig om te beoordelen of GZSP passend is?

Onderstaande opsomming geeft een overzicht van gegevens die van meerwaarde zijn voor de specialist ouderengeneeskunde bij de start van een GZSP-traject. Het is geen checklist waarvan elk punt door de huisarts moet worden verzameld. In de praktijk is vooral belangrijk dat zoveel mogelijk relevante, beschikbare informatie wordt gedeeld – en dat duidelijk is welke (eerste) acties de huisarts al heeft ondernomen of onderzocht.

1. Reden van (verdere) zorgvraag

- o Waarom overweegt men GZSP (bijv. recente achteruitgang thuis, nieuwe complexe klachten, escalatie van mantelzorgbelasting)?

2. Bestaande (chronische) diagnoses en voorgeschiedenis

- o Welke aandoeningen heeft de patiënt (gehad), wat is er eerder geprobeerd of onderzocht door de huisarts, en welke diagnoses staan nu centraal?

3. Huidige medicatiegebruik

- o Inclusief recente wijzigingen, mogelijke bijwerkingen, (pijn)medicatie, overgevoeligheden en – indien bekend – relevante labwaarden.

4. Proactieve Zorgplanning (PZP)

- o Zijn er wensverklaringen, reanimatieafspraken of andere behandelgrenzen?

5. Allergieën en intoxicaties

- o (Over)gevoeligheden en relevante intoxicaties uit het verleden.

6. Functioneel niveau vóór de huidige situatie ('premorbid functioneren')

- o Hoe mobiel en zelfstandig was de patiënt (ADL, IADL)? Was er thuiszorg actief?

7. Huidig lichamelijk en cognitief functioneren

- o Komen er geheugenproblemen, cognitieve stoornissen of lichamelijke beperkingen naar voren die thuis wonen bemoeilijken?

8. ADL- en IADL-vaardigheden op dit moment

- o Zelfverzorging, boodschappen doen, koken, financiën beheren, etc.

9. Leerbaarheid, trainbaarheid en motivatie

- o In hoeverre is de patiënt (en mantelzorger) in staat en bereid actief mee te werken aan begeleiding of revalidatie?

10. Sociale anamnese

- o Hoe ziet de woonsituatie eruit? Wie zijn de mantelzorgers en hoeveel professionele zorg is er al?

11. Relevante metingen en verslagen ('klinimetrie')

- o Eventueel afgesproken meetinstrumenten voor cognitie, stemming of dagelijks functioneren, volgens regionale werkafspraken.

12. Wensen en voorkeuren patiënt en/of naaste(n)

- o Welke voorkeuren en wensen heeft de patiënt en/of naaste(n) binnen deze behandelvorm? Wat vindt de patiënt belangrijk en wat wil de patiënt wel of niet gedurende deze behandelvorm?

Let op:

- Deze lijst biedt ideale in plaats van verplichte gegevens. De huisarts hoeft niet alles volledig te hebben uitgezocht vóór de specialist ouderengeneeskunde betrokken wordt.
- Voor de specialist ouderengeneeskunde is het wél nuttig om te weten welke signalen of acties de huisarts (of andere professionals) al heeft opgepakt, zodat er geen dubbel werk wordt gedaan.
- Het doel is om de specialist ouderengeneeskunde zó vroeg mogelijk in te schakelen als de problematiek erom vraagt, ook als nog niet alle gegevens voorhanden zijn. Zo kan de specialist ouderengeneeskunde in samenspraak met de huisarts en mantelzorger bepalen of GZSP inderdaad passend is *en passende zorg vorm geven*.

Regionale verschillen en maatwerk

In sommige regio's wordt geen strikt onderscheid gemaakt tussen 'direct' en 'binnen 24 uur', omdat de praktijk toelaat dat alle relevante gegevens vrijwel tegelijk worden ontsloten (bijv. via een gedeelde digitale omgeving).

Elders kan men formeel onderscheid maken tussen basisinformatie die nodig is om de verwijzsvraag te beoordelen, en aanvullende gegevens die op korte termijn volgen.

Waarom tijdige aanlevering essentieel is

Bij tijdige aanlevering kan de specialist ouderengeneeskunde een maatwerkbehandeling starten, onnodige vertraging of herhaalonderzoeken voorkomen en proactief inspelen op eventuele risicofactoren (bijv. polyfarmacie of cognitieve achteruitgang).

De patiënt en mantelzorger zijn gebaat bij een heldere, vlotte start van het GZSP-traject, met zo min mogelijk dubbel werk of onduidelijkheden over medicatie en voorgeschiedenis.

Op deze manier sluit het proces beter aan bij de realiteit van thuiswonende patiënten in de GZSP, terwijl de essentie — vóór aanvang van de inhoudelijke behandeling moet de specialist ouderengeneeskunde over voldoende gegevens beschikken — gewaarborgd blijft.

2.2 Inhoud en (multidisciplinaire) werkwijze

De specialist ouderengeneeskunde binnen GZSP werkt multidisciplinair, met aandacht voor somatische, psychische, sociale en functionele aspecten, en steeds in afstemming met de patiënt en/of naaste(n). De werkzaamheden kunnen in grote lijnen als volgt worden omschreven:

1. Diagnostiek en geriatrisch assessment

- o Uitvoeren van een uitgebreid onderzoek, bijv. volgens SFMPC¹⁵- of ICF-model,¹⁶ om de verschillende problemen (lichamelijk, psychisch, sociaal, functioneel) in kaart te brengen.
- o Aanvullend onderzoek kan bijvoorbeeld bestaan uit bloedonderzoek, beeldvormend onderzoek (CT/MRI), of specialistische diagnostiek zoals neuropsychologisch onderzoek. Bloedonderzoek wordt vaak via de huisarts of in overleg direct door de specialist ouderengeneeskunde aangevraagd. Beeldvormend onderzoek komt zelden voor in de GZSP-setting, maar is niet uitgesloten (bijvoorbeeld bij verdenking op complexe cerebrale problematiek).

2. Behandelplan opstellen

- o Samen met de patiënt en mantelzorger(s) worden doelen geformuleerd (bijv. stabiliseren, voorkomen valincidenten, afremmen van cognitieve achteruitgang).
- o Proactieve Zorgplanning (PZP) is hierbij een belangrijk hulpmiddel zijn, ongeacht de levensverwachting. Het draait om vroegtijdig anticiperen op (toekomstig) beloop van chronische en/of complexe aandoeningen en voorkomen dat interventies worden ingezet die de patiënt niet wenst.
- o De specialist ouderengeneeskunde kan andere disciplines inschakelen en stemt af of er een multidisciplinair overleg (MDO) nodig is.

3. Uitvoeren van de behandeling

- o Voorschrijven, monitoren en bijstellen van medicatie.
- o Eventueel gedragsinterventies opstarten in samenspraak met gedragswetenschapper, casemanager dementie, of wijkverpleegkundige.

¹⁵ [Handreiking 'Geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde'](#) - Verenso

¹⁶ [Is ICF het nieuwe SAMPC?](#) - Verenso

- o Het *stepped care*-principe – waarbij je zo licht mogelijk begint en waar nodig opschaalt – geldt niet alleen voor de daadwerkelijke behandeling, maar ook voor de diagnostiek en het opstellen van het behandelplan. De specialist ouderengeneeskunde start zo mogelijk met kleinere interventies, en voert intensievere onderzoeken of therapieën pas in als de situatie dat vereist, en als het past binnen de PZP zoals afgesproken met de patiënt en/of naaste(n).

4. Regie op multidisciplinaire samenwerking

- o Indien de specialist ouderengeneeskunde de persoon is die (tijdelijk) verantwoordelijkheid neemt voor (een deel van) de behandeling, bewaakt hij de samenhang tussen diverse interventies (ergotherapie, maatschappelijk werk, diëtetiek, etc.).
- o Bij medebehandeling houdt de specialist ouderengeneeskunde nauw contact met de huisarts en andere betrokkenen over voortgang en bevindingen.

5. Continuïteit en afronding

- o Na stabilisatie of afronding van de behandeldoelen vindt overdracht terug aan de huisarts plaats, uiteraard altijd in afstemming met de patiënt en/of naasten.
- o Indien de problematiek toch zwaarder wordt en een Wlz-indicatie nodig blijkt, adviseert de specialist ouderengeneeskunde hierover aan patiënt en/of naasten. In samenspraak met hen stelt de specialist ouderengeneeskunde, indien noodzakelijk, een medische onderbouwing op voor de aanvraag bij het CIZ. Daarnaast kan de specialist ouderengeneeskunde ondersteuning bieden aan patiënt en naasten bij een eventuele overgang naar een verpleeghuis, bijvoorbeeld door advisering of door het verzorgen van een warme overdracht aan de nieuwe behandelaar.

3. De patiëntreis binnen de GZSP

De inzet van de specialist ouderengeneeskunde via de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) kent vaak een dynamisch verloop. In dit hoofdstuk beschrijven we de typische patiëntreis zoals die, op basis van de praktijkervaringen en stakeholdersessies, kan verlopen. Houd daarbij in gedachten dat er regio-overstijgende verschillen bestaan (bijv. in ICT-systemen, aanmeldroutes) en dat niet ieder traject exact deze fasering volgt.



3.1 Signalen en verwijzing (Stap 1)

Afhankelijk van de hulpvraag en de rol van de specialist ouderengeneeskunde zullen één of meerdere van deze stappen worden doorlopen.

1. Signalering in de eerste lijn

- In de huisartspraktijk (bijv. huisarts, POH, PA/VS), de openbare apotheek (bij contact in de apotheek of tijdens een huisbezoek) of thuis (via wijkverpleging, mantelzorg, sociaal domein) kunnen alarmerende signalen worden opgemerkt. Denk aan herhaaldelijke valincidenten, cognitieve achteruitgang, gedragsproblemen, of mantelzorgoverbelasting. Ook minder directe aanwijzingen, zoals niet-opgehaalde medicatie of problemen met het ordenen van geneesmiddelen (zie de herziening handreiking *Kwetsbare Ouderen Thuis*), kunnen wijzen op (dreigende) kwetsbaarheid of multimorbiditeit.
- Sommige praktijken werken met een KIS (Keten Informatie Systeem) zoals VIP of Board, voor screenings op kwetsbaarheid. Soms wordt actief gezocht naar patiënten op hoge leeftijd die al lange tijd niet bij de huisarts zijn geweest (risico op 'zorgmijding').

2. Triage en overleg

- De huisarts beoordeelt samen met POH/VS in de huisartsenpraktijk of casemanager – en in goed overleg met de specialist ouderengeneeskunde – of GZSP nodig is. Daarbij weegt men bijvoorbeeld de mate van complexiteit (multimorbiditeit, mantelzorgoverbelasting) en de kans op een acute crisis.
- In regio's waar meerdere specialisten ouderengeneeskunde samenwerken (soms met verpleegkundig specialist of gedragswetenschapper), vindt dan ook een intern triagemoment plaats: wie pakt de casus als eerste op? Een specialist ouderengeneeskunde met meer psychiatrische expertise, een VS-specialist ouderengeneeskunde-duo of juist iemand met GRZ-ervaring? Hierdoor sluit de inzet van het GZSP-team beter aan op de specifieke problematiek van de patiënt.

3. Verwijzing

- De huisarts (of medisch specialist) stuurt een verwijsbrief – vaak via Zorgdomein, Zorgmail, VIP of Board – met de *hulpvraag en relevante medische gegevens* (episodes, medicatie, labuitslagen, specialistenbrieven).
- Bij complexe zorgvragen wordt een multidisciplinair overleg (MDO) gepland met een kernteam¹⁷, waarin in ieder geval de huisarts, de wijkverpleegkundige, de specialist ouderengeneeskunde en de casemanager dementie (in het geval van dementie) deelnemen. Afhankelijk van regionale afspraken en de aard van de problematiek kan een gedragswetenschapper optioneel aansluiten. In andere situaties gaat de verwijzing direct naar de specialist ouderengeneeskunde wanneer de hulpvraag vooral medisch of diagnostisch van aard is.
- De huisarts haalt de verwijzing in veel gevallen op uit het ketenzorgsysteem en maakt vervolgens een (digitaal) dossier aan. De casus wordt vervolgens toegewezen aan de juiste specialist ouderengeneeskunde, bijvoorbeeld op basis van regio, specifieke expertise, werkafspraken of beschikbare capaciteit.

4. Regionale afspraken

- In lijn met het Integraal ZorgAkkoord (IZA) en de inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars, werkt men idealiter met structurele afspraken tussen huisartsengroepen en GZSP-aanbieders. Hiermee wordt voorkomen dat de specialist ouderengeneeskunde ad hoc wordt benaderd door willekeurige huisartsen.

3.2 Intake en geriatrisch assessment (Stap 2)

1. Ontvangst van de verwijzing en dossieroverdracht

- De specialist ouderengeneeskunde en het eerstelijns behandelteam (een ondersteunend team dat vaak bestaat uit administratieve medewerkers, secretariaat en/of planners.). Dit team zorgt voor het ophalen van verwijzingen uit het ketenzorgsysteem (zoals VIP of Board), regelt dat de juiste specialist ouderengeneeskunde wordt ingeschakeld (bijvoorbeeld op basis van specifieke expertise, regio, werkafspraken of beschikbare capaciteit), en ziet erop toe dat alle benodigde medische gegevens op tijd en volledig beschikbaar zijn voor de specialist ouderengeneeskunde.
- Dit behandelteam zorgt er in veel regio's voor dat de juiste specialist ouderengeneeskunde wordt ingeschakeld en dat alle benodigde informatie op tijd beschikbaar is.

Eerstelijns behandelteam

Dit is een ondersteunend team dat vaak bestaat uit administratieve medewerkers, secretariaat en/of planners. Dit team zorgt voor het ophalen van verwijzingen uit het ketenzorgsysteem (zoals VIP of Board), regelt dat de juiste specialist ouderengeneeskunde wordt ingeschakeld (bijvoorbeeld op basis van specifieke expertise, regio, werkafspraken of beschikbare capaciteit), en ziet erop toe dat alle benodigde medische gegevens op tijd en volledig beschikbaar zijn voor de specialist ouderengeneeskunde

¹⁷ [Kernteam](#) – Best practices van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn
VERENSO 2025 | KWALITEITSBESCHRIJVING GZSP

2. Eerste contact / Intakegesprek

- In overleg met de patiënt (en vaak ook mantelzorger/vertegenwoordiger) plant de specialist ouderengeneeskunde doorgaans een huisbezoek. Thuis krijgt men het beste beeld van de leefomgeving en de reële situatie. In sommige gevallen kan echter een afspraak op de praktijk gekozen worden.
- **Lokale variatie:** er kan ook samengewerkt worden met bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist (VS), maatschappelijk werk of een geriatrieverpleegkundige. Soms bezoekt de specialist ouderengeneeskunde samen met een gedragswetenschapper, casemanager dementie of andere professional de patiënt, of worden er opvolgende huisbezoeken door verschillende disciplines gepland.
- Afhankelijk van de hulpvraag voert de specialist ouderengeneeskunde een *geriatrisch assessment* uit, bijvoorbeeld volgens het SFMPC-model (Somatisch, Functioneel, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatie), of een lokaal/regionaal afgesproken aanpak. Bij complexe gedrags- of cognitieve problematiek kan direct een gedragswetenschapper of casemanager dementie worden betrokken.

3. Plan van aanpak

- Op basis van de bevindingen beslist de specialist ouderengeneeskunde, in overleg met huisarts en patiënt, welke vorm het vervolg krijgt:
 - Kortdurend advies (consultatie)?
 - Medebehandeling (langere betrokkenheid)?
 - (Tijdelijk) regievoeren op de GZSP-behandeling?
- Bij deze keus weegt men o.a. de zwaarte van de casus, multidisciplinaire behoefte en stabiliteit van de situatie.
- Bij **Proactieve Zorgplanning (PZP)** worden wensen, doelen en waarden van kwetsbare ouderen besproken, zodat grenzen en voorkeuren van de patiënt vooraf helder zijn.

3.3 Opstellen van behandelplan en MDO (Stap 3)

1. Multidisciplinair overleg (MDO)

- Afhankelijk van de complexiteit organiseert óf de specialist ouderengeneeskunde, óf de huisarts een MDO. Het *kernteam* (huisarts en/of POH/VS in de huisartsenpraktijk, wijkverpleegkundige en specialist ouderengeneeskunde) is standaard aanwezig; zo nodig worden paramedici (fysiotherapeut, ergotherapeut), gedragswetenschapper, openbaar apotheker of casemanager dementie betrokken.
- Een MDO wordt aangemaakt (bijvoorbeeld in VIP of Board) en de specialist ouderengeneeskunde is met één klik uit te nodigen. Het overleg kan digitaal voorbereid worden door de specialist ouderengeneeskunde, die dan *medische voorgeschiedenis, medicatie, lab en hulpvraag* screent.
- In het MDO worden de (voorlopige) doelen en prioriteiten bepaald.

2. Behandelplan

- De specialist ouderengeneeskunde stelt een multidisciplinair behandelplan op, waarin wordt vastgelegd:
 - o De hoofddoelen en tussendoelen
 - o De in te zetten interventies
 - o De rolverdeling: *wie doet wat, wie is aanspreekpunt voor de patiënt en mantelzorger, en hoe is de bereikbaarheid geregeld?*
- Bij *medebehandeling* en het (tijdelijk) overnemen van een (deel van de) behandeling blijft de specialist ouderengeneeskunde actief betrokken bij evaluaties en aanpassingen van het behandelplan. De huisarts kan bijvoorbeeld de medische basiszorg blijven voeren, terwijl de specialist ouderengeneeskunde zich richt op complexe medicatietrajecten.

3. Start interventies

- Zodra het behandelplan is vastgesteld, gaan de interventies meteen van start. Het behandelplan vormt hierbij de leidraad voor de uitvoering en bekostiging van de zorg.

Multidisciplinair behandelplan	Het multidisciplinair behandelplan is leidend tijdens de GZSP en een belangrijk hulpmiddel om gezamenlijk probleemgebieden te formuleren, doelen te bepalen, te prioriteren, taken te verdelen en vervolgens te evalueren of de doelen behaald zijn. Het bevat alle afspraken die gemaakt zijn met de patiënt door de specialist ouderengeneeskunde en andere behandelaren en beschrijft het hoofddoel, de doelen van de verschillende disciplines, tussendoelen en hoe deze doelen samen met de patiënt behaald kunnen worden. De verwachte ontslagdatum wordt hierin ook opgenomen.
--------------------------------	---

3.4 Uitvoering, evaluatie en bijstelling (Stap 4)

1. Uitvoering behandelplan

- Minstens één keer per zes maanden (en vaker indien nodig) wordt samen met de patiënt geëvalueerd of de gestelde doelen nog passen of moeten worden bijgesteld. De specialist ouderengeneeskunde koppelt de bevindingen doorgaans via beveiligde kanalen (Zorgmail, VIP, Board) of in een multidisciplinair overleg (MDO) terug naar de huisarts/POH en eventuele casemanager.
- Bij veranderingen in medicatie stemt de specialist ouderengeneeskunde dit indien nodig af met de openbaar apotheker, bijvoorbeeld als men een geprotocolleerde distributievorm (GDV) wil inzetten of medicatie wil starten, afbouwen of stoppen.
- Om risicovolle wisselingen te beperken, gebeurt dit bij voorkeur op geplande momenten (bij rolwisseling in de behandeling) en niet tussentijds. Bij complexe psychofarmaca kan de specialist ouderengeneeskunde tijdelijk de regie nemen en intensiever volgen hoe de patiënt reageert op de medicatieaanpassing.

2. Evaluatiemomenten

- Tijdig bepalen of doelen zijn behaald of bijstelling nodig is. De patiënt en mantelzorger worden hierbij betrokken.
- Als de hulpvraag verandert (bijv. verergering of juist stabilisatie), kan de mede-behandelaarsrol of regiefunctie worden aangepast.

3. Tussentijdse afstemming

- Tussen de geplande evaluatiemomenten kan het noodzakelijk zijn om ontwikkelingen door te spreken, bijvoorbeeld wanneer er een plotselinge verslechtering of een onverwacht probleem optreedt. Zo neemt de huisarts telefonisch contact op met de specialist ouderengeneeskunde als de wijkverpleegkundige een nieuwe wond of achteruitgang in mobiliteit signaleert en vise versa.
- Bij psychische of gedragsproblemen kan de gedragswetenschapper worden ingeschakeld voor aanvullende diagnostiek en behandeling. Door tijdig te overleggen, voorkomen de betrokken zorgverleners dat de situatie escaleert of dat de patiënt onnodig lang met onbeantwoorde zorgvragen blijft zitten.
- Ook bij tussentijdse evaluaties wordt altijd de patiënt en/of zijn mantelzorger betrokken bij (mogelijke) wijzigingen in het behandelplan.

3.5 Afronding en overdracht (Stap 5)

1. Terugkoppeling en afronding

- In het geval van medebehandelaarschap of het (tijdelijk) overnemen van (een deel van) de behandeling, wordt zodra de behandeldoelen grotendeels zijn bereikt of de situatie stabiel is, de GZSP afgebouwd. De specialist ouderengeneeskunde schrijft een **eindrapportage** met daarin de belangrijkste bevindingen, de medicatiewijzigingen en eventuele adviezen voor de toekomst.
- Het *kernteam* en de patiënt worden op de hoogte gesteld van de afronding.
- Finale overname van de regie: Als de specialist ouderengeneeskunde (tijdelijk) de regie voerde, gaat deze regie nu terug naar de huisarts voor verdere medische (basis)zorg. In sommige situaties eindigt het traject wanneer de patiënt komt te overlijden, waardoor de rol van de GZSP vanzelfsprekend wordt afgesloten.

2. Overdracht aan huisarts

- Nadat het GZSP-traject formeel wordt afgesloten en de huisarts de zorg weer volledig overneemt, kan de specialist ouderengeneeskunde in de regio beschikbaar blijven voor nieuwe of opnieuw opkomende problemen. Denk aan een telefonisch 'meedenkconsult' of een nieuwe verwijzing als de situatie (opnieuw) complex wordt. In feite is de behandelrelatie dan beëindigd, maar de specialist ouderengeneeskunde is niet definitief uit beeld als zich later weer een geriatrische vraag voordoet.
- **Medicatieoverdracht:**
Voor een goede borging van de farmacotherapeutische zorg draagt de specialist ouderengeneeskunde de relevante informatie niet alleen aan de huisarts over, maar ook aan de apotheek waar de patiënt doorgaans komt (conform de *MDR Overdracht van medicatiegegevens in de keten*). Zo blijft de actuele medicatie-informatie – inclusief wijzigingen en stop-/startdata – voor alle betrokken zorgverleners inzichtelijk.
- **Evaluatie in een volgend MDO:**
Om het traject af te ronden en de adviezen van de specialist ouderengeneeskunde te verankeren, kan een volgend MDO worden gepland. De huisarts en/of POH/VS in de huisartsenpraktijk of wijkverpleegkundige blijft dan op de hoogte van de aanbevelingen en kan deze blijven opvolgen, binnen de reguliere eerstelijnszorg van de huisarts.

3. Verwijzing naar andere zorgvorm

- In sommige gevallen blijkt de patiënt beter af met zorg binnen het *Eerstelijnsverblijf (ELV)*, *geriatrische revalidatiezorg (GRZ)* of is opname in een verpleeghuis nodig. De specialist ouderengeneeskunde ondersteunt bij het aanvragen van indicaties, overdracht en afstemming van de benodigde zorg.
- Bij zeer complexe en langdurige problematiek wordt de specialist ouderengeneeskunde in de Wlz als *medebehandelaar* of als degene die weer (tijdelijk) de regie voert over (een deel van) de behandeling betrokken, bijvoorbeeld bij Parkinson- of ernstige dementiecasuïstiek thuis, in overleg met de huisarts.

4. Randvoorwaarden GZSP

Om de GZSP in de praktijk goed te kunnen uitvoeren, zijn er vier hoofdcategorieën van randvoorwaarden te onderscheiden:

1. *Samenwerking en gegevensuitwisseling*
2. *Financiën*
3. *Personeel*
4. *Organisatie en structuur*

4.1 Samenwerking en gegevensuitwisseling

Deelname aan regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's) en hechte wijkverbanden

- Specialisten ouderengeneeskunde versterken hun rol in de eerstelijnszorg door zich aan te sluiten bij regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's) en hechte wijkverbanden.
- Een gemandateerde groep specialisten ouderengeneeskunde organiseert zich hiervoor de komende jaren eerst onderling (monodisciplinair), om vervolgens gezamenlijk aan te sluiten bij regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's).
- Commitment van alle zorgprofessionals, patiënten en hun naasten is nodig. Het delen van 'good practices', passende voorlichting aan professionals én patiënten, en adequate financiering door zorgverzekeraars zijn succesfactoren.

Multidisciplinaire samenwerking

- In de extramurale setting werkt de specialist ouderengeneeskunde samen met huisarts, wijkverpleging, openbaar apotheker, psycholoog, paramedici, vaktherapeut, het sociaal domein en indien nodig disciplines uit de tweede lijn, zoals verslavingszorg, psychiatrie, geriatrie, revalidatiegeneeskunde, neurologie of interne geneeskunde.
- Regionale samenwerkingsafspraken moeten helder zijn, met ruimte voor de betrokkenheid van patiënt en naasten in het MDO en behandelproces.
- Bij zeer complexe problematiek moet er specifieke afstemming zijn met GGD, GGZ, maatschappelijke opvang en betrokken huisartsen (bv. over onvrijwillige zorg). Regionaal kan bijvoorbeeld worden afgesproken dat specialisten ouderengeneeskunde bij huisbezoeken altijd samen met een collega gaan als agressie te verwachten is.
- Wzd-procedures en bekostiging: Vanuit een eerste (geriatrisch) assessment kan het nodig zijn om Wet zorg en dwang (Wzd) in te zetten. Er is hiervoor binnen de Zvw een aparte bekostiging ingericht, specifiek voor het Wzd-stappenplan, RM en IBS.

Uniforme en effectieve gegevensuitwisseling

- Digitale dossiervorming, directe beschikbaarheid van labuitslagen en actuele (digitale) medicatielijsten zijn cruciaal voor goede GZSP.
- Binnen de regio is het nodig gezamenlijke standaarden voor gegevensuitwisseling vast te leggen (bijv. in RESV-verband), zodat alle disciplines veilig en consistent kunnen samenwerken.
- Om de samenwerking soepel te laten verlopen, moeten er ook afspraken zijn over de inzet van communicatieplatforms, zodat de specialist ouderengeneeskunde snel kan schakelen met bijvoorbeeld de huisarts, wijkverpleging, openbaar apotheker of gedragswetenschapper.

4.2 Financiën

Huidige bekostiging en knelpunten

In de GZSP bestaan momenteel twee hoofdvormen van bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde:

1. **Uurtarief (los consulttarief):** De specialist ouderengeneeskunde declareert per tijdseenheid (consult).
2. **Trajectbekostiging:** Hierbij wordt een behandeltraject als geheel ingekocht door de zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars hebben een centrale rol bij de inkoop van GZSP-zorg. In de praktijk verschilt het per regio en zorgverzekeraar hoe ruim of beperkt het budget voor GZSP-zorg wordt ingekocht. Hoewel het NZa-tarief (Nederlandse Zorgautoriteit) op papier passend lijkt, kunnen zorgverzekeraars in praktijk kortingen toepassen, waardoor het beschikbare tarief onvoldoende blijkt om de werkelijke kosten van zorg te dekken.

Vanuit Verenso-perspectief is er behoefte aan een bekostigingsoptie waarbij de specialist ouderengeneeskunde (tijdelijk) de volledige GZSP-behandelregie kan voeren. De huidige GZSP-trajectbekostiging voorziet hier gedeeltelijk in via integrale tarieven, maar biedt vaak onvoldoende ruimte bij complexe en langdurige regievoering.

Indirecte tijd (administratie, reistijd, MDO-voorbereiding)

De huidige integrale GZSP-bekostiging (zowel uurtarief als trajectbekostiging) dekt niet altijd de werkelijke tijdsinvestering voor administratie, rapportage, reistijd en multidisciplinaire overleg (MDO)-voorbereiding. Hoewel in 2025 de NZa-tarieven zijn herzien, blijft het in de praktijk een aandachtspunt of deze tarieven in de praktijk voldoende worden ingekocht en vergoed.

- o Langdurige, extramurale taken van de specialist ouderengeneeskunde – zoals het opstellen van uitgebreide behandelplannen, coördinatie van paramedische of psychologische inzet, en intensieve mantelzorgondersteuning – vragen vaak meer indirecte tijd dan thans in het (af)geprijsde tarief zit.
- o Een structurele vergoeding voor indirecte tijd is noodzakelijk voor kwalitatief goede extramurale zorg.

Passende bekostiging voor MDO

Multidisciplinair overleg (MDO) is cruciaal voor complexe GZSP-trajecten, maar kent in de huidige bekostiging diverse knelpunten:

- o **Geen declaratiemogelijkheid als de patiënt niet is gezien:** Een MDO geldt dan als 'indirecte tijd', en wordt niet zelfstandig vergoed of maar beperkt gecompenseerd.
- o **Onvoldoende uren ingecalculleerd:** Zelfs wanneer het integrale GZSP-tarief theoretisch MDO-tijd dekt, blijkt de reële tijdsinvestering (zeker bij complexe casuïstiek) vaak groter dan het tarief toestaat.
- o **Structurele afspraken:** Sommige zorgverzekeraars staan aparte MDO-declaratie toe, anderen niet. Dit leidt tot onduidelijkheid en extra administratielast.

Verenso pleit daarom voor een aparte, toereikende MDO-bekostiging – onafhankelijk van de aandoening of het type MDO (gepland of incidenteel). Dit zou voorkomen dat belangrijke overlegmomenten onbetaald blijven, ook wanneer de patiënt in een zeldzaam geval niet fysiek door de specialist ouderengeneeskunde is gezien maar wél intensieve multidisciplinaire afstemming nodig is.

4.3 Personeel

Voldoende personele capaciteit

- De extramurale inzet van specialisten ouderengeneeskunde vereist een goede personele bezetting, niet alleen bij de specialisten ouderengeneeskunde zelf, maar ook bij huisartsen (inclusief POH, secretaresses), het sociaal domein, GGZ en paramedici.
- Om capaciteitsproblemen tegen te gaan, zijn gerichte landelijke én regionale acties nodig op het gebied van arbeidsmarktbeleid, scholing, digitalisering en behoud van zorgprofessionals.
- Intramurale zorg krijgt in praktijk vaak prioriteit bij personele schaarste. Om ook extramurale inzet goed mogelijk te maken, is erkenning van het belang van specialisten ouderengeneeskunde binnen de eerste lijn essentieel, zowel door zorgorganisaties, zorgverzekeraars als binnen de eigen beroepsgroep. Dit kan bijvoorbeeld door expliciet geormerkte tijd te creëren voor zorg aan thuiswonende ouderen met complexe problematiek, naast inzet binnen Wlz-instellingen.

Ondersteuning door secretariaat

- Praktijkmanagement en ICT-ondersteuning zijn nodig om de specialist ouderengeneeskunde maximaal op patiëntenzorg te laten focussen.

Takenverdeling binnen MDO

- Als er een MDO nodig is, leidt óf de huisarts óf de specialist ouderengeneeskunde dit overleg.
- Administratieve taken zoals planning en het versturen van uitnodigingen kunnen door het secretariaat worden opgepakt. Het opstellen van een agenda en het informeren van de patiënt kan bijvoorbeeld worden toebedeeld aan de verpleegkundig specialist.
- De Handreiking MDO¹⁸ kan hierbij als leidraad dienen.

4.4 Organisatie en structuur

Vermindering administratieve lasten

- Een goed functionerende GZSP vraagt dat uitvoerende professionals niet verzanden in extra registraties of verantwoording.
- RESV's en andere samenwerkingsverbanden moeten erop toezien dat nieuwe samenwerkingsvormen niet gepaard gaan met een toename van bureaucratie.
- Ook in het MDO is het streven om de registratiedruk minimaal te houden.

Regionale en landelijke kaders (heldere sturing)

- De rijksoverheid, zorgverzekeraars en gemeenten moeten kaders bieden waarbinnen regionale structuren kunnen floreren, onder andere door RESV's en hechte wijkverbanden te faciliteren.
- Veel knelpunten—zoals wachttijden in de GGZ of beperkte verpleeghuiscapaciteit—kunnen alleen worden opgelost op een groter (landelijk) niveau. De eerste lijn moet hierin volwaardig kunnen meebeslissen.

Erkenning van de positie van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

- Het is van cruciaal belang dat alle betrokken partijen inzien dat de extramurale inzet van de specialist ouderengeneeskunde een fundamenteel onderdeel vormt van de eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen. VVT-organisaties dienen ervoor te zorgen dat extramurale werkzaamheden geen lagere prioriteit krijgen dan intramurale taken.
- Deze erkenning is onmisbaar om de GZSP-rol van de specialist ouderengeneeskunde duurzaam te borgen.

¹⁸ [Handreiking MDO](#) – VerenSo 2015
VERENSO 2025 | KWALITEITSBESCHRIJVING GZSP