

**Datum** 20 September 2017  
**Aan** Zorgverzekeraars Nederland  
**Van** LHV en ActiZ  
**Blad** 1 / 4

**Onderwerp** Verwijskader en medische zorg eerstelijns verblijf  
**Status** Definitief

## **Procedure van vastlegging en verantwoordelijkheden van ELV aanbieders en huisartsen bij verwijzing naar en medische zorg in het eerstelijns verblijf.**

*Opgesteld door ActiZ en LHV, in afstemming met V&VN, InEen en Verenso*

### **1. Inleiding**

Sinds de overheveling van het eerstelijns verblijf (ELV) naar de Zvw, hebben ELV-aanbieders en huisartsen te maken met extra administratieve lasten. Binnen het ELV hebben verzekeraars gesteld inzichtelijk te willen krijgen dat een cliënt op basis van een verwijzing van een arts is opgenomen. De verzekeraars hebben echter onderling geen uniforme afspraken gemaakt over de praktische voorwaarden die daaraan gesteld worden. Enkele verzekeraars hebben een 'verwijsbrief' gemaakt die ELV-instellingen door een huisarts moeten laten tekenen. Andere verzekeraars vragen niet om een specifieke verwijzing met handtekening. Door de verscheidenheid in de voorwaarden en vanwege zorgen over rechtmatigheidsdiscussies, zijn ook zorgaanbieders deze verwijsbrieven gaan maken en gebruiken. Dit leidt tot onnodige administratieve lasten voor zowel huisartsen als ELV-aanbieders. Dit staat haaks op het streven van VWS, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en beroepsverenigingen, om administratieve lasten te verlichten en niet te laten groeien. Het voegt bovendien geen waarde toe aan de zorg voor de cliënt.

Daarnaast bestaat er bij zorgverzekeraars onduidelijkheid over de betrokkenheid van de *eigen* huisarts bij een verwijzing naar het ELV. Tevens hebben wij dit verwijskader gebruikt om duidelijkheid te scheppen in de verantwoordelijkheden bij de overdracht van medische gegevens en de medische zorg in het ELV.

Wij focussen in dit verwijskader op de rol en verantwoordelijkheden van de huisartsen en ELV aanbieders bij de verwijzing en medische zorg in het ELV en gaan dus niet specifiek in op de rollen en taken van andere professionals en verwijzers.

### **2. Vertrouwen in professionals**

Cliënten worden naar het ELV verwezen vanuit de thuissituatie of het ziekenhuis.

- Vanuit de thuissituatie is het de huisarts die verwijst. Sommige cliënten komen op basis van signalering van een wijkverpleegkundige in aanmerking voor ELV. Een wijkverpleegkundige handelt altijd in overleg met de huisarts wanneer de zorg en/of veiligheid in de thuissituatie in het gedrang komt. Hierdoor zal ook de toeleiding naar het ELV vanuit de thuissituatie altijd via de huisarts verlopen.
- Bij de verwijzing uit een ziekenhuis stuurt de ELV verwijzend arts (medisch specialist, eventueel gedelegeerd naar de transferverpleegkundige) de medisch relevante gegevens naar de ELV behandelend arts. Wanneer er sprake is van delegatie van de verwijzing ligt de verantwoordelijkheid bij de ELV verwijzend arts.

### **3. Beoogd effect**

ActiZ en de LHV streven naar een vereenvoudigde en uniforme werkwijze van verwijzing binnen het ELV. Dit leidt tot vermindering van administratieve lasten van huisartsen en ELV-aanbieders. Tevens leiden nieuwe, duidelijke afspraken tot een verminderd risico op rechtmatigheidsproblemen voor ELV-aanbieders.

<b>Datum</b>	20 September 2017
<b>Vergaderstuk</b>	Verwijskader en medische zorg eerstelijnsverblijf
<b>Blad</b>	2 / 4

#### 4. Toelichting verwijskader ActiZ en LHV

De LHV en ActiZ willen dat het proces van verwijzing naar een ELV-plaats wordt verduidelijkt en vereenvoudigd. Wij vragen van de verzekeraars een uniforme werkwijze die gebaseerd is op vertrouwen in de deskundigheid van professionals. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat er duidelijkheid is over de overdracht en medische zorgverlening in het ELV.

Dit betekent dat:

1. Vanuit de thuissituatie van de cliënt (dus niet vanuit de SEH of ziekenhuis) verwijst de huisarts. Dit hoeft niet schriftelijk of digitaal, kan ook eenvoudig en laagdrempelig door telefonisch contact met de ELV-aanbieder. De huisarts draagt voor de verwijzing geen ingevulde formulieren of handtekeningen aan. Niet de vorm, maar de inhoud van informatieverstrekking is het uitgangspunt.
2. De verwijzend huisarts draagt onderstaande gegevens aan;
  - a. Naam huisarts
  - b. Naam cliënt;
  - c. Reden van opname cliënt;
  - d. Welk ELV bed noodzakelijk is; laag of hoog complex bed, of palliatief terminale zorg. Dit zijn standaard gegevens die nodig zijn om een bed toe te wijzen.
3. De ELV-aanbieder legt in het cliëntendossier vast:
  - a. Naam cliënt;
  - b. Door welke arts de cliënt is verwezen;
  - c. Reden van opname cliënt;
  - d. Welk ELV bed noodzakelijk is; laag of hoog complex bed, of palliatief terminale zorg. Hoe de aanbieder dit wil vastleggen kan zij zelf bepalen. Omdat aanbieders met verschillende systemen werken, willen we dit niet in een standaard vastleggen. Uitgangspunt is dat bovenstaande gegevens in het dossier van de cliënt terug te vinden zijn. Dit kan bijvoorbeeld door de verwijzing te beschrijven in de uitwerking van het intakegesprek of in een rapportage.
4. De huisarts noteert in het HIS (huisartsen informatie systeem) dat cliënt is verwezen. Hierbij wordt genoteerd naar welk ELV bed is verwezen; laag of hoog complex bed of palliatief terminaal bed.
5. Betrokkenheid eigen huisarts bij een ELV verwijzing.  
 Indien de *eigen* huisarts niet de verwijzer is naar een ELV bed is het belangrijk dat de verwijzend arts *zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen 3 dagen* de *eigen* huisarts van de patiënt informeert over opname in het ELV. Bij een verwijzing naar een laag complex bed in het werkgebied van de eigen huisarts is het noodzakelijk om direct bij de verwijzing de *eigen* huisarts te informeren zodat de huisarts de laag complexe medische zorg in het ELV kan overnemen.  
 In de ANW uren wordt de huisartsenzorg overgenomen door de huisartsenpost waar de huisarts is aangesloten. De waarnemend huisarts op de huisartsenpost maakt op basis van de actuele situatie en de beschikbare gegevens van de patiënt een afweging welke vervolgzorg geïndiceerd is. De waarnemend huisarts beschikt over de medische kennis en het afwegingsvermogen om te bepalen of en welk ELV verblijf noodzakelijk is. Er volgt altijd bericht naar de *eigen* huisarts bij een interventie in de ANW-uren. De *eigen* huisarts neemt in de daarop volgende dagdienst de zorg voor de patiënt over.

<b>Datum</b>	20 September 2017
<b>Vergaderstuk</b>	Verwijskader en medische zorg eerstelijnsverblijf
<b>Blad</b>	3 / 4

6. Overdracht van medische gegevens

Om de continuïteit in de medische zorg bij de overdracht naar een ELV setting te waarborgen, dient er tussen de arts die naar het ELV verwijst ('ELV verwijzend arts') en de arts die tijdens het ELV de medische zorg op zich neemt ('ELV behandelend arts'), een goede medische overdracht te zijn. Dit betekent in de praktijk het volgende:

- Patiënt komt vanuit de thuissituatie

Indien de ELV behandelend arts niet de *eigen* huisarts is, vraagt hij bij de *eigen* huisarts de medisch relevante gegevens op. Het is van belang dat de ELV behandelend arts de relevante medische gegevens in het cliëntendossier opneemt. Zo zijn deze gegevens ook beschikbaar in de ANW-uren.

- Patiënt komt vanuit het ziekenhuis (ook SEH)

Bij de verwijzing vanuit het ziekenhuis (ook SEH) stuurt de ELV verwijzend arts (medisch specialist) de medisch relevante gegevens naar de ELV behandelend arts. Deze handeling kan gedelegeerd worden aan een transferverpleegkundige, echter de verantwoordelijkheid ligt bij de ELV verwijzend arts. Mocht er medische informatie van de *eigen* huisarts gewenst zijn, dan kan de ELV behandelend arts dit opvragen bij de *eigen* huisarts.

7. Medische zorgverlening in het ELV

In het afwegingsinstrument 2.0 (nov. 2016) staat het uitgangspunt voor de medische zorgverlening beschreven; 'Gezien de benodigde expertise heeft de huisarts de verantwoordelijkheid voor de medische laag complexe zorg. De specialist ouderengeneeskunde heeft de verantwoordelijkheid voor de medische hoog complexe zorg. Voor beide prestaties kan de verantwoordelijkheid worden overgedragen aan een arts verstandelijk gehandicapt. Afwijkingen van dit uitgangspunt zijn mogelijk, indien hierover andere regionale, lokale of op de situatie van de patiënt (bijvoorbeeld in verband met continuïteit van zorg) afgestemde afspraken zijn gemaakt. Om terugkeer naar huis te stimuleren blijft bij beide zorgvormen betrokkenheid van de huisarts en wijkverpleegkundige relevant.' In de praktijk betekent het uitgangspunt het volgende:

- **Laag complexe medische zorg op ELV bed**

De patiënt valt onder de medische verantwoordelijkheid van de *eigen* huisarts en in de ANW-uren onder de medische verantwoordelijkheid van de huisartsenpost waar de huisarts is aangesloten. De *eigen* huisarts is verantwoordelijk om door te geven aan de huisartsenpost dat een patiënt is opgenomen op een ELV bed dat in de ANW-uren onder de verantwoordelijkheid van de huisartsenpost valt. Daarnaast zorgt de *eigen* huisarts voor het beschikbaar zijn van medische relevante gegevens in het cliëntendossier van de ELV-aanbieder zodat deze gegevens ook beschikbaar zijn voor de huisartsenpost in ANW-uren. Bij een verwijzing vanuit het ziekenhuis is het noodzakelijk om de eigen huisarts direct te informeren zodat hij de laag complexe medische zorg tijdens het ELV kan overnemen. Bij een verwijzing in de ANW-uren, bijvoorbeeld vanuit de SEH, is het noodzakelijk om de huisartsenpost ook direct te informeren i.v.m. het waarnemen van de algemene medische zorg binnen dezelfde ANW-dienst.

Uitzondering:

In een situatie waarin de *eigen* huisarts niet de medische zorg kan verlenen op het ELV bed, omdat de ELV-aanbieder zich buiten het werkgebied van de *eigen* huisarts bevindt, zal de ELV-aanbieder een andere arts moeten regelen, voordat de patiënt wordt opgenomen. Bij voorkeur is dit een huisarts in de omgeving van de ELV-locatie. De huisartsenpost waarbij deze 'behandelend' huisarts is aangesloten is dan verantwoordelijk voor de medische zorg in de ANW-uren. Afspraken over de randvoorwaarden waaronder deze zorg verantwoord, veilig en adequaat geleverd kan

<b>Datum</b>	20 September 2017
<b>Vergaderstuk</b>	Verwijskader en medische zorg eerstelijnsverblijf
<b>Blad</b>	4 / 4

worden horen hierbij. De 'behandelend' huisarts zorgt voor het beschikbaar zijn van medische relevante gegevens in het cliëntendossier van het ELV zodat deze gegevens ook beschikbaar zijn voor de huisartsenpost in ANW-uren.

Indien de ELV-aanbieder niet in staat is om een andere huisarts te vinden die bereid en beschikbaar is om de medische zorg te leveren, kan de ELV-aanbieder de zorgverzekeraar beroepen op haar zorgplicht;

- De ELV-aanbieder kan haar eigen SO inzetten, mits de zorgverzekeraar tarieven voor ELV inclusief behandeling heeft gecontracteerd met de ELV-aanbieder.
- Wanneer de ELV-aanbieder geen toereikende bekostiging heeft kunnen contracteren en geen andere huisarts beschikbaar gevonden kan worden in de buurt van de ELV-locatie, zoeken de ELV-aanbieder en de zorgplichtige zorgverzekeraar(s) samen naar een lokale oplossing.

#### Voorwaarden om laag complexe medische zorg te garanderen in het ELV:

Om de laag complexe medische zorg door de huisarts en huisartsenpost op het ELV bed te garanderen is het essentieel dat ELV-aanbieders structurele samenwerkingsafspraken maken met huisartsen en de huisartsenpost in de omgeving van de ELV-aanbieder. Deze afspraken hebben betrekking op randvoorwaarden waaronder deze zorg verantwoord en adequaat geleverd kan worden, zoals afspraken over informatieoverdracht en mogelijkheden voor consultatie en medebehandeling door SO of AVG, horen hierbij.

- **Hoog complexe medische zorg op ELV bed**

De patiënt valt onder de medische verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde zowel overdag als in de ANW-uren. Afwijkingen van dit uitgangspunt zijn mogelijk, indien hierover andere regionale, lokale of op de situatie van de patiënt afgestemde afspraken zijn gemaakt.

De LHV en ActiZ hebben vertrouwen in de deskundigheid van hun professionals om deze werkwijze kwalitatief goed en doelmatig ten uitvoer te kunnen brengen.

#### 5. **Status Verwijskader**

Dit verwijskader is door ActiZ en de LHV aan ZN en zorgverzekeraars voorgelegd. ZN en zorgverzekeraars kunnen zich vinden in de bovenstaande werkwijze en ondersteunen dit verwijskader. Zij zullen dit verwijskader gebruiken bij hun inkoopbeleid. De voorwaarde die ActiZ bij deze werkwijze stelt aan de verzekeraars, is dat zij bij controles van de verwijslijnen niet gaan controleren op basis van handtekeningen of verwijsbriefjes. De inzichtelijkheid van bovenstaande gegevens en de professionaliteit van de zorgverleners, is het uitgangspunt.