

Leidraad

Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen

Vastgesteld: 9 juli 2019

Wilt u als huisarts medische zorg leveren aan verstandelijk gehandicapten in zorginstellingen? Deze leidraad van de LHV maakt duidelijk wat u kunt bieden onder welke randvoorwaarden.

Doel leidraad

Door de transities in de langdurige zorg wonen verstandelijk gehandicapten steeds minder vaak in een 'klassieke' instelling. Er is een diversiteit aan zorginstellingen en woonvormen ontstaan waar mensen met een verstandelijke handicap verblijven die vanwege hun zorgbehoefte aangewezen zijn op 24-uurs zorg en ondersteuning. Deze beweging is vergelijkbaar met die in de ouderenzorg. De herpositionering van en de tekorten aan artsen verstandelijk gehandicapten, maken dat de druk op huisartsen toeneemt om ook in VG zorginstellingen¹ medische zorg te leveren.

Deze leidraad geeft u als huisarts handvatten als u medische zorg wilt leveren aan verstandelijke gehandicapten in zorginstellingen.

Huisartsenzorg aan VG patiënten: basiszorg of niet?

Het *basisaanbod* medische zorg dat een huisarts levert is gebaseerd op het *LHV aanbod huisartsgeneeskundige zorg*². Dit is de huisartsgeneeskundige zorg die een huisarts levert aan iedereen van 0-100+ jaar die 'thuis' woont, ongeacht het ziektebeeld of de verstandelijke of lichamelijke beperkingen van een patiënt. 'Thuis' wonen betekent dat een patiënt in eigen huis woont, alleenwonend, in gezinsverband of met vrienden. Er zijn **geen** professionele zorgverleners 24/7 aanwezig.

Vanuit de huisartsenpraktijk levert de huisarts het *basisaanbod* huisartsgeneeskundige zorg onder de algemene randvoorwaarden:

1. patiënt woont in het zorggebied van de huisarts;
2. huisarts heeft tijd om de huisartsgeneeskundige zorg te leveren. Voor nieuwe patiënten betekent dit dat de huisartsenpraktijk 'open' is;
3. huisarts is bekwaam (en bevoegd) om de zorg te leveren die nodig is³. Dit betekent dat huisartsen alleen verantwoordelijk kunnen zijn voor medische zorg die binnen hun competentiegebied valt.

Een deel van de verstandelijk gehandicapten kan vanwege hun zorgbehoefte niet 'thuis' wonen. Zij zijn aangewezen op 24-uurs zorg en ondersteuning in de nabijheid, hebben een WLz-indicatie, en verblijven in een geclusterde woonvorm of op een instellingsterrein. De zorgbehoefte en zorgzwaarte van deze patiënten én de setting waarin ze verblijven, maken dat de algemeen medische zorg voor deze mensen niet valt onder het *basisaanbod* medische zorg dat een huisarts in de thuissituatie levert. Huisartsen die hier *wel* medische zorg willen leveren, moeten zich bewust zijn van hun kennis en kunde en de grenzen van hun vak. Randvoorwaarden zijn

¹ Onder VG zorginstellingen wordt verstaan: alle geclusterde woonvormen en instellingen waar mensen met een verstandelijk handicap 24-uurs zorg en ondersteuning krijgen

² <https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg>

³ Wet BIG, die aangeeft dat je alleen bevoegd bent zorg te leveren waartoe je bekwaam bent.

noodzakelijk voor het verantwoord kunnen bieden van algemeen medische zorg op een instellingsterrein of in een kleinschalige woonvorm.

Randvoorwaarden

Hoewel de algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen niet onder het basisaanbod huisartsenzorg valt, hebben huisartsen de vrijheid ervoor te kiezen om de (acute) algemene medische zorg wel te leveren als zij zich hiertoe voldoende bekwaam achten. De zorgbehoefte en zorgzwaarte van de patiënten in VG zorginstellingen, stellen additionele eisen aan de expertise en kennis van zorgverleners op verpleegkundig, verzorgend en medisch vlak.

De huisarts kan alleen de algemeen medische zorg leveren als wordt voldaan aan *alle* volgende randvoorwaarden:

1. Een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en zo nodig een specialist ouderengeneeskundige (SO) zijn 24/7 bereikbaar en inzetbaar (telefonisch en zo nodig aanwezig).
2. Het niet ten koste gaat van het *basisaanbod* dat de huisarts levert aan de bestaande patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk. Daarnaast moet de huisarts zich bekwaam voelen om de algemeen medische zorg te leveren en voldoende tijd hebben (zie pag. 1, algemene randvoorwaarden).
3. De huisarts zich beperkt tot de huisartsgeneeskundige zorg: de gebruikelijke (acute) generalistische medische zorg zoals omschreven in het LHV aanbod huisartsgeneeskundige zorg⁴. Voorbeelden van medische zorg die *niet* onder huisartsgeneeskundige zorg vallen (en dus niet van de huisarts kan worden verwacht) staan genoemd in Bijlage 1. Voor een taakverdeling tussen huisarts en AVG, zie ook de handreiking samenwerking huisarts AVG⁵.
4. De huisarts kan alleen verantwoordelijk zijn voor de (acute) algemene medische zorg (= huisartsgeneeskundige zorg) overdag. De huisarts zorgt ervoor dat bij afwezigheid een waarnemer de zorg overdag overneemt. Ook zorgt de huisarts voor een goede informatieoverdracht voor in de ANW (avond, nacht & weekend), met toestemming van de patiënt.
5. De VG zorginstelling heeft de (acute) medische zorg in de ANW georganiseerd. Dit kan bijvoorbeeld met de huisartsenpost, mits hierover met de huisartsenpost afspraken zijn gemaakt.
6. De VG zorginstelling draagt zorg voor voldoende competent personeel zoals begeleiding, verzorging, verpleging en gedragsdeskundigen en AVG/SO (zie randvoorwaarde 1). Huisartsen moeten ervan uit kunnen gaan dat de juiste expertise beschikbaar is en dat taken niet onnodig op hun bord terecht komen. Voorbeelden van taken die niet bij de huisarts horen maar wel moeten zijn belegd staan in Bijlage 1.
7. De VG zorginstelling zich eindverantwoordelijk voelt voor het organiseren van de medische zorg voor die patiënt *voordat* een patiënt wordt opgenomen. De VG zorginstelling geeft aan huisartsen:
 - duidelijkheid over de ernst van de verstandelijke beperking en grootte van de zorgvraag; <aantal?> patiënten met welke aandoeningen en zorgzwaarte wonen er?
 - duidelijkheid over het aanbod in een VG zorginstelling; hoe is de (medische) zorg georganiseerd? Welk zorgaanbod wordt geboden?
 - duidelijkheid over welke expertise een VG zorginstelling in huis heeft, zoals gedragstherapeut, AVG, SO, etc
 - duidelijkheid over de financiering. Dit in verband met het declareren van huisartsenzorg. Valt de zorg onder de Zorgverzekeringswet en moet de huisarts het declareren bij de

⁴ <https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg>

⁵ <https://www.lhv.nl/service/samenwerking-huisarts-en-avg>

- zorgverzekeraar van de patiënt of maakt het onderdeel uit van het Wlz-pakket en moet de huisarts het declareren bij de Wlz-instelling? Zie Bijlage 2 voor meer informatie.
- duidelijkheid over extra administratie en de financiële dekking hiervoor.
8. Er tussen huisarts en VG zorginstelling adequate schriftelijke afspraken zijn gemaakt om de noodzakelijke randvoorwaarden 1 t/m 7 te waarborgen. Deze afspraken worden vastgelegd in een overeenkomst, zie hiervoor de modelovereenkomst van de LHV⁶.

Wordt niet voldaan aan alle randvoorwaarden? Bekijk dan de KNMG-richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst⁷.

Extra afspraken

Naast deze randvoorwaarden, zijn onder andere afspraken nodig tussen huisarts en VG zorginstelling over:

- Communicatielijnen, waaronder adequate triage van verpleegkundig personeel
- Verantwoordelijkheden
- Dossiervorming, waaronder beschikbaarheid van actuele medicatielijsten in de VG zorginstelling bij acute situaties
- Overdracht van informatie richting zorgverleners, ook in ANW-uren
- Ten minste dekkende financiering voor huisartsen, als de huisartsenzorg onder de Wlz valt, voor zowel directe als indirecte patiëntenzorg (overleg e.d.), zie ook randvoorwaarde 7.

⁶ <https://www.lhv.nl/service/samenwerking-huisarts-en-avg>

⁷ <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/behandelingsovereenkomst.htm>

Bijlage 1

Voorbeelden van medische zorg die *niet* onder de algemeen medische zorg van de huisarts vallen:

- **Medische zorg gerelateerd aan de verstandelijke beperking al dan niet gerelateerd aan syndromen**
Voorbeelden hiervan zijn: Kennis over en specifieke medische controle bij syndromen, spasticiteit en problemen van het bewegingsapparaat, voedingsproblemen, en over- en ondergewicht, slikstoornissen, refluxklachten en recidiverende luchtweginfecties, ernstige obstipatie, epilepsie, zintuigstoornissen, het inschatten van gezondheidsrisico's gerelateerd aan de beperking en multimorbiditeit, bieden van preventieve zorg die samenhangt met de verstandelijke beperking, slaapstoornissen, advies over etiologisch onderzoek, seksualiteit en anticonceptie.
- **Gedragsproblematiek, psychiatrie en communicatievaardigheden**
Gedragsproblematiek, psychiatrie en communicatievaardigheden bij verstandelijk gehandicapten vergen extra kennis en expertise van artsen. De huisarts is hiervoor niet opgeleid.
- **Onvrijwillige zorg en het inschatten van wilsbekwaamheid**
Bij patiënten met gedragsproblematiek kan het noodzakelijk zijn om onvrijwillige zorg in te zetten. Huisartsen zijn niet opgeleid om beoordelingen te doen in het kader van vrijheidsbeperkende wetten. In deze situaties is het nodig dat een arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde hierin het beleid bepaalt en de eindverantwoordelijkheid heeft. Ook het inschatten van wilsbekwaamheid bij verstandelijk gehandicapten en het overleg hierover met wettelijk vertegenwoordigers, liggen niet op het expertiseterrein van de huisarts.
- **Aansturing van een multidisciplinair team**
De huisarts stuurt **geen** multidisciplinair of verpleegkundig team aan. Dit vergt extra competenties van de behandeld arts en huisartsen zijn hiervoor niet opgeleid. Dat betekent ook dat de huisarts geen gedragsdeskundige of gespecialiseerde paramedici aanstuurt. Ook de (regie op) behandeling in een multidisciplinair team valt niet onder de verantwoordelijkheid van de huisarts, maar onder de verantwoordelijkheid van de arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde. Van de huisarts kan ook niet worden verwacht dat hij of zij de initiator en begeleider is van een multidisciplinair overleg.
- **Algemeen kwaliteits- en veiligheidsbeleid VG zorginstelling**
Hieronder vallen openbare gezondheidszorgtaken, bijvoorbeeld over vaccinatie, infectiepreventie, arbozorg en hygiëne in de VG zorginstelling. Dit zijn geen taken van de huisarts. Ook houdt de huisarts zich niet bezig met het opstellen van vereiste wettelijke protocollen van de VG zorginstelling. Vanuit huisartsenperspectief is het van belang te weten hoe de VG zorginstelling een veilige (werk)omgeving creëert voor zowel patiënt als huisarts.

Bijlage 2

Er zijn twee soorten VG zorginstellingen:

1. Er is alleen sprake van verblijf in de zorginstelling (dus zonder behandeling); de algemeen medische zorg (huisartsenzorg) valt onder de Zorgverzekeringswet, de patiënt wordt op naam ingeschreven.

Dit zijn geclusterde woonvormen in de wijk of kleinschalige woonvormen waar patiënten wonen met een Wlz-indicatie in de vorm van een pgb (persoonsgebonden budget), vpt (volledig pakket thuis) of mpt (modulair pakket thuis), eventueel aangevuld met pgb. Wonen en zorg zijn hier gescheiden. Patiënt betaalt zelf huur en vanuit zijn Wlz-indicatie wordt de zorg ingekocht. De Wlz-behandeling maakt geen onderdeel uit van het Wlz-pakket maar wordt apart ingekocht.

2. Er is sprake van verblijf *en* behandeling in een Wlz-instelling; de algemeen medische zorg valt onder de Wlz. De patiënt kan dus niet op naam worden ingeschreven.

Dit zijn zorginstellingen, zoals grotere instellingsterreinen, maar ook kleinere woonzorginstellingen die een totaal pakket aan Wlz-zorg *inclusief* verblijf en behandeling leveren. Als huisartsen hier algemeen medische zorg leveren, moeten ze hierover aparte financiële afspraken maken met de instelling.

Zie ook: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/levert-u-huisartsenzorg-een-instelling>

Er zijn zorginstellingen die zowel 1 als 2 leveren. Dat betekent dat in die zorginstellingen sommige patiënten voor hun algemeen medische zorg (huisartsenzorg) onder de Zorgverzekeringswet vallen en anderen in de Wlz.