

Aanbod huisartsenzorg voor ouderen

Vastgesteld in de LHV Ledenraad van
13 december 2016





Inhoudsopgave

- ▶ **Inleiding**
- ▶ **1 De uitgangspunten voor het aanbod**
 - Uitgangspunt 1 -
De kernwaarden van de huisartsenzorg
Generalistisch
Persoonsgericht
Continu
 - Uitgangspunt 2 - De praktijkpopulatie
 - Uitgangspunt 3 - De huisarts als regisseur
- ▶ **2 Beschrijving van het aanbod**
 - Het trekken van een grens
Basis- en aanvullend aanbod
 - A. Basisaanbod
 - B. Aanvullend aanbod
 - C. Bijzonder aanbod
- ▶ **Tabel: samenvatting aanbod huisartsenzorg voor ouderen**
- ▶ **Literatuur**

1 Inleiding



Voor u ligt de herziening van de notitie Aanbod huisartsenzorg voor ouderen, vastgesteld in de LHV Ledenraad van 10 december 2013. De notitie omschrijft het basisaanbod, het aanvullend aanbod en het bijzonder aanbod van de huisartsenzorg voor ouderen. Aan deze notitie liggen de LHV Toekomstvisie 2022 en de richtlijnen en standpunten van NHG en LHV over ouderenzorg ten grondslag. De veranderingen door de invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2015 zijn in de herziening verwerkt. Daarnaast zijn de omschrijvingen van basis-, aanvullend en bijzonder aanbod inhoudelijk verduidelijkt.

De uitgangspunten voor het aanbod



Deze uitgangspunten zijn:

- 1 de kernwaarden van de huisartsenzorg
- 2 de patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk
- 3 de huisarts als regisseur

Uitgangspunt 1 - De kernwaarden van de huisartsenzorg

Generalistisch, persoonsgericht en continu

Generalistisch

Huisartsgeneeskundige zorg is generalistische zorg. Generalistisch betekent dat de huisarts open staat voor alle mogelijke klachten, problemen en vragen over ziekte en gezondheid van alle mensen, jong en oud. De huisarts beschikt over de kennis en vaardigheid om deze adequaat in te schatten en op grond daarvan zelf te handelen, respectievelijk te adviseren of te verwijzen waarbij hij onder meer rekening houdt met het natuurlijk beloop van ziekten.

Persoonsgericht

Huisartsgeneeskundige zorg is persoonsgerichte zorg. Dit betekent dat de huisarts rekening houdt met de individuele kenmerken van de patiënt en diens context. Onder context verstaan we de levensloop en de leef- en werkomgeving van de patiënt. De huisarts integreert contextkennis met lichamelijke, psychische en sociale aspecten die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte.

Continu

Huisartsgeneeskundige zorg is continu zorg. Dit betekent dat de huisarts voor de patiënt de constante factor is in de gezondheidszorg. Hij zorgt voor continuïteit van zorg tijdens ziekte-episodes en gedurende de levensloop. De huisarts werkt samen met andere zorgverleners en zorgt door zijn regierol voor samenhang in de zorg.

De kernwaarden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hierdoor is huisartsenzorg integrale zorg: de zorg voor de patiënt in zijn gehele context en leefomgeving.

Uitgangspunt 2 - De praktijkpopulatie

De populatie ouderen waarmee de huisarts te maken heeft, is zeer divers:

- een groot deel bestaat uit relatief gezonde en zelfredzame ouderen;
- een deel van de ouderen is toenemend zorgafhankelijk;
- en een klein deel heeft een complexe zorgbehoefte. Een toename in kwetsbaarheid gecombineerd met multimorbiditeit veroorzaakt een complexere zorgvraag van de oudere. Kwetsbaarheid gaat over de mate waarin iemand regie voert over het eigen leven en zijn kwaliteit van leven beleeft.

Uitgangspunt 3 - De huisarts als regisseur

Zorg voor ouderen in de thuissituatie kent een medisch deel (*cure*) en een zorg deel (*care*).

De 'huisarts'¹ is verantwoordelijk voor de uitvoering van de *cure*. De huisarts creëert in zijn rol als regisseur binnen dit *cure* deel duidelijkheid voor de patiënt en voor personen en instanties die actief zijn in de ouderenzorg (medisch specialisten inclusief de ouderenspsychiater en de klinisch geriater, de specialist ouderengeneeskunde; paramedici als de fysiotherapeut, de logopedist, etc.). Van deze hulpverleners mag worden verlangd dat zij hun aandeel in de zorg aan ouderen inpassen in het door de huisarts geregisseerde zorgproces.

De thuiszorg in de persoon van de wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor de *care*. De huisarts moet ervan uit kunnen gaan dat het *care* deel wordt geleverd, complementair aan de *cure*. Indien de huisarts signaleert dat dit in onvoldoende mate het geval is, kaart hij dit aan bij de wijkverpleging of verzorging.

¹ Met de huisarts bedoelen we ook de POH en de doktersassistent die worden aangestuurd door de huisarts. Zij functioneren als verlengde arm van de huisarts bij de uitvoering van de *cure* en niet bij de uitvoering van de *care*.

2 Beschrijving van het aanbod



In dit hoofdstuk specificeren we het aanbod van de huisartsenzorg voor ouderen. We maken een onderscheid tussen het basis-, aanvullend en bijzonder aanbod. Daarbij trekken we een grens tussen huisartsenzorg en andere medische zorg. Het uitgangspunt is dat huisartsen de verantwoordelijkheid op zich nemen voor de huisartsenzorg aan ouderen in de thuissituatie mét een bovengrens. Kwetsbare patiënten met multimorbiditeit kunnen een complexe zorgbehoefte ontwikkelen waardoor ze extra specialistische medische zorg nodig hebben. Die extra specialistische medische zorg gaat door haar complexe karakter het huisartsgeneeskundig domein te boven. Het gaat hier vaak over patiënten met een Wlz-indicatie. Ook ouderen zonder Wlz-indicatie kunnen een complexe zorgbehoefte ontwikkelen. Verwijsmogelijkheden naar de specialist ouderengeneeskunde voor thuiswonende ouderen met een complexe zorgbehoefte zijn dan ook essentieel om huisartsenzorg te kunnen leveren.²

Het trekken van een grens

De noodzaak om een grens te trekken vloeit voort uit het feit dat de grens tussen zorg voor ouderen thuis of in een zorginstelling aan het vervagen is. Door demografische ontwikkelingen en landelijk beleid zullen meer ouderen langer thuis wonen en neemt het aantal ouderen met een complexe zorgbehoefte in de huisartsenpraktijk toe. Ouderen die voorheen - gezien hun ernst en complexiteit in een Wlz-instelling³ (voormalig verpleeghuis) - zouden zijn opgenomen, blijven nu thuis. Met 'thuis' worden alle situaties bedoeld waarin zorg en wonen gescheiden zijn: aanleunwoningen, 'voormalig' verzorgingshuizen en kleinschalige woonvormen waar geen medische zorg wordt geleverd door de zorginstelling. Dit zijn de zorginstellingen zonder Wlz-behandeling.⁴ Hier is, in tegenstelling tot de zorginstelling met Wlz-behandeling, de huisarts verantwoordelijk voor het leveren van de medische zorg.

De specialist ouderengeneeskunde, die vroeger als verpleeghuisarts zijn taak uitvoerde binnen de muren van de zorginstelling, is nu beschikbaar als consulent van de huisarts voor de medisch specialistische ouderenzorg in de thuissituatie.⁵ Wanneer de situatie van de oudere daartoe aanleiding geeft is het verstandig afspraken te maken over medebehandeling door de specialist ouderengeneeskunde, dit kan ook gebeuren bij ouderen zonder Wlz-indicatie.

Deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde is zowel generalist als specialist. Als generalist bestrijkt hij het brede terrein van dagelijkse behandeling, zorg en welzijn van ouderen, als specialist richt hij zich op de intensieve zorgvragen van kwetsbare ouderen met complexe problematiek.

Basis- en aanvullend aanbod

Reguliere huisartsenzorg voor ouderen bestaat uit het basisaanbod huisartsenzorg waarbij voor de oudere patiënt extra aandachtspunten gelden. Het leveren van aanvullend aanbod is een keuze van de individuele huisarts. Factoren die van invloed zijn op die keuze zijn onder andere: de mate waarin ouderen deel uit maken van de praktijkpopulatie, de wens van de huisarts en persoonlijke interesse, de financieringsmogelijkheden en het lokale zorglandschap.

A. Basisaanbod

Het basisaanbod dat de huisarts levert gaat over de huisartsgeneeskundige zorg die de huisarts levert aan de hele populatie van 0 - 100+ jaar. De contacten verlopen in de regel via het spreekuur. Uitgaande van de eigen regie wordt de huisarts actief wanneer mensen zélf daarom vragen óf wanneer signalen uit de directe omgeving (familie, burens, thuiszorg) daartoe aanleiding geven. De huisarts levert samenhangende zorg. Afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag, schakelt de huisarts andere hulpverleners in die noodzakelijk zijn in het zorgproces rond de oudere. De huisarts houdt hiertoe korte lijnen met de wijkverpleging⁶ (care) en voert regie over de cure.

2 Ouderen met een Wlz-indicatie kunnen huisartsen veel hoofdbreken kosten en huisartsen kunnen de ervaring, expertise en tijd missen om hen goed te begeleiden. Zie voor een verdere toelichting het artikel 'Een kansrijk duo' (literatuurlijst nr 5)

3 Instellingen met een toelating en contractering voor Wlz-behandeling (Behandeling vanuit de Wlz)

4 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)

5 Zie Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, een gezamenlijk product van Verenso en LHV, oktober 2016

6 Zie LESA Ouderenzorg, NHG nog niet gepubliceerd op het moment van verschijning



Extra aandachtspunten voor ouderen in het basisaanbod zijn:

Aanbod

- De (spreekuur-)contacten met de ouderen kunnen worden gebruikt om af te tasten of men naar wens én behoefte voldoende is geïnformeerd over de van gemeentewege gerealiseerde welzijnsvoorzieningen voor ouderen.
- Zo nodig verwijst de huisarts naar de gemeente. De gemeente kan informatie, advies en ondersteuning geven aan zelfstandig wonende ouderen over wonen, zorg, financiën, welzijn en meer.⁷
- De huisarts houdt rekening met het gegeven dat de betrokken oudere mogelijk als mantelzorger functioneert en als zodanig meer kans loopt op overbelasting.⁸
- Wanneer er sprake is van een chronische aandoening als diabetes of COPD wordt de oudere regelmatig gezien door de huisarts dan wel de POH-S. In het laatste geval functioneert de POH-S ook als extra paar ogen en oren van de huisarts wat betreft het signaleren van functionele achteruitgang en, daarmee samenhangend, het ontstaan van de behoefte aan zorg (*care*). De POH-S onderhoudt daartoe contact met de coördinerende wijkverpleegkundige.
- Wanneer de complexiteit van de zorg toeneemt, gaat de huisarts na of de reguliere medische zorg aanpassingen behoeft en of voldoende is voorzien in thuiszorg. Indien nodig dan wordt de oudere geadviseerd om een Wlz-indicatie aan te vragen.

Organisatie

De huisarts realiseert het basisaanbod door:

- zich als regisseur te laten voorzien van informatie over de door de gemeente geboden zorg- en welzijnsvoorzieningen voor ouderen.

De huisartsenpraktijk:

- onderhoudt een duurzame relatie met de *care* in de persoon van de coördinerende wijkverpleegkundige.

Randvoorwaarden

- Beschikbaarheid van *care* voorzieningen middels korte lijnen.
- Actuele sociale kaart.
- Verwijsmogelijkheden naar een specialist ouderengeneeskunde voor consultatie en eventueel medebehandeling.⁹

⁷ Zie LHV/VNG werkmop Huisarts & Gemeente. Samen werken in de wijk

⁸ Zie Toolkit Mantelzorg. LHV, Mezzo, Vilans 2011, herziene versie 2014

⁹ Zie Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, een gezamenlijk product van Verenso en LHV, oktober 2016

B. Aanvullend aanbod

De huisarts heeft de keuze om naast het basisaanbod ook aanvullend aanbod te bieden aan ouderen die in zijn praktijk zijn ingeschreven. Kenmerken van het aanvullend aanbod zijn:

Aanbod

- Het aanvullend aanbod is afhankelijk van de praktijkpopulatie. Er zijn voldoende patiënten met een gemeenschappelijke noemer, zoals een bepaalde leeftijd, indicatie, zorgzwaarte, etc, zodat een programmatische aanpak meerwaarde heeft.
- De zorg in het aanvullend aanbod wordt omschreven in een programma. Kenmerken van een programmatische aanpak voor de zorg van ouderen in de huisartsenpraktijk zijn:
 - er is sprake van een vorm van case-finding, screening en/of surveillance van een omschreven populatie van ouderen in de huisartsenpraktijk;¹⁰
 - de populatie in het programma wordt omschreven aan de hand van kenmerken of (inclusie)criteria;
 - bouwstenen van een programma voor ouderen kunnen zijn: een zorgbehandelplan, een multidisciplinair overleg, (structurele) samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners (apotheek, specialist ouderengeneeskunde, sociaal wijkteam), etc.;
 - de praktijk heeft veelal een POH in dienst die betrokken is bij de uitvoer van het programma.
- De huisarts laat zich bij de opzet en de uitvoering van het programma zo mogelijk adviseren door de kaderhuisarts ouderengeneeskunde. Een kaderhuisarts heeft kennis over en ervaring met deze vorm van zorg en is dus op de hoogte van de voor- en nadelen.

¹⁰ NHG Protocolaire ouderenzorg 2015. Zie www.nhg.org



Organisatie

De huisarts realiseert het aanvullend aanbod door:

- het maken van een zorgprogramma voor een specifieke populatie van ouderen in de praktijk. Hierbij kan de hulp van de kaderhuisarts ouderengeneeskunde als adviseur van meerwaarde zijn;
- de huisarts selecteert de ouderen in zijn praktijk die geïncorporeerd kunnen worden in het programma en stuurt deze zorg aan;
- wanneer in de praktijk een POH is aangesteld, besluit de huisarts zelf welke activiteiten hij overdraagt aan de POH. Hij heeft regelmatig overleg met de POH en superviseert diens activiteiten;
- de huisarts onderhoudt een consultatierelatie met de SO en deelt waar relevant de verantwoordelijkheid voor de zorg met de SO als medebehandelaar. De mogelijkheden voor samenwerking met de SO staan omschreven in de handreiking die door LHV en Verenso is opgesteld;¹¹
- (structurele) samenwerkingsafspraken met andere hulpverleners over taakverdeling, verantwoordelijkheden, overdracht en dergelijke. zijn onderdeel van het aanvullend aanbod;
- de huisarts kan, indien hij dit wenst, gebruik maken van ondersteuning door een regionale huisartsenorganisatie.

Randvoorwaarden

- Het aanvullend aanbod wordt veelal vergoed door een module bij de zorgverzekeraar.¹² Voordat de keuze wordt gemaakt om aanvullend aanbod te leveren is het belangrijk de haalbaarheid hiervan te beoordelen en de voorwaarden van de zorgverzekeraar hierin mee te nemen.
- Beschikbaarheid POH, adequaat opgeleid om te kunnen screenen/case-finding, surveillance te kunnen bieden en een sleutelrol in de programmatische aanpak voor hun rekening te kunnen nemen.
- Beschikbaarheid van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde voor scholing en consultatie.
- Beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde voor consultatie en medebehandeling.

¹¹ Handreiking Samenwerking huisarts – specialist ouderengeneeskunde Verenso, LHV 2016

¹² Om in aanmerking te komen voor deze vergoedingen worden - verschillend per zorgverzekeraar - aanvullende eisen gesteld die het minder aantrekkelijk c.q. onaantrekkelijk maken zich voor deze regelingen te kwalificeren. Het regiobureau van de LHV kan hierover adviseren binnen de door de ACM gestelde grenzen

C. Bijzonder aanbod

Het bijzonder aanbod is gericht op ouderen die gezien de omvang en ernst van hun problematiek extra specialistische medische zorg nodig hebben. Deze zorg overschrijdt het huisartsgeneeskundig competentiegebied. Kenmerken van het bijzonder aanbod zijn:

Aanbod

De huisarts levert voor oudere patiënten met een complexe zorgbehoefte zowel de huisartsgeneeskundige zorg (basisaanbod) als de extra specialistische medische zorg. Deze extra specialistische medische zorg behoort tot het aanbod van de specialist ouderengeneeskunde.¹³ Patiënten met deze complexe zorgbehoefte hebben veelal een Wlz-indicatie. De huisarts dient hiervoor aantoonbaar competent te zijn en extra scholing te hebben genoten om het bijzonder aanbod te leveren.

Organisatie

De huisarts heeft door middel van extra scholing, werkzaamheid en ervaring, kennis en kunde opgebouwd in de begeleiding en behandeling van kwetsbare ouderen met een complexe zorgbehoefte. De huisarts voelt zich competent genoeg om deze extra taak op zich te nemen.

Voorbeelden van dergelijke competenties zijn:

- a. proactieve samenhangende zorg kunnen toepassen in teamverband;
- b. in staat zijn om - met inachtneming van een functionele benadering - complexe problematiek te ontrafelen én deze in teamverband tot een oplossing te brengen;
- c. in staat zijn een dergelijk team aan te sturen.

Bij afwezigheid van de huisarts in de dag- en ANW-uren dient deze extra bekwaamheid voldoende gewaarborgd te zijn. Het is niet vanzelfsprekend dat een vervangende huisarts dezelfde competenties heeft. Dit betekent dat een specialist ouderengeneeskunde beschikbaar moet zijn voor consultatie en medebehandeling wanneer de betreffende huisarts afwezig is.

¹³ Zie: <http://www.verenso.nl/assets/Uploads/Downloads/Wat-doen-wij/VER-002-4-Beroepsprofiel7int.pdf>



Randvoorwaarden

Het bijzonder aanbod is in dit document omschreven om volledig te zijn. De LHV wijst huisartsen erop om goed doordacht deze extra specialistische medische zorg voor patiënten met een complexe zorgbehoefte op zich te nemen.

Eenzijds vanwege grenzen aan het eigen kunnen qua gevraagde expertise op zorginhoud, anderzijds omdat de randvoorwaarden hiervoor onvoldoende of niet geregeld zijn. Veelal gaat het om patiënten met een Wlz-indicatie. Wanneer een huisarts toch de extra specialistische medische zorg op zich wil nemen, dan zal hij hierover afspraken moeten maken met de zorginstelling waar de patiënten wonen.

Echter, huisartsen kunnen niet voor een patiënt én in de Zvw én in de Wlz declareren. Praktisch lijkt dit dus alleen haalbaar indien een huisarts *alle* medische zorg (huisartsgeneeskundige zorg plus extra specialistische medische zorg) in een zorginstelling met Wlz-behandeling levert. In dat geval vallen de patiënten onder de Wlz en staan ze niet meer ingeschreven bij de huisartsenpraktijk. De huisarts dient contractuele afspraken te maken over het bijzonder aanbod met de zorginstelling.



Tabel: samenvatting aanbod huisartsenzorg voor ouderen

	Aanbod	Voor welke huisarts?	Voor welke patiënt?	Organisatie	Verblijfslocatie patiënt	Randvoorwaarden
Basis-aanbod	<p>Huisartsenzorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • huisarts als regisseur in de <i>cure</i>. • huisarts verleent zorg en tast af of men is geïnformeerd over gemeentelijke voorzieningen • bij complexe zorgvragen wordt verwezen naar de SO 	Alle huisartsen	Alle patiënten	<ul style="list-style-type: none"> • De huisarts laat zich informeren over de zorg- en welzijnsvoorzieningen van de gemeente • De huisarts onderhoudt een duurzame relatie met de <i>care</i> via korte lijnen 	Thuis, aanleunwoning, kleinschalige woonvormen	<ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid van <i>care</i>-voorzieningen middels korte lijnen • Verwijsmogelijkheden naar SO • Actuele sociale kaart
Aanvullend aanbod	<p>Programmatische huisartsenzorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afhankelijk van de praktijk populatie, omschreven in een 'programma' • voldoende patiënten met een gemeenschappelijk noemer die 'geïncludeerd' kunnen worden in het programma • het programma biedt geen maatwerk, zorg op maat wordt geleverd vanuit het basis-aanbod 	Vrije keuze huisarts	Bepaalde groep patiënten	<ul style="list-style-type: none"> • De kaderhuisarts ouderengeneeskunde kan de huisarts adviseren bij de opzet van het programma. • Taken van de huisarts in het aanvullend aanbod kunnen gedelegeerd worden aan de POH, aangestuurd door de huisarts. • Voorbeelden van aanvullend aanbod zijn: zorgbehandelplan, MDO, (structurele) samenwerkingsafspraken met andere hulpverleners 	Thuis, aanleunwoning, kleinschalige woonvormen	<ul style="list-style-type: none"> • Vergoeding via aanvullende modules zorgverzekering • De haalbaarheid (qua financiën, voorwaarden zorgverzekeraar) is een belangrijke voorwaarde • Beschikbaarheid van kaderhuisartsen ouderengeneeskunde • Beschikbaarheid van POH, adequaat opgeleid • Beschikbaarheid van SO
Bijzonder aanbod	Extra specialistische medische zorg die valt onder het aanbod van de specialist ouderengeneeskunde en die de huisartsgeneeskundige zorg te boven gaat	Vrije keuze huisarts die bevoegd en bekwaam is voor deze zorg.	Veelal patiënten met een Wlz-indicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Bij afwezigheid van de huisarts overdag en in de ANW-uren dient een SO beschikbaar te zijn voor het bijzonder aanbod 	Zorginstelling met Wlz-behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Huisarts acht zich door extra scholing, bevoegd en bekwaam voor het leveren van bijzonder aanbod • Huisarts dient contractuele afspraken te maken met de zorginstelling over financiering vanuit de Wlz



Literatuur

1. Wind AW, Timmers AP, Assendelft WJJ, Gussekloo J. **Het totaalplaatje telt.** Medisch Contact 2007; 62: 421-3.
2. Wind AW, Gercama AJ. **Verantwoordelijk samenwerken in de eerste lijn.** Van ideaalbeeld naar werkelijkheid. NTvG 2010;154: A1763.
3. Gercama AJ, Horst HE van der, Stalman W. **Van spil tot regisseur.** Medisch Contact 2007; 62: 1603-5.
4. Maassen H. Interview met LASA-directeur Dorly Deeg "Aftakeling is **onvermijdelijk**". Medisch Contact 2009; 64: 898-901.
5. Wind A, Gercama A, Vijfvinkel, A, Bezemer M. **Een kansrijk duo.** Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde 2012; 5: 248-251.
6. Gercama AJ. **De ene oudere is de andere niet. Populatiegerichte aanpak verbetert medische zorg in de eerste lijn.** Medisch Contact 2011; 66: 2919-21.
7. Gercama AJ, Boorsma-Meerman M. **Een driespan voor de ouderenzorg.** Medisch Contact 2010; 65: 597-99.
8. NHG 2011, **NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde, generalistisch, persoonsgericht en continu.** Zie www.nhg.org.
9. Verenso 2012, **Beroepsprofiel en competenties specialisten ouderengeneeskunde,** zie www.verenso.nl.
10. NHG 2007, **NHG-standpunt Huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen.** Zie www.nhg.org wordt momenteel herzien.

