

Handreiking

Samenwerking huisarts & AVG





Inhoudsopgave

>	Voorwoord	3
>	1 Verantwoording en dank	4
>	2 Samenvatting	5
>	3 De huisarts, de AVG en de patiëntenpopulatie	7
	3.1. De huisarts	7
	3.2. De AVG	7
	3.3. De patiëntenpopulatie	7
>	4 Samenwerking en taakverdeling van de huisarts en de AVG	9
	4.1. Huisartsentaken	9
	4.2. AVG-taken in aanvulling op de huisartsenzorg	9
	4.3. Samenwerking en overige AVG-taken	10
	4.4. Taakverdeling bij acute hulp	10
	4.5. Poliklinieken	10
>	5 Financiering: Wlz en Zorgverzekeringswet	11
>	6 Randvoorwaarden	13
>	7 Deskundigheidsbevordering	14
>	Literatuur	15
>	Internet	16
>	Bijlage 1 Overzicht zorgprofielen/zorgzwaartepakketten die toegang geven tot de Wlz	17
>	Bijlage 2 Voorbeeld modelovereenkomst	18



Voorwoord

“Mensen met een beperking zijn burgers als ieder ander. Zij verdienen dezelfde kansen op een kwalitatief goed bestaan als mensen zonder beperking. Mensen zonder en met een beperking vinden dezelfde zaken belangrijk: gewaardeerd worden om wie je bent, zeggenschap hebben over je leven, verbonden zijn met andere mensen, vrienden hebben, deel hebben aan wat er in je omgeving gebeurt, van betekenis zijn voor anderen, bijdragen aan de samenleving. Deel uitmaken van de samenleving moet vanzelfsprekend zijn in het denken en handelen.”

visiedocument Kwaliteitskader 2.0 (VGN, februari 2013)

Mensen met een verstandelijke beperking wonen steeds minder vaak in een klassieke ‘instelling’. Daarvoor in de plaats zijn meer woonplekken gekomen in reguliere woonwijken. In het verlengde van deze (woon)plek in de samenleving, moeten bestaande voorzieningen worden aangepast en waar nodig worden uitgebreid om tegemoet te komen aan de bijzondere zorgvraag van deze doelgroep.

Volgens de geldende richtlijnen is sprake van een verstandelijke beperking wanneer het intellectueel functioneren beneden een totaal-IQ van 70 ligt, de beperking voor het 18e levensjaar aanwezig was en sprake is van bijkomende beperkingen in minimaal 2 levensgebieden (zoals sociale redzaamheid, algemene dagelijkse levensvaardigheden, wonen, werk, enzovoorts).

Bekend is dat patiënten met een verstandelijke beperking vaker last hebben van gezondheidsproblemen, meer tijd nodig is om te komen tot een diagnose en passende behandeling en zich presenteren met specifieke klachten waarmee in de huisartsenpraktijk minder ervaring mee is opgedaan dan gebruikelijk is in de zorg voor patiënten zonder verstandelijke beperking. Een specifieke manier van klachtenpresentatie, uitdagingen op het gebied van communicatie en morele afwegingen op het gebied van wilsbekwaamheid zijn voorbeelden van aspecten die de zorg voor deze doelgroep bijzonder maken.

Mede door deze herziening van de oorspronkelijke handreiking (2010) werken de LHV en de NVAVG samen om alle betrokken partijen te ondersteunen in de organisatie en financiering van medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De gereviseerde handreiking Samenwerking huisarts en AVG biedt betrokken artsen, huisartsenvoorzieningen en zorginstellingen informatie om de samenwerking soepel te laten verlopen. De handreiking geeft handvatten voor de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, financiële vergoedingen, declaraties en afspraken over zorg tijdens ANW-diensten. De modelsamenwerkingsovereenkomst in de bijlage kunt u als basis voor uw samenwerking gebruiken.

De LHV en de NVAVG nodigen u uit om samen optimale medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking te bieden.

Hoogachtend,

Drs. E. Kalsbeek
Voorzitter Landelijke Huisartsen
Vereniging (LHV)

Drs. S.A.T. Castelein
Voorzitter Nederlandse Vereniging van
Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
(NVAVG)



1 Verantwoording en dank

De handreiking Samenwerking huisarts en AVG is gebaseerd op de handreiking uit 2010 en geactualiseerd op basis van nieuwe literatuur met inbreng van:

- Louwrens Boomsma, huisarts LHV, tevens werkzaam Amerpoort/Sherpa in Baarn;
- Prof. dr. Henny van Schrojenstein Lantman-De Valk, AVG en emeritus hoogleraar Geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking.

De volgende collega's hebben commentaar gegeven op eerdere versies van deze handreiking:

- Koen Vrijmoet, huisarts te Soest;
- Carole de Bruijn, huisarts te Eemnes;
- Marianne Popping, huisarts te Brunsum;
- Carin Littooi, huisarts te Driebergen, bestuurslid LHV;
- Karel Rosmalen, huisarts te Vught en LHV afdelingshoofd Beleid en Ontwikkeling;
- Paula Vlokhoven, AVG-arts te Amerpoort/Sherpa in Baarn;
- Esther Bakker-van Gijssel, AVG Siza/ Radboudumc, geneeskunde voor mensen met verstandelijke beperkingen;
- Tita Kranenburg-de Koning, AVG Zozijn;
- Marien Nijenhuis, AVG Koraal Groep;
- Marian de Jeu, AVG 's Heeren Loo;
- dr. Sandra Mergler AVG ASVZ/Erasmus MC, geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten;
- Arjen Louisse, AVG, geneesheer-directeur Ipse de Bruggen.

Na verwerken van commentaar is de handreiking aangeboden aan het bestuur van de LHV en van de NVAVG en op 21 maart 2017 bestuurlijk vastgesteld.



2 Samenvatting

- 1 Voor mensen met een verstandelijke beperking die niet op een instellingsterrein wonen en die geen behandelindicatie hebben, biedt de huisarts huisartsenzorg die voldoet aan de richtlijnen en normen van de beroepsgroep. Steeds vaker bieden huisartsen ook deze zorg aan mensen met een verstandelijke beperking die op een instellingsterrein wonen.
- 2 De arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is de expert op het gebied van medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. De AVG behandelt de handicap gebonden aandoeningen, maakt het medisch deel van het individuele zorgplan, vervult handicap gerelateerde preventieve gezondheidszorgtaken en adviseert over algemene gezondheidstaken (zoals vaccinaties, infectiepreventie, zintuigenscreening, arbozorg en hygiëne, en kwaliteitsbewaking van de medische zorg.
- 3 De huisarts biedt (acute), generalistische medische hulpverlening aan alle op naam in de praktijk ingeschreven patiënten en kan ook acute zorg op het instellingsterrein leveren, mits daarover adequate afspraken zijn gemaakt tussen de huisarts, huisartsenpost en de instelling. Er is ook een substantieel aantal zorginstellingen dat gebruik maakt van een organisatie die huisartsen in dienst heeft voor ANW-diensten. Zo'n organisatie verleent ANW-zorg aan mensen met een verstandelijke beperking in instellingen waarmee het een contract heeft afgesloten.
- 4 Voor acute handicap-gerelateerde gezondheidsproblemen bij een patiënt met een verstandelijke beperking kan de betrokken begeleider, huisarts of instelling in principe een beroep doen op de AVG. De instellingen organiseren een regionale 24-uurs bereikbaarheid van de AVG.
5. De huisartsenzorg wordt uit de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg (Wlz) gefinancierd. Dit hangt af van de indicatiestelling en de verblijfssituatie van de patiënt. Is sprake van een Wlz-indicatieverblijf met behandeling? Heeft de instelling een Wlz-toelating voor behandeling?
 - Financiering Wlz: voor patiënten met een indicatie voor Wlz-verblijf en -behandeling en die in een woonvoorziening verblijven met een toelating voor behandeling. De patiënt kan dan niet op naam ingeschreven worden (NONI). Declaratie vindt plaats via het contract met de zorginstelling (zie bijlage 1).



- Financiering Zorgverzekeringswet: in alle andere gevallen wordt de huisartsenzorg uit de Zorgverzekeringswet gefinancierd. De patiënt wordt op naam ingeschreven en heeft de plicht zich te verzekeren bij een zorgverzekering. De declaratie vindt op de gebruikelijke wijze plaats via de zorgverzekering.
 - Waar incidenteel zorg wordt geleverd (bijvoorbeeld op vakanties) kan een huisarts het passantentarief in rekening brengen.
6. Om de medische zorg over te dragen aan een huisarts, dient aan een aantal randvoorwaarden voldaan te zijn. Afspraken hierover dienen vastgelegd te worden in een overeenkomst. In bijlage 2 vindt u een modelovereenkomst die u kunt gebruiken.
 7. De LHV/NHG en NVAVG willen voor huisartsen en AVG's gezamenlijk deskundigheidsbevordering faciliteren. Dit kan zowel lokaal als landelijk gebeuren.
 8. De huisarts kan mensen met een verstandelijke beperking voor wie de aanspraken en financiering via de Zorgverzekeringswet lopen, doorverwijzen naar de AVG voor een consultatie. De AVG wordt voor deze patiënten gefinancierd uit een overgangsregeling die per zorgkantoor verschillend kan zijn. Bij een monodisciplinaire consultatie van de AVG is geen CIZ-indicatie nodig. Indien multidisciplinaire inzet van gespecialiseerde gedragsdeskundigen en paramedici nodig blijkt, is er (afhankelijk van de zorgverzekeraar/zorgkantoor) soms wel een CIZ-indicatie nodig. Vanaf 2018 verwachten we dat de mogelijke inzet van een multidisciplinair behandelcluster wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. De AVG wordt gefinancierd vanuit de Wlz voor patiënten die met een Wlz-indicatie verblijf en behandeling in een instelling wonen.



3 De huisarts, de AVG en de patiëntenpopulatie

3.1 De huisarts

De huisarts heeft een kleine groep patiënten met een verstandelijke beperking in zijn praktijk, geschat 0,5 procent van de praktijkpopulatie (gemiddeld 10 patiënten), vaak kinderen die bij hun ouders wonen of bewoners van een kleinschalige woonvoorziening (Straetmans et al 2007). Door de transitie van AWBZ naar Wlz en Wmo neemt dit aantal toe, nog afgezien van de mensen met een IQ tussen de 50 en 80 met aanpassing- en/of gedragsproblemen. De huisarts levert continue, generalistische en persoonsgerichte zorg. Een uitgebreide beschrijving van de inhoud en organisatie van de moderne huisartsenzorg is te vinden in de LHV/NHG Toekomstvisie huisartsenzorg 2012-2022 en de daarvan afgeleide rapporten, zoals het Aanbod Huisartsenzorg 2015. In de NHG-Standaarden wordt de huisartsenzorg voor een groot aantal aandoeeningen beschreven. De huisartsenzorg levert haar diensten bij mensen in de buurt en thuis. (LHV/NHG Toekomstvisie 2012-2022)

De huisartsgeneeskundige zorg wordt gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet, tenzij de patiënt een Wlz-indicatie voor verblijf en behandeling heeft en verblijft op een locatie die hiervoor een aparte toelating heeft.

3.2 De AVG

Het specialisme geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten is geregistreerd sinds 2000. Er zijn anno 2016, 240 AVG's ingeschreven in het register, meestal verbonden aan een zorginstelling voor verstandelijk gehandicapten. Naast de longitudinale medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking die in instellingen wonen, houdt de AVG toezicht op de uitvoering van wet- en regelgeving (zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet BIG, de BOPZ en de WGBO) aan mensen met een VG ZZZP zorgindicatie. Verder biedt de AVG preventieve zorg aan deze patiëntengroepen door middel van onderzoek volgens richtlijnen en *healthwatch* (monitorings-) programma's.

Voor de AVG heeft de NVAVG een aantal competenties omschreven, in verkorte vorm:

- het inschatten van gezondheidsrisico's mede op basis van de multimorbiditeit van deze doelgroep;
- het betekenis geven aan de wijze van presentatie van klachten en problemen uitgaande van de voorgeschiedenis, de informatie vanuit het zorgsysteem en de leefomgeving;
- communicatievaardigheden zoals het hanteren van een driegesprek, eenvoudig taalgebruik en vooral geduld;
- bekendheid met disharmonie en gedragsproblemen gerelateerd aan het ontwikkelingsniveau;
- het inschatten van de wilsbekwaamheid, overleg met wettelijke vertegenwoordigers en eventueel advies met betrekking tot de rechtspositie van alle betrokkenen;
- het participeren in multidisciplinair overleg met gedragsdeskundigen, teamleiders en verzorgers met betrekking tot een patiënt.

De AVG is doorgaans lid van een multidisciplinair team en kan doorverwijzen naar gespecialiseerde paramedici en gedragsdeskundigen. De AVG beschikt over een netwerk van medische specialisten met een bijzondere deskundigheid en/of betrokkenheid bij de specialistische zorg aan mensen met een verstandelijke handicap, zoals de klinisch geneticus, revalidatiearts, neuroloog, internist, kinderarts, psychiater en gespecialiseerde tandarts. Door goede samenwerkingsafspraken, maar meer nog door daadwerkelijke samenwerking en uitwisselen van expertise tussen de huisarts en de AVG kunnen mensen met een verstandelijke beperking langer in hun eigen vertrouwde omgeving blijven.

3.3 De patiëntenpopulatie

Een recente schatting van het SCP (2014) geeft aan dat er ongeveer 142.000 mensen met een verstandelijke beperking bekend zijn. Van hen zouden 68.000 een ernstige verstandelijke beperking hebben. In de praktijk is bij ongeveer 25 procent een chromosoomafwijking de oorzaak; bij een update van het genetisch onderzoek wordt op dit moment in ruim 50 procent een genetische oorzaak gevonden (Willemsen en Kleefstra, 2014).



Voor volwassenen geeft het CIZ een rechtsgeldig besluit over de indicatie, voor kinderen geeft het Bureau Jeugdzorg (BJZ), dat ondergebracht is bij de gemeente, de indicatie. De Wlz-indicatie bepaalt wat

tot de verzekerde aanspraken behoort en is vastgelegd in het besluit zorgaanspraken (Bza). Een toelichting hierop wordt gegeven in het Wlz-kompas (Zorginstituut Nederland), zie verder ook hoofdstuk 3.

Onderstaande tabel geeft de indeling van de verschillende niveaus van verstandelijke beperking:

Omschrijving	Ontwikkelingsniveau	IQ-score
Lichte verstandelijke beperking:	7- tot 12-jarige	51-70
Matige verstandelijke beperking	4- tot 6-jarige	36-50
Ernstige verstandelijke beperking	1- tot 4-jarige	21-35
Zeer ernstige verstandelijke beperking	0-2 jarige	0-20

Uit: Buntinx et al. RIVM Nationaal kompas Volksgezondheid 2014.

Een patiënt met een verstandelijke beperking heeft door de Zorgverzekeringswet de plicht om een zorgverzekering af te sluiten (ZVW artikel 2), tenzij hij gemoedsbezwaren heeft (Wet financiering sociale verzekering, artikel 64 lid 1). De patiënt is verantwoordelijk voor het verzekeren van zijn eigen

risico's, waaronder de zorgverzekering, de WA-verzekering, de eigen inboedel en dergelijke. De zorginstelling is verantwoordelijk voor de verzekering van de opstal en inventaris voor zover zij daarvan eigenaar is (zie www.zinl.nl).



4 Samenwerking en taakverdeling van de huisarts en de AVG

Een zorgvuldige afstemming en goede samenwerking tussen huisarts en AVG is nodig bij medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking die een Wlz-indicatie voor verblijf en behandeling hebben, of ze nu binnen of buiten het instellingsterrein wonen. In principe hebben alle mensen, ook mensen met een verstandelijke beperking, recht op goede huisartsgeneeskundige zorg. In de praktijk kan de geïndiceerde zorg zowel door de AVG als de huisarts worden aangeboden; in beide gevallen wordt deze zorg gefinancierd uit de Wlz. De uitdaging is dat beide disciplines hun bijdrage optimaal leveren, in goed overleg en met aandacht voor elkaars vaardigheden en beperkingen.

Sommige mensen met een verstandelijke beperking vragen om extra medische zorg en afstemming, zoals mensen met:

- ernstige meervoudige beperkingen,
- ernstige gedrags- of psychiatrische problematiek,
- syndroom gerelateerde gezondheidsproblemen,
- een ernstig verstoord ontwikkelingsperspectief,
- palliatieve en terminale zorg waaronder ook eind van het leven-problematiek.

4.1. Huisartsentaken

De huisarts geeft mensen met een verstandelijke beperking de gebruikelijke huisartsenzorg in hun eigen omgeving volgens de kenmerken van de huisartsenzorg en vanuit de huisartsenvoorziening.

4.2. AVG-taken in aanvulling op de huisartsenzorg

Taken die de AVG in aanvulling op de huisartsenzorg kan bieden, worden door de huisarts en patiënt samen bepaald. Voor patiënten met een zorgzwaartepakket VG 7 geldt dat er een AVG bij betrokken moet zijn.

De AVG kan aanvullende zorg bieden door:

- consultatie en advies;
- medebehandeling;
- behandeling in een multidisciplinair team met gespecialiseerde gedragsdeskundigen en paramedici;
- periodieke screening en follow-up;
- overname van de zorgregie;
- ondersteuning van ouders en begeleiders;
- bieden van preventieve zorg die samenhangt met de verstandelijke beperking;
- advisering over de uitvoering van openbare gezondheidszorgtaken, bijvoorbeeld over vaccinatie, infectiepreventie, arbozorg en hygiëne;
- kwaliteitsbewaking van de medische zorg binnen de context van de (multidisciplinaire) ondersteuning die door de zorgaanbieder wordt geboden. De kwaliteitsbewaking van de medische zorg houdt in dat de huisarts op de hoogte wordt gesteld van wettelijk vereiste protocollen van de zorgaanbieder (zoals die over de uitvoering van voorbehouden en risicovolle handelingen via een onafhankelijke instelling) en andere relevante informatie die belangrijk is voor het huisartsgeneeskundig handelen;
- wilsbekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiging en wet- en regelgeving (BOPZ, WGBO, BIG, Wlz).



4.3. Samenwerking en overige AVG-taken

De huisarts en de AVG moeten goed afstemmen wie welke verantwoordelijkheid heeft bij welk probleem. Belangrijk daarbij is de wederzijdse uitwisseling van informatie.

De huisarts kan naar de AVG verwijzen voor:

- specifieke medische controle (monitoring of health watch) bij syndromen (Down syndroom, Prader-Willi, etc.);
- spasticiteit en problemen van het bewegingsapparaat;
- voedingsproblemen, besluitvorming rond PEG-sonde en over- en ondergewicht;
- slikstoornissen, refluxklachten en recidiverende luchtweginfecties, ernstige obstipatie, epilepsie;
- zintuigstoornissen (hoge prevalentie);
- gedragsproblemen en psychiatrie, slaapstoornissen;
- advies over etiologisch onderzoek (oorzaak verstandelijke beperking);
- vragen over seksualiteit, anticonceptie en kinderwens;
- levensfasen- en levenseindeproblematiek,
- wilsbekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiging en wet- en regelgeving (BOPZ, WGBO, BIG, Wlz);
- ondersteuning en second opinion bij complexe besluitvorming rond behandelbeleid.

4.4. Taakverdeling bij acute hulp

Acute hulpverlening behoort tot het aanbod van de huisartsenzorg. De huisartsenzorg is dan ook verantwoordelijk voor patiënten die thuis of in de wijk wonen en deze vorm van hulpverlening nodig hebben. Voor acute problematiek die verband houdt met de handicap en die de deskundigheid van de huisartsenzorg te boven gaat, is doorgaans regionaal de bereikbaarheid van de AVG georganiseerd. De huisartsen kunnen daar 7x 24 uur per dag beroep op doen. Deze regeling sluit aan op het aanbod aan acute hulpverlening van de tweedelijnszorg. Instellingen die een beroep op de huisartsenzorg willen doen voor acute medische hulpverlening aan patiënten die verblijven op het instellingsterrein, maken hierover afspraken met huisartsen en centrale huisartsenposten in hun gebied of kopen zorg in bij organisaties die huisartsenzorg leveren. Inhoudelijk wordt huisartsenzorg geleverd door de huisartsen en hun dienstenstructuur. Voor de specifieke acute problematiek die verband houdt met de handicap wordt overlegd met de AVG.

4.5. Poliklinieken

In heel Nederland zijn poliklinieken waar AVG werken en beschikbaar zijn voor consultatie. De adressen vindt u via www.nvavg.nl.



5 Financiering: Wlz en Zorgverzekeringswet

Zorginstellingen doen steeds vaker een beroep op huisartsen om delen van de medische zorg te leveren. Dit hoofdstuk bespreekt wanneer de huisartsgeneeskundige zorg ten laste komt van de Wlz en wanneer de huisarts deze mag declareren bij de zorgverzekering. De regelgeving is complex en leidt in de praktijk tot veel onduidelijkheid.

Vanuit de regelgeving van de Wlz spelen twee factoren hierbij een rol:

- (a) de CIZ-indicatie over verblijf en behandeling van de patiënt, en
- (b) in hoeverre de zorginstelling een toelating heeft voor behandeling.

Indien de patiënt een CIZ-indicatie voor verblijf EN behandeling heeft (zie bijlage 1) en verblijft in een zorginstelling met toelating voor behandeling, valt de huisartsenzorg onder de Wlz en dus het instellingsbudget. Ook de acute medische zorg (voor passanten en/of tijdens ANW-diensten) valt dan onder de Wlz (Bza art.15).

Om Wlz-behandeling te mogen bieden, moet een zorginstelling over een aparte toelating beschikken. Het CIBG (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg), een onderdeel van het ministerie van VWS, geeft deze af. Op de site www.wtzi.nl is voor elke zorginstelling terug te vinden over welke toelating zij beschikt en voor welke capaciteit. De toelating wordt niet op instellingsniveau, maar op woonvoorzieningsniveau afgegeven. Naast de toelating moet ook een contract afgegeven zijn voor behandeling door de zorgverzekeraar aan de zorginstelling.

Vanuit de Wlz-financiering zijn de volgende patiëntengroepen te onderscheiden:

Patiënten zonder een Wlz-indicatie verblijf en behandeling

Deze patiënten behoren van oudsher tot het domein van de huisarts. De huisarts is bekend met de individuele zorgvraag en verwijst de patiënt zo nodig door naar de tweede lijn. Vaak is in de regio een polikliniek voor mensen met een verstandelijke beperking beschikbaar. Soms levert de AVG een bijdrage aan het zorg-/ondersteuningsplan. Deze patiënten worden ingeschreven op naam van de huisarts. De financiering en aanspraken lopen via de Zorgverzekeringswet. De huisarts declareert bij de zorgverzekering.

Patiënten met een Wlz-indicatie verblijf en behandeling, verblijvend in een:

A. Woonvoorziening zonder Wlz-toelating voor behandeling in de wijk.

Dit zijn vaak de vroegere gezinsvervangende tehuizen. De patiënten kunnen op naam van de huisarts ingeschreven worden. De financiering verloopt via de Zorgverzekeringswet. De huisarts declareert bij de zorgverzekering.

B. Woonvoorziening met Wlz-toelating voor behandeling.

B1. Kleinschalige woonvoorziening in de wijk

Veel van deze patiënten zijn vanuit de instellingen naar de wijk verhuisd. Deze patiënten behoorden tot begin 2015 doorgaans tot het domein van de AVG, maar doen steeds vaker een beroep op de lokale huisarts. Voor een deel van deze groep zijn al afspraken gemaakt met lokale huisartsen. De huisartsgeneeskundige zorg is inmiddels aan de plaatselijke huisarts overgedragen. De patiënten kunnen niet op naam (NONI) van de huisarts ingeschreven worden. Het andere deel van deze patiëntengroep krijgt de gehele medische zorg van de AVG's van de plaatsende instelling. De financiering verloopt via de Wlz. De huisarts declareert bij de zorginstelling op basis van een contract (zie modelovereenkomst [bijlage 1](#)).



B2. Instellingsterrein

De medische zorg aan patiënten die verblijven op instellingsterreinen wordt grotendeels geleverd door AVG's of door huisartsen die naast hun huisartsenpraktijk een contract met een zorginstelling hebben afgesloten. Voor de acute hulpverlening tijdens ANW-diensten en vakanties zijn op veel plaatsen afspraken gemaakt

met plaatselijke huisartsen en, in het verlengde hiervan, met centrale huisartsenposten. De financiering verloopt via de Wlz. De huisarts declareert bij de zorginstelling op basis van een contract (zie modelovereenkomst bijlage 1). Ook de huisartsenpost declareert bij de zorginstelling op basis van een contract.



6 Randvoorwaarden

Voordat een huisarts de behandelrelatie aangaat, moet hij verifiëren of de patiënt is verzekerd. De huisarts kan de kosten voor de huisartsgeneeskundige zorg namelijk alleen bij de zorgverzekering declareren, als de patiënt een zorgverzekering heeft afgesloten. Dit is belangrijk voor de groepen 1 en 2A (uit hoofdstuk 5) die van oudsher bij huisartsen in de praktijk komen, omdat de kosten bij de zorgverzekering gedeclareerd moeten worden. De huisarts kan met de zorgverzekeraar in overleg gaan voor een apart tarief voor deze patiënten.

Bij patiënten die in een woonvoorziening met Wlz-toelating voor behandeling verblijven en een indicatie voor verblijf en behandeling hebben (groep 2B1 en 2B2), vallen de kosten voor de huisartsenzorg onder de Wlz (Bza artikel 15). Deze kunnen bij de zorginstelling worden gedeclareerd. De huisarts en de zorginstelling moeten hiervoor een aparte overeenkomst afsluiten met afspraken over extra randvoorwaarden (zie modelovereenkomst [bijlage 1](#)).

De randvoorwaarden voor samenwerking tussen de huisarts(en) (voorziening) en de zorginstelling hebben betrekking op de verschillende zorgtaken, de declaratiewijze en de overdracht van patiëntengegevens inclusief het medicatiebeleid. Voor het medicatiebeleid moet een goede medicatiebewaking gegarandeerd worden. Idealiter hebben de huisarts en de AVG een gezamenlijke toegang tot het elektronisch medisch dossier. Dit is des te belangrijker als de huisartspost wordt ingeschakeld voor ANW-diensten en de gegevens van het HIS ter inzage zijn ook voor de waarnemend huisarts.



7 Deskundigheidsbevordering

Om de samenwerking optimaal te laten functioneren juichen de LHV en NVAVG de organisatie van gezamenlijk deskundigheidsbevordering toe. LHV-huisartsenkringen, Werkgroepen Deskundigheidsbevordering Huisartsen (WDH), zorggroepen en andere betrokken organisaties kunnen nascholing organiseren op het gebied van samenwerking, inhoudelijke medische aandoeningen en best practices voor optimale zorg. Deze handreiking biedt hiervoor een onderlegger. Met elkaar kunt u protocollen opstellen voor specifieke zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. Aarzel voor ondersteuning niet om contact op te nemen met de LHV of NVAVG.

Inmiddels is door het NHG met de Stichting 's Heeren Loo en het Radboud UMC een modulaire cursus gemaakt: Eerstelijnszorg door de huisarts voor patiënten met een verstandelijke beperking, zie www.nhg.org.



Literatuur

1. Evenhuis HM. Want ik wil nog lang leven. Moderne gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Advies 'Samen leven in de samenleving'. Zoetermeer: RVZ, 2002.
2. Jansen A, Janssen A, Clarijs R, de Winter C, Kingma-Thijssen J. Somatische aandoeningen die probleemgedrag bij mensen met een verstandelijke beperking (mede) kunnen verklaren. 2010 Uitgave Centrum voor Consultatie en Expertise Nederland, www.cce.nl.
3. Kwartel, van der AJJ. Brancherapport Gehandicaptenzorg 2009. Opdrachtgever VGN.
4. Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlandse Huisartsen Genootschap. Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg 2016. Utrecht: NHG/LHV, 2016, www.lhv.nl.
5. Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlandse Huisartsen Genootschap. Toekomstvisie huisartsenzorg 2012-2022. Utrecht: LHV/NHG, 2012, www.lhv.nl.
6. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. Zorgaanbod van de AVG. Utrecht. NVAVG 2012 via www.nvavg.nl
7. Ras M, Woittiez I, Kempen H van, Sadiraj K. Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau 2010.
8. Straetmans JMJA, Schroyen Lantman-de Valk HMJ van, Schellevis FG, Dinant GJ. Health problems of people with intellectual disabilities: the impact for general practice. *British Journal of General Practice* 2007;57: 64-66.
9. Schroyen Lantman-de Valk HMJ van, Straetmans JMJA, Schellevis FG, Dinant GJ. Gezondheidsproblemen van mensen met een verstandelijke beperking in huisartsenpraktijken. *Huisarts en Wetenschap* 2008;51: 62-64.
10. Wullink M, Schroyen Lantman-de Valk HMJ van, Metsemakers JFM, Dinant GJ. Improving the transition of care to general practice for people with intellectual disabilities: Development of a guideline. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 2007;4: 241-247.
14. Sterker op eigen benen: Naar beter informeren en communiceren rondom het bezoek aan de huisarts. Radboudumc. Nijmegen 2014.
15. Bakker-van Gijssel EJ, Lucvassen PLBJ. Neem de tijd. Zorg voor mensen met verstandelijke beperking in de eerste lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7995.
16. De Kuijper GM, Vrijmoeth P. Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7949.
17. Willemsen MH, Kleefstra T. Genetische diagnostiek bij een verstandelijke beperking. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A8098
18. De Winter CF, Evenhuis HM. Cardiovasculaire risico's bij mensen met een verstandelijke beperking. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A8002.
19. Evenhuis HM. Niet eerder oud, maar eerder ongezond. Kwetsbaarheid van mensen met een verstandelijke beperking *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A345
20. Woittiez I, Putman L, Eggink L, Ras M. Zorg beter begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. SCP, Den Haag: 2014.
21. Buntinx WHE, Curfs LMG, Meijer S. Wat is een verstandelijke beperking en wat zijn de gevolgen ervan? Bilthoven: RIVM.; 2014 [Jan 13, 2016.]
22. Mastebroek M. Eerstelijnszorg op maat voor mensen met een verstandelijke beperking. *Bijblijven*. 2015;31(10):854-64.
23. Mastebroek M, Naaldenberg J, Lagro-Janssen AL, van Schroyen Lantman de Valk H. Health information exchange in general practice care for people with intellectual disabilities-A qualitative review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*. 2014;35(9):1978-87.
24. Bekkema N, de Veer A, Francke AL. Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap*. 2014;57(5):259.



Internet

Wlz-kompas, <http://www.zorginstituutnederland.nl> of www.zinl.nl
Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg, www.cibg.nl
Centrum Indicatiestelling Zorg, www.ciz.nl
Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl
NHG-Standaarden via www.nhg.org
NVAVG via www.nvavg.nl
LHV via www.lhv.nl
CIBG via www.wtzi.nl



Bijlage 1

Overzicht zorgprofielen/ zorgzwaartepakketten die toegang geven tot de Wlz

Zorgprofiel	Zorgzwaarte-pakket
Licht verstandelijk gehandicapt	
LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding	LVG1
LVG Wonen met behandeling en begeleiding	LVG2
Verstandelijk gehandicapt	
VG Wonen met begeleiding en verzorging	VG 3
VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging	VG 4
VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging	VG 5
VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	VG 6
VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering	VG 7
VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging	VG 8



Bijlage 2

Voorbeeld modelovereenkomst

Download de **Modelovereenkomst Samenwerking AVG** in Word.

Preambule

In het kader van transmuralisatie van de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is het van wezenlijk belang dat de mens met een verstandelijke beperking zoveel als mogelijk deelneemt aan het normale maatschappelijk bestel. Een onderdeel daarin is het gebruikmaken van plaatselijke voorzieningen. Het medeburgerschap komt mede hierdoor tot zijn recht.

Deze modelovereenkomst is bedoeld voor huisartsen en zorginstellingen die afspraken willen maken over de levering van medische zorg aan de in de zorginstelling verblijvende patiënten die onder de Wlz vallen.. Onder zorginstellingen verstaan we ook kleinschalige woonvormen.

De overeenkomst is niet bedoeld voor de gevallen waarin de huisartsenzorg gefinancierd wordt vanuit de Zorgverzekeringswet en dus door de huisarts gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraar van de patiënt. Wanneer de patiënt overgaat naar een (afdeling van de) zorginstelling met erkenning voor behandeling, maakt de medische zorg, dus ook de huisartsenzorg, deel uit van de Wlz-aanspraak (in Wlz-termen: medische zorg van algemene aard als bedoeld in artikel 3.1.1. lid 1 sub d onder 1 Wlz). De zorginstelling dient de huisarts hier dan per omgaande over te informeren.

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking gaat het huisartsgeneeskundig zorgaanbod te boven. Zodoende dient er te allen tijde een Arts voor Verstandelijk Gehandicapten beschikbaar zijn voor consultaties en/of behandeling van de specifieke handicapgebonden medische hulpvragen.

Wanneer het een zorginstelling met erkenning voor behandeling betreft, dienen er bovendien aparte afspraken te worden gemaakt over de financiering van deze zorg, aangezien de medische zorg in dit geval onderdeel uitmaakt van de Wlz-aanspraak.

Voor de cliënten van de zorginstelling..... die in
.....komen wonen en voorheen hun huisartsgeneeskundige zorg betrokken van de artsen van de zorginstelling, wordt de huisartsenzorg gevraagd van
....., huisarts(en).

Partijen:

- Instelling te dezen vertegenwoordigd door
- en
- huisarts te

komen in het kader van de huisartsenzorg ten behoeve van de cliënten van de zorginstelling
..... wonende in het volgende overeen:

- a. dat de huisartsenzorg met ingang van uitgevoerd wordt door de plaatselijke huisartsenpraktijk en dat daarmee de individuele huisarts de verantwoordelijkheid draagt voor het huisartsgeneeskundige deel van de medische zorg voor de bij hem ingeschreven cliënten van de zorginstelling;
- b. dat de toelating tot de huisartsenpraktijk wordt bepaald door de huisarts;
- c. dat patiënten te allen tijde de vrijheid hebben voor een andere huisarts te kiezen;



- d. dat de huisarts zich ervan heeft vergewist dat de huisartsen uit zijn waarneemgroep en de huisartsenpost ermee instemmen dat de huisarts de medische zorg levert aan patiënten die in deze zorginstelling verblijven. De huisarts kan immers niet zelfstandig 7x24-uurszorg leveren. De huisarts stuurt ter bevestiging een kopie van deze overeenkomst aan de leden van de waarneemgroep en de huisartsenpost waarbij de huisarts is aangesloten en de betrokken zorginstelling;
- e. dat de zorginstelling de huisarts de wettelijke instructies en protocollen aanreikt die van rechtswege verlangd worden van de zorginstelling, voor zover die voor de huisarts relevant zijn, evenals andere relevante informatie betreffende syndromen en specialistische aandoeningen, voor zover dit voor het huisartsgeneeskundig handelen van belang is;
- f. dat op basis van wet- en regelgeving de juridische aansprakelijkheid als zorgaanbieder bij de zorginstelling berust. Dit laat de eigen professionele verantwoordelijkheid van de huisarts onverlet;
- g. dat het voor de huisarts relevante dossier aan hem wordt overgedragen met een mondelinge toelichting door de betreffende arts voor verstandelijk gehandicapten, verder te noemen AVG;
- h. dat door cliënten het spreekuur van de huisarts bezocht wordt, dan wel de huisartsenpost of dat de huisarts een huisbezoek aflegt aan cliënt conform het normaal maatschappelijke patroon, doch met dien verstande dat cliënten ondersteund worden door een begeleider van de zorginstelling, dan wel een familielid, indien volgens de huisarts hun zelfstandigheid ontoereikend is;
- i. dat de huisarts de cliënt en de aanwezige begeleiding mondeling informeert;
- j. dat de begeleiding verantwoordelijk is voor het vastleggen van de afspraken, het overdragen aan de collega's en het toezien op de naleving van de afspraken inclusief het gebruik van de voorgeschreven medicatie;
- k. dat de cliënten in principe hun medicijnen betrekken bij één apotheek in de regio waar de huisarts gevestigd is. Het beleid met betrekking tot de medicatievoorziening wordt in overleg met de huisartsen opgesteld dan wel gewijzigd, zodat de huisarts de medicatiebewaking in samenwerking met de apotheker kan borgen;
- l. dat de huisarts alle in de overeenkomst bedoelde cliënten van de zorginstelling kan doorverwijzen naar de AVG van de zorginstelling als blijkt dat de gepresenteerde klacht een "aan de verstandelijke handicap gerelateerd"- probleem is; voor duidelijk aan de verstandelijke handicap gerelateerd problemen blijft de cliënt onder controle c.q. behandeling van de AVG;
- m. dat voor al zijn andere patiënten met een verstandelijke beperking eveneens een doorverwijzing naar de AVG van de zorginstelling mogelijk is;
- n. dat de AVG en de huisarts elkaar zo spoedig mogelijk op de hoogte stellen van gewijzigd medisch en medicamenteus beleid; de huisarts en de AVG informeren elkaar op verzoek en bij verwijzing;
- o. dat de AVG bij de start van de dienstverlening met bovengenoemde huisarts aan cliënten met een Wlz-indicatie voor Verblijf en Behandeling binnen de zorginstelling, ongeacht hun woonplaats, een intake doet, hetgeen inhoudt: bestudering van het dossier, lichamelijk onderzoek, zo nodig aanvullend onderzoek, zo nodig verwijzen naar paramedische hulpverleners en het intakegesprek met de familie, de medische bijdrage levert aan het ondersteunings- en evt. behandelplan en de cliënt oproept voor eventueel periodiek/proactief geneeskundig onderzoek, samenhangend met de handicap. Voorts hanteert de AVG een eigen medisch dossier en verzorgt herhalingsrecepten voor chronische medicatie, samenhangend met de handicap. M.b.t. terminale patiënten, bij wie de verstandelijke handicap de gebruikelijke medische hulpverlening bemoeilijkt, kan de huisarts de hulp inroepen van de AVG, waarbij in onderling overleg wordt bepaald, wie eindverantwoordelijk behandelaar is;
- p. dat in de woning van de cliënt een beperkt werkdoosje ten behoeve van de directe medisch/verpleegkundige begeleiding van de cliënt actueel wordt gehouden door de begeleiding;
- q. de zorginstelling het voor de huisarts mogelijk maakt om vanuit de zorginstelling toegang tot zijn HIS te krijgen en de huisarts de AVG toegang geeft tot zijn dossier;
- r. dat in het geval van acute problematiek, verband houdend met de handicap de huisarts te allen tijde de dienstdoende AVG van de zorginstelling kan raadplegen. (24 uur/dag bereikbaar);



- s. dat de AVG bereid is en in de gelegenheid gesteld wordt om enkele malen per jaar overleg te hebben met de huisarts ten behoeve van consultatie, advies en gewenste samenhang in medisch beleid voor alle cliënten uit de praktijk die een verstandelijke beperking hebben;
- t. dat de huisarts - indien gewenst - om deskundigheidsbevordering kan verzoeken met betrekking tot de bijzondere eisen die de doelgroep stelt;
- u. dat de huisarts volgens de gebruikelijke regels van de huisartsenpraktijk kan verwijzen naar de tweedelijns zorg; hetzelfde geldt voor de AVG;
- v. dat bij verwijzing naar andere eerstelijnszorg (met uitzondering van de thuiszorg) dezelfde regels worden toegepast als binnen de Zvw. Omdat financiering uit de Wlz gelden van de zorginstelling gebeurt in plaats vanuit de Zvw, middels een schriftelijke verwijzing van de huisarts;
- w. dat de medische zorg aan cliënten van de zorginstelling door de huisarts verstrekt wordt op basis van verrichtingen met een honorering als volgt.....;

- x. dat de huisarts de overeenkomst met een individuele cliënt van de zorginstelling kan opzeggen met inachtneming van de in de KNMG-richtlijn niet-aangaan en beëindigen behandelingsovereenkomst opgenomen zorgvuldigheidseisen. Hiervoor geldt een opzegtermijn van 1 maand, na overleg met begeleiding en AVG.;
- y. dat de overeenkomst wordt aangegaan voor onbepaalde tijd en zo nodig wordt herzien;
- z. dat de afspraken uit deze overeenkomst jaarlijks worden geëvalueerd;
 - ab. dat de overeenkomst met een opzegtermijn van 3 maanden kan worden opgezegd onder vermelding van de redenen, mits van tevoren overleg heeft plaatsgevonden om tot een bevredigende oplossing te komen;
 - ac. dat bij geschillen die niet onderling kunnen worden opgelost, deze voorgelegd zullen worden aan een commissie bestaande uit drie leden, één voorgedragen door de huisarts, één voorgedragen door de zorginstelling en, afhankelijk van de problematiek, een -neutraal- lid waarmee beide partijen instemmen. De commissie doet een bindende uitspraak. Van een geschil is sprake indien de ene partij dit schriftelijk, met redenen omkleed, aan de andere partij mededeelt;
 - ad. dat de overeenkomst van rechtswege eindigt bij verlies van registratie van de huisarts, faillissement van de instelling of andere omstandigheden waardoor in redelijkheid niet gevraagd kan worden de overeenkomst in stand te houden.
 - ae. dat wijzigingen in deze overeenkomst slechts vastgesteld kunnen worden na onderling overleg op basis van consensus.

Datum 20 Plaats

..... namens de zorginstelling handtekening

..... huisarts te handtekening



Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Postbus 20056
3502 LB Utrecht

T (030) 28 23 723
F (030) 28 90 400
E lhv@lhv.nl
I www.lhv.nl



Postbus 6096
7503 GB Enschede

T 0878 - 759 338
E secretariaat@nvavg.nl
I www.nvavg.nl