



Handelingsperspectief kleinschalige woonvormen

Behorend bij Leidraad Kleinschalige woonvormen (april 2024)

Waarom een handelingsperspectief?

Steeds meer ouderen met een Wlz-indicatie wonen in kleinschalige woonvormen¹. De zorgbehoefte en zorgzwaarte van deze patiëntengroep stelt aanvullende eisen aan de expertise en kennis van jou als huisarts. Om helderheid te bieden over de zorg die je wel of niet kunt bieden heeft de LHV de [Leidraad Kleinschalige woonvormen](#) ontwikkeld. Hierin staat welke zorg je kunt leveren en aan welke randvoorwaarden de woonvorm moet voldoen.

Hoewel de Leidraad op papier helder is, merken we dat het voor huisartsen soms moeilijk is om deze in de praktijk toe te passen. Wat doe je bijvoorbeeld als je merkt dat de medische zorg in de woonvorm toch niet zo goed is geregeld als je dacht? Of als de SO opstapt en niet wordt vervangen? Of als de zorgzwaarte van een patiënt toeneemt tijdens het verblijf? Wat zijn dan je handelingsmogelijkheden? Wat kan je wel doen en wat niet? En hoe pak je dat dan aan?

In dit document vind je een aantal vragen/situaties die je in de praktijk kunt tegenkomen. Bij elke situatie hebben we aangegeven wat je zou kunnen doen in deze situatie. Op deze manier proberen we je meer inzicht te geven in de handelingsmogelijkheden die je hebt in je samenwerking met kleinschalige woonvormen.

Situatie 1: Welke voorwaarden kan je stellen?

Er opent een nieuwe kleinschalige woonvorm in jouw verzorgingsgebied. Wat kan je eisen van de instelling? Is het handig om een overeenkomst te maken?

De medische zorg die nodig is voor Wlz-patiënten in kleinschalige woonvormen valt niet onder het [basisaanbod huisartsenzorg](#). Je kan er voor kiezen om een deel van de zorg (de medische generalistische zorg) te leveren, maar dan moet wel voldaan zijn aan een aantal randvoorwaarden. Het is raadzaam om met de kleinschalige woonvorm afspraken te maken over randvoorwaarden en deze vast te leggen in een overeenkomst.

Randvoorwaarden zijn o.a. beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde; organisatie (acute) medische zorg in de ANW-uren; voldoende competent verzorgend en verplegend personeel in de woonzorginstelling etc.

Het is daarbij van belang om na te gaan of de woonvorm wel of geen Wlz-toelating voor behandeling heeft. Heeft de woonvorm een Wlz-toelating voor behandeling, dan kun je patiënten niet inschrijven op naam en sluit je daarom altijd een contract af met de zorginstelling. Heeft de woonvorm geen Wlz-

¹ We richten ons in dit handelingsperspectief op ouderenzorg, deze is echter ook van toepassing op mensen met een verstandelijke beperking en de arts VG



toelating voor behandeling, dan kan je de patiënten wel inschrijven in de praktijk, maar ook dan is het belangrijk om een overeenkomst met de directie van de woonvorm te maken. Hiermee maak je aan de woonvorm meteen duidelijk dat jij niet eindverantwoordelijk bent als de rest van de zorg niet goed loopt.

In de [Leidraad Kleinschalige woonvormen](#) vind je een overzicht van alle randvoorwaarden. Voor het vastleggen van de afspraken is een [modelovereenkomst](#) (LINK) beschikbaar.

Situatie 2: Wel of niet inschrijven nieuwe patiënten

Er opent een nieuwe woonvorm in jouw wijk/dorp. De woonvorm trekt cliënten aan uit de hele regio. Ook mensen die nog geen patiënt zijn bij jouw praktijk. Mag je deze patiënten weigeren? En hoe zit het met de patiënten die al ingeschreven stonden in jouw praktijk?

Als huisarts kun je het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg bieden onder de volgende randvoorwaarden.

- De patiënt woont in het verzorgingsgebied van de huisarts.
- De huisarts heeft tijd om huisartsgeneeskundige zorg te leveren aan nieuwe patiënten (met een grote zorgzwaarte).
- De huisarts is bekwaam (en bevoegd) om de medische zorg te leveren die nodig is. Als huisarts kun je alleen verantwoordelijk zijn voor medische zorg die binnen je competentiegebied valt.

Dit betekent dat je [nieuwe patiënten](#), woonachtig in een kleinschalige woonvorm, mag weigeren als je praktijk vol is (onvoldoende capaciteit) of als je niet bekwaam bent om deze patiënten de zorg te bieden die zij nodig hebben (onvoldoende competentie). Patiënten in een kleinschalige woonvorm hebben vaak zorg nodig die vergelijkbaar is met zorg die nodig is in een intramurale verpleeghuissetting. Die kun je als huisarts niet alleen bieden. Je hebt hiervoor tenminste extra tijd, de beschikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde om te consulteren en de garantie op een goed lopend verpleegkundig/verzorgend team nodig. Overigens hebben veel patiënten in het begin, als ze net in de woonvorm wonen, nog geen 'verpleeghuiszorg' nodig. Dit kan echter snel – binnen een paar weken tot maanden - veranderen.

Met [patiënten die al ingeschreven stonden in je praktijk](#) ligt het anders. Deze patiënten staan al ingeschreven dus die kan je niet meer weigeren. In dat geval is het noodzakelijk om goede afspraken te maken met de kleinschalige woonvorm over de randvoorwaarden waaronder je algemene medische zorg levert. Zie hiervoor de [Leidraad Kleinschalige woonvormen](#).



Uitspraak Centraal Tuchtcollege

Dat dit een situatie is waar veel huisartsen mee te maken kunnen krijgen blijkt wel uit een tuchtrechtzaak die onlangs is aangespannen. In deze zaak was aan de orde of van de (aangeklaagde) huisartsen kon en mocht worden verlangd dat zij zorg zouden verlenen aan cliënten van een (Wlz-)instelling. Het Centraal Tuchtcollege bevestigt dat dit in dit geval niet van de huisartsen kon worden verwacht. Bij een (netwerk)samenwerking zijn goede en duidelijke afspraken essentieel voor een succesvolle samenwerking. Voor huisartsen geldt volgens het Centraal Tuchtcollege, dat als zij zich niet meer bekwaam en (dus) bevoegd achten om zorg te verlenen, zij de mogelijkheid hebben om – met inachtneming van de noodzakelijke zorgvuldigheidseisen – de samenwerking te beëindigen of niet aan te gaan. En dus het (verder) verlenen van zorg te weigeren.

[Uitspraak - Overheid.nl | Tuchtrecht](#)

Situatie 3: Randvoorwaarden kleinschalige woonvorm veranderen

Je werkt samen met een kleinschalige woonvorm voor dementerende ouderen in jouw verzorgingsgebied. In het begin was de medische zorg en behandeling goed geregeld. Er was een specialist ouderengeneeskunde (SO) waar je regelmatig mee overlegde. Deze SO is echter vertrokken en er is geen nieuwe aangesteld. Wel kan je incidenteel een beroep doen op een andere SO van de stichting. Deze werkt echter in een hele andere regio en kan alleen digitaal of telefonisch geconsulteerd worden. Kan je de samenwerking opzeggen?

Bij het niet nakomen van de verplichtingen kan de overeenkomst met de woonzorginstelling worden opgezegd. Echter, het is in de praktijk lastig om daarnaast ook de individuele behandelrelatie met de patiënt op te zeggen.

Er is dus in feite sprake van twee overeenkomsten

- Met de woonvorm. Hierin staan de randvoorwaarden waaronder jij medische zorg kan bieden.
- Met de patiënt die op naam ingeschreven staat in jouw praktijk.

De eerste overeenkomst kan je opzeggen bij niet nakomen van de verplichtingen. De individuele behandelrelatie met de patiënt kan je echter niet zomaar opzeggen. In de [KNMG richtlijn niet-aangaan of beëindigen van de geneeskundige behandelovereenkomst](#) staat dat de arts bij beëindiging van de behandelrelatie ook in moet staan voor de continuïteit van de zorg. Je zal dus in moeten staan voor de noodzakelijke zorg tot er een opvolger is gevonden. Dit zal in de praktijk een knelpunt zijn.

Situatie 4: Zorgvraag overstijgt huisartsgeneeskundige zorg

Je biedt huisartsgeneeskundige zorg aan een aantal patiënten in een kleinschalige woonvorm. Je merkt dat je steeds vaker zorg moet verlenen die niet tot de huisartsgeneeskundige zorg behoort, zoals bijvoorbeeld beoordelingen in het kader van de Wet zorg en dwang of ingewikkelde gedragsproblematiek bij



dementie. Ook merk je dat er onvoldoende geschoold personeel werkzaam is in de woonvoorziening. Je gaat het gesprek aan, maar de situatie verbetert niet. Wat zijn je mogelijkheden?

De zorgorganisatie die de zorg levert waar de patiënt met Wlz-indicatie woont, is verplicht zich te houden aan het kwaliteitskader Verpleegzorg. Dit betekent dat er voldoende verplegend en verzorgend personeel aanwezig moet zijn om de benodigde zorg te bieden.

Dit geldt zeker voor patiënten die in de kleinschalige woonvorm wonen met een Volledig Pakket Thuis (VPT) of een Modulair Pakket Thuis (MPT). Patiënten die hun zorg inkopen via een Persoonsgebonden budget (PGB), zijn in principe zelf verantwoordelijk dat de zorg voldoende is geregeld. Maar zij zullen in praktijk de huisarts aanspreken als de zorg niet goed loopt. Hier ligt dus voor de huisarts het grootste risico.

Een wooninitiatief dat de zorg via PGB aanbiedt, heeft formeel weinig verplichtingen. Zij krijgen een minimale vergoeding voor het organiseren van zorg, voor het leveren van zorg in gemeenschappelijke woonruimtes en voor de huur van een gemeenschappelijke ruimte (op voorwaarde dat daar zorg wordt gegeven). Zie voor meer informatie: [Toeslag pgb-wooninitiatief | Verblijf in een zorginstelling | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

In een situatie waarbij de zorgverlening achteruit gaat, adviseren we je het volgende:

- Spreek de zorgorganisatie/directie van de woonvorm er op aan, leg dat schriftelijk vast, geef een termijn aan waarop het geregeld moet zijn en maak duidelijk dat je de zorg niet meer gaat leveren als de situatie niet verbetert. Beroep je hierbij op de grenzen aan je kennis en kunde. Je hoeft deze grenzen niet over te gaan omdat anderen niet leveren.
- Als de situatie niet verbetert, dan kun je de overeenkomst met de woonzorginstelling in principe opzeggen. Er wordt dan immers niet voldaan aan de randvoorwaarden, zoals vermeld in de Leidraad Kleinschalige woonvormen. Het kan echter moeilijk zijn om ook de behandelovereenkomst met individuele patiënten ingeschreven op naam op te zeggen omdat je de verplichting hebt hen zorg te bieden tot er een alternatief is.

Situatie 5: Patiënten in de woonvorm gaan achteruit in gezondheid

Je biedt zorg aan een aantal patiënten in een kleinschalige woonvorm in de buurt van je praktijk. Je merkt dat een aantal van deze patiënten sterk achteruitgaat. Hierdoor is het bieden van huisartsenzorg niet meer voldoende. Wat kan je doen?



Als huisarts kan je alleen maar verantwoordelijk zijn voor het bieden van het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg. Patiënten die met een Wlz-indicatie wonen in een kleinschalige geclusterde woonvorm hebben vaak naast huisartsenzorg ook specialistische zorg nodig die vergelijkbaar is met (medische) zorg die nodig is in een intramurale verpleeghuissetting.

Krijgt de patiënt een Wlz-indicatie met behandeling dan wordt de patiënt uitgeschreven uit de praktijk en wordt de SO medisch eindverantwoordelijk.

Als patiënten achteruitgaan, is het dus noodzakelijk dat er voldoende mogelijkheid is tot het inschakelen van een specialist ouderengeneeskunde (niet alleen maar eenmalige consultatie bijvoorbeeld), en soms ook andere vormen van behandeling (bijvoorbeeld van een gedragskundige). Hiervoor is de woonvormdirectie verantwoordelijk.

- Maak over dit soort randvoorwaarden altijd afspraken met de woonvorm bij de start van de samenwerking en leg deze vast in een overeenkomst (zie situatie 1).
- Als je merkt dat er niet meer voldaan wordt aan de randvoorwaarden, ga dan in gesprek.
- Als het gesprek niets oplevert en de situatie niet verbetert, kun je in het uiterste geval de overeenkomst opzeggen, al zal het in de praktijk lastig zijn om ook de behandelrelatie met de ION-patiënten op te zeggen (zie situatie 4).

Situatie 6: Zorgverlening in de woonvorm gaat achteruit

Je merkt dat de (medische) zorg in de woonvorm steeds meer achteruitgaat. Er is onvoldoende gekwalificeerd personeel aanwezig voor de verpleging en verzorging en ook is de specialist ouderengeneeskunde niet meer beschikbaar. Kan je dit melden bij de Inspectie? Kan de RHO iets doen? Of de zorgverzekeraar?

IGJ: Melden bij de inspectie heeft alleen zin in geval de verzorging en verpleging ondermaats is. Het heeft geen zin om een melding te doen als de zorgzwaarte van de patiënt toeneemt en er onvoldoende adequate ondersteuning in de woonvorm is. IGJ heeft weinig mogelijkheden om hier iets te doen. Als een patiënt ingeschreven is op naam kun je de patiënt niet zomaar uitschrijven (zie ook situatie 4).

RHO: Formeel heeft de RHO nog niet veel mogelijkheden. Met behulp van een convenant kijken we of de RHO een grotere rol kan krijgen en bijvoorbeeld namens de huisartsen in de regio in gesprek kan gaan met de zorgorganisatie over de benodigde (medische) zorg. In sommige regio's doen de RHO's dit al en soms zelfs meer: bijvoorbeeld door zelf een kaderarts ouderengeneeskunde of SO in dienst nemen die huisartsen adviseert.



Zorgverzekeraar/Zorgkantoor: De zorgverzekeraar en het zorgkantoor hebben beiden een rol in het bewaken van de kwaliteit van zorg. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht voor wat betreft de huisartsenzorg (en andere zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt); het zorgkantoor voor alle zorg die onder de Wlz valt.

Als de kwaliteit én/of beschikbaarheid van de geleverde Wlz-zorg (verpleging, verzorging en behandeling door specialist ouderengeneeskunde) ondermaats is, adviseren we je dit te melden bij het zorgkantoor.

Situatie 8: Praktijk is vol/overbelast

Je krijgt een verzoek om patiënten in de schrijven die bij een kleinschalige woonvorm in jouw verzorgingsgebied wonen. Jouw praktijk heeft echter niet zoveel ruimte voor zulke arbeidsintensieve patiënten. Kan je deze patiënten doorverwijzen naar een andere huisarts of aan de RHO vragen om te bemiddelen? Hoe gaan ACM en NZa hier mee om?

Uitgangspunt is dat de patiënt een eigen keuzevrijheid heeft die je niet mag beperken. Aldus mogen huisartsen niet overleggen over de verdeling van patiënten. Maar de ACM is ten aanzien van dit uitgangspunt wel soepeler geworden indien sprake is van een huisartsentekort in een regio en het gaat om het maken van afspraken om zorginhoudelijke doelen, zoals het vinden van een beschikbare huisarts.

NZa: Als zorgaanbieders in overleg met de zorgverzekeraar met elkaar afspreken hoe ze elkaar informeren over eventuele vrije plaatsen of capaciteit dan is er geen sprake van verkoopafspraken of een verdeling van de markt maar optimale inzet van te weinig capaciteit, in het belang van tijdige zorgverlening en toegankelijkheid.

ACM: zolang er geen verdeling van patiëntenstromen wordt afgesproken is doorverwijzen vanwege capaciteitsproblemen toegestaan.

RHO: De RHO kan conform deze richtlijnen ondersteunen. Overigens adviseren wij om als je praktijk (bijna) vol is, direct aan patiënten aan te geven dat je op dit moment geen nieuwe patiënten kunt inschrijven.

Informatie woonvormen en Wlz-indicatie

In het schema Huisartsenzorg per woonvorm en Wlz-indicatie hebben we alle begrippen rond dit onderwerp op een rijtje gezet. Zo weet je precies welke zorg je wordt geacht te leveren in welke situatie. Kijk hier voor het [overzicht](#).