

Leidraad

Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen

Vastgesteld: 13 november 2018

Door de transities in de langdurige zorg wonen kwetsbare patiënten, waaronder ouderen, langer thuis. Een nieuwe vorm van wonen is hierdoor ontstaan: patiënten die vanwege hun zorgbehoefte aangewezen zijn op 24-uurs care in de nabijheid, wonen in toenemende mate geclusterd in een (kleinschalige) woonzorginstelling. De zorgbehoefte en zorgzwaarte van deze patiënten stellen additionele eisen aan de expertise en kennis van zorgverleners op verpleegkundig, verzorgend en medisch vlak. Deze leidraad gaat over de medische zorg die huisartsen kunnen bieden, gezien hun kennis en expertise.

Doel leidraad

De leidraad schept helderheid over het aanbod huisartsgeneeskundige zorg voor ouderen dat de huisarts kan bieden in (kleinschalige) woonzorginstellingen en beschrijft aan welke randvoorwaarden voldaan moet zijn.

Wat is huisartsenzorg?

Het *basisaanbod* medische zorg dat een huisarts levert is gebaseerd op het *LHV aanbod huisartsgeneeskundige zorg*¹. Dit is de huisartsgeneeskundige zorg die een huisarts levert aan iedereen van 0-100+ jaar die 'thuis' woont. 'Thuis' wonen betekent dat een patiënt in eigen huis woont, alleenwonend, in gezinsverband of met vrienden. Er zijn **geen** professionele zorgverleners 24/7 aanwezig.

De huisarts levert huisartsgeneeskundige zorg voor oudere patiënten in de thuissituatie in samenhang met wijkverpleging, mantelzorg en familie. De huisarts levert de *cure*, de wijkverpleging de *care*.

Huisartsenzorg wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Patiënten staan op naam ingeschreven in de huisartsenpraktijk. De huisarts registreert visites en consulten in het huisartsinformatiesysteem (HIS). Van hieruit worden de declaraties ingediend bij de zorgverzekeraar. De zorg in avond-, nacht- en weekenduren (ANW) wordt geleverd door de huisartsenpost waarbij de huisarts is aangesloten.

Randvoorwaarden voor huisartsgeneeskundige zorg 'thuis'

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

- patiënt woont in het zorggebied van de huisarts;
- huisarts heeft tijd om de huisartsgeneeskundige zorg te leveren. Voor nieuwe patiënten betekent dit dat de huisartsenpraktijk 'open' is;
- huisarts is bekwaam (en bevoegd) om de zorg te leveren die nodig is². Dit betekent dat huisartsen alleen verantwoordelijk kunnen zijn voor medische zorg die binnen hun competentiegebied valt.

¹ <https://www.lhv.nl/service/aanbod-huisartsgeneeskundige-zorg>

² Wet BIG, die aangeeft dat je alleen bevoegd bent zorg te leveren waartoe je bekwaam bent

Kleinschalige woonzorginstellingen

Kleinschalige woonzorginstellingen zijn er in allerlei soorten. Bestaande zorginstellingen en nieuwe partijen doen hun intrede in de markt. Ze kunnen onderdeel zijn van een grote 'verpleeghuis' instelling of geïnitieerd zijn door zelfstandige zorgondernemers.

De kleinschalige woonzorginstelling onderscheidt zich van de grootschalige zorginstellingen (verpleeghuizen) op de punten:

- Er verblijven minder patiënten, gemiddeld 10-20.
- De filosofie achter veel kleinschalige woonzorginstellingen is vooral zorg en verblijf te bieden 'net als thuis'.
- Wonen en zorg zijn meestal gescheiden; een patiënt betaalt zelf de huur en vanuit zijn Wlz-indicatie wordt de zorg ingekocht. Wlz-behandeling maakt wel of geen deel uit van het ingekochte pakket. Algemene medische zorg kan onderdeel zijn van het pakket aan Wlz-zorg of uit de Zvw worden betaald.

Een belangrijk uitgangspunt is dat de woonzorginstelling door zijn kleinschalige karakter de patiënt zoveel mogelijk centraal zet. De *care* wordt net als in het verpleeghuis geleverd door een team van professionals. Dit maakt dat de nieuwe woonvorm zich steeds meer ontwikkelt tot verpleeghuiszorg met een hoog 'huiskamergehalte'. Ook grote zorginstellingen (verpleeghuizen) gaan over tot kleinschaligheid om patiënten het gevoel te geven meer 'als thuis' te wonen.

Patiëntenpopulatie

De meeste patiënten in kleinschalige woonzorginstellingen hebben een Wlz-indicatie, zorgprofielen *vanaf* VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg (voorheen ZZP 5) zijn eerder standaard dan uitzondering. Dit betekent dat de patiënt een ziekte of aandoening heeft waarbij hij/zij is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht door een professioneel *care* team. De zorg wordt betaald uit de Wlz-indicatie van de patiënt. Een groeiende groep patiënten in de kleinschalige woonzorginstellingen is de groep ouderen met dementie en gedragsproblemen. Zij verbleven voorheen op de psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis, maar wonen nu steeds vaker tot hun overlijden in een kleinschalige woonzorginstelling.

Medische zorg

Veelal verhuizen patiënten naar een kleinschalige woonzorginstelling vanwege de behoefte aan 24-uurs aanwezigheid van een professioneel *care* team. Dit maakt de (medische) zorg die nodig is vergelijkbaar met de (medische) zorg die nodig is in een intramurale verpleeghuissetting. Ook het Zorginstituut Nederland adviseert dat kwetsbare patiënten die geclusterd wonen, integrale Wlz-zorg nodig hebben³.

*De medische zorg die hier nodig is, is in de basis **niet** meer des huisarts en valt daarom **niet** onder het basisaanbod van de huisarts.*

Het is daarom noodzakelijk dat kleinschalige woonzorginstellingen - voordat zij de deuren openen - onderzoeken hoe zij de medische zorg organiseren en waarborgen, zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenduren. Dit vereist kennis en expertise bij betreffende kleinschalige woonzorginstelling over wat er nodig is en bij de artsen die de medische zorg gaan leveren. Belangrijk aandachtspunt daarbij is de capaciteit van deze artsen, zoals de specialist ouderengeneeskunde, in een regio.

³ Zorginstituut Nederland, rapport Goede zorg voor de meest kwetsbare patiënten, 27 sept. 2017

Huisartsenzorg in kleinschalige woonzorginstellingen

Welke zorg kunnen huisartsen leveren?

Hoewel de medische zorg die nodig is in kleinschalige woonzorginstellingen niet onder het *basisaanbod* huisartsenzorg valt, hebben huisartsen de vrijheid ervoor te kiezen om de (acute) algemene medische zorg (= huisartsgeneeskundige zorg) wel te leveren.

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

1. Het niet ten koste gaat van het *basisaanbod* dat de huisarts levert aan de bestaande patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk. Daarnaast moet de huisarts hiervoor extra tijd en ruimte hebben en zich bekwaam voelen (zie pag. 1).
2. 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](#).
3. 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, met toestemming van de patiënt.
4. De kleinschalige woonzorginstelling heeft de (acute) medische zorg in de ANW georganiseerd. Dit kan bijvoorbeeld met de huisartsenpost, mits hierover met de huisartsenpost afspraken zijn gemaakt.
5. Een specialist ouderengeneeskundige is beschikbaar als hoofdbehandelaar, voor (mede) behandeling en/of voor consultatie. Dit betekent dat 24/7 een specialist ouderengeneeskunde bereikbaar en inzetbaar is.
6. De woonzorginstelling draagt zorg voor voldoende competent verzorgend en - indien nodig - verplegend personeel in de woonzorginstelling. Huisartsen moeten ervan uit kunnen gaan dat deze patiënten de verzorging en verpleging krijgen die zij nodig hebben en dat taken niet onnodig op hun bord terecht komen en de door de huisarts geïndiceerde benodigde zorg wordt geleverd.
7. De woonzorginstelling zich eindverantwoordelijk voelt voor het organiseren van de medische zorg voor die patiënt **voordat** een patiënt wordt opgenomen.
8. Er tussen huisarts en kleinschalige woonzorginstelling adequate schriftelijke afspraken zijn gemaakt om de noodzakelijke randvoorwaarden voor punt 1 t/m 7 te waarborgen. Deze afspraken worden vastgelegd in een overeenkomst, zie hiervoor de modelovereenkomst van de LHV⁵.

Wordt niet voldaan aan alle randvoorwaarden? Zie de KNMG-richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst⁶.

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

⁵ <https://www.lhv.nl/service/overeenkomst-tussen-huisarts-en-zorginstelling%20>

⁶ <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/behandelingsovereenkomst.htm>

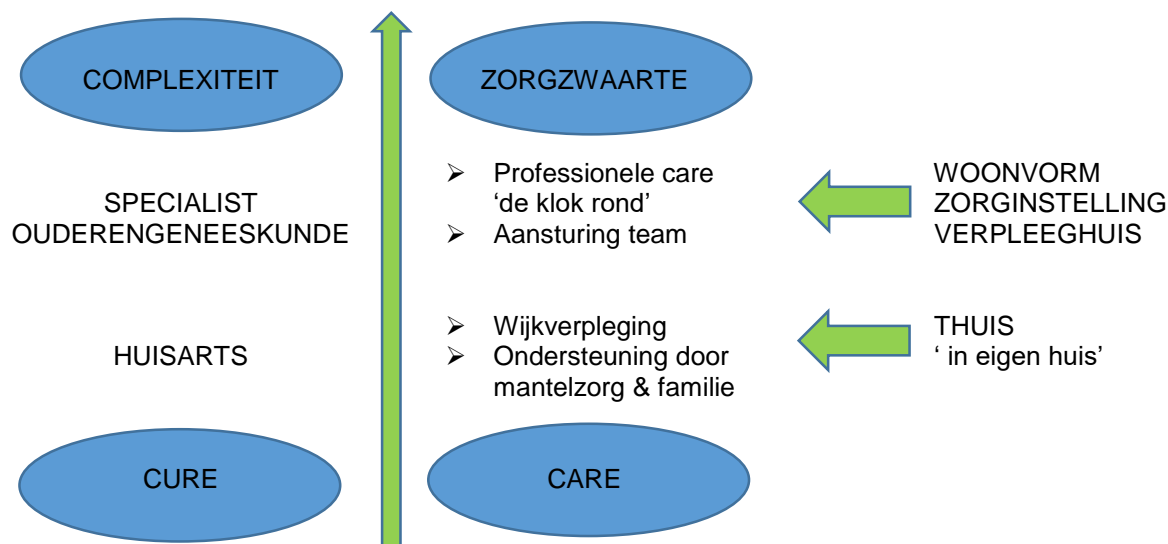
Bijlage 1

Voorbeelden van medische zorg die **niet** onder huisartsgeneeskundige zorg vallen:

- **Complexiteit van de medische zorg bij dementie en/of complexe multiproblematiek**
(Gedrags)problematiek zoals in het kader van dementie en/of complexe multiproblematiek vergen extra kennis en expertise van artsen. Daarnaast vereisen de combinatie van hoog complexe zorgvraag en de aansturing van een *care* team veel afstemming; één aanspreekpunt voor de medische as voor zowel *care* als familie is dan essentieel. De specialist ouderengeneeskunde is dan de aangewezen arts om als hoofdbehandelaar de regie te voeren over de medische zorg.
- **Vrijheidsbeperkende middelen**
Bij patiënten met gedragsproblematiek kan het noodzakelijk zijn om vrijheidsbeperkende middelen in te zetten. Daarnaast zijn er patiënten die in kleinschalige woonzorginstellingen wonen met een Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen artikel 60 indicatie. Deze wet wordt in de nabije toekomst vervangen door de Wet zorg en dwang. Huisartsen zijn niet opgeleid om beoordelingen te doen in het kader van deze vrijheidsbeperkende wetten. In deze situaties is het nodig dat een specialist ouderengeneeskunde hierin het beleid bepaald en de eindverantwoordelijkheid heeft.
- **Aansturing van een professioneel care 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 dat ook de inbreng voor het medische deel van het zorgleefplan niet onder de verantwoordelijkheid van de huisarts valt, maar onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. Van de huisarts kan ook niet worden verwacht dat zij de initiator en begeleider zijn van een MDO in een kleinschalige woonzorginstelling.
- **Algemeen kwaliteits- en veiligheidsbeleid woonzorginstelling**
Zorginstellingen zijn verplicht tot het opstellen van instellingsbrede protocollen, zoals op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie. Dit zijn taken voor een geneesheer-directeur en de huisarts is niet opgeleid om deze functie op zich te nemen⁷. De huisarts is geen 'instellingsarts'.

⁷<https://www.igj.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg/documenten/toetsingskaders/2017/09/12/toetsingskader-toezicht-infectiepreventie-en-antibioticaresistentie-in-de-verpleeghuiszorg>

Uitgangspunt voor de inzet van de huisarts in een kleinschalige woonzorginstelling:



Uitzondering

Huisartsen die beschikken over aantoonbare extra expertise en competenties kunnen ervoor kiezen **extra** zorg te leveren. Dit heet het *bijzonder* aanbod⁸. Het *bijzonder* aanbod raakt de grens van de huisartsgeneeskunde en vergt extra scholing, deskundigheidsbevordering en een aangepaste praktijkvoering. Deze huisarts voelt zich competent genoeg extra zorg te verlenen die normaal gesproken onder het aanbod van de specialist ouderengeneeskunde valt.

Voorbeelden van dergelijke competenties zijn:

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

Aangezien dit aanbod verder gaat dan het *basisaanbod* huisartsgeneeskundige zorg, moeten hierover extra financiële afspraken te worden gemaakt. Praktisch gezien is dit alleen mogelijk als alle medische zorg vanuit de Wlz wordt gefinancierd. Huisarts en woonzorginstelling leggen hun afspraken vast in een overeenkomst.

⁸ <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuw-herziening-aanbod-huisartsenzorg-voor-ouderen-en-praktijkaart>