
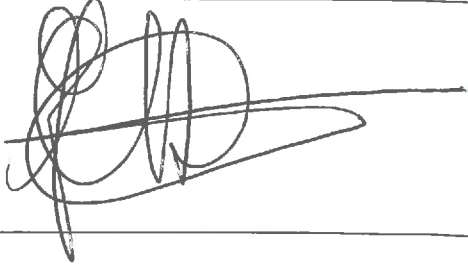
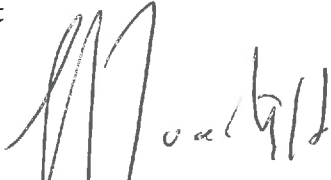
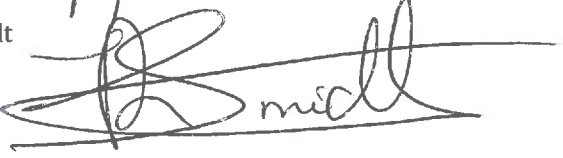
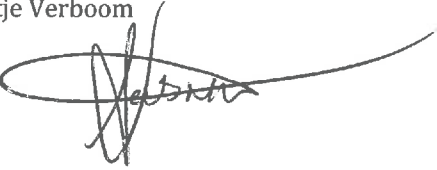


Samenwerkingsafspraken

Juiste organisatie van eerstelijns verblijf

Regio Almere

Almere, 18 juni 2018



Deelnemende partijen	Vertegenwoordigers
Zorggroep Almere	Lidy Hartemink 
Flevoziekenhuis	Anita Arts 
Manager Huisartsenpost	Eeke Boerlijst 
Hospice Almere	Ineke Smidt 
VVT Leger des Heils Almere	Antje Verboom 
Huisartsenpraktijken Medi-Mere	Han van de Steeg 

Inhoudsopgave

1	Algemeen	4
2	Definities	4
3	Regionale samenwerkingsafspraken	4
3.1	Toepassingsgebied	4
3.2	Toegang	4
3.2.1	<i>Triageconsult</i>	4
3.2.2	<i>Juiste zorg op de juiste plek</i>	5
3.2.3	<i>Regionaal inzicht in actueel zorgaanbod</i>	5
3.3	Instream en opname	5
3.3.1	<i>Hoofdbehandelaarschap</i>	5
3.3.2	<i>Behandelplan</i>	6
3.3.3	<i>Wijziging van de indicatie</i>	6
3.3.4	<i>Organisatie van verblijf, verpleging en verzorging</i>	6
3.3.5	<i>Organisatie van paramedische zorg</i>	6
3.3.6	<i>Organisatie van psychologische zorg</i>	6
3.4	De doorstroom na ELV opname	7
3.4.1	<i>Terugverwijzen naar huisarts</i>	7
3.4.2	<i>(terug)Verwijzing naar wijkverpleegkundige</i>	7
3.4.3	<i>Toegang tot de WLZ</i>	7
3.5	Overdracht van medische, verpleegkundige en farmaceutische gegevens tussen alle betrokken partijen	7
3.6	Evaluatie van de samenwerkingsafspraken	7
4	Bijlagen	8
4.1	Overzicht Triage in Flevoziekenhuis door Specialisten ouderengeneeskunde	8
4.2	Formulier triageconsult	11
4.3	Format behandelplan ELV (voorbeeld)	15
4.4	Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0	16
4.5	Juridisch kader Eerstelijns verblijf	22
4.5.1	<i>Reikwijdte</i>	22
4.5.2	<i>Indicatiestelling</i>	23
4.5.3	<i>Procedure bij opname in het ELV vanuit het ziekenhuis (of GRZ)</i>	23
4.5.4	<i>Opname</i>	24
4.5.5	<i>Bekostiging</i>	24
4.5.6	<i>Eigen bijdrage of eigen risico voor de patiënt</i>	26

1 Algemeen

Deelnemende partijen zijn overeengekomen te zullen samenwerken om de juiste zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen in de regio te bevorderen, in het bijzonder middels de juiste organisatie van het eerstelijns verblijf (ELV).

In dit document zijn afspraken gemaakt over de reikwijdte en invulling van deze samenwerking. Deze afspraken zullen in mei 2019, op basis van evaluatie én de geactualiseerde, van toepassing zijnde, regelgeving waar nodig worden aangepast. De opgenomen bijlagen zijn integraal onderdeel van deze afspraken.

2 Definities

- *Insturend arts*: (eigen) huisarts vanuit de thuis situatie, specialist of SEH arts vanuit het ziekenhuis, SO vanuit de GRZ
- *Opnemend arts*: (waarnemend) huisarts bij ELV laag complex, SO bij ELV hoog complex
- *Hoofdbehandelaar*: opnemend arts eindverantwoordelijk voor het zorg- en behandelplan
- *Zorgaanbieder*: de instelling waar de patiënt voor ELV-zorg verblijft of aanbieder van verpleegkundige en verzorgende ondersteuning in Hospice Almere

3 Regionale samenwerkingsafspraken

3.1 Toepassingsgebied

De regio waarop de afspraken in dit document betrekking hebben is de regio Almere.

3.2 Toegang

3.2.1 Triageconsult

- De keuze voor ELV laag of hoog complex, vindt altijd plaats in samenspraak met een specialist ouderengeneeskunde en aan de hand van het Afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf 2.0;
- Indien de patiënt wordt verwezen **na klinische opname** in het ziekenhuis dan neemt de *transferverpleegkundige* namens de medisch specialist contact op met de specialist ouderengeneeskunde via één van onderstaande mogelijkheden:
 - mondeling met de specialist ouderengeneeskunde *die participeert in multidisciplinaire overleggen en triagemomenten* in het ziekenhuis voor de indicatiestelling Geriatrische revalidatie (GRZ). Voor meer informatie zie bijlage 1: 'Triage in Flevoziekenhuis door Specialisten ouderengeneeskunde';
 - Of via de mail d.m.v. een [aanvraag van een Triageconsult](#) bij een van de triagerende specialist ouderengeneeskunde (zie bijlage 4.2)
- Indien de patiënt wordt verwezen **vanaf de SEH** dan overlegt arts op de SEH met de *specialist ouderengeneeskunde van dienst en informeert de eigen huisarts* Zie toelichting stroomschema spoedopname in zorginstelling via de SEH blz.10;
- Indien de patiënt wordt verwezen door **de huisarts** dan belt de huisarts met de *specialist ouderengeneeskunde van dienst*;
- De *specialist ouderengeneeskunde van dienst* is 24/7 bereikbaar via de volgende telefoonnummers:
 - Zorggroep Almere:
tussen 8.30-23.00uur 06-58021782,
tussen 23.00- 8.30 uur: 020-2621182

- De *specialist ouderengeneeskunde van dienst* registreert de uitkomst van het Triageconsult op het Triageconsult formulier. Zie bijlage 3: 'Triageconsult formulier';
- Het format van het Triageconsult formulier staat op www.verwijshulp.nl
- Zie ook addendum m.b.t. Hospicezorg bij formulieren

3.2.2 Juiste zorg op de juiste plek

- De bij triage betrokken artsen overleggen met elkaar over de mogelijkheden voor de plaatsing van de patiënt (verwijshulp.nl zie onder) en het zo nodig zoeken van een alternatieve oplossing. De verwijzend arts overlegt met de patiënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger;
- De eerst verantwoordelijke is de verwijzend arts, echter voor plaatsing op een ELV bed is advisering en overleg met de SO een voorwaarde;
- Na opname is de opnemend arts (hoofdbehandelaar) verantwoordelijk voor het continueren van het beoordelen van de juistheid van de indicatie;

3.2.3 Regionaal inzicht in actueel zorgaanbod

- Het overzicht van beschikbare bedden per vorm van ELV in de regio is te raadplegen via www.verwijshulp.nl;
- Zorgaanbieders van ELV zorgen voor een actueel overzicht van beschikbare bedden per vorm van ELV die zij aanbieden. Het overzicht wordt door aanbieders dagelijks geactualiseerd gedurende 7 dagen per week -> Zorggroep Almere: Tijdens kantooruren door het Klantservicepunt van Zorggroep Almere. In het weekend door de coördinerend verpleegkundigen. Afspraken bij onvoldoende bedden capaciteit binnen de regio;
- Er wordt gezocht naar beschikbare ELV bedden buiten de regio (aanpalende regio's Amersfoort, Gooi, Utrecht Amsterdam) indien er geen plek is binnen de regio én het gaat om een **acuut zorgprobleem** welke niet naar de volgende werkdag kan worden doorgeplaatst;
- Bij plaatsing vanuit het ziekenhuis in aansluiting op een opname is de transferverpleegkundige verantwoordelijk voor het zoeken van een plek;
- Bij overige plaatsing is de insturend arts verantwoordelijk voor het zoeken naar een plek binnen de regio en zo nodig erbuiten, de omvang van dit probleem zal nauwgezet gevolgd worden. Voor de huisartsen van zorggroep Almere kan na de triage en het bepalen van de juiste locatie tijdens kantooruren de klantadviseurs van het Klantservicepunt van Zorggroep Almere gevraagd worden de verdere afstemming van de opname te regelen. Indien er Wijkverpleging van Zorggroep Almere is ingezet dan verloopt de plaatsing in samenwerking met de (HBO-) verpleegkundige in de wijk;
- Wanneer er helemaal geen ELV plaatsing mogelijk is kan het ziekenhuis de last resort zijn;
- Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten van het ziekenhuis spannen zich samen met de instellingen, het ziekenhuis en de zorgverzekeraars in om in voorkomend geval structurele capaciteitsproblemen in de regio op te lossen.

3.3 Instroom en opname

3.3.1 Hoofdbehandelaarschap

- De opnemend arts (hoofdbehandelaar) waarborgt de 24-uurs medische zorg voor de patiënt;
- Bij ELV laag complex is in principe de (eigen of waarnemend) huisarts van de patiënt de hoofdbehandelaar binnen Almere;
- De huisarts van de patiënt verzoekt een beschikbare huisarts het hoofdbehandelaarschap over te nemen zodra er sprake is van ELV plaatsing buiten Almere; Het overzicht van beschikbare huisartsen voor ELV buiten Almere is te vinden bij verwijshulp.nl

- Indien er een ELV cliënt van buiten Almere geplaatst wordt in Almere dan is er bij verwijshulp.nl een overzicht te vinden over welk gezondheidscentrum benaderd kan worden voor tijdelijke overname van de medische zorg door de huisarts;
- Bij ELV hoog complex is de specialist ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar;
- Bij ELV palliatief wordt per geval afgesproken wie de hoofdbehandelaar is;
- De naam van de opnemend arts (hoofdbehandelaar) wordt op de dag van opname geregistreerd in het zorgdossier (bij de zorgaanbieder) van de cliënt.

3.3.2 Behandelplan

- De opnemend arts (hoofdbehandelaar) maakt het behandelplan gericht op terugkeer naar huis, volgens het afgesproken format Behandelplan ELV, binnen vijf werkdagen (zie bijlage 4.) en communiceert dit aan de betrokken zorgverleners;
- Het format van het Behandelplan ELV staat op www.verwijshulp.nl;
- De opnemend arts (hoofdbehandelaar) registreert de begindatum (dag van opname) en de verwachte ontslagdatum in het behandelplan, alsmede in voorkomend geval een verschuiving in indicatie;
- Er wordt gestreefd naar zo spoedig mogelijke terugkeer naar huis;
- Het behandelplan wordt in ieder geval opgeslagen in het elektronisch zorgdossier van de cliënt bij de zorgaanbieder;
- Bij opname vanuit het Flevoziekenhuis dienen de medische en verpleegkundige overdrachten en het actueel medicatie overzicht (AMO) ook in het medisch dossier te worden opgeslagen¹.

3.3.3 Wijziging van de indicatie

- Indien wijziging of stopzetting van de indicatie aangewezen lijkt, dan organiseert de opnemend arts (hoofdbehandelaar) een multidisciplinair overleg;
- Een eerste multidisciplinair overleg vindt *in ieder geval* plaats binnen drie weken na opname alsmede wanneer de verwachte opnameduur gericht op terugkeer naar huis dreigt te worden overschreden.

3.3.4 Organisatie van verblijf, verpleging en verzorging

- De zorgaanbieder (de instelling) is verantwoordelijk voor de organisatie van verblijf, verpleging en verzorging en daarbij benodigde (outillage- en verbruiks) hulpmiddelen;
- Ten behoeve van de verpleegkundige zorg wordt zo spoedig mogelijk door de verantwoordelijk verzorgende van de patiënt een verpleegkundig zorgplan gemaakt.

3.3.5 Organisatie van paramedische zorg

- De zorgaanbieder van ELV maakt over de paramedische zorg die valt binnen de prestatie eerstelijns verblijf (ook voor laag complex) afspraken met paramedici, wanneer de paramedici niet werkzaam zijn binnen de eigen zorgorganisatie.

3.3.6 Organisatie van psychologische zorg

- De zorgaanbieder van ELV maakt over de psychologische zorg die valt binnen de prestatie eerstelijns verblijf (ook voor laag complex) afspraken met psychologen, wanneer de psychologen niet werkzaam zijn binnen de eigen zorgorganisatie.

¹ Voor de declaratiebepalingen van geneesmiddelen bij opname wordt verwezen naar artikel 31, lid 6 van de Regeling medisch-specialistische zorg, NR/REG-1732.

3.4 De doorstroom na ELV opname

3.4.1 Terugverwijzen naar huisarts

- Voorafgaand aan terugverwijzen vindt overleg plaats tussen opnemend arts (hoofdbehandelaar) en huisarts van de patiënt;
- De opnemend arts (hoofdbehandelaar) is verantwoordelijk voor een adequate medische en farmaceutische en verpleegkundige overdracht naar de huisarts, apotheek en thuiszorgorganisatie van de patiënt;
- De overdracht bevat in ieder geval informatie over hoe zelfredzaam de cliënt is en of er nog extra zorg en ondersteuning of aanpassingen aan het huis nodig zijn.

3.4.2 (Terug)Verwijzing naar wijkverpleegkundige

- De zorgaanbieder draagt de verpleegkundige zorg en verzorging over aan de wijkverpleegkundige.

3.4.3 Toegang tot de WLZ

- Indien terugkeer naar huis onverhoopt niet mogelijk gemaakt kan worden, dient een WLZ-indicatie aangevraagd te worden door de opnemend arts (hoofdbehandelaar) via de gebruikelijke procedures. Voor overbruggingszorg kan het zijn dat de patiënt moet verhuizen naar een andere zorglocatie of afdeling of aanbieder, dit kan ook buiten de regio. Voor advies bij het aanvragen van de indicatie kan de hoofdbehandelaar contact opnemen met het klantservicepunt.

3.5 Overdracht van medische, verpleegkundige en farmaceutische gegevens tussen alle betrokken partijen

- Na de triage stuurt de betrokken specialist ouderengeneeskunde (van dienst) het ingevulde triage consult formulier naar de insturend arts;
- De insturend arts is verantwoordelijk voor een adequate overdracht naar opnemend arts (hoofdbehandelaar);
- Onder adequate overdracht verstaan we in ieder geval het ingevulde triageconsult formulier, de medische voorgeschiedenis en een actueel medicatieoverzicht van de patiënt en indien van toepassing de SEH-brief en klinische ontslagbrief (medische correspondentie);
- De huisarts die zijn hoofdbehandelaarschap overdraagt laat zijn bereikbaarheid achter bij opnemend arts voor raadpleging en overleg in verband met ontslag van de patiënt naar huis.

3.6 Evaluatie van de samenwerkingsafspraken

Dit document wordt jaarlijks geëvalueerd, geactualiseerd en gereviseerd. Partijen worden daarbij geïnformeerd over de actuele stand van wet- en regelgeving en de daaruit voortvloeiende aanpassingen in dit document. Zorggroep Almere, Leger des Heils en het Flevoziekenhuis nemen de verantwoordelijkheid voor de uitvoering hiervan.

4 Bijlagen

4.1 Overzicht Triage in Flevoziekenhuis door Specialisten ouderengeneeskunde.

Specialisten ouderengeneeskunde

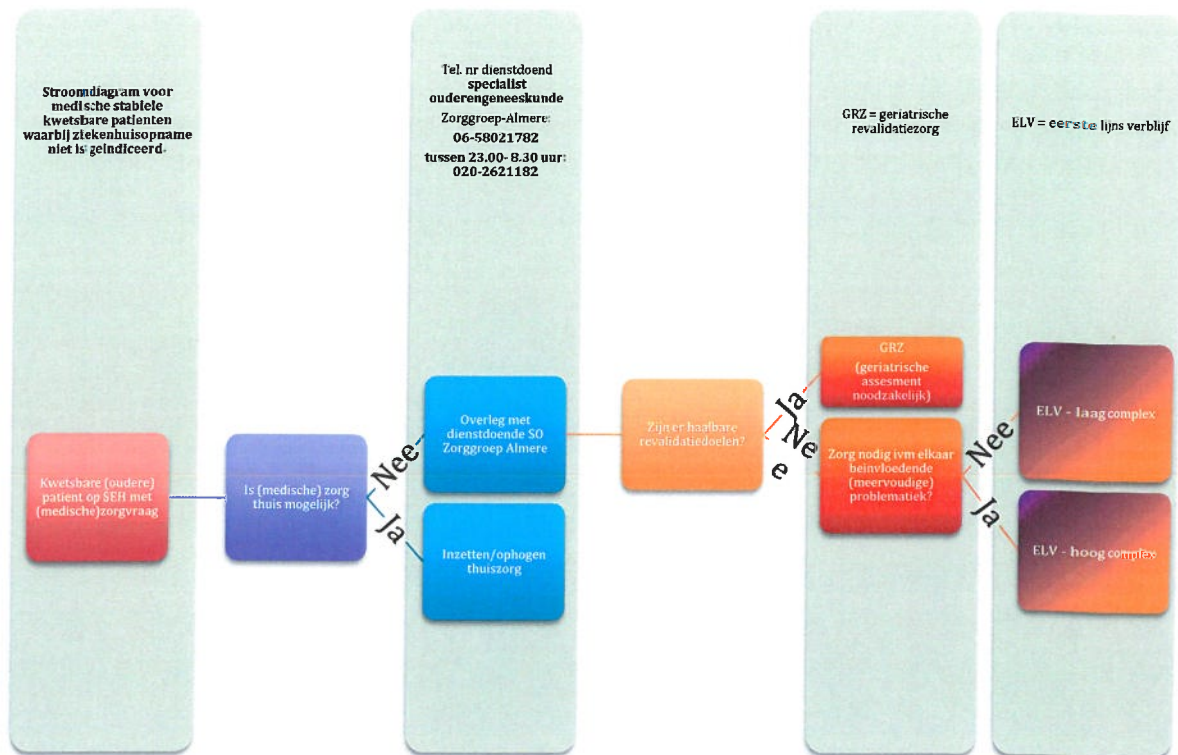
Naam	Werkplek	Telefoon	e-mail
Elsje Smit	Flevoburen	06 35117690	esmit@zorggroep-almere.nl
Ellen Vreeburg	Flevoburen	06 24365234	e.vreeburg@vivium.nl

- Invallende Triage artsen

Aanwezigheid bij triage

Dag	Tijd	Afdeling	Locatie	Arts
Maandag om de week	11:00-11:30	orthopedie	Elsje Smit	Maandag om de week
Dinsdag	10:00-11:00	chirurgie	Ellen Vreeburg	Dinsdag
Dinsdag	11:00-11:30	neurologie	Ellen Vreeburg	Dinsdag
Donderdag	11:15-12:15	neurologie	Elsje Smit	Donderdag

2. Toelichting bij stroomschema spoedopname zorginstelling via SEH



Beoordeling opname / ontslag naar huis / ontslag naar een ELV of GRZ plek vanaf de SEH

- 1) Zijn er somatische redenen voor opname? Ja → opname; Nee → stap 2
- 2) Kan patiënt naar huis?
 - a. Kan patiënt zelfstandig naar toilet? Zo nee → stap 3 Zo ja → stap 2b
 - b. Is de huidige woonsituatie toereikend om verantwoorde zorg en veiligheid te bieden? Zo ja → ontslag, Zo nee → stap 2 C
 - c. Kan de situatie door inzetten van (extra) thuiszorg of mantelzorg verantwoord en veilig worden? Zo nee → stap 3 Zo ja → ontslag met (extra) thuiszorg en evt. mantelzorg
- 3) Patiënt is een mogelijke kandidaat voor een GRZ of ELV plek
 - a. Breidt de anamnese uit met tekstblok SEHCGA* en verricht aanvullend onderzoek**
 - b. Neem contact op met de dienstdoende Specialist Ouderengeneeskunde:

- 4) Indien indicatie GRZ (geriatrie revalidatie) ICC ouderengeneeskunde (via SEH arts-assistent interne geneeskunde)
 - a. SEH arts overlegt direct met dienstdoende internist, andere specialismes vragen ouderengeneeskunde via interne geneeskunde in consult
 - b. Rol Ouderengeneeskunde (arts-assistent interne GNK):
 - i. Uitsluiten onderliggende somatiek en opname indicatie & In kaart brengen Multi morbiditeit
 - ii. Overleg met dienstdoende internist (internist-ouderengeneeskunde 24/7 aanwezig als achter-achterwacht voor overleg)
- 5) Bij akkoord internist (ouderengeneeskunde) → uitplaatsing naar GRZ

*** Tekstblok: SEHCGA**

Functionele anamnese

Woonsituatie en zelfstandigheid: alleen / met echtgenoot, gelijkvloers / trap, thuiszorg (hoe vaak en waarvoor), ADL

Mobiliteit: loophulpmiddel?, binnenshuis en buitenshuis? Hoe vaak gevallen afgelopen half jaar?

Visus: goed / verminderd, bril?

Gehoort: goed/verminderd, gehoorapparaten?

Continentie: (in)continent voor urine en feces

Psychisch anamnese

Cognitie: geheugenproblemen?, diagnose bekend? Eerder delier doorgemaakt?

Stemming: somber / goed gestemd

Sociale anamnese

Getrouwd/ weduwe/weduwenaar / alleenstaand, kinderen, goed/ geen goed contact. Mantelzorgers?

**** Aanvullend onderzoek**

Altijd: ECG, lab*** en Urinesediment

Op indicatie: X-thorax, CT hersenen e.d.

***Lab: minstens bloedbeeld, NF, Na, K, CRP

bij aanwezigheid cognitieve stoornissen ook: Ca, Alb, TSH (indien afwijkend ook T4)

4.2 triageconsult

Cliëntgegevens	
Naam (incl. geboortenaam, voorletters)	
Geb. datum	
Adres	
Postcode, woonplaats	
Telefoonnummer	
Zorgverzekeraar/polisnr.	
BSN nummer	
ID nummer en type	
Huisarts	
Apotheek (thuis)	
Telefoon huisarts	
1 ^e contactpersoon	
Telefoonnummer	
Diagnoses/ medische achtergrond	
Naam aanvrager (huisarts/specialist/transfer VPK)	
Aanleiding aanvraag (diagnose/hulpvraag)	
Medische voorgeschiedenis	
Medisch beleid (NR/wilsverklaring)	
Medicatie gebruik	
Inschatting cognitief niveau en kwetsbaarheid? door huisarts/verwijzer	Cognitie goed/redelijk goed/twijfel over cognitie/dementie/ geen beoordeling mogelijk

	Niet kwetsbaar /licht kwetsbaar/ernstig kwetsbaar
GRZ: Kan de patiënt een evt. revalidatie traject aan? (> 1,5 uur/week behandeling nodig + motivatie en belastbaarheid)	
Functioneren thuis situatie (voor ziekenhuis/spoedsituatie)	
Mobiliteit	<input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp 1 persoon <input type="checkbox"/> met hulp 2 personen <input type="checkbox"/> geen zelfstandige mobiliteit <input type="checkbox"/> met loophulpmiddel:
ADL	<input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met hulp
Thuiszorg aanwezig	<input type="checkbox"/> zorgmomenten/dag door (naam thuiszorgorganisatie)
Sociaal	<input type="checkbox"/> alleenwonend <input type="checkbox"/> partner/echtgenoot belastbaar?: ja/nee <input type="checkbox"/> kinderen of anders
Woonsituatie	<input type="checkbox"/> eengezinswoning <input type="checkbox"/> traplopen vereist <input type="checkbox"/> appartement met lift/gelijkvloers <input type="checkbox"/> verzorgingshuis <input type="checkbox"/> aanpassingen aanwezig, zo ja welke:
CIZ indicatie	
Overige informatie	
Functioneren huidige spoed/ziekenhuis situatie	

Mobiliteit	
ADL	
Cognitief	
Overige informatie	
Besluit triage consult	
Advies	<input type="checkbox"/> thuis met TZ <input type="checkbox"/> ELV laag <input type="checkbox"/> ELV hoog <input type="checkbox"/> ELV pall <input type="checkbox"/> GRZ <input type="checkbox"/> consult SEH/specialist <input type="checkbox"/> WLZ
Specialist ouderengeneeskunde	
Naam specialist ouderengeneeskunde	
Datum Triage consult	
Overige opmerkingen	
Datum	
Besproken met patiënt	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Inschatting duur Opname ELV/GRZ	weken
Aanmelden via:	Verwijshulp.nl of opnameplanning van gewenste instelling

In te vullen door de consulente orthopedie/ transfer VPK bij electieve operaties:

ISAR-vragenlijst: De ISAR scorelijst is positief bij een score van 2 of meer punten;

1. Had U, voordat U opgenomen werd in het ziekenhuis hulp nodig van iemand?(hulp in huis, bereiden van maaltijden)	<input type="checkbox"/> ja	1
	<input type="checkbox"/> nee	0
2. Hebt U in de laatste tijd regelmatig hulp nodig bij uw dagelijkse verzorging? (wassen, aankleden, toilet)	<input type="checkbox"/> ja	1
	<input type="checkbox"/> nee	0
3. Bent U in het afgelopen half jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/> ja	1
	<input type="checkbox"/> nee	0

4. Kunt U goed zien?	<input type="checkbox"/> ja	0
	<input type="checkbox"/> nee	1
5. Heeft U regelmatig problemen met Uw geheugen?	<input type="checkbox"/> ja	1
	<input type="checkbox"/> nee	0
6. Gebruikt U meer dan 3 verschillende soorten medicijnen?	<input type="checkbox"/> ja	1
	<input type="checkbox"/> nee	0
7a. Bent u tussen de 65 en 74 jaar?	<input type="checkbox"/> ja	0
	<input type="checkbox"/> nee	0
7b. Bent U tussen de 75 en 84 jaar?	<input type="checkbox"/> ja	1
	<input type="checkbox"/> nee	0
7c. Bent U 85 jaar of ouder?	<input type="checkbox"/> ja	2
	<input type="checkbox"/> nee	0
Totale SCORE		
Opmerkingen:		

4.3 Format behandelplan ELV (voorbeeld)

Clientgegevens	Naam:	Geboortedatum:	BSN:
Datum opname ELV:	Soort ELV: <input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Complex <input type="checkbox"/> Palliatief	Naam ELV-hoofdbehandelaar:	
Hoofdprobleem:			
Verwachte ontslagdatum:			
Probleem	Doel	Actie zorgverlener/behandelaar	

4.4 Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0

Afwegingsinstrument voor opname eerstelijns verblijf 2.0

Doorontwikkeling na overheveling eerstelijns verblijf naar Zvw

November 2016

In opdracht van ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en sport

In samenwerking met: LHV, Verenso, V&VN, inEen,
NVSHA, NIV, KNGF, Patiëntenfederatie Nederland,
PPN, ActiZ, CIZ

Referentie: RR/1g/16.277

Auteurs: Rosa Remmerswaal, Lieke van de Camp,
Irene Lapaján

significant.

Nut en noodzaak van het instrument

Wat is eerstelijns verblijf

Eerstelijns verblijf is medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in een intramurale locatie van een (toegelaten) zorginstelling. Ook wel: 'verblijf in verband met zorg, zoals huisartsen die plegen te bieden'. Dit arsenaal omvat een verscheidenheid aan activiteiten, bijvoorbeeld: observeren, bewaken, diagnosticeren en medicatie toedienen. Zorg in eerstelijns verblijf is gericht op herstel van de patiënt en de situatie/context waarin deze zich bevindt en daarmee de terugkeer naar huis. Eerstelijns verblijf is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar waarvoor geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatrische) revalidatiezorg is aangewezen. Per 1 januari 2017 valt het eerstelijns verblijf (ook wel ELV) onder de zorgverzekeringswet en niet meer als subsidie onder de Wet langdurige zorg. Wettelijke kaders van het eerstelijns verblijf zijn terug te vinden in de duking van het [Zorginstituut Nederland](#).

Doel: afwegingsinstrument als hulpmiddel

Het afwegingsinstrument is een beknopt instrument waarmee de betrokken zorgverleners rond het eerstelijns verblijf worden ondersteund. Het doel van het afwegingsinstrument is de professionele afweging te faciliteren. Vanwege de vaak complexe casuïstiek is een complete afvinklijst niet mogelijk. De afwegingsboom ondersteunt dan ook de inhoudelijke professionele afwegingen van de hulpverlener om passende zorg te vinden in gedeelde besluitvorming met de patiënt. Het afwegingsinstrument bestaat uit:

1. Afwegingsondersteuning als een patiënt geen medische interventie behoeft, maar mogelijk niet zonder aanvullende zorg naar huis kan of thuis kan blijven;
2. Vertaling van de verschillende voorzieningen naar de financiële kaders.

De huidige versie van het afwegingsinstrument (versie 2.0) heeft gebruik gemaakt van eerdere inzichten en vervangt versie 1.0. De betrokken partijen erkennen dat in de toekomst nadere aanscherping nodig is, maar kiezen om aan de slag te gaan met het best-voorhanden-instrument.

Verantwoordelijkheid betrokken professionals

Afweging. Voor de afweging van passende zorg is het van belang de juiste professionals te betrekken. De doelgroep voor eerstelijns verblijf heeft vaak al een zorghistorie, waarbij diverse professionals zijn betrokken. Denk aan de huisarts, transferverpleegkundige, wijkverpleegkundige, specialist ouderengeneeskunde of maatschappelijk werker. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de afweging van eerstelijns verblijf is afhankelijk van de situatie van de patiënt. Als de patiënt thuis verblijft, is de huisarts verantwoordelijk, bij ontslag uit het ziekenhuis de medisch specialist (al dan niet gedelegeerd naar de transferverpleegkundige).

Zorgverlening. Gezien de benodigde expertise heeft de huisarts de verantwoordelijkheid voor de medische zorgverlening bij laag complexe zorg. De specialist ouderengeneeskunde heeft de medische verantwoordelijkheid bij hoog complexe zorg. Voor beide prestaties kan de verantwoordelijkheid worden overgedragen aan een arts verstandelijk gehandicapt. Afwijkingen van dit uitgangspunt zijn mogelijk, indien hierover andere regionale, lokale of op de situatie van de patiënt (bijvoorbeeld in verband met continuïteit van zorg) afgestemde afspraken zijn gemaakt. Om terugkeer naar huis te stimuleren blijft bij beide zorgvormen betrokkenheid van de huisarts en eerder genoemde professionals relevant.

Gebruik afwegingsinstrument

Het instrument kan gebruikt worden voor patiënten, waarbij een zorgvraag aanwezig is, die mogelijk een (kortdurende) opname, zoals eerstelijns verblijf, vraagt. Eén van producten van eerstelijns verblijf is palliatief terminale zorg. Omdat de afweging voor deze verblijfsvorm momenteel al goed verloopt, is deze doelgroep in dit afwegingsinstrument achterwege gelaten (voor meer informatie: [informatiekaart Palliatief Terminale Zorg](#)).

De potentiële doelgroep bestaat uit kwetsbare patiënten die vanuit huis (door verandering in medische situatie of uitval van de mantelzorg), de spoedeisende hulp of opname in het ziekenhuis komen. Als hulpmiddel voor de professionele afwegingen kunnen de vragen uit het afwegingsinstrument worden gebruikt. Indien de zorgverlening thuis mogelijk is, kan inzet nodig zijn vanuit verschillende voorzieningen. De mogelijkheden onder vraag 3 zijn niet uitsluitend.

significant.

Afwegingsinstrument kortdurend verblijf

Achterliggende afweging -

Opsommingen ter gedachtevorming en
derhalve niet uitputtend

- Medisch specialistische interventies;
- Tweede lijns medische interventies;

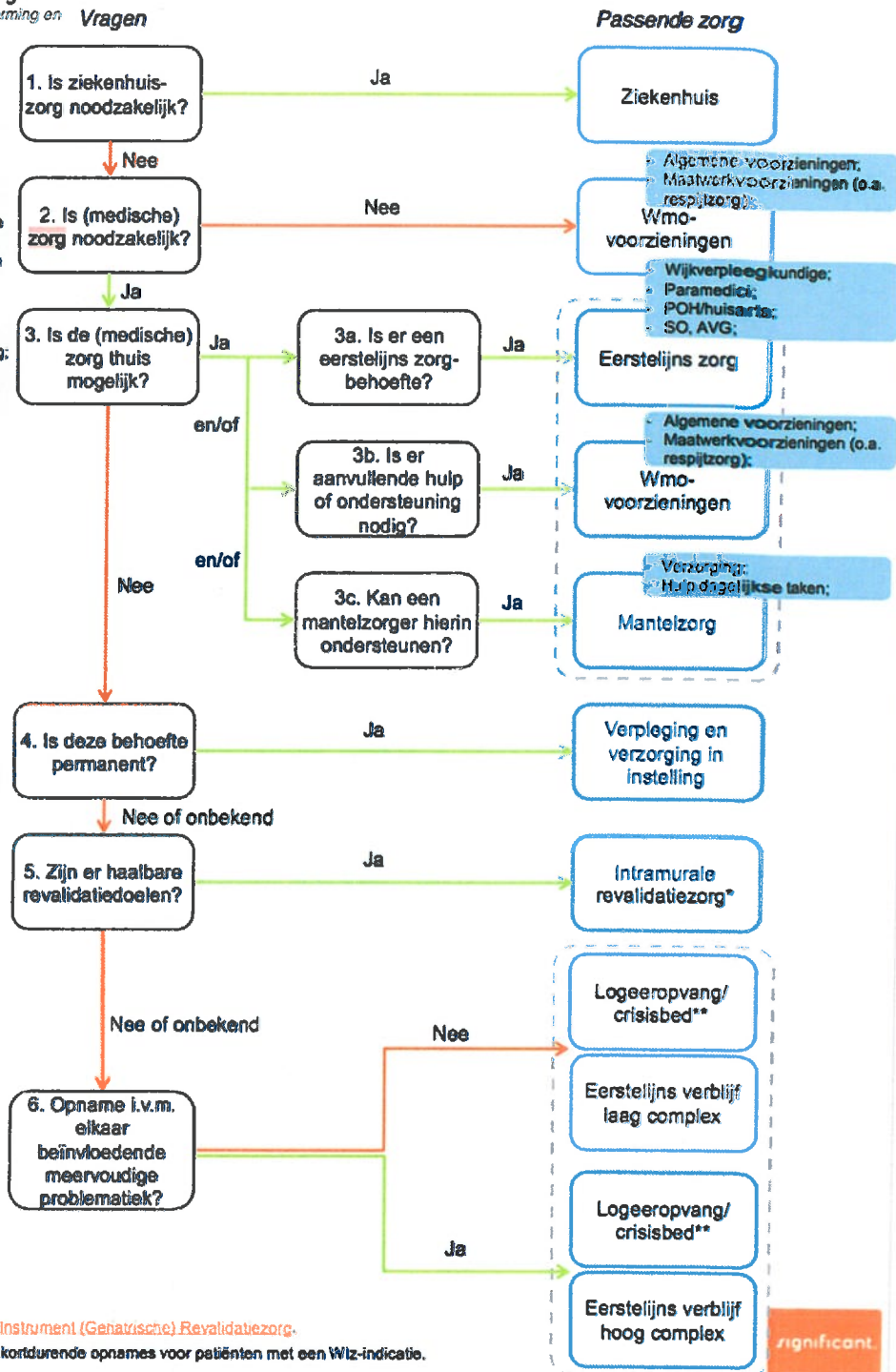
- Behandeling;
- Diagnostiek/observatie;
- (On)planbare verpleegkundige zorg;
- Hoog risico op geneeskundige zorg;

- Is de situatie thuis veilig en verantwoord?
- Behoeft aan onplanbare zorg;
- Val- en dwaalgevaar;
- Behoeft aan ADL-ondersteuning;

- Blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- Voorgeschiedenis van de patiënt;

- Trainbaarheid en leerbaarheid (cognitie);
- Belastbaarheid;
- Motivatie;

- Enkelvoudige problematiek (patiënt kan naast opnamedoel andere problemen hebben);
- Multidisciplinair team nodig?



* Zie de volgende link voor [Triage Instrument \(Geriatrische\) Revalidatiezorg](#).

** Zie pagina 5 voor toelichting op kortdurende opnames voor patiënten met een Wlz-indicatie.

Toelichting

Afweging respijtzorg of ELV (afweging 2)

Bij de keuze tussen respijtzorg en eerstelijns verblijf gaat het om de vraag of er een behoefte is aan geneeskundige zorg. Als de medische situatie stabiel is, is respijtzorg op basis van de Wmo aan de orde. Respijtzorg is een gemeentelijke voorziening die tijdelijk als vervanging voor de eigen omgeving geldt. Planbare verpleging kan daarom op basis van de Zvw binnen de plaatselijke/ lokale voorzieningen geleverd worden. Bij het wegvallen van de mantelzorg zijn er verschillende overwegingen die tot die conclusie kunnen leiden dat er sprake is van een behoefte aan 'verblijf in verband met geneeskundige zorg'. Er is sprake van een indicatie voor het eerstelijns verblijf in plaats van respijtzorg bij een bevestigend antwoord op één of meerdere van de volgende vragen:

- Is er sprake van medische instabiliteit in de zin van behoefte aan een 'wakend oog; dreigende gezondheidsverlies; en/of,
- Is er een behoefte aan onplanbare verpleging; en/of,
- Is er een behoefte aan verzorging in de zin van het overnemen van ADL-verrichtingen?

Afweging GRZ of ELV (afweging 5)

Zowel eerstelijns verblijf, als geriatrische revalidatiezorg is kortdurend verblijf met als doel dat voor de patiënt terugkeer naar de thuisituatie mogelijk is. Het Zorginstituut Nederland geeft in haar duiding aan dat het eerstelijns verblijf en GRZ als een continuüm van zorgvormen gezien kan worden, namelijk van eenvoudige, niet-intensieve herstel- of reactiverende trajecten tot intensieve complexe revalidatiezorg. Het onderscheid tussen beide zorgvormen heeft betrekking op GRZ, als:

1. Haalbare revalidatiedoelen (binnen de hiervoor gestelde termijn van zes maanden) aanwezig zijn; en
 2. De zorg binnen één week aansluit op verblijf in verband met geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- De zorg is onderdeel van de 'geneeskundige zorg' en wordt omschreven in artikel 2.5 Bzv onder c (zie duiding Zorginstituut Nederland voor de volledige bepaling).

Hoog en laag complex (afweging 6)

De zorg in de Zvw kan variëren en patiënten kunnen makkelijk switchen tussen laag- of hoog complex zorg. Bij circa 80% van de patiënten kan de verantwoordelijk arts vooraf inschatten of de patiënt laag- of hoog complexe zorg binnen het eerstelijns verblijf nodig heeft. De 20% waarbij dit minder duidelijk is wordt idealiter naar een locatie verwezen waar zowel laag- als hoog complexe zorg geleverd kan worden. Dit zodat het tijdens het verblijf mogelijk is op- of af- te schalen.

Laag complex

De patiënt heeft een enkelvoudige aandoening en/of beperking die een bedreiging vormt/vormen voor de gezondheid van de patiënt. Er is verzorging en verpleging in de nabijheid, observatie, signalering en interventie nodig. De medische zorg in ELV laag complex bestaat uit zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'.

Hoog complex

Bij de patiënt is sprake van meerdere, elkaar beïnvloedende aandoeningen en/of beperkingen. Er is vaak sprake van polyfarmacie en de mogelijke gevolgen daarvan. Er is multidisciplinaire behandeling nodig. De patiënt heeft verzorging en verpleging in de directe nabijheid nodig. De (multidisciplinaire) behandeling dient plaats te vinden in een op de specifieke doelgroep ingerichte omgeving. De zorg ondersteunt de ADL van de patiënt of neemt deze over. De verantwoordelijk arts neemt zowel de generalistische als de specialistische behandeling op zich. De medische zorg in ELV hoog complex richt zich vooral op: functionele diagnostiek, prognostiek, het opstellen van een behandelplan met SMART geformuleerde doelen op basis van 'shared decision making' met de patiënt en het patiëntensysteem, regievoering tijdens het behandeltraject, verantwoordelijkheid nemen in de keten en zorgdragen voor adequate samenwerking, zoals vastgelegd in samenwerkingsafspraken. Afhankelijk van de problemen bij en van de patiënt kunnen professionals toegevoegd worden aan

het multidisciplinair (zorg-) team (bijlage 4 Afwegingsinstrument eerstelijns verblijf, Verenso, december 2015).

Vervolg toelichting

Kortdurende opnames voor patiënten met een Wlz-indicatie (financiering/ bekostiging voorzieningen)

In de financiering van de Wlz is rekening gehouden met de situatie dat patiënten met een Wlz-indicatie een kortdurende opname behoeven. De logeeropvang en het Wlz-crisisbed zijn vormen voor kortdurend verblijf in de Wlz. Een Wlz-crisisbed is een vorm van tijdelijke opvang voor mensen met een Wlz-indicatie die acuut een bed (tijdelijk of permanent) nodig hebben in een zorginstelling. Wlz-uitvoerders en Wlz-aanbieders maken afspraken over leegstand, zodat altijd een Wlz-crisisbed beschikbaar is. Voor logeeropvang en Wlz-crisisbedden gelden de volgende afspraken:

- Patiënten met een Wlz-indicatie die niet in een instelling verblijven (maar hun indicatie verzilverd hebben in hun eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis (VPT), een modulair-pakket-thuis (MPT)) kan een behoefte ontstaan aan 'kortdurend medisch noodzakelijk verblijf'. Bij deze patiënten is volgens het Zorginstituut Nederland een tijdelijke wijziging van leveringsvorm aan de orde, waardoor zij in de logeeropvang/een crisisbed van de Wlz kunnen verblijven, gefinancierd met zorg in natura (ZiN) in de Wlz;
- Patiënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen met een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen het budget besteden aan logeeropvang/een crisisbed;
- Patiënten met een niet-verzilverde hoge Wlz-indicatie (\geq ZZP 4) kunnen tijdelijk in de logeeropvang/een crisisbed verblijven;
- Patiënten met een niet-verzilverde lage Wlz-indicatie (ZZP 1-3) kunnen wel naar een eerstelijns verblijf.

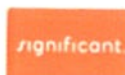
Wlz indicatie voor patiënten in ELV (financiering/ bekostiging voorzieningen)

Patiënten die in een ELV verblijven kunnen, indien zij niet meer naar huis kunnen, een Wlz-indicatie aanvragen. De ingangsdatum van het indicatiebesluit kan dan vóór de datum van het indicatiebesluit kan liggen, als er sprake is van een aanvraag voor Wlz-zorg aansluitend aan geriatrische revalidatie en aansluitend aan eerstelijns verblijf. Vanuit het ELV is een spoedaanvraagprocedure mogelijk voor een Wlz-indicatie, hiervoor geldt een wettelijke afhandeltermijn van twee weken (in plaats van de wettelijke termijn van zes weken).

Financiering/ bekostiging voorzieningen



* De huisartsenzorg die geleverd wordt binnen ELV valt niet onder het kader GRZ/ELV, maar onder het kader huisartsenzorg.



4.5 Juridisch kader Eerstelijns verblijf

4.5.1 Reikwijdte

4.5.1.1 Medisch noodzakelijk intramuraal verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden

Eerstelijns verblijf (ELV) is medisch noodzakelijk verblijf in verband met zorg zoals huisartsen (en specialisten ouderengeneeskunde) die plegen te bieden. Hier valt geriatrische revalidatie zorg (GRZ) expliciet buiten, zoals ook te zien in het afwegingsinstrument. Dit verblijf kan in de eerste lijn plaatsvinden, omdat er geen noodzaak (meer) is tot medisch-specialistische zorg en omdat de inschatting is dat er op (korte) termijn herstel te verwachten is met terugkeer naar de eigen omgeving, dan wel dat er een levensverwachting is van korter dan drie maanden. Onder het ELV kan ook het verblijf vallen voor patiënten die in de terminale levensfase opgenomen moeten worden, omdat de palliatief terminale zorg thuis niet meer afdoende kan worden gerealiseerd, maar een ziekenhuisopname ook niet nodig is².

Aangezien in onze regio de kwetsbare ouderen de grootste groep zijn die gebruik zullen maken van het ELV, zijn in eerste instantie de afspraken gemaakt voor deze groep. Echter er zal met de GGZ en de AVG eenzelfde samenwerking kunnen worden opgezet.

4.5.1.2 Grenzen aan de reikwijdte (regelingen WMO en WLZ)

Het ELV kan niet ingezet worden als respijtzorg voor mantelzorgers noch voor patiënten met een indicatie voor langdurige zorg (WLZ-indicatie). Of een patiënt een WLZ-indicatie heeft, kan worden opgevraagd bij het zorgkantoor³.

4.5.1.3 Respijtzorg (kortdurende opname) in de WMO

Respijtzorg (in de vorm van kortdurend verblijf) voor patiënten zonder WLZ-indicatie valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (WMO), en daarmee onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten⁴. Er kan contact met de gemeente worden opgenomen voor deze ondersteuning.

4.5.1.4 Patiënten met WLZ-indicatie

Regeling voor opname voor medisch noodzakelijk verblijf in verband met huisartsenzorg

Indien bij thuiswonende patiënten met een WLZ-indicatie behoefte ontstaat aan medisch noodzakelijk verblijf in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden dan is een tijdelijke wijziging van de leveringsvorm van hun WLZ-indicatie naar verblijf aan de orde. Hiervoor dient contact te worden opgenomen met het zorgkantoor. Tijdelijk verblijf in de WLZ in de vorm van zorg in natura (ZIN) en persoonsgebonden budget (PGB) is mogelijk voor maximaal 156 etmalen per kalenderjaar⁵.

Regeling voor kortdurende opname als respijtzorg

Idem als hierboven beschreven.

Regeling voor crisisopnames

Van crisisopname is sprake wanneer een patiënt plotseling moet worden opgenomen in een verpleeghuis in verband met een plotselinge wijziging in de gezondheidssituatie van betrokkene in de thussituatie of het wegvallen van de informele zorg (mantelzorg) die leidt tot een substantieel andere inhoud (functie en/of plaats) en omvang van de benodigde zorg. Het moet noodzakelijk zijn om binnen 24 tot 48 uur opname in te zetten om onaanvaardbare gezondheidsrisico's of gevaar voor de patiënt en/of zijn gezin of

² Voor meer informatie: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2016/05/30/eerstelijns-verblijf-elv/eerstelijns-verblijf-elv.pdf>

³ Voor contactgegevens en bereikbaarheid zorgkantoor regio Gooi en Vechtstreek: <https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/zorgaanbieders/service-en-contact/Paginas/default.aspx>

⁴ Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders voor kortdurend verblijf: <https://www.regioqv.nl/professionals/inkoop-contractbeheer-sd/wmo/aanbieders?detail=maatschappelijke-ondersteuning>

⁵ ZN, Voorschrift zorgtoewijzing Wlz, p. 12 (te raadplegen via: <https://www.zn.nl/336986125/Publicaties> onder 'Inkoopkader langdurige zorg 2017' als bijlage 8a)

woonomgeving te voorkomen. Een crisisopname is alleen van toepassing op patiënten met een WLZ-indicatie of patiënten waarbij het aannemelijk is dat zij een WLZ-indicatie krijgen via de spoedprocedure van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Voor meer informatie is het Protocol Crisiszorg te raadplegen⁶.

4.5.2 Indicatiestelling

4.5.2.1 Overleg tussen insturend en opnemend arts

Bij het vaststellen van de medische noodzaak voor opname in het ELV zijn twee artsen betrokken: een *insturend* arts en een *opnemend* arts. De *insturend* arts is in de regel een huisarts vanuit de thuissituatie of een specialist of SEH-arts vanuit het ziekenhuis. De *insturend* arts overlegt met de *opnemend* arts, de arts die verantwoordelijk is voor de geneeskundige zorg in het ELV. Als de *opnemend* arts de verantwoordelijkheid voor de gepresenteerde patiënt op zich wil en kan nemen, volgt opname. Mocht in het overleg komen vast te staan dat de *opnemend* arts de verantwoordelijkheid niet op zich kan nemen, dan gaat de opname niet door. Het besluit om te presenteren voor een ELV bed door *insturend* arts en het besluit om al dan niet op te nemen door *opnemend* arts zijn onderdeel van het medisch handelen en vallen onder het medisch tuchtrecht.

4.5.2.2 Afwegingsinstrument voor opname eerstelijnsverblijf 2.0

Het afwegingsinstrument⁷ is een hulpmiddel bij de professionele afweging door de betrokken zorgverleners die overwegen een patiënt te verwijzen naar en toegang te geven tot eerstelijnsverblijf. In het afwegingsinstrument vormt de situatie van de patiënt het uitgangspunt. De redenen dat een patiënt niet thuis kan zijn, kunnen divers zijn:

- Een tijdelijke verslechtering van de gezondheidssituatie van de patiënt waardoor behandeling en verpleging en verzorging thuis niet langer toereikend zijn;
- Ontslag uit het ziekenhuis wegens het afronden van de medisch-specialistische behandeling, maar nog wel aangewezen zijn op medische en verpleegkundige zorg;
- Veranderingen in de beschikbaarheid van een ervaren mantelzorger waardoor gezondheidsrisico's voor de patiënt ontstaan;
- Noodzaak tot aanvullende diagnostiek/prognostiek, medicatiesanering, het in kaart brengen van gedragsproblemen en starten van behandeling hiervoor (alleen bij ELV hoog complex).

4.5.3 Procedure bij opname in het ELV vanuit het ziekenhuis (of GRZ)

De behandelend medisch specialist of SEH-arts stelt vast dat de patiënt geen medisch specialistische zorg meer nodig heeft. In principe kan de patiënt dan naar huis en kan de zorg worden overgedragen aan de huisarts (en wijkverpleegkundige). Als de zorg thuis niet adequaat en verantwoord kan worden geleverd, is er de mogelijkheid van het ELV. De medisch specialist kan aan de (transfer) verpleegkundige in het ziekenhuis vragen om onderzoek te doen naar de thuissituatie en te overleggen met de huisarts (en wijkverpleegkundige). Ook overleg met een organisatie voor ELV kan nodig zijn. Mocht de conclusie zijn dat ELV is aangewezen, dan is de medisch specialist verantwoordelijk voor verwijzing naar het ELV. De *opnemend* arts (huisarts of specialist ouderengeneeskunde) beslist over opname (zie hierboven). Het verdient aanbeveling dat specialist en *opnemend* arts met elkaar overleggen bij opname om zorg te dragen voor een goede overdracht van medische gegevens, net zo goed als verpleegkundige van ziekenhuis en verpleegkundige van ELV zich met elkaar verstaan over de verpleegkundige overdracht.

⁶ ZN, *Protocol crisiszorg 2017* (te raadplegen via: <https://www.zn.nl/336986125/Publicaties> onder 'Inkoopkader langdurige zorg 2017' als bijlage 6)

⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/01/afwegingsinstrument-voor-opname-eerstelijns-verblijf-2-0>

4.5.4 Opname

4.5.4.1 Afbakening van de prestaties voor de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde spreken af dat de specialist ouderengeneeskunde de zorg voor hoog complexe patiënten levert en dat de huisartsen zelf de zorg voor de ELV laag complexe patiënten leveren.

4.5.4.2 Maximale periode

4.5.4.2.1 Uitgangspunt: zorginhoudelijk bepalen

Door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is geen maximale periode vastgesteld voor ELV. De verblijfsduur op een bed voor ELV wordt zorginhoudelijk bepaald. Zo kan bij een patiënt met een zorgbehoefte voor palliatief terminale zorg een langere ligduur noodzakelijk zijn, als de geschatte prognose van een levensverwachting van drie maanden wordt overschreden. Voor de laag complexe en hoog complexe patiënten zal de ligduur gericht zijn op een terugkeer naar de eigen thuissituatie.

4.5.4.2.2 Inkoopvoorwaarden zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kunnen eigen voorwaarden aan de opnameduur stellen. Ook aan de verlenging van de opnameduur kan de voorwaarde van machtiging worden gesteld. De zorgverzekeraar van de patiënt kan hierover in een concreet geval meer informatie geven.

4.5.4.3 Registratie van het tijdstip van opname door zorgaanbieder

Instellingen dienen het tijdstip van opname te registreren. Dit is nodig voor de telling van het aantal dagen. Indien de opname vóór 20:00 uur is, telt de dag mee als opnamedag.

Bij palliatief terminale zorg kan de dag van opname samenvallen met de dag van overlijden. In het geval de dag van opname samenvalt met de dag overlijden, is er eveneens sprake van een verblijfsdag.

4.5.4.4 Zorg- en behandelplan

Er dient conform de WGBO in het ELV een zorg- en behandelplan gemaakt te worden in overleg met de patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger.

Belangrijke elementen voor de hoog en laag complexe ELV zijn in elk geval de doelen die bereikt moeten worden om terug te kunnen keren naar huis en de verwachte ontslagdatum.

4.5.5 Bekostiging

Per 2017 valt de bekostiging van ELV binnen de Zorgverzekeringswet, net als andere verblijfssituaties met een medische noodzaak.

4.5.5.1 Prestaties en tarieven Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

4.5.5.1.1 Beleidsregel Eerstelijnsverblijf

Prestaties

In de beleidsregel Eerstelijnsverblijf⁸ zijn door de NZa de volgende prestaties vastgesteld:

- Eerstelijnsverblijf laag complex;
- Eerstelijnsverblijf hoog complex;
- Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg;
- Onderlinge dienstverlening.

⁸ Te raadplegen via: www.nza.nl

Inbegrepen componenten

Onder de prestaties ELV (met uitzondering van onderlinge dienstverlening) vallen de volgende componenten:

- Het verblijf. Hierbij zijn inbegrepen de huisvestingskosten, inventaris, eten en drinken, schoonmaak, linnengoed, outillagemiddelen, behorend bij reden van verblijf;
- 24-uurs beschikbaarheid van zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- De geneeskundige zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, inclusief de eerstelijns diagnostiek uitgevoerd door deze artsen;
- De paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie, i.v.m. reden van verblijf);
- De psychologische zorg (anders dan de psychologische zorg geleverd door de huisarts).

Inbegrepen paramedische zorg

Voor wat betreft de component paramedische zorg dient een onderscheid gemaakt te worden in paramedische zorg die geleverd wordt voor de ziekte/aandoening waarvoor de patiënt is opgenomen in ELV, en paramedische zorg die wordt geleverd voor een andere ziekte/aandoening. In het eerste geval valt de paramedische zorg onder de aanspraak ELV, en valt deze ook onder de prestatie eerstelijnsverblijf. Deze zorg wordt niet apart gedeclareerd en de gebruikelijke aanspraakbeperkingen gelden hierbij niet. In het tweede geval valt de paramedische zorg niet onder de aanspraak ELV. Deze zorg wordt via de reguliere bekostiging paramedische zorg gedeclareerd, met daarbij de aanspraakbeperkingen.

Inbegrepen psychologische zorg

Psychologische zorg maakt deel uit van de huisartsenzorg. Als de huisarts deze zorg levert, valt het niet onder de prestatie ELV en declareert de huisarts deze zorg via de prestaties voor huisartsenzorg. Als een ander dan de huisarts de psychologische zorg levert, valt het wél onder de prestaties ELV, als het een onderdeel van reden van opname is.

Inbegrepen hulpmiddelen (tijdens verblijf)

Voor de hulpmiddelen geldt dat *outillagehulpmiddelen* en *verbruiksartikelen* binnen het tarief van ELV vallen. Over de inzet van de individuele hulpmiddelen tijdens het ELV zal in overleg met de patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger worden besloten.

4.5.5.1.2 Tariefbeschikking Eerstelijnsverblijf

In de tariefbeschikking Eerstelijnsverblijf⁹ (NZa) staan de tarieven voor ELV. Voor de prestaties Eerstelijnsverblijf laag complex, hoog complex en voor palliatief terminale zorg gelden maximumtarieven per dag. Voor de prestatie Onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.

4.5.5.1.3 Beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

De huisarts declareert zelf

De huisarts brengt de door hem geleverde zorg aan patiënten die verblijven in een setting voor eerstelijnsverblijf apart in rekening. De declaratie van de huisarts is conform de beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg¹⁰.

Prestaties

Per 2017 zijn er specifiek voor eerstelijnsverblijf vier nieuwe prestaties toegevoegd:

- Huisartsenzorg ELV, dag korter dan 20 min;
- Huisartsenzorg ELV, dag 20 min en langer;
- Huisartsenzorg ELV, ANW korter dan 20 min;

⁹ Te raadplegen via: www.nza.nl

¹⁰ Te raadplegen via: www.nza.nl

- Huisartsenzorg ELV, ANW 20 min en langer.

Geen onderlinge dienstverlening tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde

Er is geen prestatie opgenomen voor onderlinge dienstverlening. De huisarts kan dus niet **via** onderlinge dienstverlening de zorg overdragen aan de specialist ouderengeneeskunde.

Afbakening van de prestaties voor de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde?

Er zit een verschil in declaratie tussen de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts. **Op** het moment dat de huisarts de zorg op zich neemt, kan deze de zorg zelf declareren via de huisartsenprestaties. De zorg die de specialist ouderengeneeskunde levert is al in het tarief meegenomen voor de ELV prestaties. De specialist ouderengeneeskunde wordt vanuit dit tarief bekostigd.

4.5.5.1.4 Bekostiging van geneesmiddelen

De bekostiging van geneesmiddelen maakt geen onderdeel uit van het eerstelijns verblijf; de kosten kunnen (apart) in rekening worden gebracht bij de zorgverzekeraar of, in het geval dat een medisch specialist hoofdbehandelaar blijft van het antibiotica infuus, bij het ziekenhuis.

4.5.5.2 *Inkoopvoorwaarden zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars kunnen aan zorgaanbieders per prestatie een omzetplafond hebben toegekend, al dan niet in combinatie met een (beperkte) doorleverplicht. Dit betekent dat de zorgaanbieder beslist of opname mogelijk is i.v.m. budgettaire ruimte.

4.5.6 *Eigen bijdrage of eigen risico voor de patiënt*

Het ministerie van VWS heeft besloten dat het ELV onder het eigen risico valt.