

Achtergrondinformatie bij de 'Scan t.b.v. de samenwerking tussen Huisartsen (HA) en Specialisten Ouderengeneeskunde (SO)'

Lokaal en regionaal bouwen aan een stepped care-infrastructuur
t.b.v. passende ouderenzorg
(Stepped care: binnen én over de domeinen heen)



Project 'Beter Thuis met Huisarts (HA) en Specialist Ouderengeneeskunde (SO)

December 2025

uno@amsterdamumc.nl

Inleiding

Het document ‘Scan t.b.v. samenwerking huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde’ is één van de projectresultaten van het door ZonMw gesubsidieerde ‘Beter Thuis met HA en SO-project’.¹ We hebben in het project gezien dat goede (complementaire) samenwerking tussen de huisarts & haar team en de specialist ouderengeneeskunde & haar team leidt tot passende ouderenzorg. Zorg die persoonsgericht is, zoveel mogelijk thuis geboden wordt, waarin creatief gezocht wordt naar handvatten voor ouderen en hun naasten om - ondanks verdergaande achteruitgang - het leven of het afscheid daarvan vorm te geven. Zorg die meestal goedkoper is dan ziekenhuis- en verpleeghuiszorg. De scan kan helpen deze samenwerking aan te gaan of verder uit te bouwen.

We hebben geleerd dat samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde in het land zich in diverse stadia van ontwikkeling bevindt. Ook hebben we geleerd dat het in al deze stadia van nut is met enige regelmaat een scan te maken van die samenwerking en van de context waarin die plaatsvindt. Omdat die lokale context verandert én mede bepaald wordt door landelijke ontwikkelingen rond financiering én organisatie van de zorg voor ouderen (lokaal in hechte wijksamenwerkingsverbanden en regionaal via eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV). Samen zijn de professionals - en niet alleen de huisarts en de specialist ouderen maar ook de wijkverpleging, de apotheker, de paramedici - met de ouderen en hun informele netwerk, verantwoordelijk om passende zorg voor ouderen te realiseren in hun regio/wijk.

In dit achtergronddocument gaan we in paragraaf 1 kort in op enkele algemene inzichten om vervolgens in paragraaf 2 enkele handreikingen toe doen met de inzichten aan de slag te gaan.

1. Algemene inzichten

1.1. Ken je context

Het project ‘Beter Thuis met HA en SO’ heeft veel inzicht gegeven in de grote mate van variatie in lokale en regionale contexten. Aan deze variatie liggen diverse variabelen ten grondslag. Het project laat zien dat het belangrijk is de eigen context waarin de samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde tot stand moet komen c.q. zich moet ontwikkelen, goed te kennen.

Het instrument ‘Samenwerkingsscan’ is praktisch van aard en beoogt bij te dragen aan inzicht en overzicht: “Welke variabelen spelen allemaal een rol bij samenwerking in onze context en hoe kunnen we zo goed mogelijk rekening houden met alle variabelen?”

1.2. Kies bewust de focus maar blijf breed denken en bouw aan gemeenschappelijke populatieverantwoordelijkheid

Het project ‘Beter Thuis met HA en SO’ laat o.a. zien dat de samenwerking klein kan beginnen, op het niveau van een enkele patiënt. Vervolgens kan in het contact tussen een huisarts, een specialist ouderengeneeskunde en het bredere netwerk de samenwerking groeien en kunnen mooie leercurves ontstaan. Op die manier ontstaat er een steeds duidelijker beeld van zorgvragen die de huisarts & team goed zelf op kunnen pakken en wanneer en waarvoor de specialist ouderengeneeskunde & team aan zet zijn.

Zoals aangegeven: we zien ook dat een focus enkel en alleen op de samenwerking tussen huisarts en

¹ Dit document kan het beste benut worden in samenhang met de andere projectresultaten, waaronder de Algemene beschrijving ‘Samenwerking huisarts & specialist ouderengeneeskunde bij thuiswonende ouderen met complexe multidomeinproblematiek’ (zie voor het totaaloverzicht: ‘Leeswijzer en toelichting bij de resultaatrapportage van met ‘Beter Thuis met HA en SO-project’, december 2025).

specialist ouderengeneeskunde voor het realiseren van passende zorg voor ouderen te smal is. Als gevolg van demografische- en andere ontwikkelingen is de noodzaak c.q. de urgentie tot samenwerking tussen alle betrokkenen rondom een oudere met complexe zorgvragen hoog. In het project hebben we in dit verband gesproken over ‘het vormgeven van gemeenschappelijke populatieverantwoordelijkheid’, als een belangrijk hoger liggend doel om tot passende ouderenzorg te komen. Gemeenschappelijke populatieverantwoordelijkheid is een strategisch doel. Dit is dan ook een belangrijke taak voor bestuurders en hun management: maak het mogelijk dat professionals hun vakmanschap op basis daarvan kunnen invullen.

In het land zien we veel variatie, ook in de vormgeving van de organisatie van (huisartsen)zorg². Voor professionals ligt er een belangrijke rol als het gaat om kennis en inzichten vanuit de dagelijkse zorgpraktijk in te brengen op management c.q. bestuurlijk niveau opdat in besluitvormingsprocessen de inhoud van zorg een belangrijke positie inneemt.

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde kunnen samen met andere formele en informele zorgverleners op patiëntniveau veel betekenen als het gaat om het ondersteunen van de kwaliteit van leven en het bieden van passende zorg. Om passende zorg op de schaal van de populatie tot stand te brengen is passende besluitvorming én gedrag - juist - op tactisch en strategisch niveau nodig.

1.3. Bouw gestaag aan een stepped care infrastructuur

In de ‘Algemene beschrijving voor de samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde’ is het belang benadrukt van een stepped care infrastructuur (als strategische opgave) voor het bieden van passende zorg (een opgave voor professionals).

Elke discipline, in dit geval de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, werkt binnen het eigen vakgebied volgens het stepped-care principe: geen zware zorg als lichtere zorg voldoende effectief is.

Het sociale domein vervult een belangrijke signalerende en ondersteunende rol bij algemene vraagstukken van welbevinden. Bij het ontstaan van medische problemen is de huisarts de eerst aangewezen in de eerste lijn. Samen met de praktijkassistente en praktijkondersteuner wordt gekeken wie welke zorg kan bieden. Wordt de vraag complexer dan wordt gekeken of de specialist ouderengeneeskunde en haar team in de eerste lijn van betekenis kan zijn e/o dat doorverwijzing naar de tweede of de derde lijn noodzakelijk is.

In netwerksamenwerking is het belangrijk de discipline-gebonden stappen goed op elkaar af te stemmen om zodoende tot een ‘stepped-care infrastructuur’ te komen.

In de ‘Algemene beschrijving’³ en in deze Samenwerkingsscan ligt de focus op de zorg zoals de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde bieden. Dat is - in het licht van een ‘stepped care infrastructuur’ - een smal gebied maar met een forse en groeiende omvang door de demografische ontwikkelingen in Nederland zeker niet onbelangrijk. Mocht de ambitie in de regio verder reiken dan kan er voor een breder spectrum gekozen worden.

1.4 Draag bij aan passende bekostiging

De zorg voor thuiswonende ouderen met een (hoog)complexe zorgvragen wordt voor patiënten zonder Wlz-indicatie bekostigd uit de Zvw (GZSP⁴) en voor patiënten met een Wlz-indicatie op basis van zogenaamde H-codes.

Hoewel de zorgvragen en zorgsituaties daar waar het (hoog)complexe vragen zijn niet wezenlijk

² Er zijn zelfstandige huisartsenpraktijken, zorggroepen en bijv. ook allianties van zorggroepen. Dat betekent dat de te overbruggen afstand tussen praktijk en beleid kleiner of groter kan zijn.

³ We gebruiken in de diverse resultaatdocumenten het begrip ‘Algemene beschrijving’ en bedoelen daarmee een beschrijving die, ongeacht de context, verheldert wat de specialist ouderengeneeskunde in samenwerking met o.a. de huisarts kan betekenen en hoe globaal haar werkwijze is. In een eerder stadium gebruikten we het woord ‘generiek’ daarvoor.

⁴ [GZSP-bekostiging](#)

verschillen, is de bekostiging in beide regimes nog verschillend. Gedurende de projectperiode is er binnen de GZSP (bekostiging uit Zvw) bovendien naast de bekostiging van zorg via de consultfunctie, een bouwsteen toegevoegd: die van 'Zorgtraject kwetsbare patiënten' (een startprestatie voor de periode van 3 maanden en een vervolgprestatie die per maand verlengd kan worden). De consultfunctie is gebaseerd op bekostiging van directe inzet door de SO (of door de VS of PA onder auspiciën van een SO), de prestatie Zorgtraject is een integraal tarief voor directe en indirecte inzet van de SO & haar team. Het project laat zien dat het belangrijk is professionals voldoende ruimte te bieden om zonder veel administratieve en bureaucratische handelingen, hun vakinhoudelijke afwegingen te kunnen maken en op- en af te kunnen schalen. Die situatie is nog niet bereikt. Aandacht voor door ontwikkeling van de bekostiging van inzet van ouderengeneeskundige expertise in de eerste lijn, zowel voor Zvw- als Wlz-patiënten is van belang. Professionals met beleidsmatige e/o managementverantwoordelijkheid kunnen hier een belangrijke bijdrage aan leveren.

2. Met de inzichten aan de slag

Het beantwoorden van de vragen in de 'Samenwerkingsscan' geeft inzicht in de huidige stand van zaken in relatie tot de ambities en mogelijkheden. Op basis daarvan kan bepaald worden op welke wijze de weg van de huidige situatie naar de gewenste situatie ingezet kan worden.

De weg die gekozen wordt, kan starten op uitvoerend niveau. Door professionals die zien dat hun expertise nodig is in de eerste lijn en die de samenwerking met huisartsen zoeken of bij huisartsen die zien dat ouderengeneeskundige expertise nodig is voor hun patiënten met (hoog) complexe zorgvragen. Het startpunt kan ook liggen op strategisch niveau als uitkomst van besprekingen en onderhandelingen aan een van de vele lokale en regionale overlegtafels.

We geven geen kant en klaar spoorboekje voor het realiseren van een optimale samenwerking tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. De contextvariatie is groot en een aanpak op maat zal nodig zijn. Niettemin kunnen we wel enkele succesfactoren voor een kansrijke realisatie van de ambities beschrijven, ondersteunend aan de scan van de eigen context.

Geleerde lessen uit het 'Beter Thuis met HA en SO-project'

2.1 Houd rekening met het feit dat de ontwikkeling tijd en aandacht vraagt

In het 'Beter Thuis met HA en SO-project' zagen we dat beginnende initiatieven zich op meerdere fronten onderscheiden van meer gevorderde initiatieven. Samenwerking over de grenzen van het eigen vakgebied, de eigen organisatie en het eigen domein ontstaat niet vanzelf en ook niet in een handomdraai. Het vraagt tijd, aandacht en specifieke competenties van betrokkenen. Inzichten vanuit het project:

- ✓ Het ervaren van de toegevoegde waarde van ouderengeneeskundige expertise in de eerste lijn komt tot stand op basis van concrete samenwerking rondom patiënten.
- ✓ Het opbouwen en bestendigen van de samenwerking vraagt tijd en aandacht. Het is belangrijk allereerst te investeren in de onderlinge relatie, het leren kennen en waarderen van elkaars expertise. Hoe beter de onderlinge relatie en hoe groter het onderlinge vertrouwen hoe soepeler de samenwerking verloopt.
- ✓ De aard en omvang van de inzet wijzigt veelal naarmate de samenwerking langer duurt. De samenwerking ontwikkelt zich via een leercurve. Het Huisartsenteam leert de verwijsvraag scherper te formuleren en kan steeds beter oordelen wat de praktijk wel/niet zelf kan oppakken. Het Ouderengeneeskundige team leert steeds beter de lokale situatie kennen en kan zodoende adequater inspelen op de specifieke casus.

2.2. Belangrijke ondersteunende aspecten in de samenwerking

Het project heeft laten zien dat er ondersteunende aspecten zijn in het realiseren en uitbouwen van de samenwerking in de eerste lijn. Denk aan: nabijheid, continuïteit en adequate informatie-uitwisseling. Bijzonder ondersteunend is:

- ✓ Nabijheid in vaste 'HA/SO-koppels' en laagdrempelig kortdurend contact rondom een patiënt draagt bij aan effectieve, passende zorg;
- ✓ In het HA-dossier kunnen werken door de SO vergemakkelijkt het werk en bevordert succesvolle communicatie.

2.3. Manage de verwachtingen

Omdat de inzet van specialistische ouderengeneeskundige expertise in de eerstelijns nog niet overal gemeengoed is, is aandacht voor verwachtingenmanagement belangrijk: niet alles kan altijd, niet overal en niet direct. Wat wel kan is onderstaande inzichten benutten:

- ✓ Hoe scherper de mogelijkheden van het ouderengeneeskundige team in kaart gebracht zijn, hoe beter de bereikbaarheid en beschikbaarheid bekend is, hoe soepeler de samenwerking kan verlopen.
- ✓ Hoe scherper de (zich ontwikkelende) vraag naar ouderengeneeskundige expertise bij alle betrokkenen in beeld is, des te beter kan er een passend aanbod tot stand gebracht worden.

2.4. Randvoorwaarden nog niet op orde en toch aan de slag

Het project laat zien dat organisaties die met de ambitie aan de slag gegaan zijn om bij te dragen aan de maatschappelijke opgave in de ouderenzorg, te maken hebben met randvoorwaarden die (nog) niet op orde zijn. Desondanks zetten zij door en doen zij wat in hun vermogen ligt om passende zorg te bieden. Het materiaal van het 'Beter Thuis met HA en SO-project' biedt ook de mogelijkheid om belangrijke randvoorwaarden in kaart te brengen. Naast passende bekostiging en een cultuur van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de populatie, zijn ook andere randvoorwaarden van belang:

- ✓ Het maken van heldere communicatieafspraken: voor de communicatie specifiek tussen huisarts en specialist ouderengeneeskunde (denk aan wel/niet samenwerken via het HIS van de huisarts, of misschien zelfs een NetwerkInformatieSysteem (NIS)). En ook voor communicatie tussen alle betrokkenen: patiënt/mantelzorger; overige eerstelijns en tweedelijns professionals (denk aan een gebruikersvriendelijk digitaal instrument voor onderlinge, eenvoudige en veelal multidisciplinaire communicatie);
- ✓ Hoe meer samenwerkingsrelaties er zijn, des te belangrijk is een heldere organisatie- en communicatiestructuur opdat teleurstelling bijvoorbeeld t.a.v. bereikbaarheid en beschikbaarheid zoveel als mogelijk wordt voorkomen;
- ✓ Ruimte voor deskundigheidsontwikkeling, in het eigen vakgebied als multidisciplinair;
- ✓ Ruimte om bij te dragen aan netwerksamenwerking patiënt-overstijgend in hechte wijk Samenwerkingsverbanden als in regionale eerstelijns Samenwerkingsverbanden.

2.5. Zorg voor congruentie

Implementatieprocessen verlopen kansrijker als uitvoerende initiatieven en werkzaamheden e/o strategische initiatieven en werkzaamheden op elkaar zijn c.q. raken afgestemd. Een belangrijk aandachtspunt voor leidinggevend en bestuurders: zorg voor congruentie in uitvoering en beleid. De mate van congruentie wordt zichtbaar in het alledaagse handelen. Twee voorbeelden om dit te concretiseren:

- ✓ Voorbeeld 1: de VVT-organisatie heeft ingestemd met c.q. gekozen zorg te bieden in de eerste lijn. Bij toenemende druk intramuraal dient zich het dilemma aan hoe de capaciteit te verdelen? Soms ontstaat er disbalans omdat het even niet anders kan. Congruentie

ontstaat als de organisatie er voor zorgt dat dit geen structureel karakter krijgt en wellicht ook met andere betrokkenen naar een oplossing zoekt.

- ✓ Voorbeeld 2: huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde hebben in de samenwerking vastgesteld dat de huisarts in principe voldoende toegerust is voor het stellen van een diagnose dementie tenzij er een aantoonbare en overtuigende reden is om toch de expertise van de specialist ouderengeneeskunde in te schakelen. De huisarts doet toch geregeld een beroep op de specialist ouderengeneeskunde voor het stellen van een diagnose. Congruentie ontstaat als men dit onderling bespreekbaar maakt en kijkt wat er nodig is om tot een adequate oplossing te komen.

2.6. Ontwikkel in vertrouwen, ontwikkel adaptief

We zien in de praktijk dat klein beginnen en al doende leren en uitbouwen snel inzicht geeft in wat in de eigen context goed of juist minder goed werkt. Dat geeft de mogelijkheid om te bouwen aan het onderlinge vertrouwen, om snel bij te stellen en in de spelen op context-specifieke situaties. Te lang proberen alle afspraken van meet af aan zo goed mogelijk vast te leggen draagt het risico van demotivatie in zich. Immers, de beschikbare tijd is beperkt en er is al zoveel overleg. Motiverender is het om op basis van concrete ervaringen in de praktijk, gezamenlijk de passende samenwerkingswerkwijze te vinden. Start het initiatief daar waar er energie voor is. Kies aan de start de weg van de minste weerstand en bouw dan langzaam maar zeker uit.

Veel gaat goed maar natuurlijk worden er fouten gemaakt, treedt er teleurstelling op, is de tijd toch te krap, botsen karakters, is de druk te hoog: het komt allemaal voor en hoort erbij. Belangrijk is om met elkaar in contact te blijven en bij te stellen. Probeer met elkaar een weg te vinden om met souplesse de weerbarstigheid van alledag tegemoet te treden.