

ACHT AANBEVELINGEN VOOR MEDISCH-GENERALISTISCHE ZORG



Arbeidsmarkttekorten, een veranderend zorglandschap en vergrijzing zetten de toegankelijkheid van de zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO) en arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) onder druk. De huidige beleidsregels en -documenten bieden niet altijd voldoende ruimte om de samenwerking tussen huisarts, SO en AVG - ook wel medisch generalistische zorg (MGZ) genoemd - te faciliteren. Op uitnodiging van het [ministerie van VWS](#) is een expertgroep uitgenodigd om gezamenlijk na te denken over praktische vervolgstappen richting een toekomstbestendige inrichting van 24/7 MGZ in de regio. De betrokken huisartsen, SO's en AVG hebben onderzoek met betrekking tot MGZ gedaan en zijn werkzaam in de praktijk. De betrokken wetenschapper werkte aan het project [Duurzame medische zorg aan ouderen in de regio](#). In vijf bijeenkomsten - gefaciliteerd door het ministerie van VWS - zijn de experts tot de onderstaande acht aanbevelingen gekomen. Deze aanbevelingen bieden concrete aanknopingspunten voor landelijke- en lokale organisaties, bestuurders, beleidsmedewerkers en zorgprofessionals betrokken bij MGZ.

1

Iedere patiënt met een Wlz-indicatie krijgt recht op een arts

Patiënten die zorg ontvangen die gefinancierd wordt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), maken deel uit van de meest kwetsbare patiëntengroep van Nederland. Wanneer duidelijk is dat iemand zorg vanuit de Wlz gefinancierd krijgt, kan diegene kiezen op welke manier hij of zij deze zorg wil ontvangen. Patiënten kunnen grofweg kiezen uit drie opties: het ontvangen van een persoonsgebonden budget (PGB) om de zorg zelf in te kopen, het ontvangen van zorg thuis of het ontvangen van zorg in een instelling waar zij ook (gaan) wonen.

Wanneer patiënten kiezen om in een instelling te (gaan) wonen, dan stromen zij in op een verblijfsplek onder de titel met behandeling of zonder behandeling. Patiënten hebben geen invloed op de toewijzing van plekken met of zonder behandeling. Er zijn wel verschillen in de organisatie van en toegang tot de medisch-generalistische zorg. In het geval van een verblijfsplek met behandeling uit de Wlz draagt de instelling, samen met het zorgkantoor, de verantwoordelijkheid om de medisch-generalistische zorg voor deze patiënt te organiseren. In het geval van een verblijfsplek zonder behandeling uit de Wlz wordt de medisch-generalistische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierd. Die patiënten schrijven zich in bij de huisarts, net als de rest van de Nederlanders die geen langdurige zorg ontvangen.

Woont een patiënt op een verblijfsplek met behandeling, dan is het de vraag of de instelling een arts aan zich kan binden om de medisch-generalistische zorg in te vullen. En wat voor soort arts dit betreft: een huisarts, specialist ouderengeneeskunde (SO) of arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG). Er zijn ook patiënten die op verblijfsplekken zonder behandeling wonen en moeilijkheden ervaren bij het verkrijgen van een inschrijving bij de huisarts. En daarmee bij de toegang tot de huisartsenpost. Dit terwijl alle Nederlanders zonder Wlz-indicatie recht hebben op medische basiszorg in het basispakket van hun zorgverzekering.

Het is aan te bevelen dat iedere patiënt wettelijk recht op medische basiszorg krijgt. De uitgangspositie voor patiënten met én zonder Wlz-indicatie is dan gelijkwaardig. Patiënten met een Wlz-indicatie zijn dan niet meer afhankelijk van de organisatie van medisch-generalistische zorg die gekoppeld is aan de gekozen leveringsvorm. Zo kunnen instellingen een beroep doen op artsen die bij andere instellingen in dienst zijn of in andere constructies medische basiszorg aanbieden. Hierdoor wordt regionale samenwerking gestimuleerd en is het eenvoudiger om de juiste arts op de juiste plek op het juiste moment te krijgen.

Om deze aanbeveling op te kunnen volgen, is het noodzakelijk om het recht op 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard' en 'geneeskundige zorg van specifiek medische aard in een instelling' in artikel 3.1.1. van de Wlz zo te wijzigen dat er een wettelijk recht op medische basiszorg zal zijn.

2

Huisartsen beschouwen patiënten met een Wlz-indicatie als een doelgroep waarvoor het basisaanbod aan medische zorg wordt geleverd

Huisartsen voelen zich niet altijd bekwaam om medisch-generalistische zorg te bieden aan patiënten met een complexe zorgvraag. Wij zijn ervan overtuigd dat huisartsen aan patiënten met een complexe zorgvraag dezelfde zorg kunnen leveren als aan iedere andere Nederlander. Ook is onze overtuiging dat iedere huisarts zich, binnen de juiste omstandigheden, bekwaam kan voelen om deze zorg te leveren.

In sommige beleidsopvattingen wordt aangegeven dat patiënten met een Wlz-indicatie die in een (kleinschalige) woonzorginstelling wonen niet onder het basisaanbod van de huisarts vallen. Dit draagt bij aan de ongelijke basispositie bij de toegankelijkheid tot medisch-generalistische zorg. Door alle patiënten met een Wlz-indicatie onder het basisaanbod van de huisarts te scharen, wordt een gelijke basispositie gecreëerd.

Om het basisaanbod van medische zorg ook aan patiënten met een Wlz-indicatie te leveren, moeten de juiste omstandigheden worden gecreëerd. Daarbij worden we soms ingehaald door de tijd en kunnen deze omstandigheden niet snel genoeg gecreëerd worden. In de huidige situatie worden de juiste omstandigheden als randvoorwaarden bestempeld. Daardoor kan een 'nee-tenzij'-houding ontstaan bij zorgprofessionals. Wanneer we werken aan de juiste acties en omstandigheden om artsen te faciliteren, is het goed mogelijk om het basisaanbod van de huisarts óók voor patiënten met een Wlz-indicatie te laten gelden.

We stellen voor om in onderstaande leidraden van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) de patiënt met een Wlz-indicatie onder het basisaanbod van de huisarts te scharen. En om 'randvoorwaarden' te zien als omstandigheden die georganiseerd horen te worden om de medisch-generalistische zorg te verbeteren.

- [LHV-Leidraad Patiënten met psychiatrische stoornis en Wlz-indicatie](#)
- [LHV-Leidraad Kleinschalige woonvormen](#)
- [LHV-Leidraad Zorg voor verstandelijk gehandicapten in zorginstellingen](#)

3

Boven op het basisaanbod van de huisarts is specialistische expertise van de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) beschikbaar voor alle Nederlanders

Op dit moment is onduidelijk hoe de huisarts, SO en AVG zich tot elkaar verhouden. AVG's zijn met hun specialistische expertise complementair aan de huisarts, maar houden zich in de praktijk bezig met diverse activiteiten binnen hun eigen organisatie. Een deel van de SO's ziet zichzelf als de traditionele 'arts van het verpleeghuis'. Een steeds groter deel van hen positioneert zich als complementair aan de huisarts; vergelijkbaar met de AVG.

Huisartsen zijn eveneens verdeeld over hun eigen rol. De ene arts acht zichzelf bekwaam om zorg te verlenen aan patiënten met een Wlz-indicatie, de andere niet. De variatie bij de inzet van deze artsen zorgt voor onbekendheid, onduidelijkheid en verschillen in kwaliteit van medische zorg, voor zowel patiënten mét als patiënten zonder Wlz-indicatie.

Door de SO en AVG in te zetten als specialist, complementair aan het basisaanbod van de huisarts, en de zorg van deze schaarse professionals beschikbaar te maken voor iedere Nederlander, wordt optimaal gebruik gemaakt van hun expertise.

We stellen voor om de positie van de huisarts en SO te verduidelijken in beleidsdocumenten van de eigen beroepsvereniging. En om de specialistische expertise van de SO en AVG duidelijker vast te leggen in kwaliteitskaders. Het gaat hierbij om de volgende documenten:

- [Competentieprofiel – specialist ouderengeneeskunde – Verenso 2019](#)
- [Toekomst Huisartsenzorg – Kerntaken in de praktijk](#)
- [Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg \(pagina 29 over medische zorg\)](#)

De positie van de AVG komt in documenten van de eigen beroepsvereniging al duidelijk naar voren, zoals in het [competentieprofiel van de AVG](#).

4

SO's, AVG's en huisartsen zijn niet gebonden aan één plek voor het verlenen van (medisch-generalistische) zorg

SO's en AVG's zijn momenteel vaak gebonden aan een (fysieke) plek voor het verlenen van medisch-generalistische zorg. Dit komt doordat de Wet langdurige zorg en het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg voorschrijven dat medisch-generalistische zorg op instellingsniveau geregeld moet worden. Daardoor treden SO's en AVG's vaak in loondienst bij een instelling. Daarmee zijn ze gebonden aan de woonzorglocaties van deze instelling.

De ene zorgaanbieder weet artsen beter aan zich te binden dan de andere. Omdat elke aanbieder uit dezelfde vijver vist, zijn er aanbieders die deze artsenzorg niet goed kunnen contracteren. De primaire gebondenheid van een arts aan de woonzorglocaties van de eigen instelling maakt het lastig om gebruik te maken van de arts wiens expertise het best bij de zorgvraag past. In sommige gevallen is er alleen een huisarts, SO of AVG toegankelijk voor de patiënt.

De huisarts is op zijn beurt gebonden aan de huisartsenpraktijk, omdat minimaal één dag per week in de praktijk gewerkt moet worden om een herregistratie te krijgen. Anderzijds stelt de herregistratierichtlijn van huisartsen dat huisartsuren voor 'specifieke bevolkingsgroepen' - denk aan mensen met een verstandelijke beperking - slechts maximaal één dag per week meetellen. Dit werkt in de hand dat huisartsen de focus leggen op de huisartsenpraktijk en dat de continuïteit van huisartsenzorg in de instelling onder druk staat.

Door ervoor te zorgen dat deze artsen niet gebonden zijn aan een plek, wordt de regionale beschikbaarheid van artsen gestimuleerd. Dit bevordert de toegankelijkheid van de juiste arts op het juiste moment op de juiste plek. Op die manier wordt het makkelijker voor artsen om op verschillende locaties zorg te verlenen, bijvoorbeeld via consulten en visites.

We stellen voor om een aanpassing te maken in de volgende beleidsdocumenten:

- Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (pagina 29 over medische zorg);
- Wetsartikel 3.1.1. - Zo te wijzigen dat er een wettelijk recht op medische basiszorg zal zijn (aanbeveling 1);
- Herregistratierichtlijn huisarts van KNMG.

5

Stimuleer regionale verantwoordelijkheid voor het organiseren van de beschikbaarheid van de huisarts, SO en AVG

Elke Wlz-aanbieder wordt door het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg gedwongen op instellingsniveau zorg te organiseren. Daardoor blijven huisartsen, SO's en AVG's vaak binnen hun eigen organisatie werkzaam. Dit zorgt soms voor een overlap met regio's waarin collega's werkzaam zijn. De schaarste op de arbeidsmarkt versterkt dat zorg niet optimaal en/of inefficiënt georganiseerd is. De patiënt kan (onbedoeld) slachtoffer worden van deze situatie, omdat er geen transparantie bestaat over de organisatie en de kwaliteit van medische zorg bij de verschillende Wlz-aanbieders. Patiënten en hun vertegenwoordigers zijn zich daar vaak in onvoldoende mate van bewust.

In regio's of gebieden waar de schaarste het grootst is, wordt ervoor gekozen om over muren van de instelling heen te kijken. Om zo - gezamenlijk en regionaal - de beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg te organiseren. Daaruit blijkt dat het makkelijker is om:

- De juiste arts op het juiste moment in te zetten;
- De avond-, nacht- en weekendstructuur goed in te richten;
- Slimmer en efficiënter te werken door zowel technisch als sociaal te innoveren.

Om deze zorg toegankelijk te houden voor patiënten en draaglijk te houden in de uitvoering voor beroepsgroepen, stellen we voor om:

- De passage over medische beschikbaarheid in het [Kwaliteitskader](#) te herschrijven (pagina 29);
- De [wettelijke grondslagen](#) voor het organiseren van medische zorg op instellingsniveau aan te passen;
- Regio's ruimte te geven om samen de regionale verantwoordelijkheid vorm te geven en hen hierin te erkennen.

6

Wees transparant over de invulling van medische zorg

De twee manieren waarop de medische zorg en behandeling voor patiënten met een Wlz-indicatie gefinancierd is, zorgen voor een ongelijk speelveld voor zorgaanbieders. Integrale instellingen (instellingen die verblijf met behandeling aanbieden) krijgen meer budget dan zorgaanbieders die verblijf zonder behandeling aanbieden.

Volgens het Kwaliteitskader moeten beide instellingen dezelfde zorg bieden aan hun cliënten. Integrale instellingen krijgen vanuit de Wlz instellingsfinanciering. Daaronder valt een 'behandelcomponent', waaruit ook de medische zorg gefinancierd wordt. Hoe deze behandelcomponent wordt verdeeld en besteed, is niet transparant. Hetzelfde geldt voor het bedrag dat wordt uitgegeven aan medische zorg.

In 2021 is binnen de Wlz voor € 1,7 miljard beschikbaar voor behandeling (7% van het Wlz-budget). In de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt behandeling (huisartsenzorg) modulair gefinancierd. Dit biedt transparantie en inzicht in de financiering van behandeling). De budgetten voor behandeling in de Zvw zijn relatief laag. Daardoor kunnen sommige zorgaanbieders in de huidige situatie een belang hebben bij levering van zorg ten laste van de Wlz. Aanvullend tellen in de eerste lijn gemaakte behandelkosten van de SO en AVG niet mee in het bedrag dat beschikbaar gesteld wordt voor de integrale instellingen. Dit suggereert zowel onder- als overbehandeling. Er kan pas uitspraak gedaan worden over kwaliteit en de impact van schaarste wanneer duidelijk is hoeveel artsen worden ingezet.

De behandelfunctie kan transparant gemaakt worden door binnen het huidige hybride stelsel met een andere bekostigingssystematiek te werken. Denk aan het apart oormerken van de medisch-generalistische zorg binnen de Wlz, door deze modulair te bekostigen. Een ander voorbeeld is het aanpassen van de bekostiging naar een systematiek met prestaties en tarieven, zoals bij de huisartsenzorg in de Zvw. Een dergelijke maatregel moet echter niet tot een toename in regeldruk of een knip met de medische zorg geleverd door de verpleegkundig specialist leiden.

7

Onderbouw aanrijtiden en bereikbaarheid van zorg in de Avond-Nacht-Weekenduren

De organisatie van de medisch-generalistische zorg voor een patiënt is afhankelijk van de woonplaats van de patiënt. Momenteel verschilt de toegankelijkheid tot medisch-generalistische zorg voor patiënten met eenzelfde zorgprofiel. De ene patiënt kan voor medisch-generalistische zorg als eerste terecht bij een huisarts, de ander bij een SO of AVG.

De tijden waarbinnen deze artsen op locatie moeten zijn, zijn onvoldoende onderbouwd. Ook de aanrijtijd van de AVG verschilt. Bij de planning van bereikbare en beschikbare SO's moet nu rekening worden gehouden met een aanrijtijd van 30 minuten. Bij een huisarts is dit 60 minuten. Het aantal SO's dat beschikbaar moet zijn in een Avond-Nacht-Weekend (ANW)-dienst is zodoende substantieel groter dan wanneer de aanrijtijd ook 60 minuten zou zijn. De enorme krapte in SO's - zeker in de ANW - maakt het onderzoeken en zo nodig aanpassen van aanrijtiden essentieel.

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg bestaat eveneens onduidelijkheid over de bereikbaarheid van artsen. In het document staat niet duidelijk omschreven of het gaat om 24-uursbeschikbaarheid, telefonische beschikbaarheid of -bereikbaarheid of fysieke aanwezigheid.

Wij stellen voor om de telefonische bereikbaarheid en fysieke beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg vanuit inhoudelijke onderbouwing te organiseren, waarbij er gebruik wordt gemaakt van eenduidige triage en urgentieclassificatie. Het is hierbij belangrijk om ruimte te behouden voor regionale afspraken wegens (geografische) verschillen.

8

Durf in te zetten op taakdelegatie en taakherschikking

In situaties waarin de schaarste aan artsen het meest prangend is, is de beschikbaarheid in de avond-, nacht- en weekenduren steeds minder vaak rond te krijgen. Er wordt in deze situaties steeds vaker gebruik gemaakt van taakherschikking en taakdelegatie, voor de taken waarbij dat mogelijk is.

In veel situaties wordt onzekerheid ervaren bij de inzet van andere beroepen dan artsen. Binnen beroepsgroepen bestaan discussies over de manier waarop taakherschikking en taakdelegatie kunnen worden toegepast. En ook over de verantwoordelijkheid en zelfstandigheid die aan andere beroepen kan worden toebedeeld.

Wanneer meer wordt ingezet op taakdelegatie en taakherschikking, is het makkelijker om de artsen in te zetten voor de zorg van hun expertise. Ook kan efficiënter worden omgegaan met de schaarse beschikbaarheid van deze artsen.

Wij stellen voor om de Nederlandse Zorgautoriteit, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de beroepsgroepen kritisch te laten kijken naar de formulering van hun standpunten bij taakherschikking en taakdelegatie, waarbij voldoende vertrouwen en zelfstandigheid wordt gegeven aan andere beroepsgroepen. Bovendien is het van belang om niet alleen de verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants, maar ook verzorgenden mee te nemen. Alle betrokkenen kunnen hierbij leren van best practices: succesvolle en veelbelovende initiatieven in het veld.

Bestaande artikelen uit de wetenschappelijke tijdschriften van deze verenigingen kunnen inspiratie bieden voor landelijke standpunten over taakherschikking:

- [Een gouden duo? SO en VS in gesprek over taakherschikking - Stephanie Blindenbach, Joyce Roijen;](#)
- [Ontwikkelingen in de organisatie van de medische zorg in gehandicaptenzorgorganisaties.](#)

Dit document is samengesteld door:

Mieke Draijer – Specialist Ouderengeneeskunde

Marloes Heutmekers – Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Bram Homan - Huisarts

Nancy Lenaerts – Specialist Ouderengeneeskunde

Martijn Ruiten – Huisarts

Iris Wallenburg – Associate Professor en Onderzoeker

9 november 2021