

Vergaderjaar 2019–2020

34 104

Langdurige zorg

Nr. 272

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2019

In deze brief ga ik, mede namens de Minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in op onze aanpak gericht op de juiste medisch-generalistische zorg (artsenfunctie) op de juiste plek:

- De aanpak is dit voorjaar¹ toegezegd, nadat ik signalen ontving over afnemende beschikbaarheid en organiseerbaarheid van zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten verlenen aan mensen met een indicatie op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- De aanpak bestaat uit het beter faciliteren van deze artsen bij het verlenen van medisch-generalistische zorg. In de gehandicaptenzorg werken betrokken partijen de aanpak uit in een convenant. Voor de ouderenzorg heb ik eind november bestuurlijke afspraken gemaakt, gericht op een gezamenlijke aanpak om artsen, betrokken bij de medisch-generalistische zorg voor deze doelgroep, beter te faciliteren.
- In bijlage 2 wordt ingegaan op de stand van zaken over persoonsgebonden hulpmiddelen voor mensen met een Wlz-indicatie².

Leeswijzer

Voordat ik de aanpak verder toelicht, vind ik het belangrijk te beschrijven wat ik onder de term medisch-generalistische zorg versta. Deze term doelt op de geneeskundige zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, in samenspel plegen te bieden. Zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenden. Ik hanteer deze term om het verschil met medisch-specialistische zorg te benadrukken en om de term artsenfunctie te concretiseren.

In deze brief beschrijf ik eerst signalen over afnemende beschikbaarheid en organiseerbaarheid van medisch-generalistische zorg. Vervolgens licht ik relevante trends toe. In het laatste deel richt ik mij op de aanpak. Bijlage

¹ Kamerstuk 34 104, nr. 247

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

1 gaat verder in op de term medisch-generalistische zorg³. Bijlage 2 richt zich op de relatie van de aanpak met het standpunt over de positionering van behandeling, specifiek voor het onderdeel persoonsgebonden hulpmiddelen. Bijlage 3 presenteert praktijkvoorbeelden van de juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek⁴.

Medisch-generalistische zorg onder druk

Dit voorjaar informeerde ik u over zorgen over de afnemende beschikbaarheid, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van medisch-generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie. Voordat ik de aanpak toelicht wil ik recht doen aan de signalen die ik hierover ontvang. Ik beschrijf de ontvangen signalen vanuit het perspectief van huisartsen, artsen verstandelijk gehandicapten, specialisten ouderengeneeskunde, Wlz-aanbieders, en zorgkantoren en zorgverzekeraars. De aanpak die ik samen met partijen hanteer, komt voort uit deze signalen.

Ad 1. Huisartsen

Van huisartsen(posten) verneem ik dat de zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie hun competenties te boven kan gaan. Ook geven zij aan dat randvoorwaarden voor het verlenen van goede zorg aan deze patiënten vaak ontbreken. Huisartsen constateren dat gebrek aan verpleegkundige expertise en beperkte beschikbaarheid van patiëntgegevens problemen veroorzaken bij het verlenen van medisch-generalistische zorg. Ontwikkelingen als het toenemende aantal patiënten dat woonachtig is in kleinschalige woonvoorzieningen en het langer thuis wonen van patiënten met een complexe zorgvraag, dragen bij aan de groeiende behoefte van de huisarts om de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten te consulteren. In de leidraden *Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*⁵ en *Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten*⁶ stelt de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) dat patiënten met een Wlz-indicatie, die verblijven in een geclusterde woonvorm, niet vallen onder het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg dat de huisarts in de thuissituatie levert, tenzij aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. De LHV noemt daarbij onder meer (telefonische) beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, goede triage, deskundig personeel en digitale gegevensuitwisseling als randvoorwaarden.

Ad 2. Artsen verstandelijk gehandicapten

Artsen verstandelijk gehandicapten erkennen dat het verlenen van medisch-generalistische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking complex kan zijn. Zij zien verschillen tussen het vakmanschap van de huisarts en het vakmanschap van de arts verstandelijk gehandicapten. Zij geven aan dat zij geen huisarts zijn voor mensen met een verstandelijke beperking, maar gespecialiseerd zijn in de complexe gezondheidsproblematiek van deze doelgroep. Zij zien huisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten als complementaire zorgprofessionals waar het gaat om het verlenen van medisch-generalistische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁵ LHV, november 2018, Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen

⁶ LHV, juli 2019, Leidraad Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG-zorginstellingen

Ook artsen verstandelijk gehandicapten ervaren problemen met randvoorwaarden waaronder zij hun werk doen. Het gaat hierbij om voorwaarden zoals beschikbaarheid van voldoende competent personeel, adequate triage en ondersteuning door een medisch secretariaat. Ook digitale dossiervoering en digitale overdracht, met beschikbaarheid van actuele medicatie-overzichten voor samenwerkende medisch-generalisten, worden genoemd als randvoorwaarden. De Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) geeft aan dat deze voorwaarden gefaciliteerd moeten worden om samen met huisartsen complementaire medisch-generalistische zorg te kunnen blijven leveren.

Ad 3. Specialisten ouderengeneeskunde

De beroepsgroep van de specialist ouderengeneeskunde is sterk in ontwikkeling. De specialist ouderengeneeskunde was van oudsher vooral gepositioneerd als verpleeghuisarts binnen de zorginstelling. Deze verpleeghuisarts leverde alle medisch-generalistische zorg aan patiënten in het verpleeghuis, ook zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Specialisten ouderengeneeskunde ervaren steeds vaker dat er ook buiten het verpleeghuis behoefte is aan hun specifieke geriatrische expertise. In kleinschalige woonvoorzieningen en in de eerste lijn doen huisartsen steeds vaker een beroep op de specialist ouderengeneeskunde.

Net als huisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten vragen specialisten ouderengeneeskunde aandacht voor randvoorwaarden waaronder zij hun werk doen. Zij ervaren knelpunten bij het leveren van medisch-generalistische zorg in kleinschalige woonvoorzieningen. De beroepsvereniging Verenso heeft daarom voor de specialist ouderengeneeskunde een checklist met randvoorwaarden gemaakt om het gesprek over medisch-generalistische zorg goed te kunnen voeren met (nieuwe) zorgaanbieders. Verenso vraagt ook aandacht voor de binnen de beroepsgroep ervaren toetredingsbarrières voor nieuwe aanbieders die aan de slag willen gaan in de eerste lijn.

Ad 4. Patiënt

Iedereen in Nederland moet, als dat nodig is, 24 uur per dag terecht kunnen bij een arts. Ik ontvang echter signalen dat ouderen en mensen met een beperking niet altijd bij een arts terecht kunnen. Hoewel ik niet hoor dat mensen daadwerkelijk verstoken zijn van medisch-generalistische zorg, kan ik me voorstellen dat de huidige situatie tot onrust leidt bij de patiënt en naasten.

Ad. 5. Wlz-aanbieders

Vanaf het voorjaar 2019 ontving ik in toenemende mate signalen van zorgaanbieders over opzeggingen van zorgverlening van huisartsen en huisartsenposten aan patiënten met een Wlz-indicatie. Zowel in de ouderen- als gehandicaptensector geven kleinschalige woonvoorzieningen aan niet voldoende schaalgrootte te hebben om medisch-generalistische zorg binnenshuis te organiseren. Ook de grotere aanbieders die op verschillende locaties verblijfszorg leveren, geven aan steeds meer moeite te hebben bij het rondkrijgen van de 24-uurs beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg. Het gaat hierbij zowel om de beschikbaarheid van de huisarts (en de huisartsenpost), als de beschikbaarheid van artsen verstandelijk gehandicapten en de specialist ouderengeneeskunde. Aanbieders benadrukken dat medisch-generalistische zorg aan patiënten met een beperking en aan patiënten in kleinschalige woonvoorzieningen niet mogelijk is zonder de beschikbaarheid van huisartsen. Zowel ActiZ als VGN begrijpen dat huisartsen,

specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten randvoorwaarden stellen aan zorgaanbieders voor het leveren van zorg.

Ad. 6. Zorgkantoren en zorgverzekeraars

Zorgkantoren en zorgverzekeraars constateren tekortschietende randvoorwaarden bij Wlz-aanbieders en opzeggingen van samenwerkingsovereenkomsten door huisartsen(posten). Zowel zorgkantoren als zorgverzekeraars kopen medisch-generalistische zorg in en dragen een zorgplicht. In sommige regio's wordt het voor hen steeds moeilijker om aan deze zorgplicht te voldoen. Zorgkantoren en -verzekeraars zien een eigen rol waar het gaat om het oplossen van de genoemde problematiek. Daarom gaan zij reeds met verantwoordelijke partijen aan tafel om de problematiek te bespreken en te komen tot passende en creatieve oplossingen. Zorgkantoren en -verzekeraars vragen daarbij wel bereidheid van alle partijen om met elkaar in gesprek te gaan en elkaar te helpen. Het wijzen naar de zorgplicht van zorgverzekeraars en zorgkantoren is niet genoeg.

Zorgkantoren en -verzekeraars constateren tijdens deze gesprekken dat opvattingen over medisch-generalistische zorg binnen en tussen beroepsgroepen kunnen verschillen. Vooral bij het verlenen van medisch-generalistische zorg aan ouderen met een complexe zorgvraag in kleinschalige woonvoorzieningen en in voormalig verzorgingshuizen leven verschillende visies over de wijze waarop huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde zich tot elkaar verhouden. Zorgkantoren en -verzekeraars vragen om helderheid over taakopvattingen.

Zorgkantoren en -verzekeraars wijzen ook op het belang van het maken van afspraken over medisch-generalistische zorg zo vroeg mogelijk in de opstartfase van nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen en op het tijdig melden van voorzienbare knelpunten.

Trends versterken druk op medisch-generalistische zorg

Hierboven beschreef ik de signalen die ik vanuit verschillende invalshoeken ontvang over de afnemende beschikbaarheid, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van medisch-generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie. Deze druk wordt versterkt door een aantal trends. De trends onderstrepen de noodzaak om tot een gezamenlijke aanpak te komen.

Ten eerste zijn er demografische en maatschappelijke ontwikkelingen in de populatie die zorgen voor een groter beroep op medisch-generalistische zorg. Nederland is langzaam aan het vergrijzen. Het aantal ouderen in de totale bevolking neemt toe. Mensen wonen langer thuis of verhuizen naar een kleinschalige woonvorm of -instelling. De zorgvraag van deze mensen wordt steeds complexer. Mensen met een verstandelijke beperking worden ouder, waardoor ook zij geconfronteerd worden met ouderdomsklachten en dementie. In het Programma Langer Thuis, het Programma Volwaardig Leven en in de recente Kamerbrief over de capaciteitsontwikkeling in de verpleeghuiszorg⁷ zijn deze ontwikkelingen beschreven en acties geformuleerd om de problemen die deze cliënten ondervinden, waar mogelijk, te ondervangen.

Ten tweede is er krapte op de arbeidsmarkt van alle artsen die medisch-generalistische zorg leveren: van huisartsen, artsen verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde. Demografische ontwikkelingen en krapte op de arbeidsmarkt maken het noodzakelijk de schaarse deskundigheid van deze artsen op de juiste plek in te zetten en

⁷ Kamerstuk 31 765, nr. 437

eerlijk te verdelen. December 2019 verschijnt de voortgangsrapportage van het Actieprogramma Werken in de zorg, waarin wordt gewerkt aan het vergroten van de instroom, behoud van personeel en anders werken, om tekorten terug te dringen.

Ten derde zijn er wijzigingen in de organisatie van het zorglandschap. De woonzorg voor mensen met een Wlz-indicatie wordt steeds kleinschaliger georganiseerd en daardoor ontstaan ook nieuwe organisatievormen waarin behandelaars buiten traditionele behandeldiensten werkzaam zijn. De ontwikkeling naar kleinschaligheid is beschreven in de eerdergenoemde brief over de capaciteitsontwikkeling in de verpleeghuiszorg. De groei van het zorgaanbod werd in de afgelopen jaren voor 1% per jaar gerealiseerd in het «traditionele» verpleeghuis. De groei van aanbod werd vooral gerealiseerd door scheiden van wonen en zorg waarbij cliënten in een geclusterde setting hun zorg kunnen krijgen (gefinancierd met volledig pakket thuis en persoonsgebonden budget).

Door de ontwikkeling naar kleinschaligheid is het een uitdaging de kennis van de beroepsgroepen specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten ook buiten de muren van zorgaanbieders goed te ontsluiten. Naast de bestaande organisatie in behandeldiensten, ontstaat ook steeds vaker nieuw aanbod werkzaam in moderne zorgnetwerken. Er ontstaan nieuwe (regionale) organisatievormen⁸, zoals maatschappen, coöperaties en samenwerkingsverbanden van en voor artsen, dit naast de traditionele behandeldiensten met instellingsartsen in loondienst. Bestaande regelgeving faciliteert de klassieke organisatievormen. Deze nieuwe organisaties ervaren barrières in regelgeving, bekostiging, zorginkoop. Ik constateer dat traditionele behandeldiensten van zorgaanbieders en beschikbaarheidsstructuren in de eerste lijn (huisartsenpraktijken en huisartsenposten) steeds meer naar elkaar toe groeien.

Aanpak juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek

Genoemde signalen vanuit beroepsgroepen, Wlz-aanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren, en de hierboven beschreven trends tonen aan dat de medisch-generalistische zorg onder toenemende druk staat. Ik vind het onwenselijk als er problemen ontstaan in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van deze zorg. Deze zorg moet 24 uur per dag toegankelijk zijn voor alle Nederlanders. Het is daarom noodzakelijk de druk op de medisch-generalistische zorg aan te pakken.

Ik wil inzetten op de juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek waarbij de betrokken beroepsgroepen beter worden gefaciliteerd en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van deze zorg verbeterd. Bovendien heeft goed georganiseerde medisch-generalistische zorg andere voordelen. Er wordt zorg voorkomen, vervangen en verplaatst. Het laat patiënt, mantelzorger en zorgverleners beter anticiperen op acute situaties. Door de inzet van advance care planning wordt het juiste gesprek gevoerd over de wenselijkheid van medisch behandelingen. De instroom van ouderen en mensen met een beperking op de spoedeisende hulp in het ziekenhuis wordt verminderd. Tevens kunnen onveilige en onverantwoorde situaties bij mensen thuis zo worden voorkomen. Betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten biedt ruimte voor medicijnreviews en afname van medicijngebruik. Zo kan zorg worden vervangen. Er wordt ook zorg verplaatst: de huisarts wordt ontlast en het aantal verwijzingen naar de

⁸ Voorbeelden zijn Novicare (www.novicare.nl), Gericall (www.gericall.nl), Cosonn (www.cosonn.nl) en Mydoc (www.my-doc.nl)

tweede lijn kan afnemen. Inzetten op de juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek geeft zo mede invulling aan de verschillende hoofdlijnakoorden, het programma Langer Thuis en de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

De aanpak om de juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek te realiseren, bestaat uit de volgende elementen:

1. Artsen beter faciliteren: randvoorwaarden op orde
2. Convenant van afspraken in gehandicaptenzorg
3. Uitwerking bestuurlijke afspraken in ouderenzorg
4. Praktijkvoorbeelden van medisch-generalistische zorg
5. Onderzoek NZa medisch-generalistische zorg voor patiënten met Wlz-indicatie

De vijf elementen licht ik hieronder toe.

Ad 1. Artsen beter faciliteren: randvoorwaarden op orde

Iedereen in Nederland moet, als dat nodig is, 24 uur per dag terecht kunnen bij een arts. Tegelijkertijd begrijp ik dat artsen randvoorwaarden stellen om zorg te kunnen leveren. Voor huisartsen helpt het als de patiënt zich, samen met een begeleider of mantelzorger, met een helder geformuleerde vraag bij de huisartspraktijk en de huisartsenpost presenteert. Beschikbaarheid van een actueel digitaal dossier draagt bij aan goede zorg. Huisartsen worden ontlast als er bij complexe zorgvragen een mogelijkheid is om een arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde te consulteren.

Ik constateer dat partijen zelf aan de slag zijn met randvoorwaarden om artsen te faciliteren. Randvoorwaarden zijn te vinden in de leidraden van de LHV en de handreiking van Verenso. VWS stimuleert de organisatie van randvoorwaarden, o.a. vanuit de programma's Volwaardig Leven, Thuis in het Verpleeghuis, Ontregel de Langdurige Zorg en InZicht.

Ad 2. Convenant van afspraken in gehandicaptenzorg

Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen om de juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek te organiseren. Ik ben daarom positief gestemd over de ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg. Op 15 oktober 2019 heeft op initiatief van VGN een constructieve bestuurdersbijeenkomst plaatsgevonden over de toegang tot medisch-generalistische zorg voor mensen met een beperking. Bij dit overleg waren de partijen Leder(in), IGJ, Ineen, KansPlus, LHV, NVAVG, NZa, V&VN, VGN, VWS, ZN en Zorginstituut Nederland aanwezig. Tijdens dit overleg zijn door de partijen gezamenlijk acties benoemd.

Met VGN als penvoerder wordt nu gewerkt aan de concrete uitwerking van de afspraken in een convenant. Daarbij worden alle partijen die deelnamen aan de bestuurdersbijeenkomst van oktober betrokken, met het doel het convenant begin volgend jaar vast te stellen. Acties voor de korte termijn gaan over het beter faciliteren van huisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten, het verbeteren van informatie-uitwisseling en het oplossen van knelpunten in de regio. Voor de lange termijn richten de partijen zich ook op arbeidsmarkt, de positionering van beroepsgroepen en financiële en administratieve randvoorwaarden.

Deze afspraken in de gehandicaptenzorg zijn erop gericht dat alle mensen met een beperking de medisch-generalistische zorg krijgen die zij nodig hebben, zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenden, onder de voorwaarden die artsen nodig hebben om hun werk te kunnen doen.

Ad 3. Uitwerking bestuurlijke afspraken in ouderenzorg

Eind november is in een bestuurlijk overleg tussen VWS, ActiZ, Verenso, LHV en Ineen vastgesteld dat het nu meer dan ooit belangrijk om de schaarse deskundigheid van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde op de juiste plek in te zetten. Er is afgesproken dat ActiZ de regie neemt om met betrokken partijen uitwerking te gaan geven aan afspraken over de juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek. Het voldoen aan de randvoorwaarden van de LHV-leidraad *Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen* is daarbij het vertrekpunt. Huisartsen(-posten) besluiten mede op basis daarvan of zij de continuïteit van zorg kunnen voortzetten of patiënten kunnen inschrijven. Bij het maken van afspraken is ook aandacht voor het wegnemen van onduidelijkheid over de rolverdeling tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde. ActiZ gaat zich ook inspannen om andere brancheorganisaties⁹ uit de (kleinschalige) ouderenzorg te betrekken bij het maken van afspraken over samenwerking.

Ad 4. Praktijkvoorbeelden van medisch-generalistische zorg

In deze brief staan signalen centraal over de afnemende toegankelijkheid en organiseerbaarheid van medisch-generalistische zorg. Echter er zijn ook voldoende plaatsen en regio's waar geen problemen zijn bij het organiseren van medisch-generalistische zorg. Initiatieven bijvoorbeeld waar huisartsen enerzijds en specialisten ouderengeneeskunde en/of artsen verstandelijk gehandicapten anderzijds, complementair aan elkaar werken. Dit najaar heeft Vilans de opdracht gekregen voorbeelden van de juiste medisch generalistische zorg op de juiste plek te bundelen. Bijlage 3 presenteert de eerste drie praktijkvoorbeelden, waarin ervaringen, successen en wensen van zorgprofessionals worden geportretteerd. Voorjaar 2020 verschijnen de volgende 17 praktijkvoorbeelden.

Ad 5. Onderzoek NZa medisch-generalistische zorg voor patiënten met Wlz-indicatie

Naar aanleiding van de genoemde signalen omtrent afnemende beschikbaarheid en toegankelijkheid, heeft de NZa eind augustus 2019 de opdracht gekregen om deze te onderzoeken. In het voorjaar van 2020 zal de NZa haar onderzoek opleveren. In dit onderzoek wordt ook de bekostiging en inkoop van medisch-generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie vanuit de Zvw en Wlz meegenomen. Tevens worden de verschillen in prikkelwerking vanuit beide wetten onderzocht. Het beschrijven van de huidige complexe uitvoeringspraktijk draagt bij aan transparantie en geeft input aan zorgvuldige discussies over toekomstbestendige positionering van medisch-generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie.

Ten slotte

In deze brief beschreef ik de acties die erop zijn gericht dat alle mensen met een Wlz-indicatie de medisch-generalistische zorg krijgen die zij nodig hebben, zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenden, onder de voorwaarden die artsen nodig hebben om hun werk te kunnen doen.

Ik vertrouw erop dat deze gezamenlijke aanpak en de uitwerking die hieraan wordt gegeven de komende maanden, de verschillende partijen het vertrouwen geeft om de beschikbaarheid, toegankelijkheid en

⁹ Zoals Zorgthuis.nl, de Samenwerkende Professionele Organisaties voor Thuis- en Woonzorg (SPOT) en de Branchevereniging voor Kleinschalige Zorg (BVKZ)

organiseerbaarheid van medisch-generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie te verbeteren.

Na ontvangst van het onderzoek van de NZa zal ik uw Kamer dit voorjaar informeren over de voortgang van de aanpak voor de juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins