



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Minister C. Helder
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

440377/2281819

Datum

20 september 2022

Onderwerp

Toegankelijkheid van Medisch generalistische zorg in de Wlz

Geachte mevrouw Helder,

Met deze brief vragen wij uw aandacht voor de toegankelijkheid van de medisch-generalistische zorg in de Wet Langdurige Zorg (Wlz). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg Jeugd (IGJ) ontvangen steeds meer signalen over problemen in het organiseren en borgen van medisch-generalistische zorg (MGZ)¹ aan Wlz-cliënten in met name kleinschalige woonvormen zonder behandeling. We zien dat een groeiende groep kwetsbare cliënten geen toegang heeft tot medisch-generalistische zorg. De daarmee gepaard gaande risico's op gezondheidsschade en vermindering van de kwaliteit van leven voor deze cliënten zijn evident². In deze brief lichten wij u de situatie nader toe en doen we voorstellen voor oplossingsrichtingen.

Aanleiding, historie en belang

In het verleden bestond er een duidelijke afbakening tussen het werkterrein van de huisarts enerzijds en de arts verstandelijk gehandicapten (ArtsVG) en de specialist ouderengeneeskunde (SO, voorheen 'verpleeghuisarts') anderzijds. De huisarts verleende de zorg aan patiënten thuis en cliënten in verzorgingshuizen (ZZP 1-4); de SO en de ArtsVG arts werken in beginsel intramuraal, zoals bijvoorbeeld een verpleeghuis.

Met de opkomst van de kleinschalige woonvormen is deze (taak)afbakening echter diffuus geworden en is voor bepaalde cliëntengroepen (Wlz zonder behandeling, ZZP \geq 5), niet geborgd dat zij toegang hebben tot medisch-generalistische zorg. In de praktijk blijkt dat voor deze cliëntengroep niet altijd duidelijk is tot wiens werkterrein en competentiegebied zij behoort. De cliënten lijken zich te bevinden in het gebied tussen 'thuis' en intramuraal. Verwijzend naar het Zorginstituut Nederland stelt de Landelijke Huisartsen

¹ In deze brief hanteren wij de beschrijving van medisch-generalistische zorg uit de Kamerbrief van de minister voor medische zorg van 20 december 2019 (Kamerstukken 34 104, nr. 272): 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.

² Ik verwijs hierbij ook naar de analyse in het NZa- rapport Medisch-generalistische zorg voor Wlz patiënten van 9 juni 2020.

Vereniging (LHV) dat kwetsbare patiënten die geclusterd wonen integrale Wlz-zorg nodig hebben.³ De medische zorg die in kleinschalige woonvormen nodig is, is volgens de LHV in de basis geen huisartsenzorg en valt daarom niet onder het basisaanbod van de huisarts. Huisartsen hebben volgens de LHV de vrijheid ervoor te kiezen om de (acute) algemene medische zorg (= huisartsgeneeskundige zorg) wel te leveren. De LHV heeft daarvoor in een leidraad randvoorwaarden opgesteld.⁴ In de praktijk zijn er dan ook diverse locaties waar huisartsen medisch-generalistische zorg verlenen voor deze cliëntengroepen, maar dit zijn veelal locaties die langer bestaan, waarbij de cliëntengroep (en huisartsen) zijn 'meegegroeid' en er contracten zijn afgesloten met lokale huisartsen.

De geschetste problematiek komt voor in situaties waarbij er lokaal geen afspraken zijn gemaakt over van de medisch-generalistische zorg aan de cliënten in kleinschalige woonvormen met een Wlz-indicatie zonder behandeling. Of wanneer zich veranderingen voordoen in de bestaande situatie. Het raakt dan vooral cliënten die verhuizen vanuit de thuissituatie naar de kleinschalige woonvorm, of die verhuizen buiten het adherentiegebied van de 'eigen' huisarts. Zij schrijven zich dan uit bij de 'eigen' huisarts, maar kunnen vervolgens nergens terecht voor medisch-generalistische zorg. Daarnaast zien wij dat huisartsen in toenemende mate bestaande contracten met aanbieders van kleinschalige woonvormen opzeggen, zich daarbij mede beroepend op voornoemde LHV-leidraad. In de bijlage bij deze brief zijn enkele casussen ter illustratie opgenomen.

Zorgkantoren slagen er in een aantal regio's niet in zorgvraag en zorgaanbod voor bewoners van kleinschalige woonvoorzieningen zonder behandeling bij elkaar te brengen en melden dit aan de NZa. IGJ en NZa hebben met informele interventies getracht lokale partijen aan tafel te krijgen om tot passende oplossingen te komen, maar hebben geen mogelijkheden tot formele handhaving, aangezien de taakafbakening niet helder is. Dit geven we ook mee aan de zorgkantoren en anderen die zich bij ons melden.

Context: een steeds krappere wordende arbeidsmarkt

Discussie over taakafbakening bij het leveren van basiszorg in de Wlz speelde in het verleden incidenteel. Doordat er in het algemeen voldoende artsen (HA/SO/ArtsVG) beschikbaar waren, werden er in praktijk passende oplossingen gevonden.

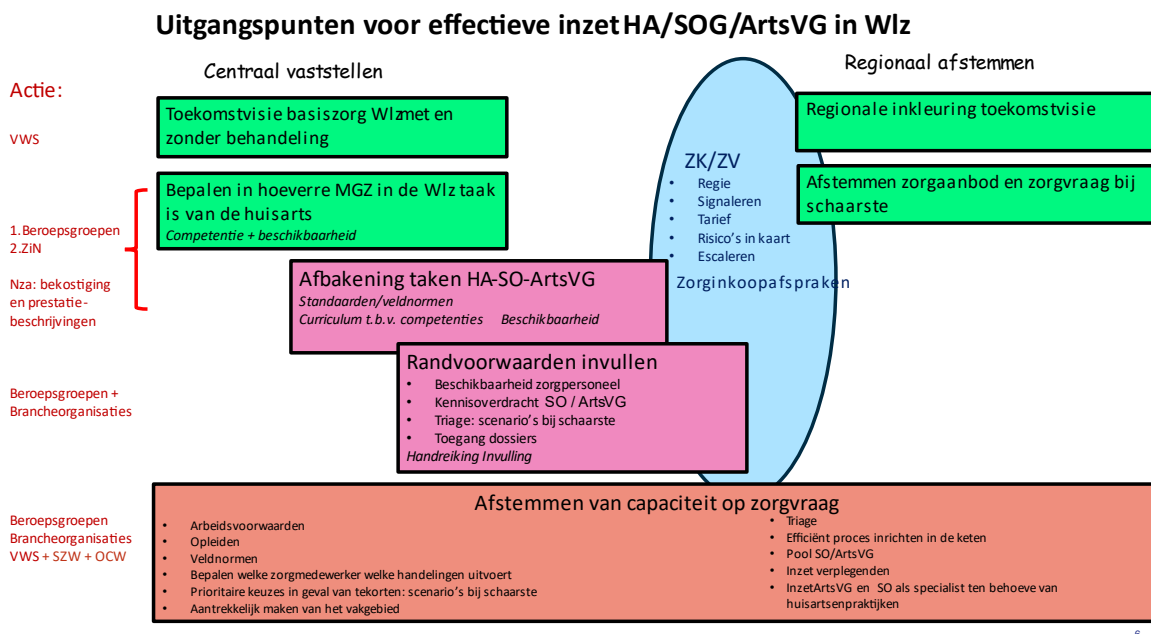
Dat het nu op verschillende plekken niet of moeizaam lukt om passende oplossingen te vinden is ons inziens een symptoom van de twee onderliggende problemen, te weten: (bestaande) onduidelijkheden in de taakafbakening en (meer recent) onvoldoende beschikbaarheid van zorgpersoneel. De huidige arbeidsmarktproblematiek brengt met zich mee dat de beschikbaarheid van zowel huisartsen als Artsen Verstandelijk Gehandicapten (ArtsVG's) of Specialisten Ouderengeneeskunde (SO's) steeds meer onder druk staat. Het arbeidsmarktprobleem speelt zorgbreed, ook in de huisartsenzorg voor reguliere patiënten, in de wijkverpleging en in de medisch-specialistische zorg.

De arbeidsmarktproblematiek en de druk in de zorg die daarmee samenhangt, heeft impact op de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Zorgverleners voelen zich gedwongen om keuzes te maken maar het ontbreekt aan een infrastructuur en een afwegingskader in de regio om in goed gesprek tussen zorgaanbieders, zorgkantoor en zorgverzekeraar het beschikbare zorgaanbod af te stemmen op de

³ Landelijke Huisartsen Vereniging in de *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*, verwijzend naar het rapport *Goede zorg voor de meest kwetsbare patiënten*, van het Zorginstituut Nederland, 27 sept. 2017. Zie: <https://www.lhv.nl/product/lhv-leidraad-kleinschalige-woonvormen/>

⁴ Landelijke Huisartsen Vereniging ; *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*; Vastgesteld: 13 november 2018 en *Leidraad Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen*; Vastgesteld 9 juli 2019

aanwezige zorgvraag. In het volgende overzicht vatten we de uitgangspunten samen voor effectieve inzet van huisarts, specialist ouderenzorg en arts verstandelijk gehandicapten voor cliënten in de Wlz.



Effectieve inzet vergt inspanningen van verschillende partijen op zowel centraal als regionaal niveau:

- Toekomstvisie Wlz met en zonder behandeling - VWS
- Taakafbakening tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, met consequenties voor eisen aan competentie en curriculum – beroepsgroepen en anders ZiN
- Bepalen van de randvoorwaarden voor die taakafbakening – beroepsgroepen
- Zo nodig aanpassen prestatiebeschrijvingen en bekostiging - NZa
- Bepalen van de normadressant of primair verantwoordelijke: huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten – beroepsgroepen en anders ZiN
- Doorzettingsmacht van de toezichthouders - VWS
- Regionale inkleuring van de nationale toekomstvisie op de basiszorg, gebaseerd op regionale beschikbaarheid van capaciteit en competenties – regio onder regie van zorgkantoor / zorgverzekeraar
- Afstemmen van capaciteit op de zorgvraag - regio onder regie van zorgkantoor / zorgverzekeraar
- Een systeem van afstemmen van zorgaanbod en zorgvraag in de regio geval van schaarste van zorgpersoneel - regio onder regie van zorgkantoor / zorgverzekeraar.

De bestaande rollen en verantwoordelijkheden worden beschreven in bijlage 2.

Structurele oplossing begint bij afbakening van taken en verantwoordelijkheden

Op dit moment is niet gedefinieerd wie verantwoordelijk en aanspreekbaar is op basiszorg voor Wlz patiënten zonder behandeling. Daarmee houdt verband dat de taken van huisarts/specialist Ouderengeneeskunde/arts verstandelijk gehandicapten niet zijn bepaald. Daarmee is ook niet gedefinieerd welke competenties nodig zijn in welke gevallen en wat dat betekent voor het curriculum van HA/SO/ArtsVG.

Oplossingsrichting

In uw brief van 4 juli 2022⁵ geeft u aan dat de in het Coalitieakkoord voorgenomen overheveling van behandeling naar Zvw per 2025 niet mogelijk wordt geacht. Daarom is door U afgesproken met betrokken organisaties om met hen samen te onderzoeken hoe voor mensen met een zeer complexe zorgvraag de behandeling vanuit de Wlz geboden kan blijven. Voorwaarden: taakstelling van 170 mln. wordt gerealiseerd; niet-vrijblijvende afspraken over de beschikbaarheid MGZ voor kwetsbare mensen thuis, in een geclusterde woonvorm of instelling (regionaal) kan worden geborgd en op langere termijn verdwijnt de ongelijkheid en onduidelijkheid tussen met en zonder behandeling.

Aandachtspunten NZa en IGJ

Wij juichen toe dat wordt aangestuurd op niet-vrijblijvende afspraken over beschikbaarheid van MGZ voor mensen in de Wlz en dat met betrokkenheid van relevante partijen gewerkt wordt aan de landelijke kaders voor taakafbakening. Vanuit de NZa wordt dit waar mogelijk ondersteund, bijvoorbeeld met transparantie-onderzoek.

- Het is van belang dat de afspraken die door partijen gemaakt worden zodanig zijn dat sturing (in de regio) en effectief toezicht kan plaatsvinden. Daarvoor is noodzakelijk dat voor de cliënten in deze doelgroep duidelijk is wie welke rol heeft (bijv. aanspreekpunt) en hoe zich dat verhoudt tot een regio/adherentiegebied.
- Het is in eerste instantie aan veldpartijen (en anders aan ZIN) om te komen tot een adequate taakafbakening tussen de verschillende betrokken zorgverleners/beroepsgroepen en eventuele implicaties voor het curriculum.
- Indien beroepsgroepen niet binnen de gestelde tijdpaden tot uitwerking van taakafbakening komen, geef dan opdracht aan het Zorginstituut Nederland in het kader van art. 11g, lid 1 van de Wkkgz om haar doorzettingsmacht te gebruiken om tot een kwaliteitsstandaard voor dit vraagstuk te komen.

De voorlopige oplossing ligt in de regio

Het afbakenen van taken en verantwoordelijkheden is urgent, maar vergt een zorgvuldig proces, wat tijd zal kosten. Zo lang de verantwoordelijkheid voor medisch-generalistische zorg in Wlz niet helder is bepaald, taken tussen HA/SO/ArtsVG niet zijn afgebakend en er tekorten zijn aan artsen, is een regionale oplossing op basis van aanwezige competentie en capaciteit nodig.

LHV, Verenso en V&VN benoemen het belang van afspraken in de regio in hun reactie op het *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)* van 4 juli 2022:

Nederland kent grote regionale verschillen in het aantal ouderen dat woonachtig is in een regio, personeelstekorten en sociaaleconomische status. Voorzieningen binnen en buiten het zorgdomein zijn regionaal verschillend beschikbaar. Zorg voor landelijke kaders, maar geef ruimte voor regionale invulling. Om problemen in de regio's het hoofd te bieden is het belangrijk om als professionals regionale en lokale afspraken te kunnen maken, ook over de domeinen heen. Zorg dat bekostiging hierbij niet in de weg staat en dat het mogelijk is om als zorgprofessionals de zorg regionaal passend te organiseren.

⁵ TK 3393395-1032111-DMO Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen, blz 10 en 11, onder 'Overheveling behandeling en geneesmiddelen van Wlz naar Zvw per 2025

We vragen u, als stelselverantwoordelijke, om te bevorderen dat de beroepsgroepen en brancheorganisaties op basis van de in een regio beschikbare capaciteit en competenties de meest geëigende oplossing organiseren. NZa kan waar nodig prestaties en tarieven creëren. De IGJ houdt binnen haar toezicht rekening met de regionale context en afspraken.

Desgewenst lichten we zorgen en oplossingsrichtingen graag nader aan u toe.

Hoogachtend,

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd,

Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. A.J.M. van der Putten

mw. mr. drs. K. Raaijmakers,

*Hoofdinspecteur Jeugd en Maatschappelijke
Zorg*

directeur Toezicht en Handhaving

Bijlage 1

Voorbeeldcasussen

Voorbeeldcasus Overijssel (verkorte en vereenvoudigde weergave)

In Overijssel heeft een zorgaanbieder ongeveer 30 cliënten voor de duur van enkele jaren, tijdens de verbouwing van de woonvoorziening, gehuisvest in een andere gemeente. Ze heeft de huisartsen in die nieuwe gemeente geïnformeerd over de komst, deze huisartsen hebben geen zorg toegezegd, op het moment van inhuizing was hun praktijk volgens hun website 'open voor nieuwe cliënten'. De zorgaanbieder heeft, ter ontzorging van de huisartsen, ondersteuning aangeboden in de vorm van voldoende beschikbaar verplegend personeel om cliënten te begeleiden en kennisoverdracht door een SO. Het zorgkantoor staat open voor aangepaste tarieven en andere benodigde ondersteuning. De huisartsen geven aan dat basiszorg van de Wlz groep niet de verantwoordelijkheid is van de huisarts en dat dienstverlening aan deze groep ten koste gaat van dienstverlening aan de bestaande cliëntengroep.

De betrokken huisartsen baseren zich hierbij op voornoemde LHV-leidraad, in het bijzonder aanhef en punt 1.

Bron: Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen, LHV 13 november 2018

Huisartsenzorg in kleinschalige woonzorginstellingen

Welke zorg kunnen huisartsen leveren?

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

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

1. Het niet ten koste gaat van het *basisaanbod* dat de huisarts levert aan de bestaande patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk. Daarnaast moet de huisarts hiervoor extra tijd en ruimte hebben en zich bekwaam voelen (zie pag. 1).
2. De huisarts zich beperkt tot de huisartsgeneeskundige zorg: de gebruikelijke (acute) generalistische medische zorg zoals omschreven in het LHV aanbod huisartsgeneeskundige zorg⁴. Voorbeelden van medische zorg die **niet** onder huisartsgeneeskundige zorg vallen (en dus niet van de huisarts kan worden verwacht) staan genoemd in [Bijlage 1](#).
3. De huisarts kan alleen verantwoordelijk zijn voor de (acute) algemene medische zorg (= huisartsgeneeskundige zorg) overdag. De huisarts zorgt ervoor dat bij afwezigheid een waarnemer de zorg overdag overneemt. Ook zorgt de huisarts voor een goede informatieoverdracht voor in de ANW, met toestemming van de patiënt.
4. De kleinschalige woonzorginstelling heeft de (acute) medische zorg in de ANW georganiseerd. Dit kan bijvoorbeeld met de huisartsenpost, mits hierover met de huisartsenpost afspraken zijn gemaakt.
5. Een specialist ouderengeneeskundige is beschikbaar als hoofdbehandelaar, voor (mede) behandeling en/of voor consultatie. Dit betekent dat 24/7 een specialist ouderengeneeskunde bereikbaar en inzetbaar is.
6. De woonzorginstelling draagt zorg voor voldoende competent verzorgend en - indien nodig - verplegend personeel in de woonzorginstelling. Huisartsen moeten ervan uit kunnen gaan dat deze patiënten de verzorging en verpleging krijgen die zij nodig hebben en dat taken niet onnodig op hun bord terecht komen en de door de huisarts geïndiceerde benodigde zorg wordt geleverd.
7. De woonzorginstelling zich eindverantwoordelijk voelt voor het organiseren van de medische zorg voor die patiënt **voordat** een patiënt wordt opgenomen.
8. Er tussen huisarts en kleinschalige woonzorginstelling adequate schriftelijke afspraken zijn gemaakt om de noodzakelijke randvoorwaarden voor punt 1 t/m 7 te waarborgen. Deze afspraken worden vastgelegd in een overeenkomst, zie hiervoor de modelovereenkomst van de LHV⁵.

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

De huisartsen in de gemeente van tijdelijke vestiging vinden zichzelf geen probleemeigenaar en zien voor zichzelf geen rol in de oplossing, anders dan het leveren van spoedzorg. De huisarts uit de oorspronkelijke vestigingsplaats van de woonvoorziening heeft praktijk op 30 minuten rijden van de tijdelijke vestiging, op verkeersluwe momenten. Hij komt eenmaal per twee weken bij alle bewoners langs, maar geeft aan dit als een tijdelijke oplossing te zien.

Het zorgkantoor heeft samen met de zorgverzekeraar een overmachtsmelding gedaan bij NZa. De NZa heeft vooralsnog geen doorzettingsmacht in dit vraagstuk. Door de eerder geschetste situatie is niet afgebakend wie verantwoordelijk is voor het leveren van de zorg aan de betreffende cliëntengroep. De overmachtsmelding is in behandeling bij NZa.

Voorbeeldcasus Noord-Brabant (verkorte en vereenvoudigde weergave)

Een zorgorganisatie opent in een gemeente in Noord-Brabant nieuwe kleinschalige woonvoorzieningen in het kader van Wlz zonder behandeling. De lokale huisartsen bieden wel zorg aan reeds ingeschreven cliënten die naar de kleinschalige woonvoorziening verhuizen, maar schrijven geen bewoners van die voorzieningen in hun praktijk in. Ze geven aan door het vertrek van huisartsen geen ruimte te hebben voor deze cliënten; dat regie voeren voor deze cliënten vanwege de specifieke problematiek die zij hebben niet past in de basiszorg die een huisarts biedt zoals aangegeven in de LHV-leidraad; onduidelijkheid over verantwoordelijkheid omdat er geen goede taakafbakening gegeven is; niet passende bekostiging voor deze groep die complexer is en meer tijd kost dan een reguliere cliënt.

Het zorgkantoor werkt in samenspraak met de zorgaanbieder en huisartsen aan passende zorg middels een hybride oplossing, in de vorm van een regionale Wlz-praktijk. Daarin werken verschillende professionals samen. Een deel van de taken kan uitgevoerd worden door een verpleegkundig specialist en/of een Physician assistant. De huisartsen capaciteit kan geleverd worden door de lokale huisartsenpraktijk of door een externe aanbieder van huisartsenzorg. De specialist ouderengeneeskunde wordt in staat gesteld op verdere afstand zijn taken te verrichten, waardoor zijn caseload kan stijgen. Uitgangspunten: taakherschikking, behandelreductie, multidisciplinaire samenwerking, advance care planning en comfort geven aan de betrokken huisartsen. De praktijkmanager wordt geleverd door de zorgaanbieder. In de financiële afwikkeling wordt rekening gehouden met de mate van intensiteit van de zorg in deze praktijk.

Bijlage 2

Bestaande rollen en verantwoordelijkheden

Het is aan de zorgkantoren om alles te doen wat in hun macht ligt om oplossingen te creëren en alle betrokkenen ondersteuning te bieden om mogelijke oplossingen te realiseren. Denk daarbij aan het aanpassen van tarieven, beschikbaar stellen van zorgpersoneel, overdracht van kennis door en beschikbaarheid op afstand van SO en ArtsVG, aanbieden van zorg op afstand. Dit betekent dat zorgkantoren hierin het initiatief en de regie nemen, en dat zorgaanbieders hierin constructief participeren.

Waar het stelsel van bekostiging of de financiële ruimte een oplossing verhindert, verwachten we van zorgkantoren en zorgaanbieders dat zij dit melden bij de NZa en andere relevante partijen. De NZa onderzoekt vervolgens de mogelijkheden om die hindernissen weg te nemen.

Het is aan zorgaanbieders om zich, voordat zij zich in een omgeving vestigen, te verzekeren van beschikbaarheid van basiszorg voor hun cliënten. Dit betekent dat deze zorgaanbieders hierin het initiatief en de regie nemen, en dat aangezochte verleners van basiszorg hierin constructief participeren.

Als in de overtuiging van NZa het zorgkantoor alles gedaan heeft wat binnen haar mogelijkheden ligt om aan de zorgplicht te voldoen, zal de NZa het beroep op overmacht honoreren. Hiermee wordt de aanspreekbaarheid van het zorgkantoor beperkt. Dat betekent dat een zorgkantoor een situatie van (naar zijn onderbouwde inschatting) overmacht meldt, welke melding door de NZa wordt onderzocht en beoordeeld.

In voorkomende gevallen kan de implicatie zijn dat cliënten moeten verhuizen, terug naar een regio waar wel basiszorg beschikbaar is. Het is evident dat dit voor de betreffende, per definitie kwetsbare, cliënten (te) bezwarende effecten heeft, ook in de beperking van hun ruimte voor zelfbeschikking. Waarbij die beschikbaarheid, ook los van de concrete casussen, onder druk blijkt te staan.

Het is aan zorgverleners, ook bij de bestaande onduidelijkheid in de taakafbakening, bij te dragen aan de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg hoort beschikbaar en toegankelijk te zijn voor iedereen die deze nodig heeft. Zorgverleners zijn onderdeel van het zorgstelsel, en hebben daarin ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van groepen patiënten en de samenleving als geheel.⁶

⁶ [https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragscode-voor-artsen.htm#Downloads_\(KNMG-Gedragscode_voor_artsen\)-anchor](https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/gedragscode-voor-artsen.htm#Downloads_(KNMG-Gedragscode_voor_artsen)-anchor)