

Zwolle, 27 november 2021

Betreft: Reactie op De Acht Stellingen over Medisch generalistische Zorg van de Expertgroep.
Een stuk vol drogredeneringen en twijfelachtige representativiteit en een standpunt tegenstrijdig met standpunt beroepsgroep

Geachte dames/heren,

Ter inleiding:

Het NZa advies rapport over medisch generalistische zorg (MGZ) van 9 juli 2020 heeft nogal wat losgemaakt in de huisartsen wereld.¹ Kort gezegd wordt voorgesteld dat alle algemene medische basiszorg, ook van WLZ-instellingen, verplicht onder huisartsenzorg gaan vallen via een wetwijziging. Dit Inclusief de avond, nacht en weekend zorg. Dit voorstel zal leiden tot een forse taakverzwaring van de toch al overbelaste huisartsen en leidde daarom tot een brandbrief van verontruste huisarts bestuurders aan de beroepsverenigingen. Tijdens de hierop volgende ledenraad van de landelijke huisartsenvereniging (LHV) in augustus 2020 werd met ruim draagvlak het bestuur gevraagd actie te ondernemen. In januari jl. gepubliceerde de Minister van VWS een beleidsreactie op het NZa advies rapport.² Dit was zodanig verontrustend instemmend met het NZa advies dat de noodzaak voor een tweede brandbrief van verontruste bestuurders aan de beroepsverenigingen volgde. Nu met de oproep tot maximale inzet op de in de beleidsreactie aangekondigde “stakeholder consultatieronde en inzet expertgroep”. Hierop is door de gezamenlijke beroepsverenigingen in maart 2021 (LHV/NHG/InEen/VPH) in niet mis te verstane taal gereageerd richting de minister en de aanpalende beroepsverenigingen die hierbij betrokken zijn.³ Een pleidooi tegen verknippen van de zorg van deze speciale doelgroep van patiënten dat werd gesteund door de patiëntenorganisaties. Afgelopen week is het bedroevend vervolg naar buiten gekomen. Het rapport van de zogenaamde “expertgroep WLZ en huisartsen”.⁴ De aanbevelingen hierin zijn volstrekt tegenstrijdig aan het standpunt van de LHV/NHG/InEen/VPH beroepsgroep en het veld.

MGZ:

Het moment dat de MGZ geheel binnen de Zvw wordt getrokken, worden de praktijk houdende huisartsen de eerst aanspreekbare, ook voor die tot nu nog gewoon door hun eigen arts werden gezien. Deze overige artsen, artsen ouderenzorg, artsen voor verstandelijk gehandicapten en psychiaters van WLZ-instellingen, zouden dan gaan werken als “complementaire” achterwacht. Een onaanvaardbare taakverzwaring voor huisartsen die dezelfde overbelasting en problemen in tekorten kennen als zij. Actueel is het zo dat huisartsen die ruimte ervaren, en dat zijn er weinig, individueel op vrijwillige basis kunnen besluiten na verzoek door een WLZ-instelling een contract te sluiten als onderaannemer. In de nieuwe situatie kan een huisarts zich alleen nog moeizaam op de KNMG-richtlijn “Niet-aangaan van de geneeskundige behandelingsovereenkomst” beroepen wegens gebrek aan ruimte voor dit werk in de overvolle praktijk en daarbij onvoldoende kwalitatieve zorg kunnen leveren voor deze specifieke patiëntgroepen.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/07/08/kamerbrief-over-aanbieding-nza-rapport-medisch-generalistische-zorg>

² https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?did=2021D01414&id=2021Z00491

³ <https://www.lhv.nl/actueel/nieuwsberichten/huisartsenreactie-op-advies-medisch-generalistische-zorg-voor-wlz-patienten>
https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/210315-lhv-ineen-nhg-beleidsreactie-nza-rapport-medisch-generalistische-zorg-def.pdf

<https://ineen.nl/wp-content/uploads/2020/11/Brief-VGN-convenant.pdf>

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/nieuws/2021/11/09/acht-aanbevelingen-voor-medisch-generalistische-zorg-gepubliceerd>

Verder is het zo dat het groeiende probleem van mensen die geen huisarts hebben, de zgn “noni’s”, fors toeneemt. Nu al zijn er regio’s waar meer dan de helft van de praktijken van praktijkhouders vol en daarmee gesloten zijn. Een secundair gevolg van het wettelijk verschuiven van een algemene zorg van de andere artsen naar de huisarts praktijkhouders is dat nog meer mensen zonder MGZ komen te zitten. Immers met de verschuiving van 1 WLZ zorg patiënt kan de huisarts 23 patiënten die buiten de WLZ vallen van zorg voorzien aangezien de norm praktijk van een huisarts praktijkhouder 2300 is en bij de SO 100.⁵ Het NONI probleem zal verder toenemen en bekend dat deze groep een veel grotere belasting voor de acute zorg as vormt, lees de spoedeisende hulpdiensten en 112. Waarom de SO/AVG/Psychiater niet zijn/haar capaciteit probleem primair oppakt zoals ook huisartsen dat ook doen door bijvoorbeeld nurse practitioners, pa’s etc in te zetten is ons een raadsel. Wat maakt dat SO/AVG/Psychiater deze verantwoordelijkheid niet ook oppakken om hun eigen organisatie te voorzien van kennis, kunde en capaciteit. Wat maakt dat zij een uitzonderingspositie mogen? Als dat zo is, dan moet de LHV/NHG/VPH morgen dit statement ook direct opnemen in haar professioneel statuut.

Het “expert rapport”

De “expertgroep” heeft op 9 november 2021 jl het pamflet “Acht aanbevelingen voor medisch-generalistische zorg” laten verschijnen dat door directeur-Generaal Langdurige Zorg Ernst van Koesveld in ontvangst is genomen.⁶ Kartrekker SO Nancy Lennarts is op uitnodiging van het ministerie, naar aanleiding van de beleidsreactie, met een groep aan de gang gegaan. Leden waren Mieke Draijer SO, Marloes Heutmekers AVG, Nancy Lenaerts SO, Iris Wallenburg universitair docent beleid en management gezondheidszorg en de huisartsen Bram Homan en Martijn Ruiten.

Belangenverstrengeling en geen representativiteit

Een opmerkelijk omissie is het ontbreken van de vermelding van serieuze belangenverstrengeling van de twee huisartsen Bram Homan en Martijn Ruiten. Zij zijn medisch directeur van het bedrijf MedTzorg.⁷ Een bedrijf dat zich richt op commerciële zorg in gevangenis en WLZ-instellingen met een secundair bedrijfsbelang bij de conclusie van het rapport; namelijk de dure, belastende, ANW zorg niet meer hoeven te regelen voor hun bedrijfsactiviteiten. In het openbare Jaargesprek met IGJ maken de heren de intenties duidelijk: *“De idee is om in divers regio’s huisartsenpraktijken te gaan beheren, en vanuit daar huisartsenzorg aan te bieden in- of dichtbij WLZ-instellingen. Dezelfde artsen kunnen via de reguliere huisartsenzorg (huisartsposten), ANW-diensten draaien”*.⁸ Verder verkondigen ze niet het breed gedragen standpunt van de beroepsgroepen *“Wat bespreken en delen van de zorgen met LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) moeilijk maakt is dat er ook sprake is van tegengestelde belangen”*. Tenslotte zijn ze allesbehalve representatief voor de contract houdende praktijkhouders in Nederland die de consequenties op hun bord zouden krijgen. Ze zijn nooit praktijkhouder geweest en de huisarts ervaring beperkt zich tot enkele jaren waarnemerschap. Te zot voor woorden en volstrekt niet passend in de oorspronkelijke aanvraag van de minister met betrekking tot de expertgroep *“Ik denk daarbij aan een expertgroep met praktiserende artsen uit de*

⁵ <https://www.medischcontact.nl/kennis-carriere/tuchtrecht/tuchtzaak/zzp-ouderengeneeskundige-krijgt-berisping-in-zwaar-onderbezette-situatie.htm>

<https://www.lhv.nl/opkomen-voor-uw-belangen/feiten-en-cijfers-huisartsenzorg/>

⁶ https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/publicaties/2021/11/09/acht-aanbevelingen-voor-medisch-generalistische-zorg/Acht+aanbevelingen+voor+medisch-generalistische+zorg_09112021.pdf

⁷ <https://medtzorg.nl/>

⁸ <https://www.toezichtdocumenten.igj.nl/download.aspx?download=Forensisch+Medische+Maatschappij+Utrecht+Utrecht+november+2019.pdf>

betrokken beroepsgroepen die ook (wetenschappelijke) onderzoek over dit onderwerp hebben gedaan."

Inhoudelijk conclusie: alle algemene zorg naar huisartsen

1 Alle patiënten met WLZ-indicatie moeten zich bij een huisarts kunnen inschrijven. (Aanbeveling 1)

2 Bij alle patiënten met een Wlz-indicatie moet de MGZ geleverd worden door de huisarts (Aanbeveling 2)

3 De specialist ouderengeneeskunde (SO) en de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) worden alleen nog complementair ingezet aan het basisaanbod van de huisarts (Aanbeveling 3)

4 Specialist ouderengeneeskunde (SO) gaat stoppen met verantwoordelijkheid voor hun groep patiënten 24/7.

5 Herinrichting van de ANW-structuur met SO/AVG als complementair (Aanbeveling 5).

6 Verlenging aanrijtijd van de SO te verlengen van 30 minuten naar 60 minuten (Aanbeveling 7).

Ad 1

Alle Nederlanders hebben uiteraard recht op medische basiszorg, ECHTER medische basiszorg is niet per definitie huisartszorg. Medische basiszorg vormt bij huisartsen net als bij SO/AVG/Psychiater, maar ook bij ziekenhuis specialisten een inherent ONDERDEEL van de zorg van de patiënten die onder hun verantwoordelijkheid vallen. Terecht wordt in de introductie van het rapport opgemerkt dat IEDEREEN, dus ook de SO/AVG en psychiaters, internisten etc. en ook huisartsen medisch generalistische zorg kunnen leveren. Praktijk houdend huisartsen als contracthouder met de verzekeraar organiseren dit zelf met de oprichting en inrichting van huisartsenposten en met behulp van hun personeel zoals waarnemers, hidha's, pa, nps etc. Deze plicht geldt nu terecht ook voor WLZ-instellingen en hun artsen. En dus ook voor het beter organiseren van de eigen ANW-dienststructuur, waarbij WLZ-instellingen en dus hun bestuurders volgens de wkkgz, hun eigen verantwoordelijkheid moeten pakken. De ook overbelaste huisarts dat deel van hun zorg toeschuiven kan op zijn minst oncollegiaal worden genoemd.

Ad 2

In aanvulling op ad 1 zou een organisatie die een WLZ-instelling wilt beginnen met complexe patiënten eerst een SO/AVG/psychiater geregeld moeten hebben voor dat hij open mag. Daarmee wordt voorkomen dat de patiënt niet de basiszorg krijgt die hem toekomt. Het probleem wordt door de organiserende organisatie op dit moment vaak toch gecreëerd en genegeerd. Mocht de zorginstelling een deel van de zorg niet door zijn SO/AVG/Psychiater willen laten doen om moverende redenen dan bepalen lokale praktijk houdende huisartsen zelf of ze een deel van de zorg van deze bijzondere patiëntengroep erbij willen doen met een contract als onderaannemer bij de betreffende instelling. Het probleem is hier dus niet de lokale huisarts, die al tot zijn oren in het werk zit, maar de instelling die zonder de juiste professionals in huis te hebben al begint met binnen halen van patiënten.

Ad 3

Uitgangspunt bij kwalitatief goede zorg is zorg voor de HELE patiënt. Je kan als beroep niet zomaar besluiten een deel (MGZ) ineens niet meer te willen doen. Net zomin als de chirurg in het ziekenhuis dat niet kan bij hem opgenomen patiënten. Zelfs hij moet zijn MGZ daar organiseren als de patiënt is opgenomen. Het grote probleem hier is de beroepsvisie van een deel van de SO's in de expertgroep *"Een steeds groter deel van de SO's positioneert zich als complementair aan de huisarts; vergelijkbaar met de AVG."* Je kunt als beroepsgroep wel zelf besluiten een deel van je werk af te stoten maar je kan niet zomaar een collega arts ineens hiervoor verantwoordelijk maken. MGZ

behoort tot de competentie van IEDER die zich arts noemt. De aanmatigende houding zich als complementair te zien en zich te onttrekken aan goede zorg voor patiënten is ernstig te noemen.

Ad 4:

Hier wordt het pleidooi voor de groepsverantwoordelijkheid voor patiënten door SO/AVG/psychiaters zonder schaamte ter discussie gesteld. Helemaal terugtrekken in een complementaire positie en de populatie verantwoordelijkheid loslaten. Over recht op kwalitatieve goede zorg voor de patiënt gesproken. En wie hadden ze bedacht dat de continuïteit moet overnemen: Juist de huisartsen.

Ad 5:

Praktijk houdend huisartsen hebben de keuze om zich wel of niet aan te sluiten bij een huisartsenpost als ze maar 24/7 zorg dragen voor de bij hun ingeschreven patiëntengroep 2300 of meer patiënten. Vaak zijn ze ook gezamenlijk eigenaar van huisartsen posten vanuit het oprichtingsprincipe en het behoud van noodzakelijk sociaal draagvlak. Bij deze stelling wordt het eigen "Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg" ter discussie gesteld, waarin SO "gedwongen" worden op instellingsniveau zorg te organiseren. Als dit wordt losgelaten is de SO ook niet meer verantwoordelijk voor de 24/7 zorg van deze patiënten en dus wederom betekend dit een verschuiving van dat deel van de zorg naar andere artsen.

Ad 6.

Wat deze paragraaf laat zien is dat de beroepsgroep van de SO's blijkbaar de zaken zelf niet op orde heeft voor de patiëntengroep waarvoor zij de zorg hebben toegezegd en geen professionele onderbouwingen hanteren in triage en urgentieclassificaties systemen intern. Dat deze beroepsgroepen nog een professionaliseringslag moeten maken wil niet zeggen dat de huisartsen het maar moeten overnemen. In plaats van serieus werk te maken van het goed organiseren hiervan en de lasten te verdelen stellen de "experts" voor de maximale aanrijtijd voor de SO in diensten te verlengen van 30 naar 60 minuten. En wie zou dan die tijd moeten wachten op de "complementaire SO in een crisissituatie" U raadt het al. Ze hebben de huisarts in gedachte.

Samenvattend:

In de huidige situatie nemen huisartsen al dan niet terecht al veel gehandicapten- en dementerenden WLZ-basiszorg vrijwillig op zich. Zij zijn echter niet in staat om het gat op te vullen wat ontstaat door tekorten en slechte organisatie van WLZ-instellingen bij SO's, AVG's en psychiaters. Alleen al door de simpele constatering dat er net zoveel tekorten zijn aan praktijk houdend huisartsen als tekorten in hun beroepsgroep. Verder is aast ernstige belangenverstremgeling bij de onderbouwing van het rapport duidelijk, dat de huisartsen in deze groep spreken zonder gezag, draagvlak of mandaat. Dit zou zomaar ook voor de SO's en AVG-artsen in de groep kunnen gelden maar daarop hebben wij minder zicht.

Het terugtrekken uit een deel van de zorg is niet alleen aanmatigend en zeer oncollegiaal, maar ook niet fair naar de patiënten die hiermee verknipte zorg dreigen te ontvangen en in de kou komen te staan omdat de benodigde capaciteit simpelweg ook bij de huisartsen niet voorhanden is. Voor de huisartsen zou het een ontoelaatbare taakverzwaring betekenen, een slechtere onderhandelingspositie wat betreft de contractinvulling met WLZ-instellingen en een forse verzwaring van de spoedzorg in ANW-tijd met het bekende effect van nog verdere leegloop van de huisartsenzorg en gesloten praktijken.

Het fundamentele probleem is wel vergelijkbaar. Net als huisartsen, zijn SO/AVG/Psychiaters steeds minder enthousiast over de drukker en zwaarder wordende avond/nacht en weekenddiensten.

Hierbij hebben de beroepsgroepen zelf de mogelijkheid laten ontstaan in het verleden om onder eerlijke verdeling van deze corvee uit te komen en daarmee een haast onoplosbaar probleem gecreëerd: De introductie van het waarnemerschap, of te wel de ZZP arts. Bij de huisartsen heeft alleen de praktijkhouder nog de 24/7 contractverplichting voor zijn patiënten. Bij de SO's/AVG/Psychiatrie alleen de instelling en hun artsen in loondienst. De rest kan zelf beslissen of ze er af en toe eraan meedoen om aan de registratie eisen te voldoen. Dit is echter een probleem dat de groepen zelf intern moeten oplossen door posities met ANW-verantwoordelijkheid weer aantrekkelijker te maken en visa versa.

Wij verzoeken de LHV/NHG/InEen wederom met klem dit onderwerp de hoogste prioriteit te geven en alle mogelijke middelen in te zetten om de overbelaste praktijkhouders in Nederland te beschermen, voordat het te laat is. Hierbij zou de Vereniging van Praktijkhoudend Huisartsen intensief betrokken moeten worden. Samenwerking met patiëntenverenigingen is een optie aangezien zij ook tegen verknipte zorg en een volledig pakket zorg vanuit een zorgspecialist wensen: of dat nu huisarts, SO, AVG of psychiater is. Dat blijkt duidelijk uit de consultatieronde aanhangsel 4B van de beleidsreactie.⁹ Het zou de beroepsorganisaties van SO/AVG/ Psychiaters verder sieren openbaar ver afstand van dit stuk te nemen ervan uit gaande dat dit geen gedeelde beroepsgroep visie is en wij verzoeken onze beroepsorganisaties hen hierom te vragen. Dit zou helpen het weer meer gezamenlijk ervaren van de problematiek van overbelasting in de zorg,

In afwachting van uw reactie,

Han Mulder, namens de
Bestuursvoorzitter Huisartsenvereniging Regio Zwolle (HRZ)
Secretariaat HRZ <secretariaat@hrz.nu>

Mede ondertekend door:

Dick Groot, Voorzitter Vereniging Praktijkhoudend Huisartsen
Erik Hulscher, Voorzitter Coöperatieve Huisartsenvereniging Hardenberg
Cindy Netten, Voorzitter Huisartsen Coöperatie Flevoland en Omstreken
Edward Knol, Regio Huisarts, Regio-organisatie Medrie bv voor huisartsen Flevoland, Hardenberg en Zwolle
Henk Hoogervorst, Voorzitter LHV kring Rotterdam en Coöperatie Huisartsen Huisartsenposten Rijnmond
Marten Broekens, Voorzitter LHV Kring Gelre-IJssel
Mark Pul, Voorzitter LHV Kring Zwolle-Flevo-Vechtdal
Claire van den Brink-Crans, Voorzitter LHV Kring Gelderse rivieren
Maurits Westein, Voorzitter LHV kring Zuid Oost Brabant
Yvo Goffin, Voorzitter bestuur vereniging NEO Huisartsenzorg, Nijmegen
En nog verder veel steun betuigenden collega huisartsen uit het land