

Ontwikkelingen in de organisatie van de medische zorg in gehandicaptenzorgorganisaties



Ineke Bloemendaal ¹



Brenda van de Leemkolk ¹ Tineke Zijlstra ²



¹ Prismant, Utrecht, Nederland

² Capaciteitsorgaan, Utrecht, Nederland

1. Inleiding

Al enige tijd zijn er ernstige tekorten aan artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG).¹⁻³ Forse inspanningen zijn nodig om in de toekomst de vraag naar en het aanbod van AVG beter in balans te brengen.³ Zorgorganisaties staan voor de moeilijke opgave om ondanks de tekorten de best mogelijke zorg te bieden.⁴ Het is onduidelijk hoe organisaties voor gehandicaptenzorg met de schaarste aan medisch personeel omgaan en hoe zij de medische zorg organiseren.

In het afgelopen decennium heeft Prismant meerdere malen onderzoek gedaan naar de organisatie van de medische zorg in organisaties voor gehandicaptenzorg en de tijdsbesteding van AVG.^{1-2, 5} Doel was steeds om een landelijk beeld te schetsen van de organisatie van medische zorg in organisaties voor gehandicaptenzorg, en dit te vergelijken met het landelijk beeld bij voorgaande metingen. De resultaten van de onderzoeken dienden als input voor de capaciteitsramingen voor AVG van het Capaciteitsorgaan, meest recent in 2019.⁵

Doel van dit artikel is om inzicht te bieden in de organisatie van de medische zorg in gehandicaptenzorgorganisaties en de verschillende keuzes die daarbij gemaakt worden. Dit kan de strategische personeelsplanning en het beleidsoverleg binnen en tussen zorgorganisaties ondersteunen.

In dit artikel worden onderstaande deelvragen uit de genoemde onderzoeken behandeld:

1. Wie voeren de medische zorg in de organisaties voor gehandicaptenzorg uit en welke ontwikkelingen zijn hierin te zien?
2. Hoe ontwikkelt zich het aantal vacatures voor AVG en andere medische professionals?
3. Welke effecten hebben de (eventuele) tekorten aan medische professionals?
4. Welke beleidsmaatregelen nemen organisaties en welke aanvullende mogelijkheden zien zij voor de toekomst?

2. Onderzoeksmethode

In 2014 en 2018 is online vragenlijstonderzoek uitgevoerd.^{2, 5} In 2014 zijn hiervoor 125 organisaties uitgenodigd op basis van de Jaardocumenten Maatschappelijke Zorg (DigiMV), in 2018 zijn alle 165 organisaties op de ledenlijst van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) benaderd. Aan de geadresseerden is gevraagd om de uitnodiging door te sturen naar de manager die verantwoordelijk is voor de medische zorg in de organisatie. Onder meer de personele bezetting voor de medische zorg, onderliggende visies en keuzes daarbij en aantallen vacatures zijn in kaart gebracht.

Aan 42 respondenten uit 2018 die bereid waren om aanvullende vragen te beantwoorden, zijn in maart 2020 vragen gesteld over de effecten van de personele tekorten, de beleidsinstrumenten die men inzet om hiermee om te gaan en de ontwikkelingen in de extramurale zorg. Parallel aan het onderzoek bij de gehandicaptenzorg-

organisaties in 2014 en 2018 is tijdbestedingsonderzoek uitgevoerd onder AVG, eveneens met een online vragenlijst. Hiervoor zijn alle AVG benaderd, 205 in 2014, 240 in 2018.^{2,5}

In dit artikel ligt de focus op resultaten uit de gehandicaptenzorgorganisaties waar artsen werkzaam zijn (65% van de organisaties). Waar relevant zijn ook de resultaten van de organisaties zonder artsen genoemd (35%).

Het onderzoek in 2020 dateert van vóór de coronacrisis. De effecten van deze crisis zijn niet meegenomen.

Respons

In 2018 hebben 75 van de 165 aangeschreven zorgorganisaties deelgenomen aan het onderzoek (respons 45%), in 2014 was dit aantal 51 (respons 41%). In de responderende organisaties was ongeveer 44% (2014) en 66% (2018) van het landelijke aantal fte AVG werkzaam, al dan niet in loondienst. De resultaten uit deze onderzoeken zijn gewogen naar een landelijk beeld. Van de 42 organisaties die in 2020 zijn benaderd, hebben er 20 gerepsondeerd, waarvan 18 met en twee zonder artsen.

Bij het tijdbestedingsonderzoek onder AVG was de respons 33% in 2014, 54% in 2018.

3. Resultaten

3a. Personele bezetting bij de medische zorg

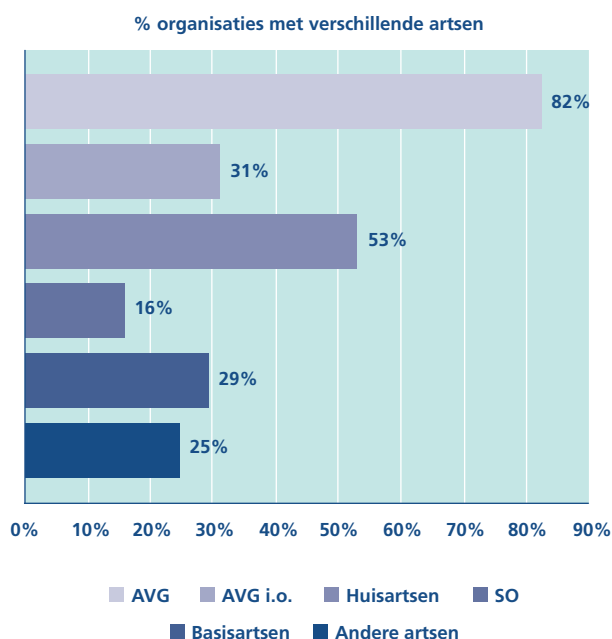
Organisatie van de medische zorg is divers

Hoe de medische zorg aan cliënten met een verstandelijke beperking is geregeld, en of er artsen werkzaam zijn in de organisatie, hangt nauw samen met de aard van de cliënten. Organisaties zonder artsen (35%) hebben vooral cliënten met zorgprofiel VG3 tot en met VG6 'zonder behandeling'. Dit zijn meestal, maar niet altijd, kleine organisaties. Medische zorg wordt geleverd door huisartsen in de wijk. Waar nodig kan een beroep worden gedaan op specialistische AVG-zorg via collega-organisaties, VG-poliklinieken e.d.

In bijna twee derde (65%) van de gehandicaptenzorgorganisaties zijn wel artsen werkzaam. Van deze artsen werkt 89% in loondienst, de overige 11% wordt ingehuurd vanuit een andere organisatie of als 'zelfstandige zonder personeel'. In deze organisaties verblijven vooral cliënten met zorgprofiel VG5 tot en met VG8, met behandeling. Ook in deze organisaties hebben de cliënten vaak een huisarts in de wijk. Dit is zo in bijna driekwart van de organisaties met artsen.

In organisaties met artsen werken naast de AVG (i.o.) ook andere artsen: basisartsen, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (SO) en overige artsen (kinderarts, psychiater). In 82% van deze organisaties werkt één of meerdere AVG; bijna één op de drie organisaties heeft één of meerdere aios (figuur 1). Daarnaast zijn huisartsen het vaakst vertegenwoordigd: meer dan de helft van de organisaties heeft deze in dienst of huurt deze in vanuit een andere organisatie of als zzp'er. In totaal werken er anno 2018 343 fte artsen in de gehandicaptenzorg, waarvan 184 fte AVG.

Figuur 1: Aandeel van de organisaties met artsen naar type arts, al dan niet in loondienst, 2018.

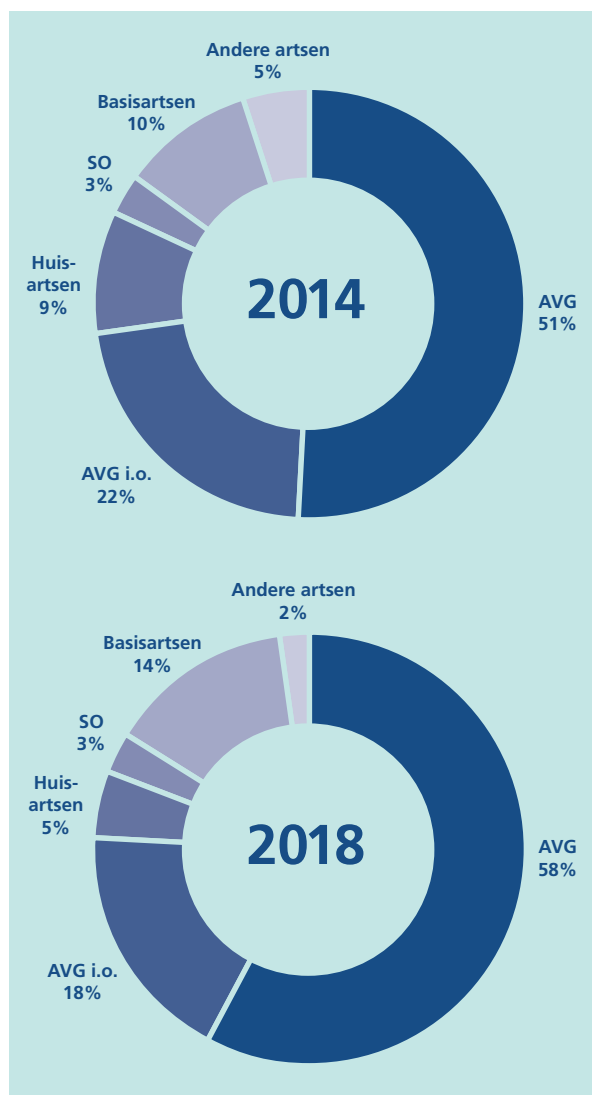


Aandeel van AVG in de medische bezetting neemt toe

Voor het in kaart brengen van de ontwikkelingen in de medische bezetting tussen 2014 en 2018 vergelijken we het aantal fte artsen dat in loondienst is bij de organisaties. De cijfers over de artsen niet in loondienst in 2014 zijn onvoldoende betrouwbaar.

Tussen 2014 en 2018 is het aandeel AVG in de artsenformatie toegenomen van 51% naar 58%. Het aandeel AVG i.o. is enigszins afgenomen (figuur 2), evenals het aantal huisartsen (van 9% naar 5%). De afname bij huisartsen betreft vooral huisartsen die in 2014 zowel huisartsenzorg als specialistische AVG-zorg boden. Deze zien we in het onderzoek van 2018 bijna niet terug. Het aandeel basisartsen laat een lichte stijging zien sinds 2014 (van 10% naar 14%).

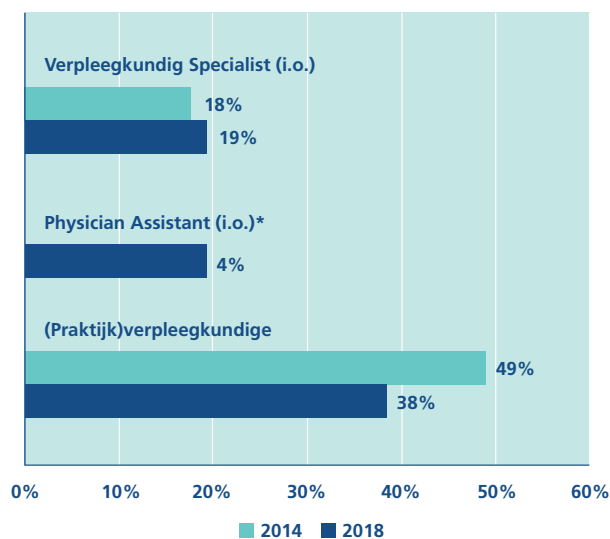
Figuur 2: Aandeel artsen in loondienst (in fte's) in de totale artsenformatie binnen de organisaties in 2014 en 2018.



Medisch/verpleegkundige ondersteuning van de AVG neemt af

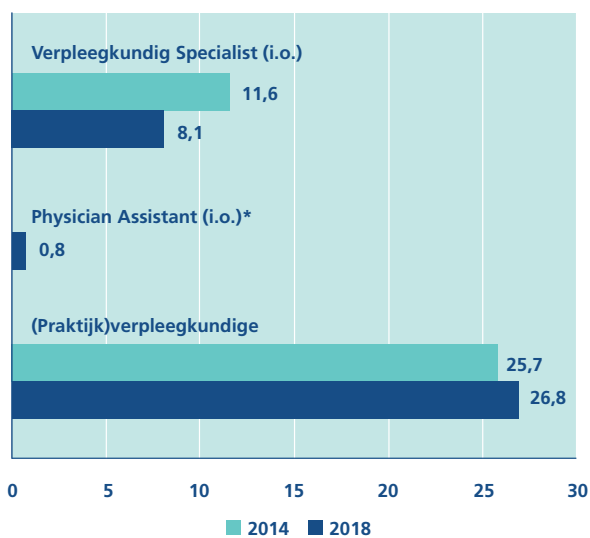
De artsen worden anno 2018 in 50% van de organisaties ondersteund door verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en/of (praktijk)verpleegkundigen ((P)VPK). In 2014 was dit 54%. Deze afname wordt veroorzaakt doordat in minder organisaties (P)VPK (i.o.) worden ingezet ter ondersteuning van de artsen (figuur 3). Het aantal uren ondersteuning per fte AVG dat de (P)VPK biedt is licht toegenomen. Het aandeel organisaties met VS (i.o.) is toegenomen, het aantal uren ondersteuning dat zij bieden per fte AVG is afgenomen (figuur 4).

Figuur 3: Aandeel organisaties met artsen met ondersteuning door de VS (i.o.), PA (i.o.) of (P)VPK (i.o.) in 2014 en 2018.



*niet uitgevraagd in 2014

Figuur 4: Ondersteuning in uren per fte AVG door VS (i.o.), PA (i.o.) of (P)VPK (i.o.) in 2014 en 2018.



*niet uitgevraagd in 2014

Overige ondersteuning van de artsen neemt toe

Bijna de helft van de organisaties heeft anno 2018 ondersteuning in de vorm van medisch secretariaat (MS) en doktersassistenten (DA). Driekwart van de organisaties heeft een medisch secretariaat, ongeveer 60% heeft doktersassistentie.

Over 2014 zijn dergelijke cijfers niet beschikbaar vanuit de onderzoeken onder gehandicaptenzorgorganisaties, maar wél vanuit het parallel uitgevoerde tijdbestedingsonderzoek onder AVG. Hieruit blijkt dat het aandeel AVG met deze

ondersteuning tussen 2014 en 2018 is toegenomen, bij de DA van 58% naar 80%, bij het MS van 49% naar 65%. Ook de omvang van de ondersteuning is toegenomen van totaal 29 uur naar 40 uur per fte AVG. De cijfers hierover zijn indicatief omdat in de onderzoeksgroep meerdere AVG in dezelfde organisaties werken.

3b. Vacaturegraad van de artsen

Vacaturegraad artsen neemt toe

In 2018 heeft bijna de helft van de organisaties met artsen vacatures voor één of meerdere medische professionals. Het aantal vacatures is hoog. Er is een forse toename te zien tussen 2014 en 2018. De vacaturegraad bij de AVG is gestegen van 12% naar 28%, in 2018 gaat het dan om ruim 50 fte. Meer dan driekwart van deze vacatures staat langer dan zes maanden open. Bij de huisartsen gaat het in 2018 om 11 fte aan vacatures, 29% van het aantal bezette arbeidsplaatsen. In 2014 werden geen vacatures voor huisartsen gerapporteerd. In 2020 blijkt het aantal vacatures voor AVG en huisartsen onveranderd hoog. Ook dan staan bijna alle vacatures voor AVG langer dan zes maanden open.

Naast daadwerkelijk gestelde vacatures, zijn er ook verborgen vacatures. Dit zijn vacatures die, bijvoorbeeld vanwege de geringe kans op succes, niet worden uitgezet. Bij navraag in 2020 blijkt dat vijf van de achttien organisaties verborgen vacatures hebben. Deze komen het meest voor bij AVG, maar ook bij huisartsen en basisartsen.

Kader 1: Suggesties om instroom in de AVG-opleiding te bevorderen (2020, n=13).

VG in curriculum en meer stages

- Veel meer aandacht voor verstandelijke beperking in het basiscurriculum en bij specialisaties en coschappen;
- Organiseren van meer stages en andere stages (bijv. meeloopstages);
- Verplichte stage VG in opleiding tot arts om zo kennis te maken met het vak.

Beroep in de schijnwerpers

- PR-offensief om het beroep in de schijnwerpers te zetten;
- Versterken van het imago van de AVG.

“Het beroep heeft enkele unieke aspecten die in andere specialisaties niet of nauwelijks terug te vinden zijn. Die komen onvoldoende voor het voetlicht: multi/interdisciplinair werken, medische zorg in de volle breedte, weinig administratieve lastendruk, positieve gezondheid centraal.”



Beroep aantrekkelijker maken voor AVG

- Meer directe zorgtaken, ook in de opleiding; (jonge) AVG wil cliënten zien;
- Bevorderen van samenwerking tussen specialisten waardoor er in teamverband gewerkt kan worden;
- Afwisseling: inzet in wz-zorg en polikliniek;
- Goede ondersteuning van AVG;
- Meer salaris: AVG in opleiding krijgt minder betaald dan aios ouderengeneeskunde.

Werving buiten huidige kaders

- Mogelijk mensen uit buitenland benaderen en baan + opleiding + woonplek aanbieden.

3c. Effecten van de tekorten

Effecten op het werk van de AVG

Zowel in 2018 als in 2020 vinden veel van de organisaties met artsen de medische bezetting in hun organisatie niet optimaal, meestal door de tekorten aan AVG en huisartsen. Daarnaast wijzen enkele organisaties op de kwetsbaarheid van het werken met slechts één AVG.

Van de achttien organisaties in 2020 hebben twaalf de afgelopen twee jaar (op enig moment) een tekort aan AVG of andere artsen gehad, bij sommige organisaties zijn de tekorten structureel. Gevolg hiervan is dat de caseload van de AVG te hoog wordt, wat tot overbelasting en uitval leidt. Meerdere respondenten geven daarnaast aan dat de AVG niet goed kan worden ingezet doordat de huisartsenzorg voor cliënten niet goed belegd kan worden. Het dekkend krijgen van de medische zorg, maar vooral ook de spoedzorg en de ANW-diensten, vraagt veel organisatie en samenwerking. Kleinschaligheid en afstand tussen locaties zijn daarbij complicerende factoren.

De primaire effecten van de tekorten op de organisatie van de medische zorg en het takenpakket van de AVG hebben vervolgens effect op de zorgkwaliteit.

Effecten op de zorgkwaliteit

Driekwart van de organisaties in 2020 geeft aan dat de focus ligt op de elementaire medische zorg aan de cliënten ‘met behandeling’. Bij lange onderbezetting wordt niet altijd gewerkt volgens richtlijnen en protocollen, men kan niet altijd voldoen aan verwachtingen van cliënten of verwijzers. Daarnaast ziet de helft dat cliënten met een complexe problematiek vaker door andere medische professionals worden gezien. Deze hebben echter niet altijd voldoende kennis van de doelgroep en/of de problematiek. Goede monitoring van de kwaliteit van deze zorg door de AVG is vervolgens door tijdgebrek niet goed mogelijk. Ten slotte noemen meerdere respondenten dat

vanuit de locaties/groepen meer behoefte is aan directe ondersteuning door de AVG. Dit vanwege de toenemende complexiteit van zorg, maar ook omdat verpleegkundige/medische zorg daar nog niet voldoende is geborgd.

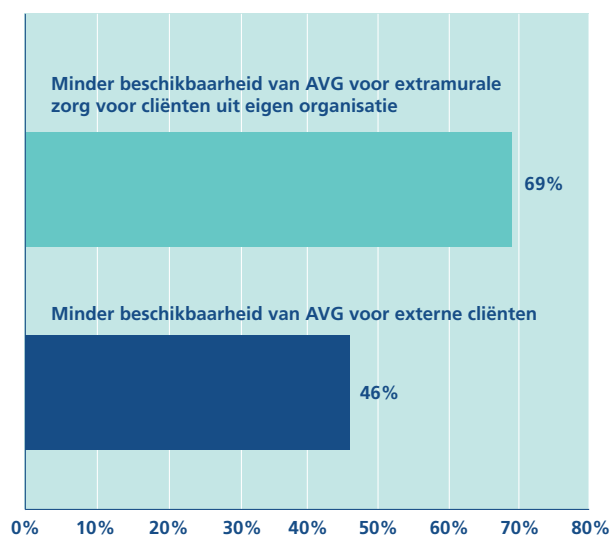
Door het zo goed mogelijk overeind houden van de medische zorg aan de cliënten 'met behandeling', ontstaan steeds langere wachtlijsten voor externe patiënten en komt de zorg aan cliënten 'zonder behandeling' onvoldoende van de grond.

"Met de huidige bezetting van AVG-artsen lukt het niet voldoende om de kwaliteit van zorg voor cliënten zonder behandeling (consultaties, medicatiescreeningen, adviezen aan reguliere huisartsen) te bieden die we feitelijk willen bieden."

"Na een aantal maanden onderbezetting van AVG, heeft dit geleid tot uitstel van onderzoek van cliënten. Alleen crisisvragen werden opgepakt."

Een relatief groot deel van de respondenten in 2020 is, bij tekorten aan AVG, minder beschikbaar (geweest) voor extramurale medische zorg aan cliënten uit de eigen organisatie zonder behandeling (69%) en/of voor externe cliënten (46%), zie figuur 5.

Figuur 5: Aandeel organisaties dat bij tekorten minder beschikbaar was voor extramurale medische zorg voor cliënten uit de eigen organisatie en/of externe cliënten (2020, n=13).



Vanwege het toenemende aantal VG-poliklinieken, meer extramurale cliëntgroepen en signalen dat de extramurale zorg onder druk zou staan, is in de onderzoeken aandacht besteed aan de ontwikkeling van de extramurale medische zorg. Resultaten daarvan staan samengevat in kader 2.

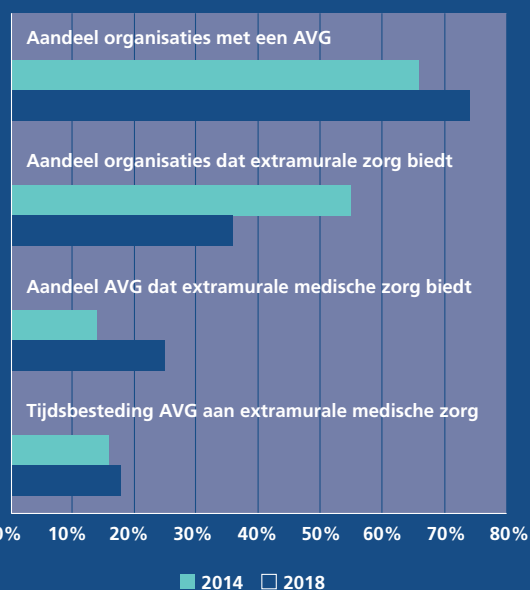
Kader 2. Ontwikkelingen in de omvang van de extramurale zorg.

Poliklinieken VG

Na een sterke groei van het aantal poliklinieken tussen 2009 en 2014 is de groei daarna enigszins afgevlakt. Anno 2020 zijn er 77 poliklinieken, naar schatting vanuit 45 unieke organisaties. Veertig hiervan maken onderdeel uit van gehandicapten-zorgorganisaties.

Minder organisaties leveren extramurale medische zorg

Ondanks de toename tussen 2014 en 2018 van het aantal organisaties waar een AVG werkt, is het aandeel organisaties dat extramurale medische zorg biedt in diezelfde periode afgenomen, van 55% in 2014 naar 36% in 2018.



Meer AVG leveren iets meer extramurale medische zorg

Het aandeel AVG dat extramurale medische zorg biedt is tussen 2014 en 2018 toegenomen, van 14% naar 25%. Ook zijn AVG sinds 2014 iets meer tijd gaan besteden aan extramurale medische zorg, van 16% van hun tijd in 2014 naar 18% in 2018. De tijdsbesteding aan cliënten met een lichte of

ernstige verstandelijke beperking en zwakbegaafden is toegenomen. Die aan cliënten met een matige verstandelijke beperking is afgenomen.

Groei van vraag naar extramurale medische zorg zet door

Tien van de twaalf respondenten in 2020 geven aan dat het aantal aanvragen sinds 2018 verder is toegenomen. Bij de meesten hiervan heeft dit geleid tot een toename van de tijdsbesteding van de AVG. Ook geven zij aan dat er het afgelopen jaar meer vraag naar extramurale medische zorg was dan zij konden leveren. Ook in 2018 kwam dit al voor. Toen was het aantal aanmeldingen 3% tot 50% hoger dan het aantal patiënten dat zorg heeft ontvangen. De toename van de vraag naar extramurale zorg komt volgens de respondenten door meer verwijzing, zowel vanuit de eigen branche als vanuit andere zorgsectoren:

- Door huisartsen en kinderartsen door de grotere bekendheid van de AVG en VG-poli;
- Vanuit de GGZ en de WMO door multi-problematiek (zoals psychiatrie en verslaving);
- Vanuit kleine organisaties zonder AVG, maar met complexe cliënten;
- Door cliëntenstops bij VG-poli's van andere zorgorganisaties.

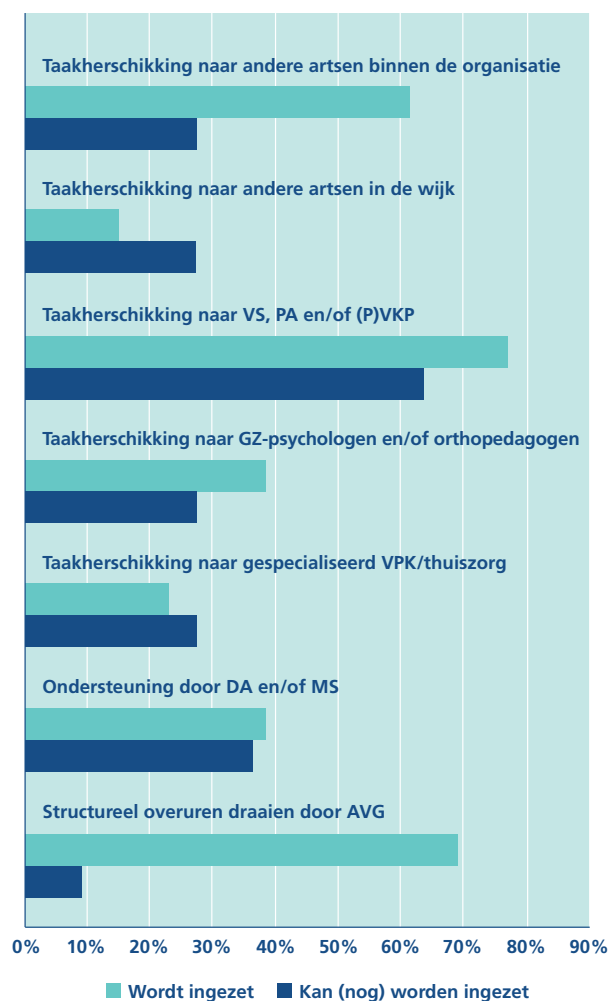
Organisaties die aangeven geen toename of zelfs een afname in de aanvragen te zien, wijzen erop dat zij de prioriteit leggen bij de eigen intramurale cliënten.

3d. Beleidsmaatregelen voor opvang tekorten

Beleidsmaatregelen om tekort aan AVG op te vangen

In 2020 is aan de organisaties gevraagd welke beleidsmaatregelen men op dit moment al inzet en op welke beleidsterreinen nog extra maatregelen kunnen worden genomen bij een groeiende medische zorgvraag van eigen of externe cliënten (figuur 6). Respondenten konden meerdere antwoorden geven.

Figuur 6. Ingezetten beleidsmaatregelen (n=13) en beleidsmaatregelen waar bij een toenemende medische zorgvraag nog extra inzet kan worden gepleegd (n=11), 2020.



Beleidsmaatregelen die vaak al worden ingezet zijn 'taakherschikking naar VS, PA, (P)VPK', 'taakherschikking naar andere artsen' en 'structureel overuren draaien door de AVG'. Voor de toekomst bieden de inzet van VS, PA en (P)VPK en ondersteuning door DA en/of MS nog kansen (figuur 6).

Respondenten hebben ook andere maatregelen genoemd die zij hebben genomen of die zij nog kunnen nemen. Deze staan in kader 3 samengevat. Het accent bij deze maatregelen ligt op samenwerking en werkproces gerelateerde maatregelen. Meerdere respondenten geven aan dat zij het bevorderen van de instroom in de opleiding tot AVG belangrijk vinden (kader 3).

Kader 3: Maatregelen die al genomen zijn of die in de toekomst nog kansen bieden bij de tekorten aan AVG en/of toenemende zorgvraag (uitvraag 2020, n=13).

Gericht op aantrekken en kwaliteitsverbetering van aanwezige professionals:

- Aannemen van anios en psychiaters, inleen van ZZP en detachering vanuit andere organisaties;
- Investeren in aios en basisartsen door overleg, toezicht en scholing;
- Taken en werkzaamheden beschrijven, medisch beleid vastleggen;
- Inzet op vergroting van de medische kennis en verpleegkundige vaardigheden op groepen.

Gericht op huisartsenzorg

- Triage door (ervaren) basisarts in de organisatie ter ontlasting van de huisarts in de wijk;
- Samen met huisartsen/HAP spoedzorg en huisartsen-geneeskundige zorg 24/7 organiseren;
- Goede vervolgacties zetten op op handen zijnde convenant over toegang tot eerstelijns geneeskundige zorg.

Werkprocesverbeteringen en kritisch kijken naar takenpakket AVG

- Faciliteren van AVG's middels een elektronisch cliënten/patiëntendossier met een goed medisch dossier;
- Prioritering van werkzaamheden, met goede afspraken over betrokkenheid AVG bij overleggen, vaste commissies (BIG en Geneesmiddelen, Palliatieve zorg enz);
- Werkprocessen doorlopen en ineffectiviteit verminderen: onnodige organisatorische taken weghalen bij AVG, centrale planning van MDO's en andere multidisciplinaire overleggen, verbeteren van triage, gedragskundigen meer inzetten op intramurale zorg, meer inzetten van VS/praktijkverpleegkundigen bij healthwatches en monitoring t.b.v. preventie;
- Aanstellen van een coördinator extramurale zorg.

Samenwerking met andere organisaties in de regio

- Artsen delen;
- Regionaal team met AVG, dat elkaar kan bijstaan en bij toerbeurt ANW-bereikbaarheid kan regelen;
- Samenwerking bij uitvoering onderzoeken (bijv. visus- en gehooronderzoek, ggz-problematiek);
- Samenwerking met grotere organisaties in de buurt (in geval van zeer veel verspreide kleine locaties);
- Inrichten van een regionale polikliniek van AVG i.s.m. psychiater, neuroloog, revalidatiearts, en specialist ouderengeneeskunde.

Belemmeringen voor het nemen van maatregelen

Meest genoemde belemmeringen voor de uitvoering van beleidsmaatregelen zijn de krappe arbeidsmarkt (voor zowel artsen als andere professionals) en de afnemende bereidheid van huisartsen om zorg te leveren aan cliënten met een verstandelijke beperking. Andere belemmeringen die men ziet:

- Begeleiders op de groepen zijn onvoldoende toegerust voor verpleegkundige taken;
- Inzet andere artsen/disciplines vergt veel investering aan scholing, supervisie, begeleiding;
- Medisch dossier in bestaande EPD's is onvoldoende faciliterend voor de medische zorg;
- Decentrale organisatie bemoeilijkt goed positioneren en inzetten van medisch secretariaat en dokters-assistenten.

Ook wordt gewezen op de investering die nodig is om taakherschikking op een goede manier in te zetten.

“Het inzetten van andere artsen/disciplines vergt veel investering aan scholing, supervisie en begeleiding.”

Tenslotte wordt een aantal belemmeringen genoemd die een landelijke aanpak vragen, zoals landelijke wetgeving die zorgt voor toename van de workload van AVG (bijv. de Wet Zorg en Dwang) en de grote diversiteit aan indicaties en geldstromen die leiden tot veel registratie en uitzoekwerk.

4. Beschouwing

De in dit artikel beschreven onderzoeken schetsen het beeld van veel diversiteit in de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Daarbij valt op dat er veel vacatures voor artsen zijn. De vele langdurig openstaande of zelfs verborgen vacatures voor artsen onderstrepen het grote tekort aan AVG, dat binnen vrijwel alle zorgorganisaties gevoeld wordt. Daarbij komt dat het ook lastiger is geworden om de huisartsenzorg te beleggen bij huisartsen in de wijk. De personele tekorten hebben ongewenste effecten op de zorg. Actie op meerdere vlakken is nodig om het tij te keren.

Effecten van tekorten

Organisaties proberen de tekorten zo lang mogelijk op te vangen door efficiënter te organiseren en samen te werken. Ook draaien artsen vaak structureel overuren.

Op den duur kunnen effecten van de tekorten op de kwaliteit van de medische zorg echter niet uitblijven. Dit geldt zowel voor de intramurale cliënten 'met behandeling' als voor cliënten en patiënten die zijn aangewezen op extramurale medische zorg. Uiteindelijk gaan 'eigen' cliënten dan voor en krijgt de extramurale medische zorg minder prioriteit, terwijl er wel veel vraag naar is. Zorgwekkend effect van de tekorten aan AVG is dan ook dat de extramurale medische zorg in het gedrang komt. In de onderzoeken uit 2018 en 2020 blijkt dat de inzet van AVG voor deze zorg nauwelijks toeneemt, terwijl het aantal aanvragen wel stijgt. Meerdere onderzoeken bevestigen deze resultaten. Zo wijst onder meer onderzoek uit 2017 uit dat er een aanzienlijke toename van externe cliënten is: vanuit de GGZ en de forensische zorg en van thuiswonende mensen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid.⁶ Deze mensen komen steeds vaker bij de AVG terecht, door de steeds complexer geworden maatschappij. Door de nadruk op participatie en zelfregie staat het functioneren van deze groepen onder hoge druk. Een analyse van de declaratiegegevens van Vektis uit 2016 en 2017, laat zien dat de omvang van de extramurale medische zorg door de AVG tussen die twee jaren niet is veranderd.³

Waarschijnlijk zal de vraag naar extramurale medische zorg verder toenemen. De nieuwe bekostiging van extramurale zorg met een zelfstandige betaaltitel voor AVG is daarbij eveneens een belangrijke ontwikkeling.⁷ Voor huisartsen wordt het hierdoor gemakkelijker om cliënten direct te verwijzen naar een AVG. Het is echter de vraag in hoeverre het voor organisaties en AVG mogelijk zal zijn om aan die vraag tegemoet te komen als de capaciteitsproblemen in de weg blijven staan.

Meer basisartsen interesseren voor het vak

De toename aan basisartsen is (mede) gevolg van het aanhoudende tekort aan AVG. Daarnaast trekken organisaties ook basisartsen aan in de hoop hen te kunnen interesseren voor de opleiding tot AVG. Het Capaciteitsorgaan heeft de minister van VWS geadviseerd het aantal jaarlijkse nieuwe opleidingsplaatsen voor AVG te verhogen van 24 naar 57.³ Het bevorderen van de instroom in de opleiding wordt dan ook cruciaal geacht om het tekort aan AVG terug te dringen. Daarvoor is het nodig dat het beroep van AVG bekender en aantrekkelijker wordt. Geneeskundestudenten zouden eerder in hun studie door coschappen en meeloopstages kennis kunnen maken met het beroep van AVG. Onderwijs over de verstandelijk gehandicapten geneeskunde moet worden opgenomen in het basiscurriculum.

Versterking van het imago van de branche en positieve PR voor het beroep zijn nodig. Landelijke campagnes om

meer aios te werven, moeten versterkt en doorgezet worden. De veelzijdigheid en de breedte van het specialisme in vergelijking met andere medische beroepen moet veel meer belicht worden. Daarbij moet er intensief gewerkt worden aan het aantrekkelijker maken van het vak. Bijvoorbeeld door meer directe zorgtaken, meer ondersteuning, meer samenwerking in multidisciplinaire teams en meer erkenning voor het specialisme te creëren, ook in arbeidsvoorwaardelijke zin.

Nadere samenwerking en afspraken met huisartsen cruciaal

Veel cliënten hebben een huisarts in de wijk voor de algemeen medische zorg, de 'echte' huisartsenzorg.^{1-2, 5} Dit wijst erop dat de AVG een duidelijk specialistische positie heeft verworven. Deze specialistische positie is echter alleen houdbaar als er voldoende huisartsen zijn die de huisartsenzorg voor cliënten uit de zorgorganisaties op zich nemen. De bereidheid hiertoe bij huisartsen lijkt echter af te nemen. Het tekort aan huisartsen speelt hierbij - onder meer - een rol.⁸

Over de inzet van huisartsen is recent veel discussie ontstaan. Huisartsen blijken zich vaak overvraagd te voelen bij het omgaan met en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.^{9-10, 11} De AVG heeft een belangrijke consultfunctie, maar de afstemming daarover is niet altijd optimaal.

VWS werkt samen met de VGN, LHV, InEen, de NVAVG en andere stakeholders aan een convenant waarin afspraken worden vastgelegd om de algemene medische zorg voor mensen met een beperking te verbeteren.

Meer inzet VS en (P)VPK biedt kansen

De afname van de medisch/verpleegkundige ondersteuning door de VS wordt bevestigd door onderzoeken naar alumni van de masteropleidingen tot VS.¹² Daaruit blijkt dat het aantal fte VS werkzaam in de gehandicaptenzorg tussen 2016 en 2019 is gedaald van 34 naar 32. Dit lijkt het verder benutten van mogelijkheden voor taakherschikking naar deze professionals in de weg te staan, terwijl dit wel als een belangrijke oplossingsrichting voor het tegengaan van de tekorten aan AVG wordt gezien.

Werving van meer verpleegkundigen moet eveneens onderdeel uitmaken van een actieplan om de tekorten aan artsen te verzachten. Immers, verpleegkundigen uit de eigen organisatie (of branche) vormen vaak een belangrijk reservoir voor de opleiding tot VS. In de gehandicaptenzorg is het huidige aantal verpleegkundigen naar verhouding echter gering.¹³ Werving van deze professionals sluit ook aan bij de toegenomen zorgcomplexiteit en de vraag naar betere triage en borging van de verpleegkundige zorg op de teams.

Verder gelden de eerdergenoemde aanbevelingen voor het stimuleren van de instroom van basisartsen evenzeer

voor de instroom van verpleegkundig specialisten, physician assistants en (praktijk)verpleegkundigen.

Efficiënter inrichten van werkprocessen

Organisaties benoemen het belang van het efficiënter inrichten van werkprocessen, zoals het weghalen van organisatorische taken bij de AVG, prioritering van werkzaamheden en betere digitale facilitering. Naast een kritische interne analyse van de werkprocessen, zijn er ook enkele landelijke aanbevelingen. Er moet gewaakt worden voor onnodige bureaucratie door wet- en regelgeving. De invoering van de Wet zorg en dwang wordt aangehaald als werkdruk verhogend voor de AVG. Ook de veelheid aan indicaties en geldstromen die gepaard gaan met de intramurale en extramurale zorg aan verschillende typen cliënten leiden tot veel registratie en uitzoekwerk. Mogelijk biedt de nieuwe financiering van extramurale medische zorg hierin al verbetering. Het verhogen van de efficiency, waaronder het verlagen van regeldruk, moet een voortdurend aandachtspunt zijn op alle niveaus.

Bovenal: krachten bundelen

Omdat alle zorgorganisaties te maken hebben met tekorten, is er steeds meer aandacht voor regionale samenwerking. Het bieden van beter samenhangende en efficiëntere zorg en ondersteuning aan cliëntgroepen kan de druk op alle medische professionals verlichten. Organisaties richten zich daarom op het bevorderen van de afstemming tussen AVG, huisartsen en andere specialisten in de regio en de samenwerking met andere organisaties. Voor de gehandicaptensector met veel decentrale, kleinschalige locaties is het bundelen van kennis, kunde en capaciteit cruciaal. Meer samenwerken, bijvoorbeeld rondom adequate spoedzorg en ANW-zorg, het organiseren van regionaal multidisciplinair teamwerk en het 'delen' van artsen kan oplossingen bieden voor de krappe bezetting. Ook het regionaal samenwerken bij het opleiden van AVG verdient aanbeveling. Zo kunnen organisaties slagvaardiger worden en hun kansen op het aantrekken en behouden van personeel vergroten. Succesverhalen op dit gebied zouden breed gedeeld en gesteund moeten worden, zodat opschaling naar regionaal en landelijk niveau mogelijk wordt.

i.bloemendaal@prismant.nl

Literatuur

1. Bloemendaal, I., Windt, W. van der, Verijdt, F., & Albers, D. (2011). *Medische zorg door Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten: doelgroepen, context en tijdsbesteding. Onderzoek ten behoeve van de raming AVG's 2010*. Utrecht: Kiwa Prismant.
2. Bloemendaal, I., & Windt, W. van der (2014). *Medische zorg aan verstandelijk gehandicapten en ontwikkelingen in het werk van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2014*. Utrecht: Kiwa Carity.
3. Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht: Auteur.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019). *Voortgangsrapportage Werken in de Zorg. Geraadpleegd op 2 maart 2020 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/12/20/voortgangsrapportage-werken-in-de-zorg>*
5. Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.
6. RebelGroup Executives bv. (2017). *Groei in de langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg: Onderzoek naar de ontwikkeling van het aantal mensen met een indicatie voor langdurige verstandelijk gehandicaptenzorg in de periode 2012 tot en met 2016*. Rotterdam: Auteur.
7. <https://www.vgn.nl/nieuws/minister-informeert-kamer-overheveling-geneeskundige-zorg-naar-de-zvv>.
8. Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.
9. Landelijke Huisartsen Vereniging, & Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2017). *Handreiking Samenwerking huisarts & AVG*. Utrecht/Enschede: Auteurs.
10. Landelijke Huisartsen Vereniging (2019). *Leidraad 'Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen'*. Utrecht: Auteur.
11. Heutmekers, M. (2020). *Out-of-hours primary care for people with intellectual disabilities: out-of-sight, out-of-touch, out-of-mind [Proefschrift]*. Nijmegen: Radboudumc.
12. Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.
13. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/81551NED?dl=1E8FA>.

Websites: geraadpleegd op 20 mei 2020. ■