



## Bijlage A

# Toegang tot zorg en ondersteuning: rollen, ervaringen en meningen van huisartsen

Lia van der Ham, Anja Steenbekkers en Anna Maria Marangos



Bijlage bij de publicatie:

*Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg.*

ISBN 978 90 377 0875 2



# Inhoud

A.1	Inleiding	6	
	A.1.1	Achtergrond	6
	A.1.2	Werkwijze	7
A.2	Resultaten	9	
	A.2.1	Huisartsen over de hervormingen in de langdurige zorg	9
	A.2.2	De rol van huisartsen en samenwerking in de toegang tot langdurige zorg	11
	A.2.3	Ervaringen met de toegang tot wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en ggz vanuit de Zvw	13
	A.2.4	Ervaringen met de toegang tot ondersteuning vanuit de Wmo 2015	18
	A.2.5	Ervaringen met de toegang tot zorg vanuit de Wlz	20
	A.2.6	Ervaringen en meningen van huisartsen over (zorgelijk) niet-gebruik van zorg	21
A.3	Conclusies	25	
	Literatuur	26	
	Noten	28	

## A.1 Inleiding

### A.1.1 Achtergrond

De Hervorming Langdurige Zorg (HLZ) die in 2015 werd doorgevoerd, had gevolgen voor allerlei zorggebieden, ook voor de huisartsenzorg. Vanwege deze hervormingen krijgen huisartsen nu te maken met een grotere groep thuiswonende patiënten, die vaak een complexere zorgvraag hebben. Samen met andere eerstelijnszorg, zoals de wijkverpleging – die sinds 2015 vanuit de eerste lijn wordt gegeven – leveren huisartsen ‘zorg in de wijk’ die erop gericht is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen (TK 2013/2014a). Huisartsen vervullen bovendien een belangrijke rol in de route naar (langdurige) zorg en ondersteuning. Zij kunnen naar andere wettelijke kaders (o.a. de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Wet langdurige zorg (Wlz)) verwijzen en zijn een relevante samenwerkingspartner voor de overige partijen die bij die wetten zijn betrokken. Ook hebben huisartsen in het nieuwe zorgstelsel een formele rol gekregen in het indiceren van eerstelijnsverblijf (ELV) vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) (kader 2.1). Daarnaast hebben zij mogelijk zicht op mensen die juist geen gebruikmaken van zorg en ondersteuning terwijl zij die wel nodig hebben.

Om beter zicht te krijgen op de rollen, ervaringen en meningen van huisartsen met betrekking tot de toegang tot de langdurige zorg en ondersteuning voerde het SCP een klein kwalitatief onderzoek uit onder huisartsen. Dit onderzoek maakt deel uit van de bredere evaluatie van de HLZ. In een andere deelstudie is het NIVEL ingegaan op de samenwerkingsrol van de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) (De Groot et al. 2018).

De onderzoeksvragen in de hier beschreven deelstudie zijn:

- In hoeverre hebben huisartsen veranderingen opgemerkt in de toegang tot langdurige zorg en ondersteuning ten opzichte van 2015? Wat is hun mening over deze veranderingen?
- Hoe zien huisartsen hun rol in de toegang tot de langdurige zorg en ondersteuning? Met welke professionals en op welke wijze heeft de huisarts in dit kader contact of een samenwerkingsrelatie?
- Wat zijn de ervaringen en opvattingen van huisartsen met betrekking tot de toegang tot de zorg en ondersteuning vanuit de Zvw (wijkverpleging, geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnsverblijf), de Wmo 2015 en de Wlz? Wat vinden ze goed gaan met betrekking tot de toegang en wat niet?
- Welk beeld hebben huisartsen van het vóórkomen van zorgelijk niet-gebruik van professionele zorg en ondersteuning door thuiswonende cliënten en de oorzaken hiervan?

## A.1.2 Werkwijze

In het kader van deze deelstudie werden in de tweede helft van 2017 elf huisartsen geïnterviewd door twee onderzoekers. Daarbij werd gebruikgemaakt van een semigestructureerde vragenlijst en een voicerecorder. De gesprekken zijn woordelijk getranscribeerd. Aan de hand van een codeerlijst zijn de elf gesprekken in Atlas-Ti gecodeerd en geanalyseerd.

De werving van respondenten heeft langs twee routes plaatsgevonden. Enerzijds via een oproep door het Nationale Huisartsen Genootschap (NHG) en door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Daarnaast zijn huisartsen in de regio Leiden en de regio Eindhoven geworven via het netwerk van de onderzoekers. Bij de werving werd niet gestreefd naar representativiteit, maar is gezocht naar diversiteit in de mate van stedelijkheid van het werkgebied (stad/platteland), grootte van de huisartsenpraktijk (eenmanspraktijk/groepspraktijk) en verschillende typen huisartsen (reguliere huisartsen / kaderhuisartsen ouderengeneeskunde ).

Onder de geworven respondenten waren meer vrouwelijke huisartsen (zeven) dan mannelijke huisartsen (vier). Vertegenwoordigd zijn huisartsen uit plattelandsgebieden, verstedelijkte dorpen en stedelijke gebieden. Een van de respondenten maakte deel uit van een regionale huisartsencoöperatie waarin ruim 100 huisartsen samenwerken. Onder de respondenten zijn vier kaderhuisartsen ouderengeneeskunde.



## A.2 Resultaten

We beschrijven de bevindingen uit de elf interviews met huisartsen aan de hand van vier hoofdthema's. We illustreren de bevindingen met citaten van de bevroegde huisartsen (aangeduid met H1 t/m H11).

We beginnen dit hoofdstuk met een algemene indruk van huisartsen van wat er veranderd is in de langdurige zorg in het kader van de HLZ. Vervolgens geven we een beschrijving van hun rol in de toegang tot langdurige zorg. Daarna gaan we dieper in op de ervaringen van huisartsen met de toegang tot de Zvw (wijkverpleging, het eerstelijnsverblijf en de geestelijke gezondheidszorg (ggz)), de Wmo 2015 en de Wlz. Tot slot besteden we aandacht aan de indrukken en ervaringen van huisartsen met zorgelijk niet-gebruik, oftewel mensen die geen gebruikmaken van zorg en ondersteuning, maar dit wel nodig hebben.

### A.2.1 Huisartsen over de hervormingen in de langdurige zorg

#### Bekendheid met het stelsel van de langdurige zorg is beperkt

We vroegen de elf huisartsen naar de veranderingen die zij al dan niet hadden opgemerkt als gevolg van de HLZ. We vroegen ook naar eventuele veranderingen in hun eigen rol. De meeste huisartsen, zeiden al snel niet goed bekend te zijn met (de veranderingen in) het stelsel van langdurige zorg. Ze weten niet precies welke zorg en ondersteuning onder welke wet valt. Sommigen merkten op last te hebben van onduidelijkheden in de afbakening van de wetten. Een aantal huisartsen zei niet precies te hoeven en willen weten hoe dit zit. Het maakte hun niet uit welke zorg vanuit welke wet wordt geleverd.

*In eerste instantie bekommer ik me eigenlijk niet zo om alle wetten en regelgeving, dan kijk ik van: 'dat los ik vast wel op, op een of andere manier', dan probeer ik*

*diverse loketjes te gebruiken om met mij mee te denken. En soms weet ik het en vaak weet ik het ook niet, want dan zie je door de bomen het bos niet meer. (H2)*

*In de dagelijkse praktijk ben je niet de hele tijd bezig met 'dit is Wmo-geld en dit is Zvw-geld [...]. Het is meer dat de ondersteunende professionals, zoals een casemanager of een thuiszorgorganisatie, mij erop wijzen van: 'o, maar dat kan wel van Wmo-geld' en dat gaan we dan zo regelen. (H3)*

### Geen grote wijzigingen bemerkt, maar wel verandering op specifieke punten

De elf bevroegde huisartsen bemerkten slechts in beperkte mate verandering in het zorglandschap als gevolg van de HLZ. Ze noemden een aantal specifieke punten waarop volgens hen een en ander veranderd was in de laatste jaren. De volgende punten noemden ze het vaakst:

- tekort aan capaciteit en middelen in de thuiszorg;
- meer taken voor de eerstelijnszorg (o.a. huisartsen en wijkverpleegkundigen), onder andere doordat mensen langer thuis wonen met complexere problematiek;
- het wegvallen van voorzieningen om langer thuis wonen te faciliteren (o.a. welzijnsvoorzieningen en geschikte woningen);
- toenemende eenzaamheid;
- toename in de ingewikkeldheid van het stelsel.

In de paragrafen A.2.3, A.2.4 en A.2.5 komen de ervaringen van huisartsen met deze onderwerpen uitgebreider aan bod.

## A.2.2 De rol van huisartsen en samenwerking in de toegang tot langdurige zorg

### Huisartsen zijn soms actieve regisseur van zorg, soms minder actieve doorverwijzer

Wanneer we huisartsen in de interviews naar eventuele veranderingen in hun rol in de (toegang tot de) langdurige zorg vroegen, zeiden ze dat ze weinig veranderingen zagen. De huisartsen benoemden allemaal hun rol in de toegang tot de langdurige zorg, naast hun zorgverlenende taken. Hoewel deze rol over het algemeen kan worden beschreven als 'toeleider naar zorg', waren er wel nuances in hoe huisartsen deze rol typeerden. Een deel van de huisartsen omschreef een actieve rol voor zichzelf als coördinator/regisseur van zorg of als spil in de zorgverlening. Ook noemden sommige huisartsen een actieve rol in het signaleren van problemen die (meer) zorg vragen. Een ander deel omschreef hun rol in minder actieve termen als doorverwijzer en toegangspoort of als degene die patiënten op de verschillende zorgmogelijkheden wijst.

*Ik zie als huisarts wel een soort [rol als] regisseur: degene die het overzicht houdt en waarbij hopelijk ook de signalen binnenkomen als het niet meer gaat, zelf [signalen] ziet, maar ook de signalen van burens, familie, patiënten zelf, maar die geven dat niet altijd zelf aan. (H7)*

*In eerste instantie proberen wij altijd mensen zelf dingen te laten regelen. Ouderen kunnen dat vaak niet zelf, dus dat zijn vaak de kinderen. We geven wel aan wat de mogelijkheden zijn, wat het uiteindelijke doel kan zijn van een aanvraag. (H4)*

### Cruciale samenwerking met praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen in de eerstelijnszorg

Belangrijke samenwerkingspartners die de elf huisartsen noemden, zijn vooral eerstelijnsprofessionals. Vooral de praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen werden genoemd als belangrijke personen met wie men samenwerkt bij het regelen van de toegang en het coördineren van zorg. Deze professionals nemen vaak een groot deel van de coördinatietaken op

zich. Praktijkondersteuners werden specifiek benoemd als degenen die een goed beeld hebben van de verschillende mogelijkheden voor zorg en ondersteuning in de gemeente (de sociale kaart). Wijkverpleegkundigen werden regelmatig genoemd als degenen die wijkverpleging of thuiszorg kunnen regelen, doordat zij zelf voor deze organisaties werken. Regelmatig hebben huisartsen (of hun praktijkondersteuners) zelf ook contact met thuiszorgorganisaties voor het regelen van zulke zorg. Huisartsen zeiden regelmatig dat het prettig is als er bij deze organisaties vaste contacten zijn en/of als deze goed te bereiken zijn. Meerdere huisartsen zeiden dat het per organisatie verschilt hoe soepel het contact verloopt, en dat het in een kleinere gemeente gemakkelijker is om 'korte lijnen' te hebben, doordat er minder aanbieders zijn en men elkaar vaak kent. Verder werd regelmatig de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde genoemd als nuttige samenwerking, bijvoorbeeld bij zaken rondom Wlz-indicaties. Met transferverpleegkundigen van ziekenhuizen had een deel van de huisartsen contact, en enkelen zeiden dat dit contact aan het toenemen was.

*We hebben ook een praktijkondersteuner ouderen, die is geboren en getogen in het dorp, dus die kent ook alles en iedereen. Dus als ik daar een vraag over heb, als iemand aan mij vraagt: 'hoe krijg ik mijn moeder in het verzorgingshuis', denk ik van: 'nou, zij gaat je bellen en dan krijg ik het te horen'. (H4)*

*Wij hebben veel belang bij een sterke wijkverpleegkundige die daar een beetje als een soort casemanager de spil in kan zijn en [...] dat werkt soms al heel goed hoor, maar ook niet overal. Ja, dat is ook wel weer heel wisselend. Het hangt toch vaak ook op mensen en ja wij hebben natuurlijk ook met heel veel thuiszorgorganisaties te maken, dus ook met veel aanbieders die dan wijkverpleegkundigen hebben. Maar we hebben dus met heel veel mensen te maken, het is erg versnipperd. (H9)*

### Contact met Wmo- en Wlz-partijen is wisselend

Met partijen die bij de Wmo 2015 en de Wlz betrokken zijn, is de mate van contact wisselend bij de elf huisartsen die wij spraken. Zo hadden sommigen in verband met de Wmo 2015 geen enkel contact met het wijkteam of ze waren hier niet bekend mee, terwijl anderen zeiden daar af en toe mee te overleggen of vaste contactpersonen te hebben. Met gemeenteambtenaren hadden

huisartsen weinig contact, al waren er vaak wel plannen of initiatieven om elkaar te (gaan) leren kennen en eventueel gezamenlijk afspraken te maken over de toegang tot zorg (zie verder § A.2.4).

In het kader van de Wlz zeiden de meeste huisartsen dat zij af en toe contact hadden met het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Meestal ging dit over de indicatiestelling rondom specifieke casussen. Zij waren over het algemeen niet of zeer beperkt betrokken bij het aanvragen van indicaties voor Wlz-zorg (zie verder § A.2.5).

### A.2.3 Ervaringen met toegang tot de wijkverpleging, eerstelijnsverblijf en ggz vanuit de Zvw

#### Positief over toegang tot de wijkverpleging, maar zorgen over tekorten in de thuiszorg

De meeste huisartsen die wij spraken, waren van mening dat de toegang tot de wijkverpleging (bv. medicatie toedienen, wonden verzorgen, hulp bij het wassen en aankleden) goed geregeld is. Als reden hiervoor noemden ze bijvoorbeeld dat mensen deze toegang weten te vinden, dat deze laagdrempelig is en dat zij deze vorm van hulp als huisarts redelijk gemakkelijk kunnen inzetten. Een aantal huisartsen noemde ook als positief punt dat wijkverpleegkundigen zelf kunnen indiceren. Hier staat tegenover dat bijna alle huisartsen zorgpunten noemden die volgens hen te maken hebben met tekorten in de thuiszorg, en dan vooral een tekort aan personeel. Een deel van de huisartsen vertelde bijvoorbeeld dat het regelmatig erg lastig was om een organisatie te vinden die op korte termijn ruimte heeft voor een patiënt. In deze gevallen moesten ze (of hun praktijkondersteuner) verschillende organisaties bellen voordat ze erin slagen om zorg te regelen. Hoewel dit uiteindelijk wel lukt, is dit niet altijd bij de gewenste organisatie of op de gewenste (korte) termijn. Bovendien vraagt dit veel extra tijd van de huisarts of de praktijkondersteuner. In het kader van de tekorten in de thuiszorg die zij signaleren, uitten enkele huisartsen ook hun zorgen over de kwaliteit van de wijkverpleging. Ze merkten dat het personeel lager geschoold is dan voorheen, terwijl de problematiek die mensen hebben juist ernstiger en complexer is, aangezien meer mensen langer thuis wonen. Huisartsen vermoedden dat dit ertoe kan leiden dat

niet altijd de juiste (hoeveel) zorg wordt geboden. Overigens waren er ook enkele huisartsen die geen problemen ervoeren wat betreft capaciteit of middelen in de thuiszorg.

*Thuiszorg heeft gewoon personeelstekort en voor hele eenvoudige zorg als een been zwachtelen, wordt gewoon nee verkocht. Dan heb je het niet over één team, maar dan heb je het over drie organisaties in [deze gemeente] die zeggen: 'nou, we hebben geen personeel'. (H3)*

*De kwaliteit van de zorg is zonder meer omlaaggegaan en dan bedoel ik ermee de kwaliteit van de medewerkers, waarbij er overgeschakeld is van verpleegkundige naar ziekenverzorgers naar verzorgende. Dus het opleidingsniveau is dramatisch gedaald in de thuiszorg. Daar hebben we heel erg veel last van en dan lijkt het op papier allemaal te kloppen, maar in de praktijk klopt er dus helemaal niks meer van. (H6)*

*Wijkverpleging kan ik voor iedereen regelen die het nodig heeft. En daar zijn de lijntjes kort en mensen kunnen het zelf aanvragen, ook via de gemeente, omdat dat ook toegang is tot wijkverpleging. En ik kan ook zelf de coördinator bellen, ik zeg: 'mevrouw die en die kan het niet goed, kunt u daar eens... ja, medicatie toedienen of wat dan ook'. (H10)*

### **Vooraf tevredenheid over eerstelijnsverblijf wanneer er een regionaal coördinatiepunt is**

De elf geïnterviewde huisartsen hadden in verschillende mate te maken met eerstelijnsverblijf (ELV, zie kader A.2.1). Enkele huisartsen zeiden hier niet of nauwelijks mee van doen te hebben. De overige huisartsen hadden hier af en toe mee te maken en sommigen vaak. Huisartsen regelen ELV overigens niet altijd zelf; dit wordt ook door wijkverpleegkundigen of andere professionals gedaan.

---

### **Kader A.2.1**

#### **Eerstelijnsverblijf (ELV)**

ELV is 'verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg' (Verenso 2018a). ELV is een kortdurende opname in een verpleeghuis of zorgcentrum en is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet meer of nog niet verantwoord in hun eigen woonomgeving kunnen verblijven, maar voor wie geen opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling nodig wordt geacht (zie ook hoofdstuk 6). De indicatie voor eerstelijnsverblijf wordt afgegeven onder verantwoordelijkheid van de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapt (ZIN 2018). Afhankelijk van de geconstateerde problemen kan de huisarts de patiënt verwijzen naar laagcomplex of hoogcomplex eerstelijnsverblijf (LHV en ActiZ 2017). Bij de verwijzing laagcomplex verricht de huisarts de geneeskundige behandeling aangevuld met verpleging en verzorging, en eventueel consulten door de specialist ouderengeneeskunde. Bij de verwijzing hoogcomplex verricht de specialist ouderengeneeskunde de totale geneeskundige behandeling binnen een zorg-leefklimaat ingericht op de doelgroep.

---

Er waren wisselende ervaringen met het regelen van ELV onder de geïnterviewde huisartsen. Enkele huisartsen zeiden hier niet goed mee bekend te zijn en/of hier nauwelijks mee te maken te hebben. Een paar huisartsen waren tevreden met hoe de toegang hiertoe geregeld was. In hun gemeente verliep dit via regionale coördinatiepunten, waarbij men via één telefoonnummer opvang op een ELV-bed kan (laten) organiseren. Zulke regionale coördinatiepunten zouden sinds 1 april 2018 een landelijk dekkend netwerk moeten vormen. Het merendeel van de elf geïnterviewde huisartsen zei (eind 2017) echter dat er in hun regio geen sprake was van een regionaal coördinatiepunt. In sommige van deze regio's werd daar wel aan gewerkt, volgens de huisartsen. De huisartsen in regio's zonder coördinatiepunten vonden allemaal dat de toegang tot eerstelijnszorg daar nog niet goed geregeld was, en dachten dat een regionaal coördinatiepunt dit

zou verbeteren en zou helpen de huisartsen te 'ontzorgen'. Het vaakst gehoorde knelpunt was namelijk dat het huisartsen nu vaak veel moeite en tijd kost om een (geschikte) plek te vinden. Deze huisartsen hebben zelf geen overzicht van de beschikbare plekken en bij gebrek aan een coördinatiepunt moeten ze vaak meerdere organisaties bellen voordat ze een plek hebben gevonden. Een aantal van hen zei dat het hun niet altijd lukt om een geschikte plek te regelen. Anderen zeiden dat dit uiteindelijk wel lukt, hoewel dit niet altijd de gewenste en/of meest geschikte plek is. Een paar huisartsen noemden dat het vooral lastig is om een passende plek te vinden voor ouderen met cognitieve beperkingen of gedragsproblemen, omdat niet alle instellingen of afdelingen toegerust zijn op deze problematiek.

Meerdere huisartsen noemden in de interviews knelpunten rondom de indeling in laag- en hoogcomplex ELV (zie kader A.2.1). Zij zeiden ten eerste dat voor hen niet altijd duidelijk is wanneer laag- of hoogcomplex verblijf van toepassing is. Enkele huisartsen hadden het idee dat mensen soms op het verkeerde type bed terechtkomen, onder andere doordat het juiste type niet beschikbaar is of door een onjuiste inschatting van de complexiteit van de problematiek.

Huisartsen hadden soms te maken met de overdracht van patiënten vanuit of naar een andere gemeente in verband met eerstelijnsverblijf. Wanneer een patiënt een ELV-bed buiten zijn/haar gemeente of regio krijgt toegewezen, wordt de zorg voor deze patiënt namelijk overgedragen aan een huisarts in de gemeente waar het ELV-bed zich bevindt. Diverse huisartsen legden uit dat het soms lastig voor hen was om patiënten overgedragen te krijgen, omdat zij onbekend zijn met de patiënt en niet altijd voldoende informatie krijgen over de situatie.

Enkele huisartsen noemden de afstemming tussen ELV en andere vormen van zorg. Zo lijkt de invulling van respijtzorg (tijdelijke overname van zorgtaken ter ontlasting van een mantelzorger) in gemeenten gevolgen te hebben voor het gebruik van eerstelijnsverblijf. Twee huisartsen waren van mening dat respijtzorg niet goed geregeld was in hun gemeente en dat dit leidde tot meer – en soms oneigenlijk – gebruik van eerstelijnsverblijf. Een andere huisarts die niet bekend was met eerstelijnsverblijf dacht dat situaties waar tijdelijk meer zorg nodig was, werden opgevangen door de thuiszorg.



*Dat is gewoon slecht geregeld. Er is een enorm aanbod, er is ook vraag, maar ergens lukt het me nog steeds niet om dat met elkaar te matchen. [...] Je hebt allerlei verschillende organisaties die eerstelijnsverblijf regelen, waarom niet één nummer voor de huisartsen, een 113- of 114-nummer bijvoorbeeld: ik heb iemand en zoek iemand, en dan gaat het systeem werken waar je dan terecht kan. Nee, dat kan niet, moeten alle huizen apart bellen. (H10)*

*Want nu is het voor huisartsen, er werd laatst nascholing gegeven over ELV laag en hoog, dat is voor huisartsen vaak ontzettend lastig wat het nou is en hoe het zich verhoudt tot respijt- en geriatrische revalidatiezorg. En ook: wat is nou laag en wat is nou hoog? Dat vind ik zelf ook nog steeds gewoon lastig. (H7)*

*Bij dat verzorgingshuis zit een eerstelijnsverblijf en ik had een mevrouw die daar ook woonde en die uiteindelijk naar een eerstelijnsverblijf ging in [een andere regio], omdat het thuis niet meer ging. [...] Buiten de regio, ja, omdat er binnen de regio op dat moment geen plek was en uiteindelijk is dat ook een drama geworden, omdat bleek dat die ELV helemaal niet ingericht was op hoogcomplexere zorg. (H8)*

### Lange wachtlijsten voor specialistische ggz

De lange wachttijden voor de specialistische ggz werden door veel huisartsen genoemd als knelpunt wanneer het in de interviews ging over tot de toegang tot geestelijke gezondheidszorg (ggz) vanuit de Zvw. Men noemde wachttijden oplopend tot een jaar. Daarentegen was men over het algemeen tevreden over de toegang tot crisiszorg, de basis-ggz en de zorg vanuit de POH-ggz. Huisartsen vertelden dat de POH-ggz veel van de mensen opvangen die op een wachtlijst staan voor gespecialiseerde ggz. De druk op de POH-ggz neemt hierdoor wel toe, waardoor er soms ook wachtlijsten voor de POH-ggz ontstaan. Het knelpunt van de wachtlijsten tot gespecialiseerde zorg wordt soms gezien in het kader van de HLZ van de laatste jaren, waarbij meer mensen in de eerstelijnszorg terechtkomen. Er waren ook huisartsen die zeiden dat zulke wachtlijsten al langer bestaan en/of zij plaatsten deze in het kader van de eerder ingezette beddenreductie en ambulantisering in de ggz.

*Vind ik over het algemeen lang duren, crisissituaties dat kan altijd, ik bedoel ze hebben een goede crisisdienst. Maar toegang tot [specialistische] ggz, ja kan soms behoorlijk lang duren, maar daar zijn diverse mogelijkheden binnen de ggz of binnen een particuliere, we hebben hier in [deze gemeente] behoorlijk wat ggz-psychologen die een eigen praktijk hebben. [...] We hebben een praktijkondersteuner ggz, dus die zit inmiddels wel helemaal nokkievol. (H1)*

## A.2.4 Ervaringen met toegang tot de ondersteuning vanuit de Wmo 2015

### Weinig zicht op de Wmo 2015 onder huisartsen

Uit de interviews bleek dat de huisartsen een beperkte rol hadden in de toegang tot ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Meerdere huisartsen dachten dat mensen de toegang tot Wmo-ondersteuning over het algemeen zelf weten te vinden. Wanneer de huisartsen hierbij betrokken waren, beperkte hun rol zich vaak tot het wijzen op de mogelijkheid om Wmo-ondersteuning aan te vragen bij het Wmo-loket of sociaal wijkteam. Mensen regelen dit vervolgens vaak zelf, behalve waar het kwetsbaardere mensen of mensen zonder sociaal netwerk betreft. Zij worden vaak wel op weg geholpen door de (praktijkondersteuner van de) huisarts. Sommige huisartsen vertelden dat zij (of hun praktijkondersteuner) ook wel eens een actievere rol speelden door een sociaal wijkteam in te schakelen, of ondersteuning direct te regelen bij de desbetreffende aanbieder. Hoewel huisartsen dus beperkt zicht hadden op de toegang tot de Wmo 2015, dachten zij over het algemeen dat deze toegang goed geregeld was. Een aantal huisartsen dacht dat dit was verbeterd door de inzet van sociale wijkteams, die dicht bij de mensen staan. Volgens sommigen zouden de banden tussen deze teams en de huisartsen nog wel kunnen worden verbeterd, aangezien informatie-uitwisseling soms nog beperkt was en ook niet altijd duidelijk was welke taken sociale wijkteams op zich nemen.

Huisartsen hadden vaak weinig zicht op de Wmo 2015 in het algemeen. Een aantal huisartsen zei het een ingewikkeld systeem te vinden, bijvoorbeeld vanwege het gebrek aan overzicht over alle mogelijkheden of onduidelijkheden over de afbakening tussen de Wmo 2015 en de Zvw. Wanneer

het over concrete voorzieningen ging, noemde een deel van de huisartsen knelpunten rondom huishoudelijke hulp. Net als bij de wijkverpleging verwezen ze hierbij naar bezuinigingen en capaciteitsproblemen in de thuiszorgsector. Zij zagen dat een deel van de mensen beduidend minder uren aan huishoudelijke hulp kreeg en in een aantal gevallen dachten ze dat dit te weinig was of dat mensen van hulp afzien vanwege de kosten. Daarnaast signaleerden huisartsen een algemeen gebrek aan voorzieningen ter ondersteuning van mensen die (langer) thuis wonen. Het ging dan om huishoudelijke hulp, maar ook om welzijnsvoorzieningen en sociale activiteiten die in sommige gemeenten waren weggefallen, en om geschikte woningen, zoals aanleunwoningen.

*Ze hebben daar zo'n lokaal loketfunctie, die is wel echt stevig neergezet, rondom vragen rondom de Wmo. [...] Dat heeft de toegang wel bevorderd. Wat je wel terug hoort ook van mensen is dat als je niet echt heel assertief bent, dan word je wel zo weggestuurd met 'zoek maar op de site, dat kunt u daar en daar invullen'. Daar haken toch ouderen en verstandelijk beperkten op af. (H8)*

*De hele Wmo vind ik een beetje een veelkoppig monster geworden. (H6)*

*Ik weet dat die inkomensafhankelijke bijdrage voor hulp in de huishouding gigantisch op kan lopen. [...] Dus dat hoor ik ook weleens dat ze zeggen van: 'sorry, maar dat vind ik te duur'. En vooral mensen die het eerst al hadden, zeg maar de hulp thuis, de hulp in de huishouding die aangaven van: 'goh, eerst kon je dus van alles vragen', zo iemand [hulp in de huishouding] werd dan ook een beetje een vertrouwenspersoon. En nu het zo uitgekleeft is, dan vinden ze die 17 euro per uur, wat het dan soms is, ook wel heel duurbetaald, vooral als het dan echt het hoognodige is wat er schoongemaakt wordt. (H1)*

## A.2.5 Ervaringen met de toegang tot zorg vanuit de Wlz

### Beperkte rol van huisartsen bij Wlz-aanvragen

Uit de interviews kwam naar voren dat huisartsen bij de Wlz – net als bij de Wmo 2015 – een beperkte rol spelen in de toegang. Zij vertelden dat mensen Wlz-zorg vaak zelf aanvragen en dat ze daar soms bij worden geholpen door een wijkverpleegkundige, casemanager of specialist ouderengeneeskunde. Een deel van de huisartsen vertelde wel dat ze bij de toegang tot de Wlz betrokken waren door informatie te verstrekken aan het CIZ, die dan wordt gebruikt om te bepalen of een indicatie kan worden verstrekt. Over het algemeen hadden huisartsen de indruk dat deze toegang goed verloopt, al waren er ook enkele huisartsen die hier minder goede ervaringen mee hadden ('ik vind het nog steeds een ramp').

Een concreet onderwerp dat rondom de toegang tot de Wlz door meerdere huisartsen naar voren werd gebracht, was de terughoudendheid van huisartsen en patiënten bij het aanvragen van een Wlz-indicatie. Men wacht hiermee vanwege de vermindering van het aantal uren aan zorg en de hogere eigen bijdrage bij Wlz-zorg thuis, vergeleken met de situatie onder de Wmo 2015 en/of Zvw. Een van de huisartsen merkt dat hierdoor weinig gebruik wordt gemaakt van Wlz-zorg thuis en noemt deze situatie 'een fout in het systeem'.

*Op zich loopt dat [toegang tot de Wlz] wel goed. Wat ik een heel groot struikelblok vind en wat vind ik echt wel een beetje in de weg staat, is de mensen die echt meer zorg nodig hebben en ook meer geld daarvoor nodig zouden hebben. [...] Die families zijn vaak heel terughoudend om dat aan te vragen. Daar zitten bepaalde angsten bij van: 'o, dan moet ik naar het verpleegtehuis' en dat kan ik dan nog wel uitleggen. De eigen bijdrage die is heel onduidelijk, want ik heb zelf eens zitten uitzoeken van 'nou, hoe zit dat dan'. (H3)*

## A.2.6 Ervaringen en meningen van huisartsen over (zorgelijk) niet-gebruik van zorg

### Niet-gebruik van zorg is lastig in te schatten, maar wel een zorgpunt voor huisartsen

Alle elf geïnterviewde huisartsen vertelden te maken hebben met mensen die zorg mijden, maar dit volgens hen wel nodig zouden hebben. Sommige huisartsen zeiden hier een enkele keer per jaar mee te maken te hebben, terwijl dit bij anderen vaker voorkomt. Hoe vaak zorgelijk niet-gebruik precies voorkomt, vinden de meeste huisartsen lastig in te schatten. Het gaat immers om mensen die geen contact met zorgverlenende instanties hebben. Er waren ook een paar huisartsen die dachten het niet-gebruik min of meer in beeld te hebben doordat ze goed bekend zijn met de wijk en de mensen die daar wonen. Er waren wisselende ideeën over trends in het aantal zorgmijders. De meeste huisartsen dachten dat niet-gebruik een verschijnsel 'van alle tijden' is, waar de laatste jaren geen veranderingen in te merken waren. Anderen dachten dat het aantal zorgmijders was toegenomen. Sowieso zagen huisartsen zorgmijding als een lastige kwestie. Zij noemden dan problematische gevallen, waarbij duidelijk hulp nodig is, maar deze om diverse redenen niet wordt gebruikt. Zo kan het voorkomen dat mensen geen zorg willen, of zorg uitstellen vanwege de kosten (eigen bijdrage en eigen risico), bijvoorbeeld als het gaat om huishoudelijke hulp of fysiotherapie. Soms willen mensen in het geheel niets met (zorgverlenende) instanties te maken hebben. Een andere reden is dat mensen zelf vinden dat het allemaal wel goed gaat en soms ook onvoldoende ziekte-inzicht hebben om de ernst van de situatie goed te kunnen inschatten. Artsen vonden dat – hoe zorgelijk ook – het niet willen gebruiken van zorg uiteindelijk moet worden gerespecteerd. Alleen wanneer mensen wilsonbekwaam zijn, kan soms worden ingegrepen door middel van een gedwongen opname.

## Huisartsen zijn belangrijk bij het in beeld krijgen van zorgmijders, maar liever niet via standaard screenings

Zorgmijders komen vaak bij huisartsen in beeld doordat hun familie, vrienden of burens aan de bel trekken, zo blijkt uit de interviews. Soms komen mensen zelf bij de huisarts vanwege een specifieke klacht, waarna blijkt dat er veel meer aan de hand is dan waarvoor diegene komt. De meeste huisartsen noemden daarnaast ook specifieke activiteiten om kwetsbare mensen in beeld te krijgen en houden, hoewel geen van hen een sluitende oplossing zag. Sommige huisartsen probeerden samen met de praktijkondersteuner te bekijken bij welke van hun patiënten zij mogelijk problemen verwachten (vooral onder ouderen) en deze mensen actiever te benaderen. Een huisarts zei sowieso veel sociale huisbezoeken af te leggen, waardoor er gemakkelijker een vinger aan de pols te houden is in de wijk. Een andere huisarts zei dat er in de gemeente goede ervaringen zijn met Welzijn op recept, waarbij vanuit de gemeente laagdrempelige welzijnsactiviteiten werden ingezet. Hierdoor lukt het welzijnsmedewerkers soms om 'achter de voordeur' te komen bij mensen die zorg mijden, waarna het gemakkelijker wordt om ook contact met de huisarts te leggen.

Huisartsen noemden ook de optie om bij alle ouderen boven een bepaalde leeftijd een standaard screening te houden. Ze waren hier echter geen voorstander van, omdat ze dachten dat alleen de mensen die al in beeld zijn hierop afkomen en zorgmijders juist niet. Huisartsen benadrukten dat vooral de laagdrempeligheid van huisartsenzorg (en het contact met de praktijkondersteuner) en de vertrouwensband tussen de huisarts en zijn/haar patiënten helpen om zorgmijders in beeld te krijgen. Daarnaast noemden sommigen de rol van het sociaal wijkteam en de GGD in het opvangen van signalen van zorgelijk niet-gebruik.

*Ik denk dat er een heleboel energie in [een standaard screening onder ouderen] gaat zitten. Dan heb je de gezonde mensen die komen over het algemeen, die vinden het wel leuk om even te horen dat ze gezond zijn. En de mensen die problemen hebben, ik denk dat het juist averechts zou werken. Dus ik denk dat je er meer aan hebt om het probleem breed kenbaar te maken, mensen aan te geven waar ze met hun signalen*

*terecht kunnen en de drempel naar de huisarts zo laag mogelijk houden, dat is een groot goed denk ik, dus ook de financiële drempels. (H2)*

### Zorgen over kwetsbare patiënten die langer thuis wonen

Veel huisartsen zeiden dat ze duidelijk konden merken dat minder mensen gebruik kunnen maken van Wlz-zorg in instellingen, doordat zij onder de huidige regelgeving niet in aanmerking voor een Wlz-indicatie. Zij hebben vaker te maken met mensen met zwaardere, complexere problematiek dan voorheen. De extra taken en aandacht die deze groep patiënten behoeft, zorgen voor extra werkdruk voor huisartsen. Daarnaast vragen meerdere huisartsen zich af of deze groep nu voldoende geholpen is, zeker gezien de tekorten die ze signaleren bij de thuiszorgorganisaties en het wegvallen van (eerdergenoemde) Wmo-voorzieningen. Meerdere huisartsen maken zich ook zorgen over de eenzaamheid die ze onder deze groep kwetsbare patiënten zien.

*Maar de overheid wilde, geloof ik ook wel in, dat mensen langer thuis woonden. Maar om dat goed te kunnen organiseren, moet er wel voldoende ondersteuning zijn en het lijkt me dat dat enorm uitgekleeft wordt. Dus de verpleeghuizen verdwijnen, thuiszorg wordt uitgekleeft, en de mensen komen dan met allerlei medische klachten bij mij, terwijl ik niet de oplossing weet. Dat vind ik wel een frustratieding. (H7)*

*Wij zien toch ook heel veel ouderen [...] waarbij het zelfstandig wonen gewoon echt een zware opgave is. Daarbij komt vaak toch: als mensen echt oud worden, vallen een heleboel mensen in de omgeving weg, partner is weggevallen, vrienden, kennissen zijn weggevallen. Dus we zien ook heel veel eenzaamheid bij mensen die dus verder niet echt nu in aanmerking zouden komen voor een verzorgingshuis qua beperkingen, maar die door de stapeling van kwalen plus de hoge leeftijd en het wegvallen van het sociale netwerk toch erg vereenzamen. (H11)*

## A.3 Conclusies

Al met al schetsen de interviews met huisartsen een divers beeld dat duidelijk maakt dat huisartsen uiteenlopende ervaringen hebben met de toegang tot (langdurige) zorg en ondersteuning. Deze uiteenlopende ervaringen reflecteren waarschijnlijk verschillen tussen gemeenten, wijken, huisartsenpraktijken en huisartsen zelf. Door middel van interviews hebben we enig zicht op de diverse ervaringen van huisartsen gekregen en hebben we een indruk van wat er goed loopt en wat minder goed in de toegang tot zorg en ondersteuning. Het is van belang om te beseffen dat huisartsen – ondanks hun belangrijke rol in de route tot zorg en ondersteuning – vaak beperkt zicht hebben op het huidige zorgstelsel. Dit betreft vooral onbekendheid met de mogelijkheden in de gemeente (Wmo 2015) en langdurige zorg vanuit de Wlz en de precieze afbakening van wetten. Hoewel huisartsen zichzelf wel zien als toeleider naar zorg, lijken sommigen hier een actievere, meer regisserende rol in te vervullen dan anderen. Die regisserende rol is vooral gericht op (medische) zorg die vanuit de Zvw wordt gefinancierd, terwijl hun rol in relatie tot de Wmo 2015 en de Wlz beperkt blijft. De huisartsen in ons onderzoek hebben vaak de indruk dat de toegang tot (langdurige) zorg en ondersteuning redelijk goed geregeld is, hoewel er ook duidelijke zorgpunten zijn. Door velen worden problemen ervaren door de tekorten in de thuiszorgsector en de toegang tot eerstelijnsverblijf. Dit brengt voor huisartsen extra werkdruk in de zin van regelwerk en taken met zich mee. Sowieso kost het hun en hun praktijkondersteuners moeite om de weg te vinden in het naar hun idee vaak ingewikkelde zorgsysteem. Verder uitten veel huisartsen die we voor dit onderzoek spraken hun zorgen over ontoereikende zorg en ondersteuning voor langer thuiswonenden patiënten met complexe problematiek, waarbij ze vooral het risico op vereenzaming zien. In de interviews weerklinkt dan ook vooral een oproep aan overheden om te voorzien in voldoende middelen, (woon)voorzieningen en menskracht, om op die manier de kwaliteit van zorg en ondersteuning voor langer thuiswonende inwoners te kunnen waarborgen.



## Literatuur

Groot, Kim de, Anke de Veer, Simone Versteeg en Anneke Francke (2018). *Het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning voor thuiswonende patiënten*. Utrecht: NIVEL.

Landelijke vereniging POH-ggz (2018). *Functieprofiel Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 9 april 2018 via <https://www.poh-ggz.nl/over-poh-ggz/functieprofiel>.

LHV en ActiZ (2017). *Verwijskader en medische zorg eerstelijns verblijf*. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging en ActiZ.

TK (2013/2014a). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.

TK (2013/2014b). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 maart 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 29538, nr. 152.

Velden, L.F.J. van der, en R.S. Batenburg (2017). *Aantal huisartsen en aantal FTE van huisartsen vanaf 2007 tot en met 2016: werken er nu meer of minder huisartsen dan 10 jaar geleden en werken zij nu meer of minder FTE?* Utrecht: NIVEL.

Verenso (2018a). *Eerstelijnsverblijf (ELV)*. Geraadpleegd op 9 april 2018 via [https://www.verenso.nl/dossiers/financiering\\_producten/eerstelijns-verblijf](https://www.verenso.nl/dossiers/financiering_producten/eerstelijns-verblijf).

Verenso (2018b). *De specialist ouderengeneeskunde*. Geraadpleegd op 9 april via <https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde>.

V&VN (2014). *Expertisegebied transferverpleegkundige*. Utrecht: V&VN.

ZIN (2018). *Verblijf (Zvw)*. Geraadpleegd op 20 april 2018 via

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verblijf-zvw>.

#### Geraadpleegde websites

[www.laego.nhg.org](http://www.laego.nhg.org)

## Noten

1. In 2015 werd de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) afgeschaft, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) herzien, de Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd en de Zorgverzekeringswet (Zvw) werd aangevuld met onder meer de aanspraak wijkverpleging.
2. Kaderhuisartsen zijn gespecialiseerd in het leveren en organiseren van zorg voor ouderen. In totaal zijn er in Nederland ongeveer 140 kaderartsen ouderengeneeskunde ([www.laego.nhg.org](http://www.laego.nhg.org)) op een populatie van ongeveer 12.000 huisartsen (Van der Velden en Batenburg 2017).
3. Een specialist ouderengeneeskunde is een arts die is gespecialiseerd in zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken met verschillende gezondheidsproblemen. Specialist ouderengeneeskunde zijn net zoals andere specialisten officieel geregistreerd. De specialist werkt bijvoorbeeld in een verpleeghuis, ziekenhuis of in de eerstelijnszorg. Afhankelijk van de indicatie van een patiënt en afstemming van taken tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde wordt de specialist bekostigd vanuit de Zvw of de Wlz (Verenso 2018b).
4. De transferverpleegkundige is de 'specialist in continuïteit van zorg, de spin in het web als het gaat om transfers van het ziekenhuis naar huis en naar andere zorginstellingen'. (V&VN 2014).
5. Onder wijkverpleging wordt verstaan: 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop' (TK 2013/2014a: 7). Concreet gaat het bij verpleging en verzorging bijvoorbeeld om medicatie toedienen, wonden verzorgen en hulp bij het wassen en aankleden in de

thuisomgeving. Deze zorg wordt voornamelijk geleverd aan mensen met lichamelijke aandoeningen (bij wie meestal sprake is van medische problematiek) en mensen met dementie.

6. Respijtzorg is 'zorg waardoor een mantelzorger tijdelijk ontlast wordt van zijn taak. Verschillende vormen van vervangende zorg zijn daarbij mogelijk, zoals thuisopvang, dagopvang, kortdurend verblijf of inzet van informele zorg' (TK 2013/2014b: 50).
7. Huisartsen werken vaak samen met de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-ggz) 'die hen ondersteunt bij de begeleiding en behandeling van patiënten met psychische, psychosociale of psychosomatische problematiek' (Landelijke vereniging POH-ggz 2018).