

HET ONDERZOEK

*Medische zorg voor mensen
met een verstandelijke handicap*

AWBZ of Zorgverzekeringswet?

Michiel Wesseling
Eric van Wijlick

Projectenbureau KNMG. Utrecht, januari 2008

een samenwerkingsproject van LAD, NVAVG en KNMG

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Beschrijving van het onderzoek	4
3.	Onderzoeksresultaten	5
4.	Analyse van de onderzoeksresultaten	10
5.	Aanbevelingen	12
	Bijlage 1: Vragenlijst voor de interviews	13
	Bijlage 2: Geïnterviewde personen	14
	Bijlage 3: Geraadpleegde literatuur	15

Het onderzoek 'Medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap AWBZ of Zorgverzekeringswet?' is uitgevoerd

- door Projectenbureau KNMG
- in opdracht van en gefinancierd door de LAD
- en inhoudelijk begeleid door de NVAVG

1. Inleiding

Er vindt discussie plaats over een verschuiving van zorg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (ZVW).

In de visie van de federatie KNMG¹, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)², het College voor zorgverzekeringen (CVZ)³, een werkgroep van Zorgverzekeraars Nederland (ZN)⁴, een interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO)⁵, en zorgverzekeraar UVIT⁶ kan de verpleeghuiszorg (behandeling en verpleging) worden overgeheveld naar de ZVW.

Er zijn ook tegengeluiden te horen. Zorgverzekeraar Achmea⁷ en werkgeversorganisaties VNO-NCW en MKB-Nederland⁸ pleiten voor instandhouding van de AWBZ, inclusief de verpleeghuiszorg, respectievelijk met het oog op 'bescherming van de marktwerking'(!) in de ZVW en macrokostenbeheersing(!).

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zal grotendeels verdwijnen uit de AWBZ. Alleen de chronische intramurale GGZ zal, vanaf één jaar, (voorlopig) AWBZ zorg blijven⁹.

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) vragen zich met het oog op deze ontwikkelingen af hoe de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten binnen het verzekeringsstelsel gepositioneerd dient te worden. Verdient het de voorkeur dat deze zorg niet, gedeeltelijk, of volledig wordt overgeheveld van de AWBZ naar de ZVW?

De vermaatschappelijking van de zorg¹⁰ en deconcentratie van zorginstellingen¹¹ zullen er waarschijnlijk toe leiden dat steeds meer mensen met een verstandelijke handicap gebruik gaan maken van de eerstelijns medische, paramedische en farmaceutische zorg (bijvoorbeeld de huisarts, fysiotherapeut, logopedist en apotheek), die vanuit de ZVW worden gefinancierd. Zij zullen daarbij echter wel diverse vormen van gespecialiseerde zorg (= zorg met specifieke deskundigheid op het gebied van verstandelijke handicaps) nodig blijven hebben¹²:

"Huisartsen in ons onderzoek achten zich ruim voldoende toegerust om de primaire medische zorg aan mensen met een verstandelijke handicap te kunnen geven. ...

De ondersteuning van de AVG, een specialist op het gebied van mensen met een verstandelijke beperking, wordt niettemin door de meeste huisartsen zeer belangrijk tot belangrijk gevonden. Dit komt overeen met het onderzoek van Bond, Kerr, Dunstan en Thapar (1997)¹³.

Zoals ook Evenhuis (2002)¹⁴ van mening is, blijkt er een behoefte te zijn aan ondersteuning, met name als er sprake is van handicap-gerelateerde vraagstellingen."

De LAD en de NVAVG hebben het Projectenbureau KNMG gevraagd om een onderzoek uit te voeren naar de toekomstige positionering en financiering van medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.

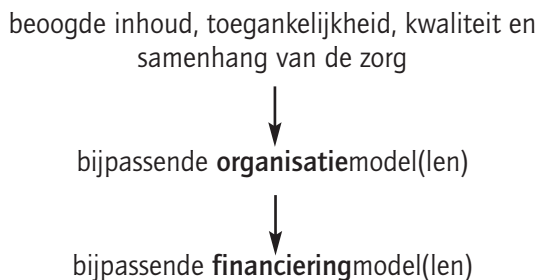
Wat zijn de gevolgen van een overheveling (van delen van) de gespecialiseerde medische zorg naar de ZVW? Zijn er argumenten om de medische zorg voor bepaalde categorieën verstandelijk gehandicapten vanuit de AWBZ te blijven financieren? Welke garanties zijn er voor behoud van de toegankelijkheid en kwaliteit en samenhang van de zorg? Hoe staat het met de bescherming van kwetsbare patiënten tegen de gevolgen van de marktwerking? Wat zijn de mogelijkheden van AVG's om zich vrij te kunnen vestigen en om een beter marktconform inkomen op te eisen?

2. Beschrijving van het onderzoek

In overleg met de LAD en NVAVG zijn de volgende onderzoeksvragen vastgesteld:

- 1 Wat zijn de verschillende opties voor de financiering van de medische zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, rekening houdend met de ontwikkeling van het vakgebied (medische zorg voor verstandelijk gehandicapten) en rekening houdend met de vermaatschappelijking en extramuralisering van de zorg?
- 2 Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van de verschillende opties voor zowel de mensen met een verstandelijke handicap als voor de AVG?

Uitgangspunt voor het onderzoek is dat de beoogde inhoud, toegankelijkheid, kwaliteit en samenhang van de zorg bepalend worden voor de toekomstige organisatie van deze zorg en daarmee voor het toekomstige financieringsmodel:



Beide onderzoeksvragen zijn onderzocht door middel van interviews met zorginhoudelijk, organisatorisch en/of financieel deskundigen en belanghebbenden en een literatuurstudie. Tijdens het onderzoek is besloten om de literatuurstudie in omvang te beperken, toen bleek dat de literatuur wel de huidige (financiering van de) zorg voor verstandelijk gehandicapten en de toekomst van de AWBZ beschrijft, maar niet inzoomt op de onderzoeksvragen (zie de **literatuur in bijlage 3**). Via de interviews is veel nuttige informatie over de onderzoeksvragen verkregen.

Voor de **interviews** is de vragenlijst gebruikt die is opgenomen in **bijlage 1**. Aan de geïnterviewden is anonimisering van de interviewresultaten toegezegd, zodat zij vrijuit konden spreken.

Doel van het onderzoek was het inventariseren en van zoveel mogelijk argumenten voor en tegen financiering van de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten vanuit de AWBZ en/of vanuit de ZVW. Het onderzoek is een argumentenonderzoek. Het tracht inzicht te geven in het scala van argumenten en de validiteit van de verschillende argumenten, los van het draagvlak voor de verschillende argumenten bij de diverse stakeholders (zorgaanbieders, patiënten en consumenten, zorgverzekeraars, wetenschappers en de overheid). Voor een draagvlakmeting is onderzoek onder een groter aantal personen per stakeholder noodzakelijk.

Bijlage 2 geeft een overzicht van de **geïnterviewde personen**. De interviews hebben plaatsgevonden in augustus en september 2007.

De interviews hebben veel meer informatie opgeleverd dan sec antwoord op de vragen uit de vragenlijst. Om deze informatie niet verloren te laten gaan, zijn de resultaten van de interviews in deze rapportage niet geordend per vraag van de vragenlijst, maar zijn de resultaten van de interviews geclusterd tot voor beantwoording van de onderzoeksvragen relevante onderwerpen. Verwijzingen naar relevante literatuur zijn in de rapportage van de interviewresultaten verwerkt.

3. Onderzoekresultaten

Onbekendheid van zorgaanbod AVG

Een belangrijke uitkomst uit de interviews is, dat voor huisartsen, zorgverzekeraars en de overheid onvoldoende duidelijk is wat artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) nu eigenlijk te bieden hebben. Omdat de doelgroep 'verstandelijk gehandicapten' de geïnterviewden na aan hart ligt, achten zij het van belang dat er een gespecialiseerde arts voor deze doelgroep beschikbaar is. De onbekendheid van de zorg van de AVG maakt deze arts dus niet onbemind.

Welke zorg een AVG kan bieden in aanvulling op de huisartsenzorg en medisch specialistische zorg, is voor de meeste geïnterviewden echter niet helder. Volgens een aantal geïnterviewden levert de AVG geen eerstelijnszorg, geen tweedelijnszorg, maar anderhalfdelijns zorg. Een aantal geïnterviewden vraagt zich of dit betekent dat de AVG vooral over extra vaardigheden beschikt inzake het communiceren met verstandelijk gehandicapten, of dat er ook sprake is van specifieke medische deskundigheid, die verschilt van de gecombineerde deskundigheid van huisartsen en medisch specialisten.

Conclusie van veel geïnterviewden is dat AVG de overstap van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) niet kunnen maken voordat helder is voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars wat hun zorgproducten zijn en **wat hun toegevoegde waarde is ten opzichte van de combinatie van huisartsenzorg en medisch specialistische zorg.**

Veel geïnterviewden achten het van groot belang dat de NVAVG de komende jaren veel aandacht besteedt aan het informeren van individuele huisartsen en medisch specialisten over het zorgaanbod van de AVG en de samenwerkingsmogelijkheden. Een aantal geïnterviewden stelt dat AVG onvoldoende zichtbaar zijn in de regionale zorgnetwerken. De "Handreiking Huisarts en AVG"¹⁵ over samenwerking tussen huisarts en AVG, die de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en NVAVG gezamenlijk hebben gemaakt, kan het fundament voor de communicatie richting de individuele huisarts vormen. Het idee wordt geopperd om een brochure te maken voor praktiserende huisartsen, waarin wordt beschreven wat AVG concreet voor huisartsen kunnen betekenen en waar en hoe de individuele huisarts een AVG kan bereiken en inschakelen. De externe profilering van de AVG is een van de speerpunten in het beleidsplan van de NVAVG voor de periode 2008-2012¹⁶.

Niet-patiëntgebonden werkzaamheden van AVG

Volgens een aantal geïnterviewden is het ontstaan van het specialisme AVG een rechtsreeks gevolg van de institutionalisering van de zorg voor verstandelijk gehandicapten in Nederland en het bestaan van de AWBZ. Door de geografische concentratie van verstandelijk gehandicapten in grootschalige instituten, is het mogelijk geworden

dat (huis)artsen zich specialiseren in de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten, en ondanks het beperkte aantal verstandelijk gehandicapten in Nederland, voldoende patiëntcontacten hebben om hun kennis en vaardigheden op peil te houden en hun registratie als specialist in het kader van de Wet Big^a te behouden.

Door de financiering van de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten via de AWBZ, is de financiering ontstaan van marktwerking en werd het mogelijk om een groot aantal niet-patiëntgebonden werkzaamheden van de AVG (begeleiden van de groepsleiding, gesprekken met ouders, opstellen van behandelplannen, leveren van een bijdrage aan het zorgbeleid van de instelling, enz.) vanuit de zorgverzekering te financieren (ook de AWBZ is een zorgverzekering). Nagenoeg alle geïnterviewden zijn overtuigd van het nut van de bovengenoemde niet-patiëntgebonden werkzaamheden van de AVG.

Probleemgerichte werkwijze

Verschillende geïnterviewden wijzen op de keerzijde van het gebrek aan marktwerking in de AWBZ. Naar hun mening zijn de AVG door de budgetfinanciering van de AWBZ de 'probleemgeoriënteerde benadering' van de huisartsenzorg, waar hun vak volgens veel geïnterviewden uit voortkomt, geleidelijk aan kwijtgeraakt. Hiervoor is een meer 'pedagogische benadering' in de plaats gekomen (langsgaan op de woongroepen en bespreken hoe het met de bewoners gaat), die volgens een aantal geïnterviewden niet goed meer past in het huidige tijdsgewricht en die niet aansluit op de 'moderne huisartsenzorg'.

De verschillen in werkwijze tussen AVG onderling zijn in de beleving van veel geïnterviewden erg groot. Veel AVG zijn in de afgelopen jaren (noodgedwongen) meer probleemgericht gaan werken, waardoor zij in hun werkbenadering richting de huisartsenzorg zijn opgeschoven; wat de samenwerking met huisartsen ten goede komt. Veel geïnterviewden zijn van mening dat de ZVW, voor de AVG die probleemgericht c.q. voor de zorgverzekeraar transparant willen werken, betere kansen biedt voor verdere ontwikkeling van het vak dan de AWBZ. Volgens deze geïnterviewden heeft de ZVW voor AVG die hechten aan een pedagogische werkbenadering, die minder inzichtelijk is, voornamelijk nadelen.

Opt-out-principe

Een aantal geïnterviewden volgt de volgende redenering. Als het ontstaan van het specialisme AVG mogelijk is geworden door de grootschalige instituten en het bestaan van de AWBZ, komt het voortbestaan van het specialisme in gevaar, door deconcentratie van de grootschalige instituten en het verdwijnen van de AWBZ als financieringsbron van de AVG. Een aantal geïnterviewden vindt het verhullend taalgebruik om te stellen, dat de marktwerking van de ZVW bedreigend is voor verstandelijk gehandicap-

a Wet Big: Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

ten. Volgens deze geïnterviewden vallen alle verstandelijk gehandicapten voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuiszorg) al onder de ZVW en maken veel verstandelijk gehandicapten gebruik van huisartsenzorg, die eveneens onder de ZVW valt, zonder dat dit problemen oplevert. Vanuit het normalisatie- of inclusieprincipe^b pleiten diverse geïnterviewden voor het hanteren van het 'opt-out-principe' voor de algemene medische zorg aan verstandelijk gehandicapten: in principe ontvangen verstandelijk gehandicapten algemene medische zorg net als niet-gehandicapten van een huisarts, tenzij er zwaarwegende redenen zijn om hiervan af te wijken^c. In hun visie dienen AVG in principe geen 'algemene medische zorg', maar 'gespecialiseerde, aan de handicap gerelateerde, medische zorg' te bieden.

Ook het "Europees Manifest voor Adequate Gezondheidszorg voor Mensen met een Verstandelijke Handicap"¹⁷ noemt de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de reguliere huisartsenzorg voor mensen met een verstandelijke handicap als uitgangspunt voor een adequate zorgverlening.

Gespecialiseerde medische zorg

De inhoud van de gespecialiseerde medische zorg van de arts voor verstandelijk gehandicapten wordt beschreven in het "Besluit medische zorg voor verstandelijk gehandicapten" (KNMG-CHVG, 2004)¹⁸ en het "Competentieprofiel van de arts voor verstandelijk gehandicapten" (NVAVG, 2006)¹⁹. In zijn proefschrift heeft Van Loon het gespecialiseerde medische zorgaanbod van de AVG in de onderstaande tabel geoperationaliseerd (Loon van, 2005, p. 134). Voor de in tabel 1 beschreven taakgebieden van de AVG lijkt veel draagvlak te bestaan onder de geïnterviewden.

Tabel 1: Gespecialiseerde, aan de handicap gerelateerde, zorgaanbod van de AVG

- Etiologische diagnostiek
- Coördineren/initiëren onderzoek
- Gedragsproblemen
- Psychiatrische problematiek
- Epilepsie
- Stoornissen van het bewegingsapparaat
- Voedings-/eetstoornissen
- Diagnostiek, screening van syndroomspecifieke afwijkingen
- Preventie en behandelplan van zintuigstoornissen
- Leveren van een bijdrage aan en uitvoeren van het persoonlijk plan
- Zonodig een bijdrage leveren aan intake en plaatsingsbeleid
- Begeleiding/advisering van medewerkers
- Begeleiding/advisering ouders/naaste betrokkenen
- Verzorgen van voorlichting, advisering van het management met betrekking tot medische/gezondheidsaspecten
- Leveren van een bijdrage aan het beleid van de organisatie bijvoorbeeld met betrekking tot seksualiteit, anticonceptie, stervensbegeleiding
- Coördineren van de paramedische zorg
- Samenwerking met gespecialiseerde universitaire centra en gespecialiseerde deskundigenteams, zoals Down Syndroom teams en organisaties gericht op visuele stoornissen
- Preventieve gezondheidszorg zoals bijvoorbeeld vaccinatiebeleid en hygiëne
- Wetenschappelijk onderzoek opzetten en uitvoeren
- Wettelijke taken bijvoorbeeld in het kader van de wet BIG, de BOPZ en WGBO.

Declaratieprobleem bij volledige financiering AVG via ZVW

Onder meer zorgverzekeraars constateren in geval van volledige financiering van de AVG via de ZVW het verzekeringstechnische probleem, dat de gespecialiseerde medische zorg van de AVG niet helder te onderscheiden is van huisartsenzorg²⁰. Huisartsenzorg en gespecialiseerde medische zorg van de AVG lopen in elkaar over.

Een aantal geïnterviewden maakt het nog ingewikkelder door te stellen dat ook algemene medische zorg om een gespecialiseerde benadering kan vragen, omdat er achter een schijnbaar enkelvoudig medisch probleem een wereld van aan de handicap gerelateerde problematiek schuil kan gaan. Een eerste voorbeeld wordt gevormd door een verstandelijk gehandicapte die depressief gedrag vertoont, waarvan uiteindelijk een knellende steunzool de oorzaak blijkt te zijn.

Een tweede voorbeeld wordt gevormd door een verstandelijk gehandicapte met een slikprobleem. Aanvankelijk lijkt een lichamelijke aandoening (refluxklachten) de oorzaak, maar uiteindelijk blijkt er vooral sprake te zijn van verzet tegen de verzorging.

Als er binnen de ZVW afzonderlijke tarieven worden gecreëerd voor 'algemene medische zorg' en 'gespecialiseerde medische zorg' voor verstandelijk gehandicapten, hoe moet dit onderscheid dan in het declaratieverkeer richting zorgverzekeraar worden gemaakt?

b "Mensen met een verstandelijke beperking zijn in de eerste plaats mensen, mensen die erbij horen en voor wie geen uitzondering gemaakt moet worden." ... (Loon van, 2005, p. 76-68).

c Opt-out-principe: in principe ontvangt men dit standaardaanbod, tenzij men dit afwijst (opt-out).

Opt-in-principe: in principe ontvangt men een bepaald aanbod niet, tenzij men er om vraagt (opt-in).

Onhaalbare oplossing voor declaratieprobleem in ZVW

Als huisartsen uitsluitend algemene medische zorg aan verstandelijk gehandicapten verlenen en AVG uitsluitend gespecialiseerde medische zorg, is het hierboven beschreven declaratieprobleem in theorie opgelost. De huisarts declareert het tarief voor algemene medische zorg en als de verstandelijk gehandicapte patiënt door de huisarts wordt verwezen naar de AVG, declareert de AVG het tarief voor gespecialiseerde medische zorg.

In de nabije toekomst is het echter niet haalbaar, dat alle algemene medische zorg voor verstandelijk gehandicapten door huisartsen wordt geleverd. Enerzijds omdat de algemene medische zorg voor meervoudig complex gehandicapten vaak toch een gespecialiseerde benadering vergt. Anderzijds omdat door geografische concentratie van verstandelijk gehandicapten in instellingen bepaalde huisartsenpraktijken overbelast kunnen raken. Als de AVG integrale medische zorg (algemeen en gespecialiseerd) levert, ontstaat het probleem dat de AVG die de algemene medische zorg levert (voor een lager tarief) naar zichzelf kan verwijzen voor gespecialiseerde medische zorg (voor een hoger tarief).

Haalbare oplossing voor declaratieprobleem in ZVW

Een van de geïnterviewden stelt de volgende oplossing voor. Alleen huisartsen kunnen het tarief voor algemene medische zorg voor verstandelijk gehandicapten declareren. Voor AVG die algemene medische zorg aan verstandelijk gehandicapten bieden, wordt een apart tarief gecreëerd, waarin is verdisconteerd dat zij, aan patiënten voor wie zij als huisarts functioneren, ook gespecialiseerde medische zorg bieden. Voor gespecialiseerde medische zorg van de AVG wordt een apart tarief vastgesteld, dat de AVG alleen mag declareren voor patiënten die huisartsenzorg van de huisarts ontvangen en door de huisarts zijn doorverwezen.

Het voordeel van deze oplossing is tweeledig. Een eerste voordeel is dat in het declaratieverkeer geen inhoudelijk onderscheid hoeft te worden gemaakt tussen algemene en gespecialiseerde medische zorg aan verstandelijk gehandicapten. Een tweede voordeel is dat dit voorstel maximale flexibiliteit biedt m.b.t. het inzetten van de AVG binnen de algemene en gespecialiseerde medische zorg voor verstandelijk gehandicapten.

Kansen en risico's van de Zorgverzekeringswet

De meeste geïnterviewden benadrukken vooral de kansen van financiering van alle medische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet. Een van de geïnterviewde patiëntenorganisaties benadrukt vooral de risico's. Volgens deze geïnterviewde borgt de AWBZ de zorgfinanciering voor kwetsbare groepen. Andere geïnterviewden vinden juist dat de AWBZ de rechten van kwetsbare groepen onvoldoende borgt, en zien de bezuinigingen in de AWBZ als reden om naar de ZVW over te stappen. Het verdwijnen van het financieringsschot tussen de AWBZ en de ZVW

wordt door veel geïnterviewden als randvoorwaarde gezien voor een intensieve samenwerking tussen AVG en huisartsen.

Als de deconcentratie van zorginstellingen doorzet, moet de algemene medische zorg voor verstandelijk gehandicapten grotendeels door huisartsen worden verleend. Het aantal AVG is te beperkt om bij een grote geografische spreiding van verstandelijk gehandicapten, al deze gehandicapte mensen van huisartsenzorg te voorzien. De schattingen hoe lang de AVG het nog kan 'volhouden' als instellingsarts lopen tussen de geïnterviewden uiteen van 15 tot 30 jaar. Een van de geïnterviewden vindt het daarom een serieuze optie dat de AVG primair voor instellingszorg kiest. Een andere geïnterviewde oppert dat door voorlopig in de AWBZ te blijven tijd kan worden gewonnen. Misschien is de ZVW over tien jaar minder bedreigend voor de financiering van de AVG.

Andere geïnterviewden zijn het hier om meerdere redenen niet mee eens.

In de eerste plaats vinden zij dat de medische zorg van de AVG geen goede positie heeft binnen het instellingsbudget. De huisartsen hebben er de afgelopen jaren extra geld en ondersteunend personeel bij gekregen, terwijl de (medische) zorg binnen de AWBZ-instellingen steeds karger is geworden. In de ZVW wordt de beschikbare financiering voor (medische) zorg gebaseerd op de zorgvraag van patiënten. Via de ZVW wordt de financiering van de AVG onafhankelijk van zorgbezuinigingen binnen de instelling. Bovendien zijn via de ZVW de kansen beter om ondersteunend personeel aan te trekken, evenals in de huisartsenzorg (dokterassistenten, praktijkondersteuner, nurse practitioner, gespecialiseerde verpleegkundige). In de tweede plaats ziet een aantal geïnterviewden het als een maatschappelijke verantwoordelijkheid van de AVG om hun gespecialiseerde medische zorg ook in de thuissituatie ter beschikking te stellen. Dat lukt niet als AVG voor hun financiering grotendeels afhankelijk blijven van het instellingsbudget. Als groot risico van de ZVW zien de geïnterviewden dat huisartsen en medisch specialisten onvoldoende naar de AVG zullen verwijzen en dat de AVG, terwijl de behoefte aan gespecialiseerde medische zorg groot is, hier toch onvoldoende werk aan krijgen. De AVG moet de overstap naar de ZVW daarom pas maken, als individuele huisartsen (en medisch specialisten) goed op de hoogte zijn van de 'zorgproducten' van de AVG (dat blijkt nu niet het geval te zijn) en met dit productenaanbod uit de voeten kunnen⁴.

In de derde plaats vinden veel geïnterviewden dat de toekomst van de AVG ligt in verdere specialisatie op het gebied van aan de handicap gerelateerde aandoeningen. Hiervoor moet het specialisme AVG opschuiven richting de cure c.q. de ZVW en niet richting de care (AWBZ).

d De gedachte is 'financiering volgt zorg'. Als er een sterke vraag is vanuit individuele huisartsen (en medisch specialisten) naar ondersteuning door AVG, kan op basis daarvan het gesprek met zorgverzekeraars over de financiering worden aangegaan.

Ten slotte is een van de geïnterviewden van mening dat de AWBZ niet goed is voor het imago van de beroepsgroep AVG. Aan de AWBZ kleeft volgens een geïnterviewde AVG een imago van niet-marktconform werken, dat de samenwerking met huisartsen en medisch specialisten belemmert.

Kansen en risico's van de AWBZ

Diverse kansen en risico's van de AWBZ zijn al besproken in de vorige paragraaf over de 'kansen en risico's van de ZVW'. Hieraan kunnen de volgende kansen en risico's van de AWBZ worden toegevoegd.

Volgens diverse geïnterviewden is een sterk punt van de AWBZ dat er veel ervaring is opgedaan met de financiering van niet-patiëntgebonden werkzaamheden. In de ZVW, waarbinnen meestal wordt gedeclareerd op basis van patiëntcontacten, ligt dit lastiger. Overigens bieden de zorgwaartepakketten (ZZP), die nu in de AWBZ worden geïntroduceerd, volgens een aantal geïnterviewden goede aanknopingspunten voor het declareren van niet-patiëntgebonden werkzaamheden binnen de ZVW. Betere validatie van de ZZP's is volgens een aantal geïnterviewden dan wel een eerste vereiste.

De meeste geïnterviewden achten de DBC's, zoals de ZVW die kent, minder geschikt voor de financiering van de gespecialiseerde medische zorg van de AVG. De reden is dat DBC's voor de werkzaamheden van de AVG moeilijk zijn af te bakenen (ook schijnbaar eenvoudige medische problemen kunnen om een gespecialiseerde benadering vragen), dat er veel comorbiditeit voorkomt, waardoor verschillende DBC's tegelijk geopend moeten worden, en dat eenmaal geopende DBC's te lang open blijven staan. Een van de geïnterviewden merkt op: "Sommige DBC's zullen nooit meer gesloten kunnen worden".

Een ander belangrijk voordeel van de AWBZ-financiering, dat de geïnterviewden noemen, is de multidisciplinaire samenwerking die de AWBZ-financiering binnen de instelling mogelijk maakt. De meeste geïnterviewden zijn het er over eens dat, als er sprake is van overheveling van zorgfuncties van de AWBZ naar de ZVW, de gehele AWBZ-behandelfunctie moet worden overgeheveld naar de ZVW, en niet enkel de AVG.

Als risico van de AWBZ ziet een aantal geïnterviewden het scenario van de langzame neergang. Voor de uitstraling van het specialisme en daarmee de instroom in de opleiding is dat een nadeel.

Kansrijke zorg vernieuwing

Veel geïnterviewden noemen de oprichting van 'expertisecentra' voor de behandeling van verstandelijk gehandicapten, en 'periodieke screening' van verstandelijk gehandicapten op (syndroomspecifieke) (verborgen) aandoeningen als kansrijke nieuwe ontwikkelingen. In de visie van de geïnterviewden kunnen dergelijke expertisecentra ook buiten instellingen worden opgericht, als zelfstandig behandelcentrum, of gelieerd aan eerstelijns gezondheidscentra, ziekenhuizen en/of GGD-en.

Volgens een aantal geïnterviewden heeft de oprichting van expertisecentra buiten de instelling zelfs de voorkeur, omdat behandeling binnen de instellingen regelmatig als een ondergeschoven kind wordt behandeld. Een sterk punt is volgens een aantal geïnterviewden de recente wetenschappelijke onderbouwing van het nut van periodieke screening van verstandelijk gehandicapten op (syndroomspecifieke) (verborgen) aandoeningen²¹. Een verzekeraar adviseert om vooral over 'periodieke screening' te spreken, omdat die term de suggestie van een probleemgerichte benadering in zich draagt, die beter aansluit bij de ZVW. De term 'preventieve zorg' kan richting zorgverzekeraars beter worden vermeden, want die term kan de indruk wekken van vaag omschreven preventieve werkzaamheden, waar de AVG naar eigen inzicht invulling aan geeft.

Toekomst van de instellingszorg

Zowel de interviews als de literatuur geven geen uitsluitend over de toekomst van de instituutzorg in Nederland. Op dit punt spreken de geïnterviewden elkaar tegen.

Een aantal geïnterviewden stelt dat instituutzorg altijd zal blijven bestaan. De belangrijkste redenen zijn volgens hen de beperking van de bewegingsvrijheid van verstandelijk gehandicapten die niet verkeersveilig zijn en het risico op sociale vereenzaming, wanneer verstandelijk gehandicapten kleinschalig in een reguliere woonwijk wonen. Andere geïnterviewden zijn van mening dat deze problemen op te lossen zijn en dat verstandelijk gehandicapten tekort wordt gedaan als zij 'buiten de samenleving' op een instellingsterrein wonen. Volgens een aantal geïnterviewden zullen met name jonge ouders voor hun gehandicapte kind steeds minder vaak voor instituutzorg kiezen.

De algemene teneur onder de geïnterviewden en in de literatuur lijkt te zijn, dat de deconcentratie van instellingen zal doorzetten, maar in een langzamer tempo dan in de jaren '90 werd verwacht (Wullink, 2003, p. 34) (Jonker, 2005, p. 31-53)²². Volgens het SCP neemt het aantal verstandelijk gehandicapten de komende jaren niet af en zal de vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten, mede onder invloed van de vergrijzing, verder toenemen^e.

Instellingsarts of arts voor alle verstandelijk gehandicapten?

Voor de verdeling AVG-intramuraal en huisarts-extramuraal bestaat een zeker draagvlak bij de geïnterviewden, omdat dit verzekeringstechnisch het meest eenvoudig is. Ten gevolge van de extramuralisering en deconcentratie van AWBZ-instellingen ontstaan hierdoor vreemde situa-

e "Demografische ontwikkelingen laten dus zien dat het aantal mensen met een verstandelijke handicap tot 2020 nauwelijks zal wijzigen. Wel zal de populatie verder vergrijzen. De verwachting is dat in 2020 bijna een derde van de groep met een verstandelijke handicap 45 jaar of ouder is. In 2001 was dat 21%. De vergrijzing is het duidelijkst te zien bij de groep ernstig verstandelijk gehandicapten." (Jonker, 2005, p.49)

ties. Bijvoorbeeld dat verstandelijk gehandicapte kinderen, die in dezelfde straat wonen, en een vergelijkbare zorgbehoefte hebben, inhoudelijk verschillende zorg ontvangen. In de woning die onderdeel uitmaakt van een erkende AWBZ-instelling, wordt de zorg geleverd door een multidisciplinair behandelteam, bestaande uit een psychiater, psycholoog, orthopedagoog, AVG en/of gespecialiseerd fysiotherapeut. In de woning waar ouders voor hun gehandicapte kind zorgen, is de huisarts als regiehouder verantwoordelijk voor de zorgverlening en wordt de zorg geleverd vanuit de ZVW.

De onderzoekers hebben aan de interviewronde het beeld overgehouden dat de geïnterviewden dit niet als een probleem ervaren dat snel moet worden opgelost. Een gevoel van urgentie lijkt te ontbreken; zowel binnen als buiten de beroepsgroep. De geïnterviewden beschouwen zichzelf niet als de probleemeigenaar. Voor verzekeraars geldt dat iedere (tussen)oplossing het verzekeringstechnisch ingewikkelder maakt dan het nu is. Een AVG merkt op dat, doordat men in dienst is van de instelling, de aandacht toch primair uitgaat naar de instellingsbewoners. Volgens de geïnterviewden heeft de woonlocatie idealiter geen invloed op de inhoud van de zorg. In de praktijk worden fundamentele veranderingen in het verzekeringsstelsel, die noodzakelijk zijn om dit ideaal te realiseren, op de lange baan geschoven.

BIG-registratie

De toekomst van de instellingszorg bepaalt volgens een aantal geïnterviewden in grote mate (maar niet volledig) de lange-termijn-overlevingskans van het specialisme AVG. Als de AVG er over 30 jaar nog wil zijn moet de beroepsgroep volgens deze geïnterviewden transformeren van instellingsarts naar specialist ter ondersteuning van de huisartsenzorg.

Een van de geïnterviewden ziet hier een knelpunt ontstaan. Als de AVG zich gaan toeleggen op gespecialiseerde medische zorg, lopen zij het risico om hun BIG-registratie te verliezen. De gespecialiseerde zorg van de AVG bestaat namelijk niet zoals bij medisch specialisten uit specialistische kennis op een klein vakgebied, maar uit een gespecialiseerde benadering van complexe én eenvoudige aandoeningen. In de visie van deze geïnterviewde moeten de AVG voldoende bekwaam blijven in de algemene medische zorg voor verstandelijk gehandicapten om de gespecialiseerde medische zorg goed te kunnen bieden. Huisartsen zitten waarschijnlijk niet te wachten op een AVG die op den duur alleen nog maar adviseert, en een behandeling niet zoals een medisch specialist tijdelijk kan overnemen. In de visie van deze geïnterviewde is het van belang dat AVG ook op de lange termijn een rol in de algemene medische zorg voor verstandelijk gehandicapten blijven spelen. Omdat er altijd wel geografische concentraties van woonvormen voor verstandelijk gehandicapten zullen blijven voorkomen, kan dit volgens deze geïnterviewde ook in de verre toekomst worden gerealiseerd. Huisartsen vinden het immers

geen bezwaar om een beperkt aantal verstandelijk gehandicapten in hun praktijk op te nemen, maar grotere aantal ervaren zij als (te) belastend^{f 23}.

Geïnterviewde verzekeraars kunnen zich voorstellen dat AVG de huisartsenzorg op zich nemen voor alle verstandelijk gehandicapten boven een bepaalde zorgzwaarte, mits de geografische spreiding van de woningen van deze gehandicapten dit toelaat.

f "Er is een goede spreiding gerealiseerd, dusdanig dat de meeste huisartsen één of twee woningen met cliënten van Arduin in hun praktijk hebben." (Loon van, 2005, p. 134)

4. Analyse van de onderzoeksresultaten

Tabel 2: Voor- en nadelen AWBZ en ZVW

In tabel 2 zijn de voor- en nadelen van de AWBZ en ZVW, zoals die uit het onderzoek naar voren komen, schematisch weergegeven. De cursiefgedrukte tekst in de tabel is toegevoegd door de onderzoekers.

	AWBZ	ZVW
Voordelen	<ul style="list-style-type: none"> ● Zorg voor bewoner in instelling valt automatisch toe aan AVG; ● Financieel schot tussen AWBZ en ZVW beperkt concurrentie tussen AVG en huisartsen; ● Financiering van niet-patiënt-gebonden werkzaamheden past beter bij AWBZ; ● AVG zijn voor hun workload minder afhankelijk van verwijzingen van huisartsen (en medisch specialisten); ● Bescherming van verstandelijk gehandicapten tegen marktwerking in ZVW; ● Bescherming van de marktwerking in de ZVW. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Financiële ontschotting bevordert de samenwerking met huisartsen (en medisch specialisten); ● Kan het voortbestaan van het BIG-specialisme AVG op lange termijn beter borgen; ● Bevordert het probleemgericht werken. Is beter voor het professionele imago van medische beroepsgroepen; ● Cure biedt betere kansen voor medische specialisatie; ● Geeft betere mogelijkheden voor het aanpakken van de onderdiagnostiek en onderbehandeling in de eerstelijns; ● AVG kan 'huisarts' zijn (algemene medische zorg verlenen) voor verstandelijk gehandicapten in thuisituatie. ● (Verzorgers van) verstandelijk gehandicapte patiënten kunnen in de thuissituatie directe toegang krijgen tot de zorg van de AVG.
Nadelen	<ul style="list-style-type: none"> ● Leidt tot onderdiagnostiek en onderbehandeling in de eerstelijns; ● Leidt tot bezuinigingen op zorgfinanciering door werkgevers; ● Bemoedigt de samenwerking met huisartsen (en medisch specialisten); ● Geeft een niet-marktconform imago waardoor huisartsen (en medisch specialisten) minder geneigd zijn te verwijzen; ● Care biedt minder kansen voor medische specialisatie; ● Op lange termijn risico van verdwijnen BIG-specialisme AVG ten gevolge van deconcentratie; ● AVG kan geen huisarts zijn (algemene medische zorg verlenen) voor verstandelijk gehandicapten in thuissituatie. ● <i>Als de psychiater en verpleeghuisarts overgaan naar de ZVW ontstaat voor de AVG qua belangenbehartiging een geïsoleerde positie binnen de medische beroepsgroep.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ● Risico dat AVG voor hun workload (te) afhankelijk worden van verwijzingen van huisartsen (en medisch specialisten); ● Financiering van niet-patiëntgebonden werkzaamheden past niet goed bij het karakter van de ZVW; ● AVG is niet vanzelfsprekend de huisarts voor bewoners van de instelling; ● Blootstellen van verstandelijk gehandicapten aan marktwerking; ● Uitholling van marktwerking in de ZVW (argument van schadeverzekeraars en werkgeversorganisaties).

Analyse

- Enerzijds beschermt de AWBZ verstandelijk gehandicapten tegen marktwerking. Anderzijds beschermt de AWBZ de marktwerking in de ZVW tegen kwetsbare verzekerden (verstandelijk gehandicapten) die om beschermingsconstructies in de ZVW vragen.
- Het risico van het blootstellen van verstandelijk gehandicapten aan marktwerking lijkt echter beperkt.
- Verstandelijk gehandicapten hebben vooral een indirect nadeel van de ZVW, als het specialisme AVG door haar hogere tarieven uit de markt zou worden gedrukt. Aan de andere kant hebben AVG ook veel te winnen bij de ZVW: verdere professionalisering en ontsluiting van de eerstelijns.
- Sommigen zien niet de ZVW, maar de AWBZ als bedreigend voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten. Op de AWBZ wordt makkelijker bezuinigd dan op de ZVW.
- De beroepsgroep AVG heeft de bescherming tegen marktwerking die de AWBZ biedt mogelijk nodig vanwege het kleine aantal artsen met een specifieke werkwijze. Vergelijk dit met de top-klinische functies in ziekenhuizen, die buiten de marktwerking worden gehouden. Aan de andere kant worden ook de top-klinische functies in ziekenhuizen vanuit de ZVW gefinancierd en zijn er diverse medische specialismen met een klein aantal artsen, die goed binnen de ZVW functioneren.
- De voordelen van financiering van de AVG via de AWBZ en de nadelen van financiering van de AVG via de ZVW zijn vooral financieringstechnisch (respectievelijk meer en minder bescherming van het specialisme AVG tegen marktwerking). De voordelen van financiering van de AVG via de ZVW en de nadelen van financiering van de AVG via de AWBZ zijn vooral zorginhoudelijk (respectievelijk meer en minder toegang van AVG tot de eerstelijns).
- Als de AVG de overstap maakt van de AWBZ naar de ZVW, dient de marktwerking waaraan het specialisme wordt blootgesteld te worden gereguleerd.
- Multidisciplinair samenwerken met andere 'AWBZ-behandelaars' kan ook binnen de ZVW mits de AWBZ-behandelfunctie integraal wordt overgeheveld van de AWBZ naar de ZVW.
- Met het oog op behoud van deskundigheid en vaardigheden en de registratie als specialist in het kader van de Wet Big, lijkt het van belang dat de AVG ook een (substantiële) rol blijven spelen in de algemene medische zorg voor verstandelijk gehandicapten.

5. Aanbevelingen

Van tevoren hebben de onderzoekers met de LAD en NVAVG afgesproken in deze rapportage geen advies uit te brengen over de keuze voor de AWBZ of ZVW. Op basis van de gerapporteerde voor- en nadelen van AWBZ en ZVW willen de NVAVG en LAD eerst binnen hun vereniging zelf conclusies trekken en zelf keuzes maken. De onderzoekers denken op basis van de onderzoeksresultaten wel enkele bruikbare aanbevelingen te kunnen doen, zonder daarbij te kiezen voor een toekomst van de AVG in de AWBZ of ZVW.

Aanbevelingen:

- 1 De volgende suggestie lijkt kansrijk voor AVG én voor verpleeghuisartsen en verdient nadere uitwerking (zie hoofdstuk 3): *“Een van de geïnterviewden stelt de volgende oplossing voor. Alleen huisartsen kunnen het tarief voor algemene medische zorg voor verstandelijk gehandicapten declareren. Voor AVG die algemene medische zorg aan verstandelijk gehandicapten bieden, wordt een apart tarief gecreëerd, waarin is verdisconteerd dat zij, aan patiënten voor wie zij als huisarts functioneren, ook gespecialiseerde medische zorg bieden. Voor gespecialiseerde medische zorg van de AVG wordt een apart tarief vastgesteld, dat de AVG allen mag declareren voor patiënten die huisartsenzorg van de huisarts ontvangen en door de huisarts zijn doorverwezen. Het voordeel van deze oplossing is tweeledig. Een eerste voordeel is dat in het declaratieverkeer geen inhoudelijk onderscheid hoeft te worden gemaakt tussen algemene en gespecialiseerde medische zorg aan verstandelijk gehandicapten. Een tweede voordeel is dat dit voorstel maximale flexibiliteit biedt m.b.t. het inzetten van de AVG binnen de algemene en gespecialiseerde medische zorg voor verstandelijk gehandicapten”.*
- 2 Als de NVAVG kiest voor overheveling van de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten van de AWBZ naar de ZVW verdient het met het oog op de multidisciplinaire samenwerking de voorkeur dat de gehele AWBZ-behandelfunctie wordt overgeheveld en niet enkel de medische zorg.
- 3 Met het oog op behoud van deskundigheid en vaardigheden en de registratie als specialist in het kader van de Wet Big, lijkt het van belang dat de AVG in de nabije en verre toekomst een (substantiële) rol blijven spelen in de algemene medische zorg (huisartsenzorg) voor verstandelijk gehandicapten (zie hoofdstuk 3 en 4). Het erkende specialisme ‘bedrijfsarts’ dat ervaring heeft met ‘gespecialiseerde adviezen’ op het gebied van arbeidsgerelateerde aandoeningen, heeft er recent voor gekozen om er naar te streven weer meer curatief werkzaam te zijn. Overwogen kan worden om te informeren bij de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) naar de achtergronden van deze keuze.
- 4 De NVAVG wordt geadviseerd om de komende jaren veel te investeren in het onder de aandacht brengen van het productenaanbod van de AVG bij individuele huisartsen, (medisch specialisten), en zorgverzekeraars. Voor de toekomst van het vak AVG is het van belang dat individuele huisartsen in geval van complexe problematiek bij een verstandelijk gehandicapte niet automatisch doorverwijzen naar een medisch specialist (veelal de kinderarts), maar ook denken aan de mogelijkheid om door te verwijzen naar een AVG. Overwogen kan worden om een brochure gericht op individuele huisartsen te maken.
- 5 Er dient nader onderzoek plaats te vinden naar de meerwaarde van rechtstreekse toegang voor (verzorgers van) verstandelijk gehandicapte patiënten in de thuissituatie, d.w.z. toegang zonder verwijzing door de huisarts of medisch specialist, tot de zorg van de arts voor verstandelijk gehandicapten.

Bijlage 1: Vragenlijst voor de interviews

- 1 Wat is uw visie op de toekomstige taakverdeling tussen zorgverleners in dienst van de instelling en zorgverleners in de eerstelijns en het ziekenhuis (AVG, huisarts, kinderarts, fysiotherapeut, orthopedagoog, psycholoog, verpleegkundige, verzorgende, woonbegeleider en mantelzorger) in verschillende woonsituaties:
 - instellingsterrein?
 - gezinsvervangend tehuis, gelieerd aan de instelling?
 - gezinsvervangend tehuis, onafhankelijk van de instelling?
 - kleinschalige beschermde woonvorm in woonwijk, gelieerd aan de instelling?
 - kleinschalige beschermde woonvorm in woonwijk, onafhankelijk van de instelling?
 - eigen huis (bij de eigen ouders of zelfstandig wonen)?

- 2 Wat is uw visie op toekomstige veranderingen in de praktijkvoering van AVG?
 - te verwachten veranderingen?
 - wenselijke veranderingen?

- 3 Op welke locaties dienen AVG in de toekomst spreekuur te houden:
 - instellingsterrein?
 - gezondheidscentrum?
 - polikliniek van het ziekenhuis?
 - nog anders?

- 4 Wat zijn de kansen en bedreigingen van toekomstige financiering van AVG via:
 - de AWBZ?
 - de Zorgverzekeringswet?
 - gedeeltelijk de AWBZ en gedeeltelijk de Zorgverzekeringswet?

- 5 Ziet u een rol voor AVG in de preventieve (anticiperende) zorg voor verstandelijk gehandicapten die gebruik maken van de reguliere huisartsenzorg?

- 6 Zijn DBC's iets voor de financiering van de zorg van AVG?

Bijlage 2: Geïnterviewde personen

De volgende personen zijn geïnterviewd:

Zorgaanbieders

- 1 Arduin:
 - Manager Inhoudelijke Ondersteuning (orthopedagoog);
- 2 Registratiecommissie KNMG voor huisartsgeneeskunde, verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (HVRC):
 - Secretaris;
- 3 Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV):
 - Groepsinterview met twee beleidsmedewerkers (huisartsen);
- 4 Landelijke vereniging van Artsen in Diensverband (LAD):
 - Directeur;
- 5 Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG):
 - Lid bestuurscommissie Bekostiging (arts voor verstandelijk gehandicapten);
- 6 Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO):
 - Voorzitter;
- 7 Stichting Pepijn en Paulus:
 - Arts voor verstandelijk gehandicapten;
- 8 Twentse Zorginstellingen:
 - Manager Dienst Behandelzaken en Zorgondersteuning;
 - Arts voor verstandelijk gehandicapten;
- 9 Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN):
 - Beleidsmedewerker.

Patiënten- en cliëntenorganisaties

- 10 Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland:
 - Beleidsmedewerker zorg;
- 11 Oudervereniging Kans Plus:
 - Directeur.

Zorgverzekeraars

- 12 Zorgkantoor Menzis:
 - Accountmanager AWBZ;
- 13 Zorgkantoor VGZ:
 - Beleidsmedewerker AWBZ;
- 14 Zorgverzekeraars Nederland
 - Beleidsmedewerker Care.

Overheid

- 15 College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
 - Groepsinterview met twee beleidsmedewerkers;
- 16 Nederlandse Zorgautoriteit
 - Beleidsmedewerker.

Universiteiten

- 17 Erasmus Universiteit Rotterdam:
 - Arts voor verstandelijk gehandicapten;
- 18 Universiteit Maastricht:
 - Arts voor verstandelijk gehandicapten.

Bijlage 3: Geraadpleegde literatuur

- 1 KNMG. Standpunt van de federatie KNMG over de toekomst van de AWBZ. Financiering van de zorg voor geriatrische patiënten, verstandelijk gehandicapten en chronisch psychiatrische patiënten. Utrecht, mei 2006.
- 2 Vries de E. Mensen met een beperking in Nederland. De AWBZ in perspectief. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer, januari 2006.
- 3 Heij de LJM. Zorg en participatie gegarandeerd. Een uitwerking van het rapport toekomst AWBZ. College voor zorgverzekeringen. Diemen, november 2005.
- 4 ZN Werkgroep "Toekomst AWBZ". Chronische zorg verzekerd. Bouwstenen van een houdbaar stelsel van langdurige verzorging. Rapport in opdracht van het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland. Zeist, juni 2005.
- 5 IBO. Toekomst AWBZ. Eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ. Interdepartementaal Beleidsonderzoek, 2004-2005, nr. 4. Den Haag, 9 juni 2006.
- 6 UVIT. Toekomst AWBZ staat ter discussie. Univé, VGZ, IZA en Trias. <http://www.vgz.nl/bbcm/files/statementawbz.pdf> en <http://www.uvit.nl/page75.htm> (laatste bezoek 5 oktober 2007).
- 7 Zilveren Kruis Achmea. Standpunt Zilveren Kruis Achmea over toekomst AWBZ. 11 juli 2006. <http://www.zilverenkruis.nl/apps/zka/bedrijven.nsf/wwwView/Istandpuntzilverenkruisachmeaovtoekomstawbz.htm?open-document&type=News&parentid=F52DB6E6469DB9ACC12571DA0045270E> (laatste bezoek 8 oktober 2007).
- 8 VNO-NCW en MKB-Nederland. Nederland kan winnen. 93 adviezen van ondernemend Nederland voor 2007-2011. Den Haag (VNO-NCW) en Delft (MKB-Nederland), juli 2006. (p. 36-37).
- 9 VWS. Overheveling geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <http://www.minvws.nl/dossiers/overheveling-geneeskundige-geestelijke-gezondheidszorg-ggz/default.asp> (laatste bezoek 5 oktober 2007).
- 10 Koop H, Kwekkeboom M. Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Den Haag, augustus 2005.
- 11 Woittiez I, Jonker J, Ooms I, Stevens J en Schoenmakers-Salkinoja I. Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Den Haag, augustus 2005. (p. 185-186).
- 12 Loon J. Arduin. Van zorg naar ondersteuning. Kiezen voor kwaliteit leidt tot ontmanteling van instituutzorg. Proefschrift Universiteit van Gent, 2005. (p.230).
- 13 Bond L, Kerr M, Dunstan F en Thapar A. Attitudes of general practioners towards health care for people with intellectual disability and the factors underlying these attitudes. Journal of Intellectual Disability Research. Vol. 41, part 5, 1997. (pp 391-400).
- 14 Evenhuis H. Want ik wil nog leven. Moderne gezondheidszorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer, 2002.
- 15 LHV en NVAVG. Handreiking. Huisarts en AVG: Samenwerking in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Gezamenlijke uitgave van LHV en NVAVG, januari 2006.
- 16 NVAVG. Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Beter zichtbaar. Zichtbaar beter. Meerjarenbeleidsplan NVAVG 2008-2012. Rotterdam, november 2007.
- 17 MAMH/NVAVG/ErasmusMC. European Manifesto. Basic standards of health care for people with intellectual disabilities. Rotterdam, November 28th, 2003.
- 18 KNMG-CHVG. Besluit medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. College voor Huisartsgeneeskunde, verpleeghuis geneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. KNMG-CHVG, UTRECHT, 15 april 2004.
- 19 NVAVG. Competentieprofiel van de Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten. Rotterdam, 17 november 2006.
- 20 Wullink M, Schroyen Lantman-de Valk, Akker van den M en Dinant G. Overdracht van zorg naar de huisarts voor mensen met een verstandelijke beperking die in de wijk (gaan) wonen. Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde. Universiteit Maastricht, oktober 2003. Dit onderzoek is uitgevoerd met financiële steun van ZonMw en de Provincie Limburg. (p. 27).
- 21 Baxter H, Lowe K, Houston H, Jones G, Flece D en Kerr M. Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. British Journal of General Practice. February 2006.
- 22 Jonker J, Ooms I en Stevens J. Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag. Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Den Haag, augustus, 2005.
- 23 Straetmans J, Schroyen Lantman-de Valk, Schellevis F en Dinant G. Health problems of people with intellectual disabilities. The impact for general practice. British Journal of General Practice, January 2007.



Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband

Postbus 20058
3502 LB Utrecht
T (030) 670 2701
E bureau@lad-info.nl
I www.artsennet.nl/lad



Postbus 2040
3000 CA Rotterdam
T (010) 704 4383
E secretariaat@nvavg.nl
I www.nvavg.nl



Postbus 20051
3502 LB Utrecht
T (030) 282 3911
E info@fed.knmg.nl
I www.knmg.nl