

MGZ in de regio

Een inventarisatie van formatieproblemen, knelpunten en oplossingsrichtingen in de medisch-generalistische zorg in Wlz-regio's

J.J. Schuurmans, O. van der Woerd, N. van Pijkeren, L. Polfliet, E. Posthuma, R. Bal & I. Wallenburg (2023)



Inhoudsopgave

Inleiding	3
Methoden	4
Resultaten	5
• Formatieproblemen	5
• Wachtlijsten	6
• Urgentie	6
• Knelpunten	7
• Initiatieven	8
• Bestuurlijke Samenwerking	9
• Ambitie	10
Conclusie	11
Bijlage 1: inventarisatie instrument	
• Inventarisatie toekomstbestendige MGZ in de regio	13

Inleiding

De medisch-generalistische zorg¹ (MGZ) voor mensen die 24-7 zorg nodig hebben staat onder druk. In toenemende mate horen we over ouderen met complexe zorgvragen of cliënten met GHZ-problematiek waarbij de medisch-generalistische zorg niet goed geborgd is.² Oplossingen worden veelal op regionaal niveau gezocht, door samenwerking tussen zorgaanbieders (VVT, GHZ, huisartsen) om de beschikbare capaciteit in de MGZ zo optimaal mogelijk te benutten en evenrediger over de regio te verdelen. In het programma Medisch-generalistische zorg in de regio ondersteunen Vilans en Erasmus Universiteit Rotterdam zorgaanbieders in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg bij deze transitie. Vilans heeft daarbij de rol als ondersteuner van veranderingsprocessen, en vervult die door te helpen bij visieontwikkeling en implementatie van andere manieren van werken, en door kennisdeling binnen en tussen regio's te faciliteren. De Erasmus Universiteit is als onderzoeksinstituut betrokken om relevante inzichten omtrent het regionaal organiseren van de MGZ op te doen en te extrapoleren voor beleid en praktijk. Onderdeel van het programma Medisch-generalistische zorg in de regio is een inventarisatie van de stand van zaken in de MGZ op regionaal niveau. Deze inventarisatie wordt op drie momenten in de looptijd van het programma uitgevoerd, in 2023, 2024 en 2025. De verschillende inventarisaties samen geven een beeld van de ontwikkelingen in de MGZ in verschillende regio's. Voor u ligt het verslag van de eerste inventarisatie (2023). Het beschrijft de knelpunten in de MGZ in verschillende regio's en welke oplossingsrichtingen gekozen worden om deze knelpunten te adresseren.

1. Wij zien de medisch-generalistische zorg als de zorg die door huisartsen, PA's, VS'en, SO's en AVGs is samenspel geboden wordt.
2. Nieber, L. (2023) Tien keer bellen om een huisarts te vinden - en dan nog steeds nu op het rekest krijgen, NRC, 7 september 2023.

Methoden

Deze regio-inventarisatie is uitgevoerd bij 31 regio's. In veel gevallen zijn dit de zorgkantoor-regio's, tenzij de bestuurlijke samenwerking binnen de MGZ een subregio van de zorgkantoorregio beslaat. In dat geval is de subregio als vertrekpunt genomen. De inventarisatie is uitgevoerd in de periode maart - juli van 2023. Voor deze inventarisatie zijn gesprekken gevoerd met inkopers op het terrein van de MGZ van zorgkantoren/zorgverzekeraars. In een aantal regio's zijn ook gesprekken gevoerd met penvoerders van regionale projecten in de MGZ en/of bestuurders/managers behandeldiensten van VVT- en GHZ-instellingen en huisartsen-coöperaties. Om de gesprekken te structureren en in alle regio's gelijksoortige informatie op te halen is een vragenlijst ('inventarisatie-instrument') ontwikkeld. Het inventarisatie-instrument is als bijlage opgenomen bij deze rapportage. De verschillende dimensies die hierin bevestigd worden zijn afgeleid van onze eerdere publicaties over de werkende mechanismes van regionale samenwerking in de MGZ.³ Met het instrument wordt bevestigd wat regionale knelpunten zijn in de MGZ en hoe door betrokkenen gewerkt wordt aan regionale oplossingen.

De regio-inventarisatie wordt tevens gebruikt om de ondersteuning die in het programma MGZ in de regio geboden wordt verder vorm te geven. Inzichten uit de inventarisatie worden aan de verschillende regio's teruggekoppeld om vervolgens in samenspraak met regionale stakeholders te bepalen welke ondersteuning door Vilans geboden kan worden om andere manieren van werken in de MGZ mogelijk te maken. Ook geeft de inventarisatie inzicht in de verschillende oplossingsrichtingen die regionaal ontplooid worden om knelpunten in de MGZ te adresseren. In het programma MGZ in de regio worden leerkringen georganiseerd die de verschillende soorten oplossingsrichtingen als vertrekpunt nemen (zoals stepped care-modellen), met als doel regio's te helpen bij het uitwerken en inbedden van nieuwe manieren van werken om de toegankelijkheid van de MGZ te borgen. Tenslotte wordt de inventarisatie gebruikt om thema's en casussen voor het onderzoek door Erasmus Universiteit te agenderen.

3. Schuurmans, J.J., Wallenburg, I., van Pijkeren, N.J., van der Woerd, O.S., Stalenhoef, H.S., Ivanova, D., van Haperen, S.P.F., Bal, R. (2021) Duurzame Medische Zorg in de Regio: Een actieonderzoek naar initiatieven om de medisch-generalistische zorg voor ouderen toekomstbestendig te maken. ESHPM: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Resultaten

We gaan hieronder eerst in op de ervaren capaciteitsproblemen en de mechanismen die hier een rol in spelen; daarna bespreken we de initiatieven die genomen worden en de plannen die gemaakt worden om met deze problematiek om te gaan. Ook hier volgen we de structuur van werkende mechanismes uit onze eindrapportage Duurzame Medische Zorg (2021).

Formatieproblemen

In alle regio's worden in de nabije toekomst tekorten verwacht aan medisch-generalistische professionals. In 9 regio's zijn er op dit moment geen tekorten in de MGZ (huisartsen, SO's, AVGs), maar die worden in de nabije toekomst wel verwacht. In een flink aantal regio's zijn de tekorten op dit moment voelbaar (15 regio's) en in sommige gevallen is het tekort acuut (7 regio's). We zien dat tekorten in de medisch-generalistische beroepsgroepen tussen en binnen regio's zeer verschillend zijn. In grote lijnen zijn er nabij steden waar opleidingscentra zitten voor huisartsen en/of specialisten ouderengeneeskunde (SO's) niet of nauwelijks formatieproblemen bij deze professies (rond Groningen, Maastricht, Nijmegen, Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Leiden). Hoe verder men van de opleidingscentra weg beweegt, hoe groter de tekorten worden. In gebieden zoals Noord-Holland Noord, Drenthe, Friesland, Flevoland, Twente, Zeeland, en Zuidoost Brabant zijn de tekorten aan huisartsen en SO's groot. Wat hier vermoedelijk meespeelt is dat veel artsen (en hun gezin) geworteld zijn op de plek waar zij hun opleiding hebben genoten, bijvoorbeeld doordat de partner werkt in de betreffende regio en/of kinderen naar school gaan op deze plek.⁴

Bij AVG's zien we niet zo'n duidelijk patroon tussen opleidingsplek en formatieproblemen. Enerzijds, omdat het opleidingscentrum in Rotterdam is gevestigd (en daarmee bijna alle regio's in Nederland een relatief grote afstand tot het opleidingscentrum hebben). Anderzijds, omdat er überhaupt weinig AVG's in Nederland zijn; het vertrek of de komst van een enkele AVG heeft vaak grote implicaties voor de formatie.

Een ander patroon is de ongelijke verdeling van SO- en AVG-capaciteit binnen regio's. In veel regio's zijn er een of enkele grote VVT- en GHZ-instellingen die redelijk goed in de formatie zitten en die ook redelijk makkelijk nieuwe professionals aan zich weten te binden. Tegelijkertijd zijn er naburige instellingen met grote formatieproblemen waar het bovendien niet goed lukt om nieuwe professionals aan te trekken. De bereidheid om capaciteit te delen en regionaal in te zetten is vaak beperkt, al zijn er ook regio's die het tegendeel bewijzen (o.a. Nijmegen). Dit komt mede doordat het primaat ligt bij de kwaliteit van zorg in de eigen instelling en bij de zorg voor cliënten waarvoor men regie-behandelaar is.⁵ Dit wordt versterkt door bestaande verantwoordingsstructuren die de kwaliteit van zorg op instellingsniveau als uitgangspunt nemen en de vrees bij artsen om verantwoordelijk te worden gesteld voor ondermaatse kwaliteit van zorg bij hun cliënten of bij cliënten in andere instellingen waar zij dan medeverantwoordelijk voor worden. Zij zijn daarom huiverig om voor een grotere populatie cliënten zorg te dragen. De schaarste aan SO's en AVG's is dus in belangrijk mate een verdelingsvraagstuk dat raakt aan landelijke kaders en regelgeving.

4. Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen L., Kruis, L. van der. (2018) Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg. Utrecht: Nivel, Prismant.

5. Schuurmans, J. J., van Pijkeren, N., Bal, R., & Wallenburg, I. (2021). Regionalization in elderly care: what makes up a healthcare region? *Journal of Health Organization and Management*, 35(2), 229-243.

Wachlijsten

Capaciteitsproblemen kunnen ertoe leiden dat er geen 24-7 zorg geleverd kan worden voor mensen die dit onmiddellijk of op zeer korte termijn nodig hebben. In bijna alle gevallen lukt het nog om urgent wachtenden te plaatsen. In regio's waar de formatieproblemen in de ouderenzorg het grootst zijn, worden urgent wachtenden geregeld buiten de eigen regio geplaatst. Veelal lukt het dan wel om binnen redelijke termijn de cliënt in de eigen regio terug te plaatsen.⁶ In regio's waar de formatieproblemen groot zijn, is over het algemeen ook krapte in het aantal crisisbedden en ELV-bedden en worden alleen mensen met een crisissituatie in het verpleeghuis opgenomen. In de GHZ kunnen urgent wachtenden bijna altijd in de eigen regio geplaatst worden. Ook is het plaatsen van actief wachtenden een minder groot knelpunt dan in de ouderenzorg.

Urgentie

De gevoelde urgentie om de MGZ anders te organiseren bij bestuurders, inkopers en zorgprofessionals is een belangrijke voorwaarde om regionale zorgfaciliteiten mogelijk te maken. In grote lijnen zien we dat grote formatieproblemen bij bestuurders van zorgaanbieders leiden tot een gevoelde urgentie om de MGZ anders en regionaal te organiseren. Er is echter een aantal terugkerende patronen. In de ouderenzorg en GHZ zijn er grote organisaties die ruim in de formatie zitten en die weinig urgentie voelen om de MGZ anders te organiseren en om beschikbare capaciteit regionaal te delen; ook als naburige organisaties in de regio grote formatieproblemen hebben. Het organisatiebelang (en de zorg voor cliënten binnen de eigen muren) lijkt in die gevallen boven het belang van alle cliënten in de regio te gaan. Echter, als de formatieproblemen ook binnen grotere zorgaanbieders nijpend worden, ervaren bestuurders een grotere urgentie om regionale samenwerking te zoeken om ervaren knelpunten het hoofd te bieden. Bij professionals bestaat een vergelijkbaar, wisselend urgentiebesef om de MGZ voor kwetsbare cliënten regionaal te organiseren. Het urgentiegevoel bij bestuurders en artsen loopt echter niet altijd synchroon; er is bijvoorbeeld een aantal gevallen waarbij bestuurders van VVT en GHZ-organisaties de urgentie voelen om de MGZ anders te organiseren, terwijl er onder artsen van deze organisatie weinig animo is.

In veel regio's voelen regionale huisartsencoöperaties de urgentie om MGZ aan kwetsbare cliënten anders te organiseren en daarbij regionaal op te trekken met de VVT- en/of GHZ-sector. Daarbij speelt dat de zorg voor cliënten met een complexe zorgvraag een toenemend beslag legt op de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld door de groei in geclusterde woonvormen. Echter, de vertegenwoordiging van huisartsen is op regionaal niveau binnen bestuurlijke tafels niet overal even sterk. Verschillende regio-indelingen spelen hierin mee; de regio waarbinnen huisartsen georganiseerd zijn komt niet altijd overeen met de zorgkantorregio. In gebieden waar de vertegenwoordiging van huisartsen op bestuurlijke tafels niet sterk is, is het logischerwijs ingewikkelder om regionale en domeinoverstijgende initiatieven in de MGZ te bewerkstelligen. Andere dossiers, zoals de zorg voor GGZ-cliënten, vormen voor veel huisartsen een urgenter probleem waar de organisatorische nadruk op ligt. Zij richten dan in eerste instantie hun aandacht (en tijd) op deze problematiek.

6. Op basis van de opgehaalde data kunnen we dit niet nader kwantificeren.

Knelpunten

Verreweg het meest genoemde knelpunt in deze inventarisatie is de toegankelijkheid van MGZ in kleine woonzorgvoorzieningen. In 22 regio's wordt dit als knelpunt genoemd. In sommige huizen is een SO of AVG niet of slecht beschikbaar, waardoor er veel op het bordje van huisartsen komt te liggen. Ook wordt genoemd dat de zorgteams in dergelijke huizen soms onvoldoende geëquipeerd zijn waardoor de druk op SO's, AVG's en huisartsen hoog is. Aanpalend nemen huisartsen (en/of huisartsenposten) soms de zorg voor cliënten met complexe problematiek niet op zich, waardoor het niet lukt om de MGZ in nieuwe kleinschalige woonvormen te organiseren. Ook worden bestaande cliënten met complexe problemen in sommige gevallen door de huisarts (of huisartsenpost) uitgeschreven, hetgeen de toegang tot MGZ in sommige kleine woonzorgvoorzieningen onder druk zet. Huisartsen beroepen zich hier veelal op de leidraad van de beroepsvereniging over kleinschalige woonvormen.⁷ Vaak lukt het door tussenkomst van de zorgverzekeraar/zorgkantoor een oplossing te vinden, bijvoorbeeld in West-Brabant. Echter, dergelijke incidenten komen in veel regio's in toenemende mate voor en worden door bijna alle betrokkenen genoemd als prangend knelpunt. Hierbij speelt mee dat huisartsen zich soms overvallen voelen door nieuwe toetreders op de markt voor kleine woonvoorzieningen. Er worden dan locaties geopend zonder a priori conclaaf met de lokale huisartsenpraktijk(en) en/of huisartsenpost. In andere regio's lukt het om nieuwe toetreders te reguleren in het samenspel tussen zorgverzekeraar, provincie en gemeenten. Hierbij worden soms ook oneigenlijke beleidsinstrumenten ingezet, zoals het al dan niet verlenen van een verbouwingsvergunning. Deze 'noodgrepen' laten zien dat de problematiek in de MGZ nog erg ad hoc wordt opgelost en dat een meer structurele oplossing vooralsnog niet voorhanden is.

Daarnaast zetten formatieproblemen de inzet van SO's en AVG's buiten de eigen organisatie onder druk. Dit wordt in 10 regio's als knelpunt genoemd. Kleine organisaties zijn voor de medische bezetting vaak afhankelijk van grotere organisaties in de regio en in tijden van krapte zien we bij deze grotere organisaties veelal een terugtrekkende beweging de eigen instelling in. Zoals eerder aangegeven ligt het primaat dan veelal bij het borgen van de kwaliteit van zorg voor cliënten van de eigen organisatie. Overeenkomstig zien we dat ook de inzet van SO's en AVG's bij mensen die thuis wonen onder druk komt te staan als formatieproblemen opspelen. Formatieproblemen zetten ook de avond-nacht-weekendzorg (ANW) onder druk. Oudere SO's en AVG's draaien vaak niet mee in deze diensten waardoor de formatie in de ANW extra 'dun' is. In 5 regio's wordt dit als knelpunt genoemd. Ook wordt genoemd dat formatieproblemen in de MGZ druk geven bij aanpalende voorzieningen, zoals de SEH en de HAP. In drie regio's wordt dit als knelpunt genoemd. De SEH en de HAP krijgen dan veelal te maken met cliënten met diffuse problematiek, de zogeheten 'verkeerde-beddenproblematiek'. Ook wordt de 'kwetsbaarheid' van MGZ-voorzieningen (zoals een behandeldienst) genoemd; de formatie is veelal dusdanig krap dat uitval (bijvoorbeeld door ziekte) niet opgevangen kan worden. Een groot aantal regio's heeft zich daarom tot commerciële aanbieders van SO's gewend. Hoewel bestuurders en artsen over het algemeen tevreden zijn over de geleverde kwaliteit, worden ook zorgen geuit over de financiële houdbaarheid van deze constructie in de nabije en verdere toekomst.

Een knelpunt van andere aard betreft de kwetsbare financiering van nieuwe voorzieningen in de MGZ (in vijf regio's wordt dit genoemd). Nieuwe voorzieningen worden veelal gefinancierd uit tijdelijke

7. LHV (2018) Leidraad: Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen. <https://www.lhv.nl/product/lhv-leidraad-kleinschalige-woonvormen/>

middelen en het is ingewikkeld om structurele financiering te vinden. Dit geldt bijvoorbeeld voor schakelbedden, regiopoli's voor GHZ-cliënten en de gecoördineerde inzet van SO's in de eerste lijn. Een ander knelpunt binnen de MGZ betreft de praktijkopvolging van huisartsen. In bijna alle regio's is het zeer ingewikkeld om kandidaten te vinden die een huisartsenpraktijk willen overnemen. Veel nieuwe huisartsen prefereren het waarnemerschap boven het praktijkhouderschap. Ook wordt de huisvesting van nieuwe huisartsenpraktijken genoemd als knelpunt. Het is vaak ingewikkeld om geschikte locaties te vinden voor nieuwe praktijken en om vergunningen voor praktijkuitbreiding te krijgen. Dit lijkt vooral een knelpunt in grote steden met hoge grondprijzen zoals Utrecht, Groningen en Amsterdam. Tenslotte wordt de gebrekkige samenwerking tussen sociaal domein en de eerste lijn als knelpunt genoemd, het gaat dan bijvoorbeeld over cliënten van de huisarts die onvoldoende de weg naar WMO-voorzieningen weten te vinden.

Initiatieven

Initiatieven om de MGZ anders te organiseren creëren infrastructuren die verschillende actoren (zorgprofessionals, bestuurders) aan elkaar binden en waardoor het makkelijker is om ook andere regionale samenwerkingsinitiatieven mogelijk te maken. Er zijn de afgelopen jaren veelbelovende initiatieven ontplooid om de MGZ toegankelijk te houden door deze op een andere manier te organiseren. Veelal worden deze initiatieven ondernomen op het moment dat capaciteitsproblemen door zorgaanbieders ervaren worden. In grote lijnen zien we dat bij de eerste tekenen van personele schaarste vooral initiatieven op organisatieniveau ontplooid worden (taakherschikking, triage, en het extern inkopen van ANW-diensten). Als capaciteitsproblemen nijpender worden, dan wordt er breder gekeken, over de organisatie- en sectorgrenzen heen. We zien verschillende soorten initiatieven ontstaan, en soms een combinatie van onderstaande vormen. Dit zijn initiatieven rondom instellings- en sector-overstijgende taakherschikking en triage, anders (en vaak regionaal) opleiden van personeel, regionale dienstenstructuren, technologie, samenwerkingsafspraken, en nieuwe medische voorzieningen voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking.

Taakherschikkingsinitiatieven worden veelal op instellingsniveau ontwikkeld en zijn vaak verbonden met het werken met nieuwe triagesystemen. Een interessant voorbeeld zijn de zogenoemde 'stepped care'-modellen, waarbij een triage van medische zorgvragen gecombineerd wordt met een andere verdeling van taken en verantwoordelijkheden bij verzorgend, verpleegkundig en medisch personeel om zodoende efficiënter gebruik te maken van beschikbare medische expertise. Een andersoortig initiatief betreft het anders opleiden van (medisch) personeel. Dit vergt vaak regionale samenwerking binnen het eigen domein, bijvoorbeeld om de opleiding zo te organiseren dat professionals een groot deel van de opleiding in de regio kunnen volgen. Men hoopt dat meer jonge professionals in de regio blijven wonen en werken door deze manier van opleiden. Om capaciteitsproblemen in de ANW op te vangen, zien we regionale dienstenstructuren ontstaan (in vier regio's). Hier wordt bijvoorbeeld door twee of meer VVT-instellingen samengewerkt om gezamenlijk de ANW-diensten in te vullen. De inzet van technologie gebeurt op verschillende schaalgroottes. Soms betreft het het werken op een afdeling (bijvoorbeeld het werken met smart glasses), terwijl andere technologie breder wordt ingezet. Bijvoorbeeld het werken met Digicontact om hulpvragen van thuiswonende GHZ-cliënten op te pakken. Een ander interessant initiatief dat wij in een aantal regio's zien ontstaan zijn regionale afspraken tussen huisarts en SO's over de rol- en taakverdeling in kleine woonzorgvoorzieningen.

In verschillende initiatieven om de MGZ anders te organiseren wordt een nieuwe medische dienstverlening gecreëerd. Een groot deel van deze initiatieven gaat om het ondersteunen van de huisarts bij de zorg voor cliënten met complexe problematiek. Een voorbeeld is het regionaal positioneren van SO's in de eerste lijn. Soms wordt dit gecombineerd met het regionaal beschikbaar maken van een ambulant team ouderengeneeskunde (waar ook paramedici deel van uit maken), of het positioneren van een ondersteuner sociaal domein in de huisartsenpraktijken. Ook regiopoli's voor GHZ-cliënten en huisartsenpraktijken voor bijzondere doelgroepen hebben, onder andere, als doel om de huisartsen te ondersteunen in de zorg voor cliënten met complexe zorgvragen. En we zien een aantal nieuwe medische dienstverleningen ontstaan, bijvoorbeeld om de druk op de SEH en HAP te verminderen. Een voorbeeld is het organiseren van een regionaal transferpunt dat artsen ontlast bij het zoeken naar een geschikt zorgarrangement voor een cliënt. Andere voorbeelden zijn het organiseren van een spoedplein dat de HAP ondersteuning biedt bij het zorgdragen voor cliënten met diffuse problematiek, en het organiseren van schakelbedden om de routing vanuit de SEH te borgen.

Bestuurlijke Samenwerking

Goed functionerende sector-overstijgende bestuurlijke netwerken zijn een randvoorwaarde om tot een (sub)regionale organisatie van de MGZ te komen. In alle regio's is de bestuurlijke samenwerking tussen VVT-organisaties redelijk tot goed te noemen. Hier is de afgelopen jaren veel in geïnvesteerd. De regionale bestuurlijke samenwerking tussen huisartsen is vaak ook goed, al speelt in een aantal regio's dat slechts een beperkt aantal huisartsenpraktijken op regionaal niveau vertegenwoordigd wordt. De vertegenwoordiging van huisartsen in de V&V-tafels op regionaal niveau is wisselend. In een twaalfstal regio's is de bestuurlijke samenwerking tussen huisartsen en VVT-organisaties goed, vooral in de 'voorlopende' regio's: de regio's waar een aantal innovatieve initiatieven lopen (zowel op organisatieniveau als organisatie- en sector-overstijgend) om de MGZ anders en regionaal te organiseren. De regionale bestuurlijke samenwerking tussen GHZ-organisaties is daarentegen wisselend. In sommige regio's is de beweging om uitdagingen in de MGZ regionaal aan te vliegen nog aan het ontluiken. In een aantal regio's (i.i.g. acht) zien we dat bestuurders van GHZ-organisaties elkaar weten te vinden en dat er geformaliseerde overlegstructuren zijn. In een aantal andere regio's bestaat die bestuurlijke samenwerking (nog) niet. Ook de bestuurlijke samenwerking tussen GHZ en huisartsen is wisselend. In sommige regio's weten partijen elkaar goed te vinden (iig 4), en worden gezamenlijke initiatieven ontwikkeld; in andere regio's is dit (nog) niet het geval. De bestuurlijke samenwerking tussen de VVT- en de GHZ-sector lijkt weinig te zijn ontwikkeld. Het creëren van goed functionerende sector-overstijgende bestuurlijke netwerken lijkt hand in hand te gaan met het maken van zorginfrastructuren (bijvoorbeeld een nieuwe medische dienstverlening) die verschillende zorgaanbieders, uit verschillende domeinen aan elkaar bindt.

In veel gevallen volgt de bestuurlijke samenwerking binnen de MGZ de contouren van de zorgkantorregio. Echter, er is ook een aantal zorgkantorregio's waar in subregio's wordt samengewerkt. Meestal komt dit doordat historische samenwerkingsverbanden worden voortgezet die een andere indeling hebben dan de betreffende zorgkantorregio's. Wij zien dit bijvoorbeeld in Twente, de Achterhoek, Waardenland, Zeeland, Haaglanden en Friesland. In deze gevallen is het vooralsnog effectiever gebleken om samenwerkingsinitiatieven binnen de eigen subregio te ontplooiën. Binnen de GHZ zijn er ook bestuurlijke samenwerkingsnetwerken die de contouren van de zorgkantorregio overstijgen (bijvoorbeeld in Noord-Nederland).

Ambitie

De kwaliteit en de reikwijdte van de bestuurlijke samenwerking (sectorspecifiek of over de sectoren), het (gedeelde) urgentiebesef en de bestaande regionale initiatieven zijn bepalend voor de ambitie van de regio om de MGZ anders te organiseren. In een aantal regio's (vier) is er de ambitie om bestaande initiatieven op te schalen en/of beter te borgen, maar is er geen ambitie om nieuwe initiatieven in het anders organiseren van de MGZ op te starten. Dit zijn regio's waar veel gebeurt en waar de laatste jaren een flink aantal regionale initiatieven zijn ontstaan om de MGZ anders te organiseren. In een flink aantal andere regio's (tien) is er de ambitie om knelpunten in de MGZ-sector overstijgend aan te pakken, maar zijn er nog geen concrete plannen hoe dit te doen en wil men eerst tot een regionale visie op de MGZ komen. In het leeuwendeel van deze regio's zijn de laatste jaren weinig tot geen regionale initiatieven ontplooid om de MGZ anders te organiseren. Ook is er een flink aantal regio's (negen) waar al concrete plannen ontwikkeld zijn om knelpunten in de MGZ regionaal aan te vliegen en is het de ambitie om deze plannen de komende periode uit te voeren. Dit zijn zowel regio's waar de laatste jaren al veel initiatieven zijn ontwikkeld om de MGZ anders te organiseren, als regio's waar dat niet voor geldt. In zeven regio's is er op dit moment geen enkele ambitie om de MGZ anders te organiseren. In vijf van deze regio's zijn er op dit moment geen formatieproblemen in de MGZ, al worden die wel in de nabij toekomst verwacht. Bij twee regio's speelt dat er grote formatieproblemen zijn maar er geen ambitie is om de MGZ op een andere manier te organiseren.

Conclusie

In deze rapportage hebben we laten zien hoe capaciteitsproblemen in de MGZ regionaal uitwerken, wat daarbij terugkerende knelpunten zijn, en of en hoe er in verschillende regio's gewerkt wordt aan het anders organiseren van de MGZ. Ook hebben we verschillende mechanismen benoemd die regionale samenwerking helpen dan wel hinderen. We hebben laten zien dat sommige regio's grote formatieproblemen hebben. Ook hebben we laten zien dat formatieproblemen in de MGZ voor een deel een verdelingsvraagstuk zijn. Dat geldt zowel tussen regio's, bijvoorbeeld tussen regio's waar opleidingscentra van huisartsen en SO's zijn gevestigd en regio's op enige afstand van deze centra; als binnen regio's, waarbij grote VVT- en GHZ-organisaties soms ruim in de formatie zitten, terwijl naburige organisaties de MGZ niet goed georganiseerd krijgen. Ook hebben we beschreven hoe de gevoelde urgentie om de MGZ anders te organiseren en daarbij schaarse capaciteit regionaal in te zetten voor een belangrijk deel bepaald wordt door de krapte die men in de bezetting in de eigen organisatie ervaart. Daarnaast hebben we laten zien dat capaciteitsproblemen in de MGZ vaak als eerste zichtbaar worden door een terugtrekkende beweging van SO's en AVG's de eigen organisatie in, waardoor het extramuraal werken onder druk komt te staan. Bij huisartsen zien we een vergelijkbare terugtrekkende beweging waardoor de toegang tot MGZ voor cliënten in kleine woonzorgvoorzieningen en thuiswonende cliënten met een wlz-indicatie niet altijd geborgd is. In veel regio's worden initiatieven genomen om deze knelpunten te adresseren. Enerzijds zijn dit initiatieven waarbij schaarse medische expertise op grote afstand van de zorg gepositioneerd wordt, bijvoorbeeld door middel van triage en taakherschikking. Anderzijds zijn dit initiatieven die schaarse medische capaciteit evenrediger over de regio trachten te verdelen, zoals regionale behandeldiensten, ambulante teams ouderengeneeskunde, regiopoli's en huisartsenpraktijken voor bijzondere doelgroepen. Goede bestuurlijke samenwerking in de regio is randvoorwaardelijk voor het ontstaan van regionale zorgfaciliteiten. Er zijn echter grote verschillen tussen regio's in de mate waarin bestuurders van VVT- en GHZ-organisaties en huisartsen elkaar weten te vinden. Tenslotte hebben we beschreven hoe de ambitie om de MGZ anders te organiseren tussen regio's verschilt, waarbij sommige regio's kiezen voor een pas op de plaats terwijl andere regio's grote plannen hebben om de problemen in de MGZ in gezamenlijkheid, en domeinoverstijgend aan te vliegen.

Tot slot, deze regio-inventarisatie wordt gebruikt om de ondersteuning die binnen het programma MGZ in de regio geboden wordt verder vorm te geven. Bent u na het lezen van deze rapportage geïnteresseerd geraakt in wat het programma voor uw regio kan betekenen, kijk dan eens op [website van Vilans](#) en/of neem contact op met een van hun adviseurs.

Bijlage:

Bijlage 1: inventarisatie instrument

- Inventarisatie toekomstbestendige MGZ in de regio

Bijlage 1

Inventarisatie toekomstbestendige MGZ in de regio

Looptijd: Q4 2022- Q1 2023

In dit verkennend onderzoek ontwikkelen we een instrument waarmee we inventariseren hoe wlz-regio's werken aan toekomstbestendige medisch-generalistische zorg. De volgende onderzoeksvraag staat centraal: hoe werken zorgaanbieders (wlz-instellingen, eerstelijnszorg en eventueel in samenwerking met tweede lijn zorginstellingen) aan het toekomstbestendig maken van de medisch generalistisch zorg aan kwetsbare cliënten en met welke resultaten?

Inventarisatie tool

Formatieproblemen bij medische professies

Grote (verwachte)⁸ formatieproblemen bij VVT, VG-instellingen, huisartsenparktijken in de regio

Aanzienlijke (verwachte) formatieproblemen bij een aantal VVT, VG-instellingen en huisartspraktijken in de regio

Kleine (verwachte) formatieproblemen bij een beperkt aantal VVT, VG-instellingen en huisartsenpraktijken in de regio

Geen (verwachte) formatieproblemen bij VVT, VG-instellingen en huisartsenpraktijken in de regio

Narratieve verantwoording:

- Hoe wordt de formatie ingevuld (verhouding ZZP en vast dienstverband)?
- Hoe kwetsbaar is de medisch-generalistische zorg in de regio (pensionering, afhankelijkheid van enkele individuen)?
- Hoe is de verdeling van capaciteit over de regio? Zijn er specifieke plekken/instellingen met meer schaarste problematiek en hoe komt dat?
- Welke cliëntgroepen ontberen adequate zorg?

Wachlijsten

Lange wachlijsten voor (bijna) alle wlz-instellingen in de regio

Lange wachlijsten voor het merendeel van wlz-instellingen in de regio

Korte wachlijsten voor het merendeel van wlz-instellingen in de regio

Nauwelijks wachlijsten voor wlz-instellingen in de regio

Narratieve verantwoording:

- In hoeverre zijn er verschillen in wachlijsten tussen wlz-instellingen en sectoren (VG/VVT)?
- In hoeverre geven (lange) wachlijsten druk op aanpalende medische voorzieningen? (denk aan ELV, crisisbedden, SEH)?

8. Verwacht binnen 2 jaar

Urgentie

Geen gedeelde urgentie om MGZ anders te organiseren bij huisartsen, VVT, VG, (ziekenhuis), zorgkantoor en zorgverzekeraar	Beperkte urgentie om MGZ anders te organiseren bij huisartsen, VVT, VG, (ziekenhuis), zorgkantoor en zorgverzekeraar	Grote urgentie om MGZ anders te organiseren bij het merendeel van de huisartsen, VVT, VG, (ziekenhuis), zorgkantoor en zorgverzekeraar	Grote gedeelde urgentie om MGZ anders te organiseren bij huisartsen, VVT, VG, (ziekenhuis) en zorgkantoor en zorgverzekeraar
---	--	--	--

Narratieve verantwoording:

- Welke partijen zijn niet betrokken bij initiatieven om de MGZ regionaal te organiseren maar zouden dat vanwege de urgentie wel moeten zijn?
- In hoeverre past de regiovisie bij het urgentieniveau om MGZ anders te organiseren? En is er een verschil tussen VVT en VG?
- Zijn er plannen voor regionale MGZ? En zo ja, in hoeverre corresponderen deze met het gewenste urgentieniveau?

Knelpunten in de MGZ voor kwetsbare cliënten

- Welke overige knelpunten zijn er in de regio in de MGZ die hierboven nog niet beschreven zijn?

Initiatieven

Huisartsen, VVT, VG-instellingen hebben nauwelijks initiatieven ontplooid om MGZ voor kwetsbare cliënten toekomstbestendig in te richten	Enkele huisartsen, VVT, VG-instellingen hebben initiatieven ontplooid om MGZ voor kwetsbare cliënten toekomstbestendig in te richten, maar deze zijn vooral op instellingsniveau / praktijkniveau	Huisartsen, VVT, VG-instellingen hebben op instellingsniveau / praktijkniveau en in samenwerking met eigen sector initiatieven genomen om MGZ toekomstbestendig in te richten, maar samenwerking over domeinen en sectoren is beperkt	Zorgaanbieders hebben op instellingsniveau / praktijkniveau en domein en sector overstijgend initiatieven genomen om MGZ toekomstbestendig in te richten
--	---	---	--

Narratieve verantwoording:

- Welke veelbelovende initiatieven zijn er in de regio (bij VVT, VG, huisartsen) de laatste twee jaar ontplooid om MGZ voor kwetsbare cliënten toekomstbestendig te maken?
- In welke mate zijn deze initiatieven domein en sector overstijgend? En in hoeverre worden de huisartsen betrokken?

Bestuurlijke samenwerking VVT

De VVT-tafel functioneert matig

De VVT-tafel functioneert, maar samenwerking met huisartsen en VG is er niet

De VVT-tafel functioneert, maar samenwerking met huisartsen en VG is beperkt en lokaal

VVT-tafel, VG-tafel, huisartsen (en eventueel ziekenhuis) trekken regionaal samen op

Bestuurlijke samenwerking VG

De VG-tafel functioneert matig

De VG-tafel functioneert, maar contact tussen systeemaanbieders en huisartsen en VVT in de regio is er niet

De VG-tafel functioneert, maar contact tussen systeemaanbieders en huisartsen in de regio is beperkt en lokaal

VVT-tafel, VG-tafel, huisartsen (en eventueel ziekenhuis) trekken regionaal samen op

Bestuurlijke samenwerking huisartsen

De bestuurlijke samenwerking tussen huisartsen is zeer beperkt

De bestuurlijke samenwerking bij huisartsen is goed en regionaal, maar contact met VG en VVT is er niet

De bestuurlijke samenwerking bij huisartsen is goed en regionaal, en contact met VVT en VG is beperkt en lokaal

VVT-tafel, VG-tafel, huisartsen (en eventueel ziekenhuis) trekken regionaal samen op

Narratieve verantwoording:

- Wat zijn knelpunten in de bestuurlijke samenwerking tussen huisartsen, VVT en VG-sector in de regio?

Ambitie

Er zijn geen/nauwelijks plannen om MGZ voor kwetsbare cliënten toekomstbestendig in te richten

Er zijn enkele plannen om MGZ voor kwetsbare cliënten toekomstbestendig in te richten en die zijn vooral op instellingsniveau/ praktijkniveau

Er zijn plannen om de MGZ voor kwetsbare cliënten toekomstbestendig in te richten maar vooral binnen eigen domein/sector

Er zijn plannen om de MGZ voor kwetsbare cliënten toekomstbestendig in te richten en deze zijn instelling, sector en domeinoverstijgend

Narratieve verantwoording:

- Welke veelbelovende regionale initiatieven omtrent het anders inrichten van MGZ aan kwetsbare cliënten staan op de agenda?
- Welke mate zijn initiatieven omgezet in plannen? Zijn er regionale middelen aan gekoppeld?
- Welke ondersteuning is aanwezig of nodig om deze plannen verder te brengen?

COLOFON

Verantwoordelijk voor uitgave

Vilans en Erasmus Universiteit

Onderdeel van programma

Medisch-generalistische zorg in de regio

www.vilans.nl/mgz

Auteurs

J.J. Schuurmans, O. van der Woerd, N. van Pijkeren, L. Polfliet, E. Posthuma, R. Bal & I. Wallenburg

Ontwerp

Marcom+design

Contactpersoon

J.J. Schuurmans (Jitse)

schuurmans@eshpm.eur.nl

Vilans

Vilans is de landelijke kennisorganisatie voor zorg en ondersteuning. Wij vinden het belangrijk dat mensen die afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning het leven kunnen leiden dat ze willen. Wij dragen daar proactief met kennis aan bij. We benoemen vraagstukken en agenderen onderwerpen. Samen met anderen verzamelen, ontwikkelen en delen we kennis. Vilans brengt mensen en organisaties bij elkaar vanuit onderzoek, praktijk, beleid en onderwijs. Zo versnellen we kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en de toepassing van kennis. www.vilans.nl

Disclaimer

Vilans streeft er samen met betrokkenen naar om gebruik te maken van juiste, actuele en beschikbare gegevens in publicaties. Ondanks onze zorgvuldigheid aanvaarden we daar geen aansprakelijkheid voor. Op onze publicaties is de [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 licentie](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) van toepassing. Dit betekent dat je onze publicaties mag downloaden, verveelvoudigen en mag verwijzen wanneer de volgende voorwaarden gelden:

- Er sprake is van niet-commerciële doeleinden.
- Je beschrijft dat de publicatie van Vilans is, eventuele auteurs noemt en een URL of hyperlink naar de publicatie plaatst.
- Je de [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 licentie](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) vermeldt, inclusief link.

Wil je een onderdeel gebruiken voor een eigen publicatie? Ook dat mag alleen voor niet-commerciële doeleinden en op voorwaarde dat je linkt naar de originele bron en je werk vervolgens onder dezelfde [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 licentie](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) deelt. De [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 licentie](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) is niet van toepassing op beeldmateriaal, content van derden en op onderdelen waar dit specifiek bij benoemd staat.

MGZ-programma

Het programma Medisch-generalistische Zorg in de regio (MGZ) ondersteunt de (door)ontwikkeling van regionale samenwerkingsinitiatieven om de inzet van medisch generalistische zorg anders te organiseren. Zowel in de ouderenzorg als in de gehandicaptenzorg. Zo kunnen nieuwe vormen van regionale zorg bottom-up ontstaan. We richten ons op regionaliseringsvraagstukken rondom de inzet van Specialisten Ouderenzorg (SO), Artsen Verstandelijk Gehandicaptenzorg (AVG) en huisartsen (HA).

Vilans voert MGZ uit in opdracht van VWS, en in samenwerking met de Erasmus Universiteit. De opdracht ligt in lijn met het IZA en met WOZO.

Meer weten over het programma?

Kijk op www.vilans.nl/mgz voor praktijkvoorbeelden, programma-informatie en activiteiten.

©Vilans

Churchilllaan 11

3527 GV Utrecht

030 789 23 00

info@vilans.nl

www.vilans.nl

