

INTERVIEWBUNDEL

Medisch Generalistische Zorg (MGZ)

actiz



Voorwoord

MGZ: samenwerken over de grenzen van wetten heen

Medisch Generalistische Zorg (MGZ) organiseren binnen de langdurige ouderenzorg blijkt vaak lastig in de praktijk. Omdat huisartsen, zorgorganisaties, zorgverzekeraars én zorgkantoren elkaar moeten vinden in de zorg voor één en dezelfde cliënt. Net zoals Specialisten Ouderenzorg en behandelaren binnen zorgorganisaties. In deze interviewbundel leest u hoe vijf bestuurders vanuit verschillende zorgorganisaties hier werk van maken met gebruik van het convenant MGZ.

Het convenant MGZ is een afspraak tussen alle betrokken partijen – ActiZ, Verenso, de LHV, InEen en ZN – om de samenwerking op dit snijvlak structureel te verbeteren. Niet met mooie woorden alleen, maar met duidelijke afspraken over inzet, verantwoordelijkheden en de noodzakelijke inkoopafspraken die samenwerking ook financieel mogelijk maken. Want hoe goed huisartsen en zorgorganisaties ook willen samenwerken, zonder goede facilitering door financiers strandt het in de praktijk.

Over de grenzen

Het is veelzeggend dat alle partijen aan tafel zijn gebleven in het vaak-taaie proces richting dit convenant. Iedereen herkent de knelpunten. Iedereen ziet de noodzaak. En iedereen voelt de verantwoordelijkheid om te handelen, ook binnen het huidige stelsel. Het convenant onderstreept dan ook niet alleen wat er moet gebeuren, maar laat vooral zien wat er al kán – mits we bereid zijn over onze eigen grenzen heen te kijken.

Interviewbundel

In deze bundel leest u hoe vijf bestuurders vanuit verschillende zorgorganisaties werk maken van MGZ in hun regio. Het zijn diverse verhalen met diverse regionale oplossingen. De bestuurders delen hun aanpak, hun afspraken, hun samenwerking met huisartsen en financiers – én de obstakels die ze onderweg tegenkomen. Die openheid is belangrijk. Want alleen door ervaringen te delen, kunnen we elkaar verder helpen. Het bestuur van ActiZ beveelt deze verhalen van harte aan. Ze laten zien dat regionale samenwerking mogelijk is, dat het zin heeft om het gesprek aan te gaan, en dat het loont om te investeren in relaties en wederzijds begrip. De voorbeelden geven praktische handvatten én inspiratie. Want de zorg voor kwetsbare ouderen stopt niet bij wet- of domeingrenzen. En goede zorg organiseren doen we samen.

Namens het bestuur van ActiZ,



Ronald Schmidt,
Vice-voorzitter bestuur ActiZ en Kerngroep Revalidatie
& Herstel | raad van bestuur Cordaan (Amsterdam)



MGZ door de ogen van

Patricia Bangma

Bestuurder Zorggroep Sint Maarten

'Goede triage is cruciaal'

Medisch Generalistische Zorg lukt alleen met goede afspraken tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Bestuurder Patricia Bangma van Zorggroep Sint Maarten vertelt hoe zij hier een rol in speelt in de organisatie van MGZ in de regio Twente. En hoe het convenant MGZ hierbij heeft geholpen.

'De basis voor onze MGZ-aanpak is zo'n drie jaar geleden ontstaan toen we als Zorggroep Sint Maarten intensiever gingen samenwerken met andere zorgpartners binnen onze regio's. We hebben ons toen aangesloten bij Coöperatie ThoeZ, waarin verpleeg- en thuiszorgorganisaties (VVT) en het ziekenhuis samenwerken. Samen met de andere VVT-organisaties in de regio gingen we het gesprek aan met de huisartsenkeupels en bleek dat huisartsen eigenlijk niet tevreden waren over de uitvoering van de crisisregeling voor ouderenzorg en ggz. In eerste instantie kwamen individuele casussen op tafel die niet lekker liepen en waar oplossingen voor gevonden moesten worden. Gaandeweg bleken we de uitvoering van de crisisregeling zo steeds beter voor elkaar te krijgen. Vervolgens hebben we de gesprekken tussen VVT en huisartsen verbreed tot een soort algemeen samenwerkingsoverleg.'

Voor elkaar invullen

'In het samenwerkingsoverleg tussen VVT-aanbieders en de huisartsenkeupels voeren we inmiddels heel andere gesprekken, bijvoorbeeld over het Volledig Pakket Thuis (VPT). Huisartsen bleken niet goed te weten wat dit inhield en wilden er eigenlijk ook niet aan meewerken. Dan kom je er plots achter dat je vaak aannames doet en dingen voor elkaar invult. Wij dachten vanuit de VVT dat huisartsen het waarschijnlijk heel handig zouden vinden als veel ouderen met een VPT samen zouden wonen in een geclusterde woonvorm. Want dan hoef je maar zorg te organiseren voor één locatie. Maar de huisartsen bleken het helemaal niet prettig te vinden dat er ineens een grote groep kwetsbare patiënten bijkwam in hun zorggebied.'

// Het Convenant MGZ is geen oplossing voor de schaarste van artsen. Maar het geeft wel een kader hoe de VVT, artsen en zorgverzekeraar gezamenlijk met deze schaarste om kunnen gaan.

Begrip kweken

'De afgelopen twee jaar zijn we in dit overleg met elkaar bezig om meer begrip te creëren voor elkaars praktijk. We hebben daarbij gezamenlijk, zowel huisartsen als ouderenzorgorgani-

saties, een oproep gedaan aan zorgkantoor en zorgverzekeraar Menzis om mee te doen. Want om met de schaarste om te gaan, hebben we ook de financiers aan tafel nodig. Dankzij dit overleg denken verzekeraars nu niet meer dat alles vanzelf wel geregeld is voor geclusterd wonen en het VPT. Ze begrijpen nu ook dat soms creatieve oplossingen nodig zijn met goede afspraken en financiering. Het Convenant MGZ is op zichzelf geen oplossing voor de schaarste aan artsen, maar het geeft wel een goed kader voor hoe we in de driehoek VVT, artsen en zorgkantoor/zorgverzekeraar gezamenlijk met deze schaarste kunnen omgaan.'

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde

'Belangrijk is ook dat we het overleg niet alleen op bestuurlijk niveau hebben ingericht. Concrete uitwisseling tussen onze specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen over aanpak en werkwijze heeft veel opgeleverd. Een belangrijke constatering is geweest dat goede triage cruciaal is, of dat nu in de woonzorglocatie is, bij de huisartsenpraktijk of de spoedpost. Ook de samenwerking tussen taakgedelegeerden (VS, PA en POH) is heel belangrijk. Vanuit die goede triage is het telkens mogelijk om te bepalen welke arts, voor welk tijdstip en voor welke cliënt moet worden ingezet. Dat is dus echt MGZ in de praktijk.'

Regionale samenwerking

'Gezien de schaarste zal het steeds meer aankomen op goede samenwerking in de regio. Mijn advies is om aan te sluiten bij mensen/praktijken die willen. Zo ontstaan goede voorbeelden, waarop je kunt voortbouwen. Daarbij hebben we als VVT-sector ook zeker iets te doen! Als we onze behandeldiensten meer samen laten werken, met meer gelijke aanpak en organisatie, kunnen we duidelijk maken: dit mag je van ons verwachten: 24/7, ook voor de huisartsenpraktijk.'

'In Twente zijn we goed op weg. Het zorgkantoor neemt regie terug op de MGZ, en we krijgen ondersteuning van Vilans om onze regiovisie verder vorm te geven. Onze focus moet zijn dat het gaat om de kwetsbare mens, niet om wetgeving. Als het gemakkelijk was geweest qua financiering of capaciteit was het al lang geregeld; maar zo is het dus niet. Ken elkaar, kijk samen naar oplossingen, en laat diversiteit bestaan.'



MGZ door de ogen van

Annemieke Bambach en René Leideritz
Het Gastenhuis

'Gebruik feiten en cijfers voor wederzijds begrip'

Hoe organiseer je Medisch Generalistische Zorg (MGZ) als aanbieder van een kleinschalige woonzorgorganisatie voor mensen met dementie op meer dan 24 locaties in Nederland? Met andere woorden; hoe borg je MGZ in Het Gastenhuis? En welke rol kan het Convenant MGZ dat in 2024 werd gesloten daarbij spelen? Directeur Annemieke Bambach en innovatie- en kwaliteitsmanager René Leideritz van Het Gastenhuis aan het woord.

'Garanderen dat er voor alle bewoners van Het Gastenhuis altijd een arts beschikbaar is kan ingewikkeld zijn. Er zijn gemeenten waar voldoende huisartsen actief zijn om de zorg te organiseren in de avond en het weekend. Maar er zijn ook gemeenten waar dit moeizaam is vanwege de grote wachtlijsten voor de huisarts. En zelf een behandelpost opzetten of fulltime Specialist Ouderengeneeskunde (SO) aannemen voor individuele locaties is geen haalbare kaart omdat het om te weinig consulten gaat in de kleinschalige setting en we landelijk werken. Dan moet je het dus met regionale samenwerking oplossen, en dat is precies waar het Convenant MGZ op insteekt.'

Onderzoek

'In 2023 hebben we in kaart gebracht welke problemen we precies moeten oplossen en hoe onze inzet en samenwerking op de MGZ eruitziet. Denk aan vragen als hoe vaak zetten we de huisarts, SO of GZ-psycholoog in? Hoe verloopt de samenwerking met deze professionals? Wat kan daar beter? De cijfers zijn verhelderend. Gemiddeld zitten we bij de huisarts op 4,1 consulten per week voor een locatie met rond de twintig inwoners. Dat gaat voor 59 procent van de gevallen om telefonische consulten. Slechts in 14 procent van de gevallen zijn de consulten acuut en maar in 9 procent van de gevallen vinden ze tijdens het weekend plaats.'

Bezwaren wegnemen

'Zulke feiten kunnen bezwaren en angsten bij huisartsen wegnemen. Huisartsen voelen zich soms overvallen door de komst van een kleinschalige woonvorm, en zijn bang dat de druk op hun praktijk zal toenemen. Maar in gesprek met elkaar en aan de hand van dit soort cijfers, kun je al heel wat onderling begrip kweken en blijkt er veel mogelijk te zijn in de samenwerking.'

'Het is dus van groot belang om de eigen kwaliteit goed op orde te hebben! Wees ook bereid om op verschillende plaatsen met verschillende werkwijzen te werken, zorg voor goede triage en blijf met elkaar in gesprek. Zo ontwikkel je vertrouwen in de samenwerking. Ik ben ervan overtuigd dat het nodig is om de expertise in de eerstelijns te organiseren. Het Convenant doet aanspraak op de onderlinge bereidwilligheid tussen aanbieders en geeft daarvoor een concreet handvat. Het is heel mooi dat we daarmee nu aan de slag kunnen.'

// **Het gaat niet om meer medicaliseren. We moeten juist uit het medische model komen en meer de focus leggen op kwaliteit van leven.**

Annemieke Bambach \ Directeur Het Gastenhuis

Regionaal oplossen

'Maar: Hoewel wederzijds begrip helpt, kan het natuurlijk niet de schaarste aan artsencapaciteit oplossen. In sommige regio's heb je lokale afspraken nodig en daarbij helpt het nieuwe MGZ-convenant. Een goed voorbeeld uit onze praktijk is hoe we in Gelderland regionaal aan de slag zijn met een MGZ-projectgroep die actief het werk van huisartsen, SO's en kleinschalige woonvormen als de onze bij elkaar brengt. Hierbij zijn, in het kader van het programma 'MGZ in de regio', ook kennisorganisatie Vilans en de Erasmus Universiteit betrokken.'

Kwaliteit van leven

'Als het onverhoopt niet lukt om die samenwerking met de huisartsen en SO's op te zetten, kun je het zorgkantoor erbij betrekken. Volgens het Convenant kan het zorgkantoor hierbij de regie pakken. Waarbij het van mijn hart moet dat we met alle partijen inzetten op de omslag van alles medicaliseren naar focus op kwaliteit van leven. Daar moeten dan ook de beleidsregels van het zorgkantoor op aansluiten.'



MGZ door de ogen van

Marcel van der Priem en Anneclair Griffioen
De Wever



'Het is belangrijk dat je elkaar een beetje in het oog hebt'

Bij zorgorganisatie De Wever heerst de overtuiging dat medische behandeling voor kwetsbare mensen altijd beschikbaar moet zijn, ongeacht op welke plek ze wonen. Het ongemak over deze garantie ontstaat als partijen in de zorgketen daar verschillend tegenaan kijken. Het nieuwe convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ) kan dan uitkomst bieden. In gesprek met manager behandeling Anneclair Griffioen en bestuurder Marcel van der Priem van De Wever.

'Het organiseren van Medisch Generalistische Zorg (MGZ) vergelijk ik wel eens met hoe wij met de familie de kerstmaaltijd doen. Ik heb een grote woonkamer en kan goed tegen stress dus is het logisch als we het bij ons thuis doen. En we spreken af dat iedereen eigen gerechten meeneemt en we delen ook nog de kosten. Zo kan het ook werken bij het garanderen van medische zorg voor mensen in de nacht en in het weekend. Maar dan moet je daar wel met z'n allen over eens zijn. Net zoals dat de basishouding bij onze familie met kerst is dat we hoe dan ook met z'n allen aan tafel gaan.'

Overzichtelijk veld

'Hier in Midden-Brabant kunnen we die afspraken in principe overzichtelijk maken. Wij hebben zelf een behandel dienst met specialisten ouderengeneeskunde (SO's). Daarbij werken we nauw samen met andere VVT-collega's zoals Thebe en Mijzo. En we hebben te maken met één zeer betrokken overkoepelende huisartsenorganisatie, PrimaCura. De huisartsenpraktijken waar we goed mee samenwerken zijn goed georganiseerd. Dat is een voorwaarde. Ze organiseren het multidisciplinair overleg (MDO) waar de casussen van kwetsbare ouderen besproken worden en daar zit onze SO bij. Hierin stemmen we af waar onze SO's heen gaan en wat voor de huisarts is. Bij complexe casussen wordt ook de wijkverpleging en de sociaal werker ingezet. Dan is het helemaal 'top of the bill'. Financieel gezien zit het grofweg zo in elkaar dat de inzet van de SO voor mensen met een Wlz-indicatie uit de Wlz-komt en voor mensen zonder indicatie vanuit het GZSP-budget komt (Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiënten).'

// Schaarste verdelen is niet 'one size fits all', maar maatwerk.

Marcel van der Priem \ Bestuurder De Wever

Ongebreidelde groei

'We komen overal helpen bij mensen, ook die we niet in zorg hebben. Bij mensen thuis die soms wel en soms geen indicatie

voor een zorgzwaartepakket (ZZP) hebben, bij andere Wlz-aanbieders. Er zitten echter wel grenzen aan, namelijk dat iedereen aan tafel het eens moet zijn met het hoofddoel. Zo hebben we in deze regio afgesproken dat we de geclusterde zorg niet uitbreiden. Geclusterde professionele zorg heeft een aanzuigende werking en leidt vaak tot teveel zorg, terwijl we moeten ontzorgen. Juist als het lukt om mensen thuis te laten wonen, kunnen we de medische zorg beperken.

Het convenant

'In dit soort situaties is het convenant MGZ behulpzaam. Als iedereen in de regio met de juiste intentie aan het werk is, heb je natuurlijk helemaal geen convenant nodig. Maar als je elkaar kwijt raakt of nog niet gevonden hebt, dan kan het Convenant helpen. Belangrijk is dat je elkaar in het oog hebt. Je hoort wel eens over locaties waar niet eens verpleegkundige zorg aanwezig is of een huisarts zonder praktijkondersteuner. Als SO's en huisartsen onvoldoende bediend worden, dan werkt het niet en moet je om tafel. Met het convenant kun je dan naar een rolverdeling kijken. Er is op basis van het convenant zagezegd niks hard afdwingbaar, maar de aanspraak op samenwerking ligt er wel. En vooral: het zorgkantoor kan het probleem niet langer links laten liggen.'

Reablement

'Met of zonder convenant, de blik of intentie waarmee je naar MGZ kijkt moet overeenkomen. Het zorgnetwerk Midden Brabant functioneert heel goed. Alle betrokkenen herkennen de urgentie om de vergrijzing het hoofd te bieden en stappen in. Er kan geen groei van intramurale plekken zijn en we willen geen kwetsbare ouderen nodeloos in het ziekenhuis. Dan moet je dus gaan helpen in de eerstelijns. Onze kijk is dat je een maatschappelijke opgave hebt om mensen te helpen. Voorop staat dat je dit primair doet door mensen zo veel mogelijk zelfredzaam te maken vanuit de visie op reablement die in deze regio steeds meer voeten aan de grond krijgt. En als je die toegankelijkheid hoog in het vaandel hebt staan, moet je ook bereid zijn om af te stappen van een aantal normen voor bezetting en dergelijke. Want schaarste verdelen is niet 'one size fits all' maar maatwerk, waar we snoeihard aan werken.'



MGZ door de ogen van

Gabriele Kasten

Bestuurder Piet Raat Stichting

‘Van reactief handelen naar vroegtijdige zorgplanning’

Een arts dag en nacht beschikbaar houden voor cliënten die zorg ontvangen uit de Wlz, ongeacht waar ze wonen? We kijken mee bij de Pieter Raat stichting die MGZ organiseert met een compact behandelteam. ‘Hierin is de verpleegkundig specialist (VS) de regisseur van de medische zorg’, aldus bestuurder Gabriele Kasten.

‘De vergrijzing neemt almaar toe, ook in ons zorggebied dat Alkmaar en Heerhugowaard omvat. We zien een duidelijke toename van 75-plussers en een steeds complexere zorgvraag, met name thuis. Aan de aanbodkant zien we ook de effecten van de vergrijzing, zo neemt het aantal huisartsen af en krimpt de beroepsbevolking. In Noord-Holland Noord loopt het tekort aan huisartsen op tot 200 in 2030. Het goed organiseren van Medisch Generalistische Zorg is daarom cruciaal.’

Pilot compact behandelteam

‘Op een locatie met 100 cliënten hebben we te maken met 26 huisartsen. Het is een grote opgave om dat allemaal te coördineren. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden zijn we in 2019 gestart met een pilot voor het compact behandelteam. Dit team bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde (SO) die op consultbasis beschikbaar is, de huisarts als regiebehandelaar en de verpleegkundig Specialist (VS) die de regisseur van de medische zorg is met een zelfstandige behandelbevoegdheid en verantwoordelijkheid. Het zorgkantoor koopt van oudsher geen behandeling bij ons in maar in het kader van deze pilot leveren we met dit compact behandelteam dus wél behandeling. In deze pilot is de VS de spil van het team. Ze is het eerste aanspreekpunt voor de cliënt, familie en het zorgteam. Zij coördineert de medische zorg, onderhoudt contact met paramedici, loopt wekelijks visite en bespreekt met het team en de huisarts de nodige zorg- of welzijnsoplossingen. Een belangrijke succesfactor van deze pilot is dat de VS hier in dienst is, en niet als verlengde arm van de huisarts werkt. De VS zit hierdoor heel dicht op de bewoners en de teams, en is vooral proactief aan het werk. Tweede succesfactor is dat de VS verstand heeft van medische en van verpleegkundige zaken, en nadrukkelijk ook verpleegkundige interventies inzet – met altijd de huisarts, de SO en de psycholoog op de achtergrond.’

Plannen versus reageren

‘Huisartsen zijn doorgaans generalisten. Daarom vraagt complexe ouderzorg, bijvoorbeeld vanwege grote verscheidenheid aan aandoeningen of gedragsproblemen, veel van hun capaciteit. Huisartsen werken daarnaast in de regel reactief. Zij zijn pas beschikbaar als er medische problemen worden gemeld. Dankzij de proactieve en preventieve inzet van het compact behandelteam wordt medische zorg voorkomen en het werk van de huisarts verlicht. In de ouderenzorg is juist vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep het voorkomen van ziekten en

complicaties van groot belang. Denk hierbij aan interventies ten behoeve van valpreventie, het behouden van een goede voedingstoestand en het terugdringen van te veel medicatie.’

// Dankzij de proactieve en preventieve inzet van het compact behandelteam wordt medische zorg voorkomen en het werk van de huisarts verlicht.

‘De VS doet als onderdeel van het compacte behandelteam daarnaast aan ‘vroegtijdig zorgplanning’ en brengt daarmee toekomstige behandelwensen van de cliënt in kaart. Hierdoor wordt bijvoorbeeld bij een acuut medisch probleem niet meer standaard doorverwezen naar de huisartsenspoedpost of SEH, maar komt het ook voor dat de cliënt met palliatieve zorg thuis kan blijven. Het bepalen van de behandelwensen is een proces waarbij de cliënt (en zijn familie) natuurlijk bij betrokken zijn. De VS voert hierover – anders dan de huisarts – in een vroeg stadium periodiek gesprekken over.’

‘Voor de avond-, nacht en weekend uren (ANW) maken we wel gebruik van de gewone huisartsenspoedpost. Dus overdag is het compacte behandelteam actief, tijdens de ANW-uren niet. Het voordeel is wel dat de VS overdag al met de teams medische afspraken maakt en zo onnodig contact met de huisartsenspoedpost in de nacht zoveel mogelijk wordt voorkomen. Om dit proces te verbeteren worden alle consulten die toch in de ANW plaatsvinden met de huisartsenpost, achteraf geëvalueerd. Was dit nodig? Had het beter anders opgelost kunnen worden? Zo leren we continu met elkaar.’

Convenant MGZ

‘De inzet van het compact behandelteam is nu nog steeds alleen als pilot mogelijk. Maar in regio's waar de financiering

van het compacte behandelteam nog niet structureel geregeld is, kan het convenant MGZ een belangrijke rol spelen. Want de verschillende zorgpartners kunnen aan de hand ervan goede MGZ organiseren. Zo kan het convenant helpen om de rolverdeling, de werkafspraken en niet te vergeten de inkoop helder te krijgen en goed op elkaar af te stemmen.'

'De blik waarmee we naar MGZ kijken is er een waarmee we meer inzetten op de kwaliteit van leven van de kwetsbare ouderen dan op medische behandeling, en vooral aandacht geven aan proactief redeneren met elkaar. Moeten mensen die hun heup breken na een val op late leeftijd nog onder het mes? Of kunnen we ons richten op mensen nog zo'n comfortabel mogelijke laatste levensfase te geven? De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wil zeker stellen dat ouderen bijvoorbeeld passende zorg blijven ontvangen. Het is aan de sector om in samenspraak voor iedereen de juiste zorg en behandeling in te richten. Het compacte behandelteam laat daar veelbelovende resultaten over zien!'

'We hopen dat we ons experiment structureel voort kunnen zetten. Belangrijk daarbij is dat de bekostiging niet contract gebonden, maar populatie gebonden wordt. Om dat structureel mogelijk te maken, is een wetswijziging nodig. Binnenkort willen wij proberen dit compacte behandelteam ook in onze aanleunwoningen te organiseren – tot nu toe werken we er uitsluitend intramuraal mee. Deze vroegtijdige zorgplanning en behandeling, in goed georganiseerde samenspraak met de huisarts, SO en de psycholoog, is wat ons betreft het model voor de toekomst. Proactief werken is het sleutelwoord!'



MGZ door de ogen van

Ronald Schmidt
Bestuurder Cordaan



‘Hoe we Medisch Generalistische Zorg organiseren is de toekomst voor de ouderenzorg’

In 2024 is het Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ) ondertekend. ‘De gezamenlijke aanpak van MGZ uit het convenant kan de opmaat zijn van hoe we in de toekomst ouderenzorg leveren’, aldus bestuurder Ronald Schmidt van Cordaan.

In de regio Groot-Amsterdam waar Cordaan zorg levert is het al langer gebruikelijk dat de specialist ouderengeneeskunde (SO) ook buiten het verpleeghuis medische zorg levert, zowel voor mensen mét een Wlz-indicatie, als zonder, vertelt Schmidt. ‘We hebben bewust gekozen om SO-capaciteit uit de woonzorg te halen en te positioneren in de wijk. Dat was best wel even spannend want binnen de intramurale zorg is het al wel eens krap met de inzet. Maar we hebben er toch voor gekozen omdat nu eenmaal steeds meer mensen met een complexe zorgvraag zelfstandig thuis wonen. Dus daarom zal die gespecialiseerde ouderenzorg ook steeds meer buiten de verpleeghuizen nodig zijn.’

Afspraken

Cordaan heeft voor het borgen van deze 24/7 beschikbaarheid afspraken gemaakt met een aantal andere Wlz-aanbieders en ketenpartners. Onder de vlag van het Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam (NOA) bieden de aanbieders ‘white label’ S.O. behandeling in de eerste lijn in Amsterdam en Diemen. NOA werkt samen met de Amsterdamse Huisartsenalliantie, Amsterdam UMC, Amsterdam Vitaal & Gezond en SIGRA. Ook huisartsenpraktijken zijn specifiek onderdeel van deze project-aanpak. ‘De SO’s doen de consulten tijdens kantooruren. Voor de beschikbaarheidsdienst en intramuraal werkt Cordaan ook nog met ANW Nederland, een organisatie die ondersteuning biedt zodat continuïteit in de MGZ gewaarborgd is en blijft, als onderaannemer. We bekijken momenteel of we de inzet van onze SO’s nog verder kunnen verbreden door deze twee aan elkaar te verbinden.’

Knelpunten

Met dergelijke overeenkomsten heb je nauwelijks een convenant nodig om de MGZ te regelen in de regio, zo lijkt het. ‘Nou, er zijn natuurlijk altijd knelpunten bij dit soort gezamenlijke aanpakken. Zo zouden de huisartsen graag willen dat er alleen Wlz in geclusterde setting wordt geleverd, maar dat is nu eenmaal niet zo: mensen kunnen ook kiezen voor Wlz in hun eigen

huis. Een ander discussiepunt is dat de huisarts onze SO’s ook graag aanwezig heeft bij de multidisciplinaire overleggen (MDO’s) in de eerste lijn. Maar het declareren van deze indirecte tijd van S.O.’s in de eerste lijn is nog altijd een issue.’

Succesfactoren

Ondanks deze hobbels werkt de aanpak in Amsterdam zeker. ‘De belangrijkste succesfactor is dat alle aangesloten partijen beseffen dat zij onderling afhankelijk zijn van elkaar, en dat ze elkaars problematiek erkennen. Want we hebben af en toe toch wat problemen met elkaar op te lossen. Cruciaal is dat het bestuurlijk vertrouwen onderling goed is, en vooral ook dat zorgkantoor en zorgverzekeraar goed zijn aangehaakt. Zij denken goed mee en zijn gecommitteerd om oplossingen te vinden.’

// **Het besef van de onderlinge onafhankelijkheid is cruciaal.**

Toekomst MGZ

‘Voor de toekomst van onze MGZ-aanpak vind ik het heel interessant om te kijken hoe ver je kan komen met de gecombineerde inzet van de huisarts en de SO. Die zie je bijvoorbeeld ook in de praktijk van de Lang Leven Thuisflats. Wat kunnen we daaruit leren voor de intramurale setting? Als deze aanpak heel erg goed blijft gaan, zou je misschien kunnen voorstellen dat de huisartsen een veel grotere rol krijgen in de verpleeghuizen. Dat is nu misschien een aparte opmerking maar we zitten vol in de transformatie. Er moet de komende tien jaar nog wel heel wat gebeuren binnen onze sector en de beschikbaarheid van SO’s is schaars.’

Schaal van MGZ

‘Een andere interessante vraag is op welk niveau je invulling wilt geven aan MGZ. De beschikbaarheid van artsen en SO's doen we nu in Amsterdam en omgeving voor een miljoen inwoners maar je zou een deel van dienstverlening op een nog grotere schaal kunnen inregelen. Bijvoorbeeld met meer dienstverlening op afstand via een regionaal callcenter. Daar kan dan de triage gedaan worden en afgewogen wanneer de SO of de huisarts in actie moet komen. Dat werkt nu al goed in de gehandicaptenzorg, en we hebben het voor de ouderenzorg over veel grotere aantallen dus dat biedt wellicht kansen. Wij zijn dat nu aan het doorrekenen.’

Oproep

‘Ten slotte zullen we allemaal moeten verdragen dat we van een relatief simpele situatie waarbij de zware zorg vooral in de verpleeghuizen wordt geboden naar een relatief complexe werkelijkheid gaan, waarin zorg vooral in de eigen woonsituatie geleverd wordt. Er ligt een morele verplichting voor de leden van ActiZ/de branche om niet voorbij te gaan aan deze maatschappelijke opgave.’

‘Dat wat in het Convenant beschreven staat als ons aandeel, namelijk het organiseren van de 24/7 beschikbaarheid van SO's, vraagt wat van alle aanbieders, en zeker van systeemaanbieders met een behandeldienst. Ook het organiseren van een verpleegkundige voorwacht voor Wlz-in de wijk vraagt wat. Het zal aan alle kanten, bij ons net als bij de huisartsen, soms moeilijk zijn en hier en daar knellen. Daarom wil ik oproepen om geduld te hebben bij deze transformatie om het goed te kunnen organiseren. Gun dit een paar jaar! En laten we dan over enige tijd samen met ZN en de LHV de peilstok er eens insteken om te kijken hoe het gaat. En als het niet gaat vliegen: kijken hoe we het meer dwingend kunnen regelen.’

‘Mijn oproep aan ZN ondertussen is: Ga nu niet al de verpleeghuiscapaciteit afbouwen. Daar denken sommige zorgkantoren toch al hardop over na. Maar ik zeg: maak de omslag niet complexer dan nodig is en hou de capaciteit en inkoopratio (met/zonder behandeling) gelijk. Dan nog zal de drempel voor intramurale zorg omhoog moeten en zullen we veel meer preventie en reablement moeten inzetten. Maar hou het speelveld tijdens deze transformatie wel gelijk.’

Meer informatie

Er zijn twee documenten beschikbaar met aanvullende informatie.
Raadpleeg deze documenten voor een volledig overzicht.



[Convenant](#)



[Handreiking Convenant](#)

Colofon

Opmaak **ActiZ Communicatie**

ActiZ

Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht

☎ 085 - 077 20 00

✉ info@actiz.nl

🌐 www.actiz.nl

© juni 2025

Disclaimer

Deze uitgave is met grote zorgvuldigheid en met gebruikmaking van de meest actuele gegevens tot stand gekomen. Het is evenwel niet geheel uitgesloten dat de informatie in deze uitgave onjuistheden en/of onvolkomenheden bevat. ActiZ aanvaardt geen aansprakelijkheid voor directe of indirecte schade ontstaan door eventuele onjuistheden en/of onvolkomenheden. Aan de inhoud van deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

branchevereniging van zorgorganisaties

verpleeghuiszorg | zorg thuis | revalidatie en herstel | jeugd

