

RAPPORT OFFERTEOPDRACHT MONITORING CONVENANT MEDISCH GENERALISTISCHE ZORG VOOR MENSEN MET EEN BEPERKING

Academische Werkplaats Sterker op Eigen Benen, Nijmegen

Dr. Marloes Heutmekers

Dr. Monique Koks-Leensen

Prof. Dr. Geraline Leusink

Eindrapport – 3 december 2021

1. AANLEIDING

Medisch generalistische zorg (MGZ) voor mensen met verstandelijke beperkingen (VB) is zorg zoals huisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) in onderlinge afstemming en samenwerking plegen te bieden. Wettelijk is geregeld dat mensen met VB een beroep op deze zorg kunnen doen als zij deze zorg nodig hebben, ongeacht of zij in een zorgorganisatie wonen of thuis. De beschikbaarheid en kwaliteit van deze zorg staat om een aantal redenen onder druk, zoals de arbeidsmarktkrapte en hoge werkdruk ervaren door huisartsen en AVG's en de suboptimale samenwerking en facilitering onderling. Om betere voorwaarden te creëren en zorgverleners in de MGZ voor mensen met VB te faciliteren opdat deze zorg goed geleverd kan worden, hebben alle betrokken partijen afspraken gemaakt. Daartoe is op 29 oktober 2020 het convenant "Facilitering en randvoorwaarden medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking" getekend (1). Hierin werden voor verschillende betrokken partij acties afgesproken om de MGZ te verbeteren door beter samen te werken en de huisarts en AVG beter te faciliteren. De betrokken partijen betreffen Ieder(in), KansPlus, InEen, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging voor Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ondersteunt de afspraken in het convenant.

De betrokken partijen hebben in het kader van het convenant MGZ behoefte aan een onderzoek t.a.v. de monitoring van de afspraken en de impact van de acties op betrokken partijen. De directie Langdurige Zorg van het Ministerie VWS heeft de Academische werkplaats Sterker op eigen benen opdracht gegeven dit onderzoek uit te voeren.

1.1. DOELSTELLING

Het doel van dit exploratieve onderzoek is om een eerste inzicht te krijgen in wat alle betrokken partijen merken van de acties uit het convenant en wat deze opleveren.

Tevens wordt inzicht verkregen in de voorwaarden die ervoor zorgen dat samenwerking goed verloopt, waar knelpunten zijn en wat er nodig is om betrokken partijen aan te moedigen dan wel acties bij te stellen.

2. METHODE

Dit is een explorerende kwalitatieve studie, waarin verschillende vertegenwoordigers van betrokken partijen in MGZ voor mensen met een verstandelijke beperking geïnterviewd worden (zie '2.3 Deelnemers') over hun ervaringen met deze zorg, met name gericht op samenwerking en verbeteracties zoals beschreven in het convenant.

De aanpak wordt gebaseerd op het systeem framework van Klein Woolthuis et al. (2, 3).

Bij de opzet en tijdens de uitvoer van het onderzoek is een klankbordgroep betrokken, waarin vertegenwoordigers van opdrachtgever ministerie van VWS en beroepsverenigingen met een centrale rol in het convenant LHV, NVAVG en VGN deelnamen. Zij hebben advies gegeven over de aanpak van het onderzoek, werven van deelnemers en het beschrijven van de resultaten en opstellen van aanbevelingen.

2.1. SYSTEEM FRAMEWORK

De MGZ voor mensen met VB is complex. Er zijn veel verschillende betrokkenen, de sociale en fysieke omgeving speelt een belangrijke rol en er zijn voortdurend interacties binnen dit systeem.

Veranderingen en verbeteringen zijn dan ook niet te vatten in een lineair proces. Veranderingen ontstaan binnen het systeem als innovaties, waarbij betrokken partijen op een andere manier gaan werken en samenwerken. Deze innovaties kunnen door verschillende voorwaarden worden bevorderd of juist gehinderd. Wanneer je de MGZ voor mensen met VB gaat bekijken als een (innovatie)systeem, met de nadruk op verbanden in plaats van op losse onderdelen, dan kan het systeem framework worden toegepast. Dit kan als hulpmiddel fungeren om voorwaarden die het systeem bevorderen en hinderen in ontwikkeling voorwaarts (innovaties) te analyseren en evalueren, vanuit verschillende stakeholder perspectieven. Het systeem-framework onderscheidt vier stakeholderpartijen: 1) aanbieders, 2) gebruikers, 3) derde partijen en 4) voorwaardenscheppend. Daarnaast onderscheidt het vier voorwaarden aan een complex systeem: 1) Infrastructurele voorwaarden, 2) Institutionele voorwaarden, 3) Interactie voorwaarden en 4) Competentie voorwaarden.

2.2. ONDERZOEKSDESIGN

Dit is een kwalitatieve studie, waarin vertegenwoordigers uit de 4 verschillende stakeholder-partijen volgens het systeem-framework geïnterviewd worden. Er worden semigestructureerde interviews afgenomen bij vertegenwoordigers van deze betrokken partijen. De interviews worden gestructureerd op basis van de acties uit het convenant. Daarbij wordt er positief ingestoken en ligt de focus op de samenwerking. Aandacht gaat uit naar de verschillende randvoorwaarden en de mate waarin daar reeds aan voldaan wordt en wat daarin goed werkt. Vanwege de geldende Corona-maatregelen zullen de interviews online, via beeldbellen, afgenomen worden.

Box 1. Toelichting van de innovatie systeem voorwaarden, zoals beschreven in het systeem framework (2,3)

Systeem framework: Innovatie systeem voorwaarden

Wanneer we de MGZ bekijken als een innovatiesysteem, met de nadruk op verbanden of samenwerkingen in plaats van op onderdelen, dan kan het innovatie systeem framework worden toegepast. Hiermee wordt inzicht verkregen in factoren die het systeem faciliteren dan wel hinderen in ontwikkeling voorwaarts en daardoor een status quo in stand houden.

Infrastructurele voorwaarden

Deze voorwaarden gaan over fysieke infrastructuur zoals geografische afstanden tussen actoren en bereikbaarheid, beschikbare kennisinfrastructuur zoals wetenschap, kennismakelaars, en opleiding. Veranderingen in de infrastructuur zijn vaak groot en vragen veel tijd. Beleidsmakers (overheden) spelen dan ook een belangrijke rol in de voorziening van infrastructurale voorwaarden.

Institutionele voorwaarden

Institutionele voorwaarden zijn onder te verdelen in harde en zachte instituties.

Harde instituties: formele mechanismen, wet en regelgeving, subsidieprogramma's, planningstermijnen. Deze zijn expliciet en formeel.

Zachte instituties: normen en waarden, routines, 'zo doen we dat nou eenmaal', percepties, aannames, bereidheid om bronnen te delen en om risico's te nemen, onderling vertrouwen, beloningssystemen. De regels van het spel, deze zijn impliciet en informeel.

Interactie voorwaarden

Netwerken kunnen zowel te sterk als te zwak zijn en op die manier belemmerend werken.

Te sterk: intensieve samenwerking die erg productief kan zijn. Het gevaar van naar binnen keren ligt op de loer. Zulke gesloten netwerken staan niet meer open voor nieuwe kennis van buiten en lopen nieuwe inzichten mis. Er ontstaat 'Group Think' en een inner cirkel gevoel, een 'lock in'. Te sterke onderlinge afhankelijkheid.

Te zwak: zwakkere verbanden buiten de groep brengen nieuwe inzichten mee die geen onderdeel van de inner cirkel zijn. Het gevaar van te veel zwakke verbanden is dat er geen volwassen samenwerking ontstaat waarin begrip en vertrouwen kunnen groeien.

Competentie voorwaarden

Dit betreft wat er nodig is om de stap van oud naar nieuw te zetten, zoals 'ondernemerschap' en andere benodigde competenties. Organisaties moeten de nodige bronnen en vaardigheden hebben, zoals onder andere flexibiliteit, mogelijkheid om te leren en aan te passen, op kunnen nemen van nieuwe kennis en technologie en het op waarde en bruikbaarheid kunnen schatten van kennis en technologie.

Het project beoogde plaats te vinden in twee regio's rondom twee huisartsenposten. Het verzorgingsgebied van een huisartsenpost is namelijk afgegrensd en omvat meerdere huisartsenpraktijken en vaak ook verschillende zorgorganisaties voor mensen met VB. Omdat de werving binnen deze regiogrenzen moeizaam verliep zijn we, om voldoende respondenten te includeren, is de afbakening verlegd naar de regio van een zorgorganisatie (zie pagina 21). Om een goede verkenning te kunnen doen streven we naar inclusie van één regio waar de MGZ goed loopt en één regio waar de MGZ en de samenwerking daarbij minder goed loopt. Deze regio's worden geselecteerd met medewerking van de VGN, de NVAVG en de LHV die goed inzicht hebben in prestaties van verschillende organisaties, evenals goede contacten in dit veld.

2.3. DEELNEMERS

Vanwege de beknopte tijd en reikwijdte van dit inventariserende onderzoek richten we ons qua deelnemers op de primaire zorgactoren die voornamelijk lokaal met elkaar samenwerken, en worden de meer regionale stelselpartijen niet als respondent meegenomen. De deelnemers van dit onderzoek staan wel voor een brede scala aan perspectieven, gedefinieerd volgens de categorieën van het systeem framework. Het gaat om vertegenwoordigers van alle betrokken partijen, te weten huisartsen, AVG's, mensen met VB, familie van mensen met VB, woonbegeleiders en/of doktersassistenten en managers van zorgorganisaties dan wel huisartsenpartijen en/of -posten. Zij worden geworven in de twee regio's. Het streven is om van elke stakeholder-partij minimaal twee vertegenwoordigers te interviewen verdeeld over de regio's.

In totaal zijn er 14 interviews gehouden, met 16 deelnemers. Dit betreft:

- 2 AVG-artsen
- 1 huisarts
- 1 praktijkhoudend huisarts en 1 praktijkmanager
- 1 doktersassistent van de medische dienst van een zorgorganisatie
- 1 cliënt met een LVB en de beide ouders van een cliënt met een VB. De beide cliënten waren woonachtig op een woonlocatie van een zorgorganisatie.
- 1 woonbegeleider van mensen met een (ernstige) VB en 1 zorgmanager van een woonlocatie
- 2 managers van een zorgorganisatie voor mensen met een VB (manager VG)
- 2 (medische) managers HAP, waarvan één interview i.s.m. een bestuurssecretaris om voldoende aanvulling en informatie te kunnen geven

2.4. ANALYSE

De interviews worden woordelijk uitgetypt. Getranscribeerde interviews worden gecodeerd en geanalyseerd met behulp van ATLAS.ti, een kwalitatief analyseprogramma. De transcripten worden onafhankelijk gecodeerd door twee ervaren onderzoekers o.b.v. het systeem-framework. Analyses en uitkomsten daarvan worden in het projectteam besproken. De analyse zal een overzicht opleveren via

de systeem-framework en inzicht bieden in de voortgang van de acties uit het convenant. De insteek daarbij is om een geïntegreerd overzicht te krijgen zonder te oordelen of te normeren.

Waar het systeem framework zich met name richt op factoren die het innovatiesysteem hinderen, zijn wij in dit onderzoek ook op zoek gegaan naar positieve factoren en zaken die MGZ en de samenwerking daarbinnen wel ten goede komen. Om die reden maken we in het overzicht van onderscheid tussen 'system failures' (-) en 'good practices' (+)

Tenslotte hebben we om die reden ook een extra categorie aan het framework toegevoegd met betrekking tot een 'goed netwerk', wat in tegenstelling tot een zwak netwerk of een te sterk netwerk niet belemmerend is in het bieden goede MGZ.

3. BEVINDINGEN

De 14 deelnemers zijn gerekruteerd vanuit 2 verschillende regio's waarin de MGZ op uiteenlopende manier georganiseerd is. De onderlinge samenwerkingsverbanden en de voorwaarden die in deze contexten volgens de verschillende perspectieven van geïnterviewden een rol spelen zijn weergegeven in tabel 1.

3.1. DE TWEE REGIO'S EN DE ROL VAN HET CONVENANT

De interviews begonnen met een vraag naar de bekendheid van de respondenten met het convenant en mogelijke verbeteracties daaruit en een vraag naar de rol het convenant en manier waarop deze ingezet wordt of kan worden volgens de respondent.

Het convenant bleek wisselend bekend te zijn bij de verschillende stakeholders, waarbij vooral de regio waarin men werkt hierop van invloed bleek te zijn.

Zonder een volledig beeld te willen schetsen is een korte beschrijving van de organisatie van MGZ in deze beide regio's in dit licht van belang. In beide regio's gaat het om een diverse groep cliënten waarvoor MGZ georganiseerd wordt, zowel wat betreft de mate van VB als geïndiceerde zorg waaronder de mate van zorgzwaartepakketten en aanwezigheid van behandelindicatie.

Regio 1: is geografisch gezien een kleine regio waarin de verschillende locaties van de zorgorganisatie dichtbij elkaar liggen. Binnen de locaties is er sprake van één vaste huisartsenpraktijk als samenwerkingspartner die het grootste deel van de huisartsgeneeskundige zorg binnen de zorgorganisatie voor haar rekening neemt. Deze bevindt zich dichtbij de woonlocaties. Samenwerking vindt plaats vanuit een gezamenlijke medische dienst waar partijen fysiek aanwezig zijn en een vaste werkwijze en overlegstructuur hebben. De zorgorganisatie valt onder het verzorgingsgebied van één HAP.

Regio 2: is geografisch gezien een grote regio waarover de verschillende locaties van de zorgorganisatie verspreid zijn met onderling grote afstand. Daarnaast zijn er veel verschillende huisartspraktijken lokaal betrokken, in verscheidene organisatievormen. Hoewel deze betrokkenheid op lokaal niveau goed lijkt te verlopen, voorziet deze echter onvoldoende in

huisartsgeneeskundige dekking voor alle cliënten van de zorgorganisatie. Bovendien valt de zorgorganisatie in deze regio in het verzorgingsgebied van meerdere HAP's.

De deelnemers uit regio 2 waren wisselend bekend, vooral medewerkers van de medische dienst en het management van de zorgorganisatie waren goed op de hoogte van het convenant en haar inhoud. Ze gebruiken het convenant dan ook als aanleiding, zogenaamde 'deurenopener', voor gesprekken met huisartspartijen en zorgkantoren, om de onderlinge samenwerking en kwaliteit van MGZ voor hun cliënten te verbeteren.

Meer acties zijn er voornamelijk niet uit deze gesprekken gevolgd. Dat betekent dat er weinig tot geen sprake is van het uitvoeren van de verbeteracties zoals beschreven in het convenant.

De deelnemers uit regio 1 bleken slechts zijdelings bekend met het convenant en de verbeteracties die daarin beschreven worden. Voor hen speelde het convenant geen rol, ze hadden het in hun ogen niet nodig om verbeteracties binnen de MGZ die daar aan cliënten geboden werd op te zetten.

Huisartspartijen zoals HAP's geven in beide regio's aan dat het convenant wel input geeft om nog eens met belangrijke samenwerkingspartijen zoals VG-zorginstellingen om de tafel te gaan en hun samenwerking te evalueren. Door de veelheid van partijen en WLZ-instellingen waar zij mee te maken hebben, en extra eisen en zorgvragen die voortkomen uit de huidige Corona-pandemie, zijn ze hier nog niet aan toegekomen.

3.2. RELEVANTE ASPECTEN BINNEN HET SYSTEEM FRAMEWORK

Aangezien geïnterviewden wisselend bekend bleken met het convenant MGZ en er slechts op beperkte schaal verbeteracties werden uitgevoerd in beide regio's, kwam de focus binnen de interviews meer te liggen op de huidige organisatie en samenwerkingsverbanden binnen de MGZ. Door primaire actoren in de MGZ te interviewen, zijn er vooral samenwerkingsverbanden tussen verschillende betrokken partijen op lokaal niveau besproken, maar ook meer regionale samenwerking en de rol van landelijke partijen zoals zorgkantoren kwamen aan bod. De factoren die binnen deze samenwerkingsverbanden als belemmerend ('system failures' (-)) of bevorderend ('good practices' (+)) blijken te werken zijn in respectievelijk rood en groen weergegeven in tabel 1.

Infrastructurele voorwaarden

Zowel uit de situatiebeschrijving als de inhoud van de interviews komt naar voren dat er verschillende infrastructurele voorwaarden een rol spelen bij het bieden van goede MGZ aan mensen met VB. Een essentiële voorwaarde daarin is voldoende bezetting van huisartsen en AVG's. De respondenten uit de VG-zorginstellingen geven aan dat dit door arbeidsmarktkrapte aan de kant van AVG's kwetsbaar is, omdat het moeilijk kan zijn vacatures op te vullen, helemaal als AVG's ook huisartsgeneeskundige (spoed)zorg op zich moeten nemen omdat dat onvoldoende binnen de organisatie door huisartsen gedekt kan worden. Dat komt de kwaliteit van zorg niet ten goede, bv doordat spoedzorg ten koste gaat van planbare zorg.

Volgens de geïnterviewde huisarts en AVG's heeft de suboptimale bezetting van huisartsen voor mensen met VB op zijn beurt onder andere te maken met arbeidsmarktkrapte onder huisartsen.

Daardoor is er onvoldoende capaciteit om, naast zorg voor de gewone burger te kunnen bieden, ook zorg voor mensen met VB te kunnen garanderen.

Arbeidsmarktcraptes onder ander medisch personeel, zoals verpleegkundigen, zorgt er volgens de managers VG voor dat je als organisatie niet altijd mensen met de gewenste opleiding aan kan nemen. Dit geldt ook voor woonbegeleiders. Craptes in die groep leidt daarnaast tot verminderde continuïteit, waardoor begeleiders cliënten minder goed leren kennen en daarmee minder informatie over hun gezondheid tot hun beschikking hebben. Arbeidsmarktproblematiek vormt dan ook een belangrijk aandachtspunt binnen het convenant MGZ.

De geografie van de regio en fysieke afstand van samenwerkingspartners speelt ook een belangrijke rol. Wanneer een zorgorganisatie slechts met een aantal partners samenwerkt, zoals een vaste gecontracteerde huisartsenpraktijk, en binnen het verzorgingsgebied van één HAP valt, zijn samenwerkingsafspraken overzichtelijker. Doordat men fysiek dichtbij elkaar zit is het gemakkelijker elkaar te leren kennen en te vinden voor overleg en afstemming. Wanneer er sprake is van een grotere regio heeft een zorgorganisatie ook te maken met meerdere verschillende samenwerkingspartners, die ieder op hun eigen manier de samenwerking vormgeven. Afspraken worden veelal lokaal gemaakt tussen primaire actoren en kunnen op dit niveau zeker naar tevredenheid verlopen. In een dergelijk grote regio is het echter moeilijker om elkaar en ieders context te leren kennen. Dit geldt voor partijen vanuit VG-zorginstellingen, maar ook voor HAP's die binnen hun verzorgingsgebied met een veelheid aan WLZ-instellingen die een beroep doen op hun capaciteit te maken hebben. Grotere fysieke afstanden zijn een knelpunt om in gezamenlijkheid overleg en/of scholing vorm te geven. Dit heeft zijn weerslag op een andere infrastructurele voorwaarde: ICT-systemen. Huisartsen in vaste dienst en werkzaam op de medische dienst van een zorgorganisatie werken in hetzelfde huisartsinformatiesysteem (HIS) wat informatie-uitwisseling heel gemakkelijk maakt. Wanneer er verschillende samenwerkingspartners zijn, zijn er ook verschillende ICT-systemen waar binnen artsen werkzaam zijn. Uitwisseling tussen deze systemen is niet altijd mogelijk.

Andere infrastructurele voorwaarden zijn gelegen in ontbrekende uitwisseling tussen het HIS en het clientvolgsysteem (CVO) van de woningen waarin informatie over cliënten en hun zorg opgenomen zijn. Tenslotte worden ook financiële voorwaarden worden genoemd door managers VG; zij geven aan dat het organiseren van goede MGZ gepaard gaat met hoge kosten, zoals voor inkoop van huisartsenzorg, aan de ene kant, en toenemende complexiteit van zorgvragen van cliënten aan de andere kant. Ze willen voorkomen dat ze boven hun norm gaan werken, maar willen tegelijkertijd ook aandacht besteden aan taakherschikking, scholing en interne organisatieprocessen. Dat maakt het managen van deze zorg een uitdaging.

Harde institutionele voorwaarden

Uit de interviews, van met name de artsen en managers, kwamen een handvol harde institutionele voorwaarden naar voren die een belemmerende werking op of binnen het organiseren van MGZ hebben. De eerste heeft te maken met de hierboven geschetste knelpunten in informatie-uitwisseling en ICT. Wanneer er sprake is van wisselende hoofddossierhouders is toegang niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld als cliënten een eigen huisarts hebben buiten de zorginstelling dan heeft de AVG daar geen toegang toe. Dit is ook een belangrijk aandachtspunt binnen het convenant MGZ.

Een andere belangrijke harde institutionele voorwaarde ligt in voorwaarden die er gebonden zijn aan het bieden van huisartsenzorg binnen een VG-instelling. Wanneer huisartsen in voltijds in vaste dienst van een zorgorganisatie zouden werken, verliezen zij hun registratie. Daarom werken zorgorganisaties samen met huisartspraktijken om de huisartsgeneeskundige zorg te realiseren. Dat maakt deze VG-zorginstellingen afhankelijk van de capaciteit en bereidheid van deze praktijken om zorg voor de VB-doelgroep in te vullen. Dit gebeurt dan volgens onderlinge contractuele afspraken, waarbij de betreffende huisartsenpraktijk verantwoordelijk is voor het bieden van huisartsenzorg volgens de afgesproken dekking, en daarmee ook waarneming verzorgt. Wat hierbij volgens managers VG van elementair belang is, is het feit dat op deze manier ook HAP-toeleiding voor hun cliënten een plaats krijgt binnen de MGZ. Deze ANW-dekking door de HAP is echter niet automatisch geborgd; HAP's maken aanvullende afspraken met WLZ-instellingen die gestoeld zijn op de randvoorwaarden van de LHV-leidraad 'Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG-zorginstellingen' (4). Deze hebben o.a. betrekking op goede uitwisseling van medische informatie/dossier, 24/7 beschikbaarheid van AVG, adequate triage door verpleegkundige en duidelijkheid over financiering en declaraties. Deze voorwaarden zijn opgesteld om vanuit HAP's maar ook vanuit huisartspraktijken voor mensen met VB goede MGZ te kunnen garanderen en borgen. Een goede taakverdeling en afbakening is voor beide artsengroepen ook essentieel om goede zorg te kunnen garanderen; je voorkomt dat je oneigenlijke taken doet die niet tot je expertise behoren, of taken die qua tijd ten koste gaan van andere zorg (timemanagement). Bovendien biedt een goede taakafbakening duidelijkheid naar collega's en verwanten en cliënten over bij wie ze voor welke vraag moeten zijn. Deze institutionele voorwaarden zijn noodzakelijk om in onderlinge afstemming goede MGZ te bieden, maar kunnen belemmerend zijn als er niet aan voldaan kan worden door onvoldoende bezetting of ondersteuning binnen de VG-zorginstelling.

Zachte institutionele voorwaarden

De zachte institutionele voorwaarden die uit de interviews naar voren komen hebben betrekking op cultuur binnen de zorg(organisaties), routines binnen verschillende samenwerkingsverbanden en opvattingen van betrokken partijen. Die kunnen zowel een positieve als negatieve invloed hebben op het realiseren van samenwerking binnen het bieden van MGZ. Zachte institutionele voorwaarden die het organiseren van goede MGZ belemmeren werden voornamelijk genoemd door respondenten uit de gehandicaptenzorgorganisaties. Zij ervaren namelijk dat het moeilijk kan zijn om voldoende huisartsendekking voor hun cliënten te realiseren, waardoor van AVG's verwacht wordt deze dekking aan te vullen en taken te doen waartoe ze niet zijn opgeleid. Dat kan onderling tot spanningen kan leiden.

Deze AVG en manager VG geven aan dat zij merken dat huisartspartijen niet open staan voor een gesprek, laat staan samenwerking met een VG-zorginstelling. Ze benoemen dat door gebeurtenissen in het verleden, waarin een conflict speelde m.b.t. de invulling van de zorgovereenkomst met huisartspartijen, naar hun idee nog steeds een slechte naam bij huisartsen wat hier waarschijnlijk sterk aan bijdraagt. Daarnaast geldt volgens AVG's, managers VG en HAP meer in het algemeen dat huisartsen (naast dat ze niet altijd de capaciteit hebben, zie ook Infrastructurele voorwaarden) zich niet altijd verantwoordelijk en vooral ook bekwaam voelen om huisartsenzorg te leveren aan mensen met VB in een zorginstelling. Managers van de HAP geven aan dat hierin ook mee kan spelen dat huisartsen niet altijd goed bekend zijn met het specialisme van de AVG en dat ze hen meer als generalist zien. Volgens hen zijn de HAP's en hun aangesloten huisartsen enigszins terughoudend in

de MGZ voor mensen met een VB omdat zij bang zijn door de schaarste aan AVG's verantwoordelijk te worden voor meer specialistische zorg aan deze doelgroep.

Wanneer huisartsen meer ervaring of affiniteit met mensen met VB hebben en zich voor MGZ aan deze doelgroep verantwoordelijk voelen, helpt dat juist bij het aangaan van een samenwerking volgens de geïnterviewde managers en huisartsen. De geïnterviewde huisartsen en praktijkhouders, die allen MGZ aan mensen met VB bieden, geven wel aan dat zij goede afstemming en overleg met AVG's en verpleegkundigen nodig hebben om goede zorg aan deze groep mensen te kunnen bieden. Deze respondenten geven aan dat mensen met VB voor hen een complexere groep patiënten vormen, met andere problematiek en zorgvragen, waarvoor ze soms ook sterk af moeten gaan op informatie van betrokkenen. Huisartsen moeten leren hoe je met hen om moet gaan en daar ervaring in op doen. Dat leer je vooral in samenwerking met deskundigen, door bijvoorbeeld samen met een verpleegkundige of AVG een cliënt te bezoeken of snel te overleggen met de AVG of af te stemmen met de begeleiders van de woning.

Dit aspect komt ook terug in de aanvullende voorwaarden die HAP's hanteren bij het aangaan van een samenwerking met VG-zorginstellingen (zie 'Harde institutionele voorwaarden'). Managers HAP geven aan dat ze, door de veelheid aan WLZ-instellingen, hiervoor niet met alle instellingen schriftelijke overeenkomsten aan gaan, maar deze mondeling of per mail bespreken. Ze houden de naleving ervan in de gaten, maar hebben hier doorgaans geen structureel overleg of evaluatiemoment voor met de samenwerkingspartner. Contact is volgens huisartsen en HAP's vooral rondom ingewikkelde casuïstiek (en dus meer vanaf de werkvloer) en in geval van ervaren knelpunten.

Zachte instituties met een negatieve invloed op de kwaliteit van MGZ werden ook genoemd door verwanten van cliënt. Zij hebben ervaren dat de zorg voor hun naaste niet altijd optimaal verliep als gevolg van suboptimale bezetting. Zij vinden dat het lijkt dat de AVG, die toch dichtbij de cliënten en hun beleving staat, niet altijd voor vol aangezien wordt door andere artsen. Als voorbeeld geven zij dat er het vaak mis lijkt te gaan in de communicatie vanuit de 2^e lijn; ondanks dat de AVG verwijzer is wordt de terugkoppeling vanuit het ziekenhuis gestuurd naar de huisarts, waardoor de AVG onvoldoende op de hoogte is.

Zachte instituties met een mogelijk positieve invloed hebben te maken met de cultuur en routines binnen bestaande samenwerkingsverbanden van huisartsen met VG-zorginstellingen en alle disciplines (artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten, begeleiders, cliënten) die daarbij betrokken zijn. Geïnterviewden vanuit deze disciplines geven aan dat het niet alleen heel prettig werkt als er laagdrempelig en gelijkwaardig contact is onderling, maar dat dit ook helpt om binnen de medische dienst met elkaar werkprocessen en casussen goed af te stemmen, alert te zijn op gezondheid van cliënten en gezamenlijk en flexibel bezetting rond te krijgen. Vanuit de begeleiders en medische dienst kan dit tot extra communicatiemomenten leiden over cliënten, hun gezondheid en hun afspraken of plan, wanneer dat nodig is. Begeleiders geven aan dat ze er qua planning van afspraken rekening mee houden dat, zoveel als mogelijk, vaste begeleiders met cliënten meegaan naar arts-consulten en ervoor zorgen dat ze voldoende informatie hebben voor de arts. Al is dit door planning van en continuïteit onder woonbegeleiders niet altijd mogelijk (zie ook Competentie voorwaarden). De geïnterviewde cliënt geeft dan ook aan dat de artsen goed bereikbaar en betrouwbaar zijn. Bovendien kan het hebben van een dergelijke stabiele werkplek volgens managers

van VG-zorginstellingen een basis bieden aan verpleegkundigen om zich verder te verdiepen en te specialiseren binnen hun organisatie (taakherschikking). Rondom taakherschikking kan het wel belemmerend werken als verschillende stakeholders binnen de organisatie anders over de noodzaak en mogelijkheden denken.

Interactie voorwaarden – te sterk netwerk

Uit de interviews kwamen weinig voorwaarden naar voren die te maken hebben met een te sterk netwerk, dat wil zeggen een netwerk dat te sterk op zichzelf gericht is of zo dominant is dat men niet voor anderen open staat. Wat opgevat kan worden als te wijten aan een sterk netwerk zijn de aanvullende voorwaarden die een HAP hanteert om zorg te kunnen verlenen aan cliënten met VB in een zorginstelling. Aan de andere kant bakenen ze daarmee hun verantwoordelijkheid en de zorg die ze kunnen waarborgen af en beschermen ze daarmee hun werk en medewerkers.

VG-zorginstellingen met een polikliniek gaan er wisselend mee om wanneer vraag en aanbod niet meer in balans zijn. Sommige organisaties sluiten hun poli, waardoor organisaties die wel er voor staan om hun poli open te houden extra patiëntendruk ervaren. Dat kan volgens managers VG en AVG's zijn weerslag hebben op de werkdruk en taken van de AVG's binnen de instelling, doordat het omringende netwerk zich te sterk op zichzelf richt en ten gevolge daarvan hun poli's sluiten.

Tenslotte is de context van een VG-zorginstelling een wereld op zich voor mensen die daar niet dagelijks in werken, wat toegang tot reguliere zorg van huisarts kan bemoeilijken. Er werden voorbeelden genoemd zoals regels over wie een cliënt wanneer kan begeleiden, diensttijden die niet met andere disciplines overeenkomen of onbekend terrein wanneer een visite-arts van de HAP langskomt.

Interactie voorwaarden – te zwak netwerk

In de interviews werden verschillende aspecten binnen de MGZ en de samenwerking van verschillende verantwoordelijke stakeholders genoemd die te maken hebben met een zwak netwerk. Deze lijken zich te manifesteren op verschillende niveaus, van (boven-)regionaal, zoals in samenwerking met zorgkantoren, tot heel lokaal, bijvoorbeeld binnen één medische dienst van aan VG-zorgorganisatie.

In de geografisch grote regio is er sprake van een lappendeken aan samenwerkingspartners en – afspraken, wat leidt tot onduidelijkheid en verschillende hoofddossierhouders met onvoldoende coördinatie van zorg. Ook is het hier volgens de AVG en manager VG lastig om voldoende samenwerking met huisartspartijen te realiseren. Waar er tekorten op dit gebied staan huisartspartijen niet open voor een gesprek over samenwerking met VG-zorginstelling. Volgens de betrokken respondenten uit de VG-zorg spelen de eerder genoemde zachte instituties en beperkte capaciteit vanuit de huisartsenpartijen hierin mogelijk een rol. Landelijke of regionale partijen, zoals zorgkantoren, kunnen een rol spelen in het bemiddelen dan wel bewerkstelligen van deze zorg. Uit de interviews met managers VG en AVG's blijkt echter dat zij te weinig op de hoogte zijn van lokale dynamiek waardoor ze minder goed kunnen faciliteren.

Geïnterviewde stakeholders werkzaam binnen medische diensten van VG-zorginstellingen benoemen meer lokale interactie voorwaarden die samenhangen met een zwak netwerk binnen hun instelling. Volgens managers VG is er door verschillende gedachtes die er onder de AVG's binnen de medische dienst heersen over de invulling van hun takenpakket en vakgebied intern onvoldoende eenduidig

AVG-beleid. Dat komt tot uiting in een wisselende mate van taakafbakening waarbij de ene AVG doorverwijst voor huisartsgeneeskundige zorg en de andere dat wel zelf oppakt. Voor woonbegeleiders geeft dat wat onduidelijkheid. Deze begeleiders geven aan behoefte te hebben aan duidelijke afspraken over medisch beleid en bereikbaarheid zodat ze weten met wie ze op welke manier samen moeten werken in de medische zorg voor hun cliënten.

Dit geldt ook voor verwanten van cliënten die het prettig vinden voor contact bij de medische dienst terecht te kunnen. Volgens hen kan de communicatie met de medische dienst beter, en is continuïteit van medewerkers belangrijk. Als verwanten denken dat ze daarin onvoldoende op de hoogte gehouden worden, kan dat leiden tot machteloosheid omdat ze het gevoel krijgen druk te moeten uitoefenen op artsen om de gevraagde zorg te leveren dan wel hen daarover te informeren.

Tenslotte staan volgens een manager VG binnen een medische dienst de verschillende functies van met name verpleegkundigen en doktersassistenten soms nog wat los van elkaar en kan rolverdeling en positionering in de zorgketen van deze ondersteunende functies beter. Vanuit het management is meer aandacht voor taakherschikking in dit licht zeer gewenst, maar dat is iets waar het managers niet aan toekomen doordat het realiseren van goede kwaliteit MGZ voor de steeds complexer wordende patiëntengroep hun tijd, aandacht en budget opslokt.

Competentie voorwaarden

Competentie voorwaarden hebben betrekking op wat er binnen stakeholders maar ook in hun samenwerking nodig is om verbetering te realiseren, en op bepaalde competenties en vaardigheden die al dan niet aanwezig zijn. Voor VG-zorgorganisaties gaat het dan om aandacht hebben voor evaluatie, scholing en taakherschikking binnen hun organisatie, en voor meer individuele betrokkenen over hun taken, capaciteit en vaardigheden.

Een belangrijk knelpunt binnen deze voorwaarden is, dat door wisselende samenwerkingsverbanden, disciplines gedwongen worden buiten hun vakgebied te werken. Zo werkt men in de ANW samen met specialisten ouderengeneeskunde die de VG-zorg niet kennen, of doen AVG's huisartsgeneeskundige (spoed-)zorg waar ze niet voor opgeleid zijn vanwege de suboptimale dekking met huisartsenzorg waar binnen MGZ sprake van is (zie Infrastructurele voorwaarden). Om die dekking tot stand te brengen moeten huisartsen vanuit hun praktijk wel de capaciteit hebben om zich te conformeren aan gemaakte afspraken met de VG-zorginstelling en hun zorg te kunnen garanderen. En ook andersom geldt dit; VG-zorginstellingen moeten goed georganiseerd zijn en voldoende capaciteit hebben om aan de voorwaarden voor goede samenwerking met huisartspartijen te voldoen.

Aangezien woonbegeleiders volgens alle geïnterviewden een belangrijke schakel vormen tussen de cliënt en de arts, omdat zij een praktische rol hebben in het initiëren en organiseren van consulten én een essentiële bron van informatie zijn voor de arts, zijn de competenties van deze groep erg belangrijk in de context van MGZ. Zij hebben echter in wisselende mate medische kennis vanuit hun ervaring en opleiding om alert te zijn op signalen of juiste informatie in te winnen die een arts nodig heeft. De geïnterviewde artsen en managers VG geven aan dat groepen met personeelstekort- of krapte een verminderde continuïteit van woonbegeleiders kennen, waardoor deze niet altijd voldoende voorbereid met een cliënt naar een consult kunnen komen. Om artsen en begeleiders hierin te ondersteunen werken sommige VG-organisaties met ondersteunende hulpmiddelen, zoals een praatplaat met daarop de informatie die een arts minimaal nodig heeft, of doktersbriefjes om

informatie uit te wisselen. In lijn met een goede taakverdeling werkt één van de medische diensten ook met een takenlijst, waarop voor alle disciplines duidelijk voor welke problemen de huisarts en voor welke problemen de AVG ingeschakeld kan worden.

Tenslotte zijn de capaciteiten van verpleegkundig personeel belangrijke competentievoorwaarden om gezamenlijk de MGZ voor mensen met VB te organiseren. Managers geven aan dat HBO het gewenste denkniveau is voor hun verpleegkundigen. Als ze dat niet hebben wordt bijscholing aangeboden. Daarnaast wordt er aandacht besteedt aan taakherschikking voor verpleegkundigen en doktersassistenten, die daarmee werk van de artsen weg kunnen nemen en zo ook een deel van een oplossing in efficiënte zorg en goede dekking vormen.

Tabel 1. Systeem-framework met een overzicht van systeemvoorwaarden die binnen verschillende stakeholders een belemmerend (rood) of bevorderend (groen) effect hebben op het realiseren van MGZ voor mensen met VB

STAKEHOLDERS / SYSTEEM VOORWAARDEN	Aanbieders AVG's huisartsen	Gebruikers Cliënten en hun naasten	Intermediairs Woonbegeleiders, doktersassistenten	Voorwaardenscheppend Management van HA(P) of zorgorganisatie, Zorgverzekeraars, -kantoren landelijke organisatie als VGN
Infrastructuur	<p>Arbeidsmarktcrapte maakt bezetting AVG en samenwerking HA kwetsbaar</p> <p>Onvoldoende capaciteit HA om ook zorg voor VB op te pakken</p> <p>Suboptimale dekking van huisartsenzorg binnen VG-zorg instelling; AVG's moeten taken overnemen en spoedzorg is inefficiënt</p> <p>ICT: geen inzicht in dossier van cliënten met eigen huisarts</p> <p>ICT: veelheid aan systemen voor rapportage en communicatie</p> <p>ICT: huisartsen in vaste dienst bij VG-instelling werken in hetzelfde HIS als rest van MD</p>		<p>Door arbeidsmarktcrapte moeilijk om vacatures op te vullen</p>	<p>Hoge kosten voor samenwerkingsverbanden vanuit zorgorganisatie</p> <p>Management VG-zorg ervaart spagaat tussen complexe vraag cliënten en moeilijk te organiseren aanbod vanuit zorgorganisatie, door beperkte HA-dekking en budgetten</p> <p>Scholingsbudget en kennisinfrastructuur beschikbaar binnen VG-zorginstellingen</p>
	<p>Geografie: grote regio met grotere afstanden tussen stakeholders en lappendeken aan organisatievormen maakt samenwerken onoverzichtelijk</p>			

	Geografie: locaties dichtbij elkaar maakt samenwerken en afspraken maken makkelijker	
ICT: Geen uitwisseling tussen HIS en ECD		

Harde instituties	<p>Geen uitwisseling medische informatie tussen HA en AVG bij gebruik verschillende systemen en hoofd-dossierhouders</p> <p>Huisarts levert zorg aan instelling volgens contractuele verplichting</p> <p>HAP-toeleiding is alleen tijdens ANW beschikbaar voor patiënten die overdag dekking van aangesloten huisarts hebben</p> <p>Daarnaast gelden voor HA en HAP aanvullende voorwaarden voor samenwerking zoals VPK triage, beschikbaarheid AVG</p>			Huisarts verliest registratie als die voltijd voor VG-organisatie zou werken	
Zachte instituties	<p>Cultuur binnen zorgorganisatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aandacht voor manier van werken - ruimte voor eigen interesses (AVG, VPK) en voor eigen invulling (HA) - brede betrokkenheid in beleid en evaluatie - werken als één team met alle disciplines 				
	<p>Cultuur binnen medische dienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - laagdrempelig en gelijkwaardig onderling contact - gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel voor cliënten leidt tot alertheid, afstemming en communicatie, en flexibiliteit <p>Routines medische dienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - duidelijke taakverdeling AVG en HA helpt om grenzen te bewaken en goede zorg te garanderen - extra afstemming vanuit MD naar woning en andersom wanneer ze dat zelf nodig achten - vaste overlegmomenten, korte lijn naar HA die wisselend in overleg wordt in overleg om niet te overbelasten - AVG is eindverantwoordelijke, schept duidelijkheid onderling - afstemming met HA-partners op casusniveau - eerst triage door VPK bij contact door woning - vaste AVG gekoppeld aan een woning 				
	HAP legt samenwerkingsafspraken met VG-zorginstellingen niet formeel vast, heeft hier	HA laten LVB'ers van buiten-woningen zich	Woonbegeleiders houden rekening met roosters bij plannen van	Oneerlijk gevoel bij naasten/mensen met VB rondom betalingen aan de zorgverzekering (als ze net	

	<p>wel regelmatig contact over</p> <p>HA heeft affiniteit en ervaring met de doelgroep HA voelt zich verantwoordelijk voor zorg aan VB</p> <p>HA voelt zich minder bekwaam en niet verantwoordelijk voor zorg aan VB (ligt bij instellingsarts)</p> <p>Huisartsen staan niet open voor een gesprek met zorgorganisatie, laat staan samenwerking</p> <p>Vanwege historie heeft zorgorganisatie een slechte naam bij huisartsen</p> <p>AVG's worden nog vaak gezien als generalist en niet als specialist</p> <p>Oneigenlijke taken en verantwoordelijkheden voor AVG's met onvoldoende HA-dekking leidt tot spanningen</p> <p>HA-spreekuur komt niet overeen met diensten begeleiders qua tijd</p> <p>Binnen VG-zorginstelling wordt wisselend gedacht over rol van VS</p> <p>Stabiele werkplek biedt ruimte voor verdieping VPK</p>	<p>wel als patiënt inschrijven</p> <p>Opvatting verwanten over zorg - klachten over uitstellen van zorg (herkenning AVG's) - AVG wordt niet voor vol aangezien wordt door andere artsen - verwanten hebben eigen verwachtingen bij rol arts die niet altijd matcht met werkelijkheid</p> <p>Cliënt heeft vertrouwen in arts, vindt deze ook goed bereikbaar</p>	<p>medische afspraken</p> <p>Er bestaan wisselende opvattingen over rol van BGL in doen simpele medische handelingen en voorbehouden handelingen</p> <p>BGL woning en dagbesteding leren elkaars werk beter kennen, leidt tot meer uitwisseling en betere zorg</p> <p>Ziekenhuis herkent AVG niet als verwijzer en stuurt brieven aan huisarts (geen terugkoppeling 2^e lijn)</p>	<p>zoveel moeten betalen, dan moeten ze ook net zoveel zorg krijgen)</p> <p>Vanuit HAP en alle aangesloten huisartsen kan samenwerking met VG gevoelig liggen; angst om tekorten aan VG-kant te moeten oplossen speelt een rol</p> <p>Cultuur binnen langdurige zorg is dat er veel tijd genomen wordt voor besluiten, praatcultuur</p>
Te sterk netwerk	<p>Omringende organisaties sluiten hun poli's, waardoor werkdruk ontstaat bij zorgorganisatie die juist poli open wil houden</p>			

	<p>Context zorgorganisatie bemoeilijkt toegang tot reguliere zorg huisarts</p> <p>HAP stelt sterke eisen aan samenwerking met zorgorganisatie, en weigert deze soms nog</p>			
Zwak netwerk	<p>Op landelijk niveau zijn veel verschillende actoren betrokken, waardoor het onduidelijk wordt wie verantwoordelijkheid voor verandering en bewerkstelligen van onderlinge samenwerking (HA en VG partijen) moet nemen</p> <p>Lappendeken aan samenwerkingspartners in grote regio, leidt tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wisselende hoofddossierhouders, bemoeilijkt informatie-uitwisseling en coördinatie zorg - onvoldoende kennis van context andere organisaties - onduidelijkheid in afspraken, bv HAP ziet soms cliënten waar medTzorg voor geregeld is - lastig te organiseren kennisuitwisseling 			
	<p>Onvoldoende samenwerking AVG en huisartsen in sommige regio's</p> <p>Huisartspartijen staan niet open voor gesprek, kost veel moeite vanuit VG om samenwerkingspartners te vinden</p> <p>AVG's binnen instelling denken verschillend over invulling vakgebied, daardoor geen eenduidig AVG-beleid</p> <p>Verschillende functies binnen MD staan nog erg los van elkaar, zorgketen kan beter</p> <p>Suboptimale bereikbaarheid VPK voor woningen en verwanten</p> <p>Veelheid aan WLZ-instellingen in verzorgingsgebied HAP maakt het onmogelijk met ieder afzonderlijk structurele afspraken te maken</p>	<p>Verwanten voelen zich soms machteloos door suboptimale zorg voor hun naaste, hebben het gevoel druk uit te moeten oefenen op MD/arts</p>	<p>Eenduidig medisch beleid en interne afspraken ontbreken soms, zijn voor woonbegeleiders nodig om goed samen te werken</p> <p>Communicatie tussen MD voor BGL kan beter door rekening te houden met elkaars context</p>	<p>Voorwaardenscheppende partijen die overkoepelend opereren zijn onvoldoende op de hoogte van lokale interacties en context, waardoor ze minder goed kunnen faciliteren</p> <p>Zorgkantoor stelt hoge eisen aan zorg vanuit zorgorganisaties, maar faciliteren weinig daarin</p> <p>Binnen VG-zorg is meer aandacht nodig voor management van de MD en ketenzorg/taakdifferentiatie</p>

Competenties	<p>AVG moeten werk doen buiten hun vakgebied, zijn niet opgeleid voor semi-spoed of huisartsgeneeskundige zorg</p> <p>Andere disciplines als SO doen HA-zorg, kennen VG-zorg niet</p> <p>Huisarts moet capaciteit van praktijk conformeren aan afspraken met zorginstelling</p> <p>Huisarts moet kunnen varen op eigen ervaring i.c.m. deskundigheid vanuit VG om goede zorg te leveren</p> <p>HBO is voor verpleegkundige gewenst denkniveau echter zijn VPK's wisselend opgeleid. Zij krijgen wel scholing aangeboden.</p> <p>VPK en dokters-assistenten kunnen werk wegnemen bij AVG en HA, door monitoring, eigen spreekuur, of specialisatie</p>	<p>Verwante kan een rol spelen door signaleren en input leveren t.a.v. knelpunten en verbeteringen in MGZ</p> <p>Cliëntenraden kunnen meedenken over zorg</p>	<p>Woonbegeleiders zijn belangrijke schakel tussen cliënten, naasten en artsen; qua facilitering en informatie-uitwisseling. Zij hebben echter in wisselende mate medische kennis en bewustzijn. Woonbegeleiders zijn niet altijd voldoende voorbereid op consult</p> <p>Hulpmiddelen zijn ontwikkeld vanuit medische dienst voor adequate interne triage (triagelijst) en voorbereiding van consulten (praatplaat, doktersbriefje)</p>	<p>Managementmogelijkheden zorginstelling beperkt door werkdruk management en balans in bekostiging van overhead/management en direct patiëntencontact</p> <p>Aandacht binnen management en zorgorganisatie voor verbetering door taakherschikking, onderlinge evaluatie en scholing medewerkers</p> <p>Zorgorganisaties moeten meebewegen met het veld daarbij oog hebben voor medewerkers en hun behoefte</p>
--------------	---	---	---	---

Afkortingen: AVG = Arts verstandelijk gehandicapten; HA = huisarts; HAP = huisartsenpost; VPK = verpleegkundige; BGL = woonbegeleider; MD = medische dienst; VG = verstandelijk gehandicapten; ANW = avond, nacht en weekend; SO = specialist ouderengeneeskunde; WLZ = Wet langdurige zorg; MGZ = medisch generalistische zorg.

Good practices – interactie voorwaarden in een goed netwerk

Uit de interviews met diverse stakeholders uit de regio waarin de MGZ goed loopt kwamen zgn. good practices naar voren. Ook in de regio waarin de MGZ minder goed loopt werden op lokaal niveau wat kenmerken van een goed netwerk genoemd. Omdat deze oorspronkelijk geen deel uitmaken van het oorspronkelijke systeem-framework zijn deze opgesomd in tabel 2.

Belangrijk daarbij is, dat de verschillende samenwerkingspartners elkaar kennen en dat er goede afspraken zijn t.a.v. afstemming, vast onderling overleg en kennisuitwisseling. Dit geldt zowel voor de samenwerking binnen de medische dienst als tussen de medische dienst en woningen. Het helpt als er vaste huisartsen zijn waarmee samengewerkt wordt, zeker als deze ook fysiek binnen de medische dienst van de VG-zorginstelling werken. Een duidelijke taakverdeling helpt daarbij, zodat niet alleen het medisch personeel maar ook begeleiders en cliënten/verwanten weten bij wie ze met welke vraag moeten zijn.

Tabel 2. Overzicht van kenmerken van een goed netwerk, in aanvulling op de interactievoorwaarden die als belemmering ervaren worden.

STAKEHOLDERS			
Aanbieders AVG's huisartsen	Gebruikers Clienten en hun naasten	Intermediairs Woonbegeleiders, doktersassistenten	Voorwaardescheppend Management van HA(P) of zorgorganisatie, Zorgverzekeraars, - kantoren landelijke organisatie als VGN
<p>AVG is eindverantwoordelijk daardoor geen belemmering wetgeving en duidelijkheid in werkwijze onderling</p> <p>Multidisciplinaire samenwerking in opstellen en evalueren triagelijst</p> <p>Duidelijke taakverdeling en taakafbakening tussen artsen en ondersteuning onderling</p> <p>Ontwikkelen multidisciplinaire polikliniek, kan leiden tot meer doelmatige zorg</p> <p>Vaste overlegstructuur binnen MD met aanvullend laagdrempelige afstemming tussen artsen</p> <p>Goede laagdrempelige samenwerking wanneer huisartsen in vaste dienst bij de VG-zorginstelling zijn</p> <p>VPK voorwacht tijdens ANW, is makkelijk bereikbaar voor triage en is vast contact met HAP</p> <p>Samenwerking HAP met VG loopt makkelijk tussen vaste partners waar intern medische zorg ook goed georganiseerd is</p>		<p>Proberen om vaste begeleider mee te laten gaan naar artsenconsult</p> <p>Continuïteit in medewerkers helpt bij inschatten gezondheid cliënt</p> <p>Maandelijks teamoverleg met verschillende (zorg)disciplines en BGL</p>	<p>Zorg tijdens ANW en overdag is georganiseerd onder hetzelfde management en volgens dezelfde werkprocessen</p> <p>Management heeft duidelijke visie op MGZ in gezamenlijkheid, kan daar ook op managen</p> <p>Kennisuitwisseling over elkaars expertise en werkwijze, bv tussen HAP en VG-zorginstelling, helpt om elkaar beter te begrijpen</p>

Taakherschikking: opleiden physician assistent samen met huisarts			
Goed contact en duidelijke communicatie tussen BGL en MD			
Werktijden VPK en DA aangepast aan overdracht, zorgt voor goede informatie uitwisseling en teamgevoel			

Afkortingen: AVG = Arts verstandelijk gehandicapten; HA = huisarts; HAP = huisartsenpost; VPK = verpleegkundige; BGL = woonbegeleider; MD = medische dienst; VG = verstandelijk gehandicapten; ANW = avond, nacht en weekend; DA = doktersassistent; MGZ = medisch generalistische zorg.

4. DISCUSSIE

De 14 interviews met verschillende betrokkenen bij MGZ voor mensen met een verstandelijke beperking leert ons eerst en vooral dat het convenant bij mensen in de praktijk weinig bekendheid geniet. De meeste geïnterviewden waren, ongeacht hun regio van herkomst, voor het interview niet of slechts sporadisch bekend met het convenant MGZ en de inhoud ervan.

De deelnemers uit regio 1, maar ook de individuele partijen in regio 2 die lokaal goed samenwerken, hadden het convenant volgens eigen zeggen niet nodig in hun dagelijkse werk, of niet nodig bij het opzetten van verbeteracties binnen de MGZ omdat dat in hun regio voldoende georganiseerd was. In regio 2 lag dat wat anders. Medewerkers van de medische dienst en het management van de VG-zorginstelling in die regio waren juist goed op de hoogte van het convenant en haar inhoud. Ze gebruiken het convenant dan ook als aanleiding, zogenaamde 'deurenopener', voor gesprekken met huisartspartijen en zorgkantoren, om de onderlinge samenwerking en kwaliteit van MGZ voor hun cliënten te verbeteren. Tot op heden heeft het in die regio nog niet tot verbetering van MGZ voor alle cliënten van de zorginstelling en acties daartoe geleid.

Dat laat ook zien dat er een 'gat' bestaat tussen het optimaal invullen van de randvoorwaarden zoals beschreven in het convenant en de praktijk. De invloedssfeer van het convenant ligt te ver van de dagelijkse praktijk; lokaal kan er – onder invloed van verschillende systeemvoorwaarden – weinig mee bereikt worden, op meer boven-regionaal of landelijk is er te weinig zicht op de lokale dynamiek wat essentieel is om op specifieke situaties en behoeften in te springen.

Uit de interviews met alle betrokken partijen uit beide regio's komt overigens wel naar voren dat zij een gedeelde verantwoordelijkheid voelen om mensen met VB zo goed mogelijke MGZ te bieden, binnen hun eigen kaders en capaciteit en in goede onderlinge afstemming. De meeste stakeholders geven dan ook aan dat het convenant een goed uitgangspunt biedt om de MGZ die zij, in gezamenlijkheid met andere partijen, bieden tegen het licht te houden. Hoewel dit tot op heden niet tot meer concrete verbeteracties met een directe link naar het convenant hebben geleid, zijn verschillende partijen wel bezig met verbeteracties binnen MGZ zoals deze in het convenant beschreven staan. Zo is er aandacht voor het werken met verschillende ICT-systemen en zijn kennisuitwisseling en taakherschikking onder de aandacht binnen zorgorganisaties. Het toepassen van het systeem-framework brengt in beeld wat er binnen de complexiteit van MGZ voor mensen met VB speelt tussen verschillende stakeholders en binnen verschillende voorwaarden.

4.1. SYSTEEM FRAMEWORK

De resultaten laten zien dat er binnen alle categorieën 'system failures' voorkomen, maar de belangrijkste zitten met name binnen:

- infrastructurele voorwaarden: deze hebben betrekking op voldoende bezetting van artsen en medisch personeel voor alle mensen met VB die dit nodig hebben, budget om dat realiseren en ICT-systemen om informatieuitwisseling mogelijk te maken. Deze voorwaarden moeten aanwezig zijn om MGZ op een goede manier te kunnen realiseren, maar het is lastig om dat als individuele speler of op lokaal niveau te bewerkstelligen. De meeste knelpunten zijn ook als zodanig beschreven in het convenant MGZ en vormen de basis voor de verbeteracties die daarin geformuleerd zijn;

- zachte instituties: deze hebben betrekking op normen en waarden, routines en percepties binnen samenwerkingen. Het gaat hierbij met name om opvattingen over verantwoordelijkheden, onduidelijkheid over wie welke rol moet en kan vervullen binnen de MGZ, en onjuiste percepties van de expertise en het takenpakket van andere partijen vaak doordat men ieders context en expertise onvoldoende kent;
- te zwakke interactie: het gevaar hiervan is dat er geen volwassen samenwerking ontstaat. Dit is het geval wanneer er sprake is van onvoldoende samenwerking tussen verschillende lokale stakeholders, wat leidt tot bij suboptimale huisartsbezetting en een lappendeken aan samenwerkingsverbanden. Deze kenmerken lijken zich te manifesteren op verschillende niveaus, van meer (boven-)regionaal tot lokaal binnen de medische dienst van een VG-zorginstelling. Het merendeel van de samenwerkingsafspraken worden lokaal gemaakt tussen individuele zorgverleners of -instellingen. Hierdoor vinden er weinig overkoepelende acties plaats, terwijl individuele partners zoekende zijn hoe efficiënt en in gezamenlijkheid vorm te kunnen geven aan MGZ. Zorgkantoren, of meer landelijke organisaties zoals beroepsverenigingen of de Nederlandse zorgautoriteit (NZA), zouden hierin kunnen faciliteren, maar kennen vaak de lokale situatie onvoldoende. In al deze gevallen is er onvoldoende samenhang onderling en onduidelijk wie verantwoordelijkheid zou moeten nemen om tot verbetering te komen.

Sommige belemmeringen in de samenwerking binnen MGZ waren wat lastiger in te delen in de matrix van het systeem framework omdat die binnen verschillende voorwaarden met elkaar samenhangen en leiden tot een zogenaamde 'trein' van belemmeringen. Dit zien we vooral terug in het feit dat arbeidsmarktkrapte en het grote beroep dat de samenleving doet op huisartsen leidt tot beperkingen in hun capaciteit, waardoor situaties met onvoldoende huisartsbezetting voor mensen in VG-zorginstellingen ontstaan. De AVG's binnen deze instellingen moeten deze huisartsgeneeskundige zorg opvangen, waardoor het AVG-beroep minder aantrekkelijk wordt en de kwetsbare bezetting van AVG's nog kwetsbaarder. De planbare zorg en spoedzorg vanuit AVG's komt in de knel en er ontstaat onvoldoende capaciteit binnen de medische dienst om MGZ goed in te regelen. Dit kan leiden tot onvoldoende invulling van voorwaarden om in gezamenlijkheid met huisartsen goede MGZ te kunnen blijven leveren, wat zijn weerslag heeft op samenwerkingsverbanden met huisartsen en huisartsenbezetting.

Bovendien leiden deze issues binnen management en medische diensten van zorginstellingen ertoe dat zij minder mogelijkheid hebben om aandacht te besteden aan taakherschikking en onderlinge samenwerking en overlegstructuren.

Een ander voorbeeld van een dergelijke 'trein' van belemmeringen is de arbeidsmarktkrapte onder woonbegeleiders, waardoor er enerzijds in het aannamebeleid weinig eisen aan opleidingsniveau en medische kennis gesteld kunnen worden en anderzijds continuïteit bij ondersteuning van cliënten in het gedrang komt. Dit maakt medische informatieoverdracht naar artsen onvolledig. De medische disciplines gaan hierdoor extra handelingen verrichten, zoals doktersassistenten die extra afspraken voor monitoring inplannen, verpleegkundigen die langs cliënten moeten voor simpele medische handelingen en huisartsen die nog eens na bellen naar een woning voor meer informatie of extra uitleg van het medische plan.

Deze voorbeelden illustreren de samenhang tussen de verschillende stakeholders en voorwaarden. Zij wijzen er vooral op dat het wegnemen van sommige belemmeringen essentiëler zijn dan anderen. En dat er binnen de 'trein' wel verbeteringen te bewerkstelligen zijn, maar dat daarmee het oorspronkelijke knelpunt niet opgelost is en de oplossing kwetsbaar blijft. In de meeste gevallen bestaan deze knelpunten uit infrastructurele voorwaarden die ook speerpunten binnen het convenant MGZ zijn.

4.2. GOOD PRACTICES

Tenslotte zijn er in dit onderzoek ook 'good practices' geformuleerd die met name bestaan binnen de zachte institutionele voorwaarden en kenmerken van een goed netwerk. Belangrijk daarbij is, dat de verschillende samenwerkingspartners elkaar kennen en dat er goede afspraken zijn t.a.v. afstemming, onderling overleg en kennisuitwisseling. Het helpt hierbij als er continuïteit in medewerkers is en er een duidelijke taakverdeling bestaat, zodat niet alleen het medisch personeel maar ook begeleiders en cliënten/verwanten weten bij wie ze met welke vraag moeten zijn. Hoewel de genoemde voorbeelden in dit onderzoek (zie tabel 2) sterk samenhangen met de lokale context, kunnen de verschillende good practices als inspiratie voor andere regio's dienen.

4.3. DISCUSSIEPUNTEN TEN AANZIEN VAN DE ONDERZOEKSOPZET

Dit onderzoek betreft een eerste verkenning van de voortgang van de verbeteracties in het convenant MGZ voor mensen met een verstandelijke beperking. Een zwakte daarbij is dat het budget en onderzoekstijd beperkt waren, waardoor er slechts twee regio's geïncludeerd zijn met in totaal slechts acht verschillende stakeholdersperspectieven. De bevindingen zijn daarmee niet representatief voor de gehele medisch generalistische basiszorg in Nederland, niet in de laatste plaats omdat het perspectief van landelijke voorwaardenscheppende partijen als zorgkantoren en zorgverzekeraars nog ontbreken.

De resultaten zijn echter ook niet bedoeld als representatief voor alle zorgregio's, maar meer als verkenning van de uitersten om zicht te krijgen op het effect van het convenant en de voortgang van de acties. Inclusie van twee regio's aan ieder uiterste van het spectrum maakt dat we het perspectief van de middenmoot missen. De selectie van de twee regio's is gebeurd o.b.v. adviezen uit de klankbordgroep, zij zijn immers de belangenbehartigers voor de verschillende partijen uit het veld. De zwart-witte afspiegeling van de regio waar het goed gaat en minder goed gaat, is echter niet zo letterlijk en daarom hebben we ervoor gekozen in de interviews en de uitwerking daarvan in beide regio's open te staan voor goede en minder goede lopende zaken.

In de regio waar het minder goed loopt was het lastiger om respondenten te vinden voor de interviews, m.n. aan de kant van de huisartsgeneeskundige zorg. Dit heeft mogelijk zijn oorsprong in de werving vanuit het netwerk van de onderzoekers in de VG-zorg. Anderzijds is het kenmerkend voor de problematiek in die specifieke regio waarbij de huisartsen een erg beperkt aandeel hebben in de MGZ voor mensen met VB en contact daarover met de zorgorganisaties stroef loopt. De consequentie hiervan is dat er uiteindelijk alleen huisartspartijen hebben deelgenomen die lokaal en

naar tevredenheid samenwerking met VG-instellingen om MGZ voor mensen met VB te bieden. Huisartspartijen die hier, volgens andere respondenten, meer terughoudend in staan, hebben we niet in ons onderzoek kunnen betrekken.

De moeizame werving heeft er ook toe geleid dat er in het onderzoek is afgeweken van de afbakening van regio's tot het verzorgingsgebied van de HAP. Toen de werving van huisartspartijen in deze regio achterbleef zijn we via een sneeuwballingmethode te werk gegaan, waardoor we uitkwamen bij welwillende contacten vanuit het netwerk van de deelnemende zorginstelling zonder dat verzorgingsgebied van een HAP als criterium voor een regio gehandhaafd kon worden. In de interviews met stakeholders vanuit de VG-zorg bleek daarnaast dat juist een geografisch grote regio met diverse samenwerkingspartners- en verbanden uitdagingen in het realiseren van MGZ met zich meebrengt, waardoor we ervoor gekozen hebben regio's vanuit het perspectief van de zorginstellingen te benaderen.

Het systeem-framework is goed toe te passen op de MGZ voor mensen met VB. Het biedt heldere inzichten en geeft gehoor aan de complexiteit van de zorg. Door middels deze benadering de zorg verder te onderzoeken kan er naast verdere verkenning ook toegewerkt worden naar monitoring en bijsturing van zorg met als doel om de belangenbehartigers te kunnen informeren over de stand van zaken en alle betrokkenen de gelegenheid te bieden om samen tot betere afspraken te komen.

5. AANBEVELINGEN

Aanbevelingen ten aanzien van de voortgang van de acties uit het convenant MGZ

- De resultaten laten zien dat het convenant en vooral de acties die daarin beschreven zijn weinig bekendheid onder verschillende betrokken partijen genieten. Het opnieuw breed onder de aandacht brengen, bv vanuit de betrokken beroepsverenigingen, kan dit verbeteren. De in dit rapport beschreven systeemvoorwaarden die een rol in de samenwerking spelen, kunnen aanleiding geven om het convenant meer concreet te maken zodat het in het veld beter toepasbaar is op lokale samenwerkingsverbanden.
- Respondenten geven aan dat, ook wanneer de MGZ lokaal goed loopt, het convenant hen kan helpen om hun eigen lokale samenwerkingsafspraken onder de loep te nemen, en daarover met hun partners eens het gesprek aan te gaan. Dit zou een eerste concreet advies kunnen zijn om in het veld het convenant MGZ meer in te zetten.
- De resultaten wijzen erop dat er meer coördinatie nodig is in de MGZ om goede onderlinge samenwerking tot stand te krijgen. Dit is met name het geval in regio's waar er onvoldoende dekking door huisartsen en/of AVG's is, of waar het in de samenwerking tussen deze partijen niet goed gaat. Voor lokale partijen is het moeilijk om dit zelf voor elkaar te krijgen, en daarin zouden zorgkantoren een rol kunnen nemen, maar ook meer landelijke partijen, zoals VGN, LHV en NVAVG, maar ook NZA. Zorgkantoren kunnen bijvoorbeeld i.s.m. VG-zorginstellingen in gesprek te gaan met huisartspartijen en bemiddelen wanneer samenwerking niet goed van de grond komt.
- Belangrijk is dat landelijke of bovenregionale partijen goed bekend zijn met de lokale context en dynamiek tussen de samenwerkende partijen. Zachte instituties spelen hierin namelijk een cruciale rol.

- Het systeem-framework is goed toe te passen op de MGZ voor mensen met VB. Het biedt heldere inzichten, geeft gehoor aan de complexiteit van de zorg en laat zien dat lokale samenwerking binnen MGZ door factoren binnen verschillende systeemvoorwaarden beïnvloed wordt. Door middels deze benadering de MGZ verder en op bredere schaal te onderzoeken kan er naast verdere verkenning ook toegewerkt worden naar monitoring en bijsturing van zorg. Het doel van een dergelijke monitoring ligt in het informeren van de belangenbehartigers te informeren over de stand van zaken en het bieden van aanknopingspunten aan alle betrokkenen samen tot betere afspraken te komen.

Aanbevelingen ten aanzien van vervolgonderzoek

- Waar het convenant zich richt op mensen met een beperking, richt ons onderzoek zich meer specifiek op mensen met een verstandelijke beperking. In vervolgonderzoek zou er in ieder geval aandacht moeten zijn voor mogelijke aanvullingen op de huidige bevindingen ten aanzien van MGZ voor mensen met lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen (al dan niet in combinatie met verstandelijke beperkingen) en hun zorgvragen.
- Het perspectief van meer bovenregionale partijen als zorgverzekeraars en -kantoren ontbreekt. Dit zou in vervolgonderzoek zeker meegenomen mogen worden, net zoals andere stakeholders die nu slechts beperkt zijn meegenomen, zoals zorgmanagers of verpleegkundigen.
- Het huidige onderzoek betrof een verkenning van de verbeteracties uit het convenant in het veld. De geïdentificeerde voorwaarden binnen de MGZ voor mensen met VB als systeem zijn gebaseerd op dit kwalitatieve onderzoek. Aanvullend kan in de literatuur nog gezocht worden naar overeenkomsten in deze voorwaarden in ander zorgsectoren of samenwerkingsverbanden. Mogelijke onderliggende patronen worden op deze manier verder onderbouwd en voorgestelde oplossingsrichtingen kunnen ook op de organisatie van MGZ van toepassing zijn.
- Een mogelijk eerste stap van een vervolgonderzoek zou focusgroep onderzoek kunnen zijn, met als doel het systeem-framework verder in te vullen in de context van de MGZ. Naast de bevindingen van onderhavig onderzoek kunnen ontbrekende perspectieven geïncorporeerd worden, en de verschillende perspectieven kunnen in de focusgroep elkaar aanvullen.
- Een andere mogelijke vervolgstap kan een pilotonderzoek zijn in een aantal geselecteerde regio's waar de MGZ niet goed loopt. Hierin kan een onafhankelijke, multidisciplinaire commissie met afvaardiging vanuit landelijke betrokken partijen waaronder zorgkantoren of de NZA ingesteld worden, en de ontbrekende coördinatie op zich nemen. Zij inventariseren de stand van zaken en brengen partijen rond de tafel om afspraken te maken over de MGZ. In de opstartfase kunnen zij betrokken blijven en advies geven. Aan het einde van de pilot kan de commissie het resultaat van diens betrokkenheid evalueren in de regio en overstijgend aan diens betrokkenheid in de verschillende regio's advies kunnen geven aan landelijke partijen een aanpak voor andere regio's en over verdere monitoring.

6. REFERENTIES

1. VGN, 2020. Convenant Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking. Oktober 2020
2. Woolthuis RK, Lankhuizen M, Gilsing V. A system failure framework for innovation policy design. *Technovation*. 2005;25(6):609-19.
3. van den Driessen Mareeuw F, Vaandrager L, Klerkx L, Naaldenberg J, Koelen M. Beyond bridging the know-do gap: a qualitative study of systemic interaction to foster knowledge exchange in the public health sector in The Netherlands. *BMC Public Health*. 2015;15:922.
4. LHV, 2019. Leidraad Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen. 9 juli 2019

7. BIJLAGEN

7.1. BIJLAGE 1

TOPIC LIST VOOR INTERVIEWS MET ZORGVERLENERS EN MANAGERS

Introductie: *“In opdracht van het ministerie van VWS doen we een verkennend onderzoek naar de voortgang van de acties uit het convenant “Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg (MGZ) voor mensen met een beperking”. Daartoe nemen we 16 semigestructureerde interview af onder stakeholders in twee regio’s, dit gesprek is daar één van. De stakeholders die we zullen interviewen zijn, per regio: één AVG, één huisarts, één patiënt met VB en/of familielid, één woonbegeleider, één triagist of doktersassistent, één manager van de HAP, één manager van een huisartsenpraktijk en één manager van een VB zorgorganisatie. Wij definiëren ‘regio’ als het verzorgingsgebied van de huisartsenpost (HAP) in jouw regio.*

De VGN, NVAVG en LHV zijn tevens betrokken in dit onderzoek en door hen werd de regio waarin jij werkzaam bent aangeraden een (minder) goed voorbeeld van samenwerking in de MGZ voor mensen met verstandelijke beperkingen (VB). Fijn dat je tijd wilt maken voor dit onderzoek.

Ik heb vragen voorbereid, waarbij het doel steeds is om helder te krijgen wat jij merkt van de verbeteracties in de MGZ en wat deze opleveren.”

1. Voorkennis over convenant: wat heb je meegekregen van het convenant?
Hoe ben je er van op de hoogte geraakt?
In hoeverre is het convenant behulpzaam (geweest) bij de acties om de zorg te verbeteren?
2. Regionale situatie: hoe is de zorg geregeld momenteel? Wie is er betrokken in de zorg (spelers/stakeholders)? Wie vervult welke rol? Zijn er samenwerkingsafspraken?
Hoe is de bereikbaarheid van zorg?
 - 2.1. Schaarste: is er in de regio schaarste van hulpverleners? Wie dan?
3. Acties uit convenant: lopen er momenteel acties gerelateerd aan de convenant?
Wat merkt je van die acties regionaal of landelijk?
Wie neemt daarbij initiatief? Wie is kartrekker? Hoe worden de rollen en taken verdeeld?
Hoe kom je tot een gedragen doel? Wat is de rol van het convenant bij de verbeteracties?
 - 3.1. Samenwerking t.a.v. de acties: hoe zou je de samenwerking beschrijven met de andere partijen? Hoe zijn de verhoudingen?
Nemen alle partijen actief deel aan de acties? Nemen alle partijen hun rol bij de acties? Wat is jouw bijdrage in acties?
Welke belemmeringen ervaar je bij de acties en welke bevorderende factoren (wat werkt en wat niet)? Wat is er nodig, volgens jou, om verder te kunnen en de acties uit te voeren?
 - 3.2. ICT acties: lopen er acties op het gebied van ICT?
4. Wet- en regelgeving: is er een specifieke wet- of regelgeving die je als helpend of juist belemmerend ervaart bij het uitvoeren van de acties? Hoe zie jij de rol van zorgkantoren en -verzekeraars hierbij? Zijn zij voldoende betrokken?
 - 4.1. Inkoopbeleid zorgkantoren en -verzekeraars: wie onderhoudt contact met de zorgkantoren? Wat is het inkoopbeleid voor AVG artsen? Wat is het inkoopbeleid voor huisartsenzorg?
 - 4.2. Verantwoordelijkheid zorgkantoren en -verzekeraars: nemen zij verantwoordelijkheid om te voorzien in voldoende zorg en/of in de arbeidsmarktproblematiek? Wat is hun rol in het bij samenwerkingsproblemen en knelpunten?

5. Competenties
 - 5.1. Samenwerkingsrelaties: hoe wordt er geïnvesteerd in de samenwerkingsrelaties in de regio? Is er een manier van kennisuitwisseling of gezamenlijke kennismaking en scholing (kennisinfrastructuur)? Wat is jouw bijdrage in het onderhouden van samenwerkingsrelaties?
 - 5.2. Ondersteuning cliënt: hoe worden cliënten ondersteund bij een bezoek aan de huisarts? Wie speelt dan welke rol? Wat is de rol van het zorgpersoneel of begeleider daarbij?
Welke belemmeringen ervaar je hierbij en welke bevorderende factoren (wat werkt en wat niet)?
 - 5.3. Zorgpersoneel en begeleiders: *het convenant beschrijft specifiek dat zorgpersoneel en begeleiders regelmatig onvoldoende toegerust te zijn om rol te kunnen nemen in de MGZ.*
Is er voldoende mogelijkheid voor scholing of het ophalen van medische en VPK kennis en deskundigheid? Waar kun je daarvoor terecht? Wie faciliteert hierin?
Welke belemmeringen ervaar je hierbij en welke bevorderende factoren (wat werkt en wat niet)?
Welke wensen heb je daar zelf in?
 - 5.4. Taakherschikking: hoe kijk je naar taakherschikking? Wordt er gewerkt met VPK, VS en/of PA specifiek?
6. Stakeholders: wie in jouw regio zou nog geschikt zijn om te interviewen? We zijn daarbij op zoek naar iemand die betrokken is in verbeteracties van de zorg. We zoeken: één AVG, één huisarts, één patiënt met VB en/of familielid, één woonbegeleider, één triagist of doktersassistent, één manager van de HAP, één manager van een huisartsenpraktijk en één manager van een VB zorgorganisatie.
7. Aanvullingen: heb je nog aanvullingen op wat we hebben besproken over MGZ?

7.2. BIJLAGE 2

TOPIC LIST VOOR INTERVIEWS MET CLIËNTEN OF VERWANTEN

Introductie: *“Het onderzoek is een opdracht van het ministerie van Volksgezondheid. We werken met hen samen. Het is een eerste (verkennd onderzoek) naar verbeteringen in de zorg. Daarmee bedoelen we de medische basiszorg die de huisarts en arts verstandelijk gehandicapten bieden. Afgelopen jaar zijn er landelijk afspraken gemaakt over de zorg. Deze afspraken zijn opgeschreven in een convenant. Het convenant heet: “Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg (MGZ) voor mensen met een beperking”. We houden in totaal 16 interviews bij alle mensen die betrokken zijn in de zorg: zoals cliënte, verwanten, doktersassistenten, dokters en managers.*

Het interview gaat over wat jij van de zorg denk. En wat jij denkt van de samenwerking tussen o.a. verschillende dokters.

- *Je hebt vooraf de informatiefolder ontvangen. Heb je daar nog vragen over?*
- *Je hebt vooraf ook de toestemmingsverklaring ontvangen. Zijn daar nog vragen over?*
- *Achteraf wil ik je graag een bedankje sturen per post. Mag ik daarvoor je adres noteren?*
- *Ik wil het interview graag opnemen. Van de opname gebruik ik alleen het geluid, dus niet het beeld. Ben je daarmee akkoord?*

Dan zal ik beginnen met de vragen.”

1. Voorkennis over convenant: ik heb net kort vertelt over het convenant, waar de afspraken over de zorg staan beschreven. Heb je daar wel eens eerder van gehoord?

2. Introductie: zou je kort iets over jezelf willen vertellen? Waar woon je (zoon/dochter)? Wat voor ondersteuning krijg(t) je (zoon/dochter) daar?

3. Regionale situatie: hoe is de zorg geregeld bij jou?

Ga(at) je (zoon/dochter) naar de huisarts als er iets is?

Ga(at) je (zoon/dochter) naar de AVG als er iets is?

Hoe is de samenwerking tussen de huisarts en AVG? Wat merk je daarvan?

Hoe is de samenwerking met dokters in het ziekenhuis? Wat merk je daarvan?

Hoe is de bereikbaarheid van zorg?

Hoe is het overdag geregeld en in de avond, nacht en weekenden?

Bij wie ligt het initiatief voor een afspraak? Wie gaat er mee naar een afspraak?

Wie is er verder betrokken in de zorg (verpleegkundigen)?

Hoe is de samenwerking met de dokter en de verpleegkundige?

Is het voor jou duidelijk met wie je een afspraak hebt? Is het voor jou duidelijk wie dan wat doet (verpleegkundige, huisarts, AVG)? Kun je een voorbeeld noemen.

4. Acties uit convenant: wat zou er in de zorg bij jullie kunnen verbeteren?

Lopen er acties om de zorg te verbeteren? Denk je dat het convenant de zorg vooruit kan helpen?

Heb je daar als bewoner/verwanten een rol bij? Zou je een rol willen bij het verbeteren van de zorg? Hoe zou je dan je rol zien?

Samenwerking t.a.v. de acties: Welke partijen zouden er volgens jou moeten bijdragen aan het verbeteren van zorg? Hoe? Welke rol ligt er voor hen?

5. Wet- en regelgeving: er zijn een heleboel specifieke wetten of regels over de zorg. Heb je daar we eens mee te maken gehad? Helpen die wetten en regels bij het verbeteren van de zorg? Waarom wel en waarom niet?

Zorgkantoren en -verzekeraars: heb je ooit contact gehad met zorgkantoren en zorgverzekeraars over het verbeteren van de zorg? Hoe verliep dat?

6. Competenties

- 6.1. Ondersteuning cliënt: hoe worden cliënten ondersteund bij een bezoek aan de arts?

Wie speelt dan welke rol?

Wat is de rol van de begeleider daarbij? Wat is de rol van verwanten daarbij? Hoe gaat dat dan?

- 6.2. Zorgpersoneel en begeleiders: Hoe ziet u de rol en inzet van begeleiders? Hebben zij genoeg kennis om te ondersteunen bij een bezoek aan de arts?

Wat hebben ze nodig om een bezoek aan de arts beter te ondersteunen?

Hartelijk bedankt voor uw verhaal en uw tijd.

We hebben veel besproken.

Is er nog iets dat u wilt aanvullen?