

Afsprakenkader

Medisch Generalistische zorg

Versie 1.0 van 06-07-2026

Voor ouderen die wonen in een geclusterde woonzorgvorm met een Wlz indicatie waarbij deze ouderen op naam staan ingeschreven bij de huisarts

In de regionale huisartsenregio's Utrecht-stad, Zuidwest-Utrecht, Zuidoost-Utrecht, Noordwest-Utrecht

Deelnemende organisaties



Inhoud

Inleiding.....	3
1. Kader.....	3
2. Organisatie en randvoorwaarden geclusterde woonzorgvormen	5
3. Organisatie en randvoorwaarden samenwerking huisarts en SO in MGZ	7
3.1. Inschakelen SO door huisarts	7
3.2. Taakverdeling huisarts - SO	8
4. Organisatie en randvoorwaarden huisartsenzorg en GWZ	9
4.1. Vaste huisartsenzorg.....	9
4.2. Inschrijving bewoner GWZ in huisartsenpraktijk	10
5. Specifieke thema's voor alle partijen	10
5.1. Gegevensverstrekking	10
5.2. Proactieve zorgplanning	12
5.3. Deskundigheidsbevordering	12
5.4. MDO	12
5.5. Spoedzorg in avond-, nacht- en weekenduren.....	13
5.6. Toetreding nieuwe GWZ.....	13
5.7. Onvrijwillige zorg.....	14
5.8. Incidenten en calamiteiten	14
6. Regiotafels.....	14
Bijlage 1. Afspraken over samenwerking tussen huisartsen en SO, conform ONUe en ONZe	15

Inleiding

In september 2024 is het Landelijk Convenant Samenwerking Medisch-generalistische zorg (MGZ) vastgesteld voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg in de ouderen- en gehandicaptenzorg. In dit Convenant zijn afspraken gemaakt om ervoor te zorgen dat elke Wlz-bewoner toegang heeft tot kwalitatief goede MGZ.

Partijen in de regio's van de regionale huisartsenorganisaties (RHO's) Utrecht-stad, Zuidwest-Utrecht, Zuidoost-Utrecht en Noordwest-Utrecht maken een regionale vertaling van dit Landelijk Convenant MGZ. We starten met afspraken betreffende MGZ in geclusterde woonzorgvormen (GWZ), voor ouderen met een Wlz-indicatie waarbij deze ouderen op naam staan ingeschreven bij de huisarts. In een vervolg zullen we ook regionale afsprakenkaders maken voor andere plekken waar MGZ wordt geboden aan inwoners met een Wlz-indicatie.

In het Landelijk Convenant MGZ worden de randvoorwaarden voor MGZ benoemd. Deze randvoorwaarden hebben we gebruikt als uitgangspunt voor onze regionale afspraken. Op dit moment kunnen veel betrokken organisaties nog niet aan alle randvoorwaarden voldoen. Deels omdat de landelijke kaders nog niet passend zijn, deels omdat regionale vervolgstappen nodig zijn. Dit betekent dat we dit afsprakenkader de komende jaren, waar nodig, door ontwikkelen en zullen voorzien van praktisch toepasbare regionale tools. Waar mogelijk maken we nu concrete en praktische uitvoerbare afspraken. De onderwerpen die op dit moment nog niet voldoende concreet uit te werken zijn, worden in dit afsprakenkader expliciet benoemd.

Dit afsprakenkader is de eerste stap naar regionale afspraken MGZ voor alle inwoners met een Wlz-indicatie waarbij deze ouderen op naam staan ingeschreven bij de huisarts. Voor de verdere uitwerking en borging van de implementatie wordt separaat een implementatieplan opgesteld, dat tevens bestuurlijk wordt bekrachtigd.

1. Kader

In dit hoofdstuk worden de relevante begrippen en terminologische afbakeningen toegelicht die richtinggevend zijn. Door deze begrippen expliciet te definiëren, beogen wij helderheid te scheppen over interpretatieverschillen. Deze kadering is gebaseerd op de volgende documenten en vormt het fundament voor dit document:

1. [Landelijk convenant MGZ](#);
2. [LHV-modelovereenkomst huisarts, huisartsenpost en woonzorginstelling](#);
3. [Veilige principes in de medicatieketen](#);
4. [KNMG-richtlijn omgaan met medische gegevens](#);
5. [Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#);
6. [KNMG-richtlijn niet aangaan of beëindigen van behandelovereenkomst](#);
7. [Voorschrift zorgtoewijzing 2026](#);
8. [Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde](#);
9. [ONUe en ONZe-werkwijzen en afspraken](#);
10. [Handreiking taakherschikking](#).

Medisch generalistische zorg: MGZ is het geheel aan geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen verstandelijk gehandicapten gezamenlijk bieden, zowel overdag als

bij spoedzorg in de avond-, nacht- en weekenduren. Omdat we in dit afsprakenkader focussen op woonzorgvormen voor ouderen, gaat het hier om geneeskundige zorg door huisartsen en SO's.

Wet langdurige zorg (Wlz): De Wlz kent verschillende leveringsvormen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen zorg met behandeling en zonder behandeling.

1. Verblijf in een instelling. Bij verblijf in een instelling woont de bewoner in een instelling waar het volledige zorgaanbod wordt georganiseerd. Afhankelijk van de indicatie en contractering kan dit verblijf plaatsvinden:
 - Met behandeling: de instelling is verantwoordelijk voor de geneeskundige zorg van zowel algemeen medische aard als specifieke geneeskundige zorg en contracteert zelf hiervoor de benodigde medische behandelaren. De bewoner staat in dat geval niet op naam ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. De instelling organiseert de medische en paramedische zorg (veelal via een SO of gecontracteerde huisarts).
 - Zonder behandeling: de bewoner is op naam ingeschreven in een huisartsenpraktijk. De medische zorg en de paramedische zorg worden georganiseerd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw)
2. Wlz Zorg thuis: Wlz-zorg thuis kan geleverd worden via Modulair pakket thuis (MPT) en Volledig pakket thuis (VPT) en persoonsgebonden budget (PGB). Bij deze leveringsvormen is in beginsel sprake van Wlz zonder behandeling (in de eigen woning of in een GWZ). De geneeskundige zorg van algemeen medische aard valt dan onder de Zvw en de bewoner staat op naam ingeschreven bij een huisartsenpraktijk.

Doelgroep: dit afsprakenkader heeft betrekking op ouderen met een Wlz-indicatie die intramuraal verblijven zonder behandeling, of Wlz-zorg in een GWZ ontvangen (via VPT, MPT of PGB) en op naam staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk.

GWZ: geclusterd wonen voor ouderen met een Wlz-indicatie, geboden door een Wlz-zorgaanbieder, voor die bewoners die op naam staan ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. We richten ons in dit document op de GWZ die Wlz zonder behandeling bieden (in enkele gevallen in combinatie met Wlz met behandeling).

Regiebehandelaar (NZA-definitie en aansluitend op de [Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking](#)): een functionaris die verantwoordelijk is voor de samenhang van de behandeling. Een regiebehandelaar ziet erop toe dat:

- De continuïteit en de samenhang van de medisch generalistische zorgverlening aan de bewoner wordt bewaakt en waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- Er adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen bij de behandeling betrokken zorgverleners;
- Er één aanspreekpunt is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling van de bewoner of diens naaste(n);

Het regiebehandelaarschap ziet toe op de samenhang van de medisch-generalistische behandeling, maar strekt zich niet uit tot de dagelijkse verpleging, verzorging, begeleiding, wonen en welzijn.

Bij de doelgroep die van toepassing is op dit afsprakenkader, geldt dat er één regiebehandelaar is. In beginsel is de huisarts regiebehandelaar, maar indien SO en huisarts van mening zijn dat de SO gezien de zorgvraag beter geëquipeerd is voor het regiebehandelaarschap, zal deze die rol op zich nemen.

Medebehandeling: in geval van de uitvoering van het behandelplan voor de huisarts te complex is, kan de SO in overleg met de huisarts het behandelarschap rondom de specifieke medische zorg (tijdelijk) overnemen. De huisartsenzorg blijft (conform reguliere werkwijzen) de verantwoordelijkheid van de huisarts;

RHO regio's: dit convenant heeft betrekking op de regio's van de RHO's UNICUM, Sterkzorg / Huisartsen Utrecht Stad en RegiozorgNU. Dit betreft:

- **Zuidoost-Utrecht**, gemeenten De Bilt, Bunnik, Utrechtse Heuvelrug (excl. kernen Amerongen en Leersum), Wijk bij Duurstede en Zeist. Bij het werkgebied van de RHO behoort ook de Kern Soesterberg in de gemeente Soest.
- **Zuidwest-Utrecht**, gemeenten Houten, Lopik, Nieuwegein, IJsselstein, Schoonhoven en de kernen Vianen, Hagestein, Lexmond en Hoef en Haag binnen de gemeente Vijfheerenlanden.
- **Utrecht-stad**, gemeente Utrecht met uitzondering Vleuten de Meern, Leidsche Rijn.
- **Noordwest-Utrecht**, De Ronde Venen (m.u.v. Abcoude), Woerden, Stichtse Vecht, Montfoort, Vleuten, de Meern, Leidsche Rijn.

Ouderengeneeskundige netwerken eerstelijns

ONUe (Ouderengeneeskundig Netwerk Utrecht eerstelijns)

ONZe (Ouderengeneeskundig Netwerk Zuidoost eerstelijns)

Beiden netwerken zijn een regionaal samenwerkingsverband van SO, verpleegkundig specialisten en GZ-psychologen verbonden aan zorgorganisaties uit de regio.

De netwerken richten zich op het versterken van de zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. Huisartsen kunnen via de netwerken laagdrempelig specialistische ondersteuning en consultatie inzetten voor kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen in de eerste lijn. De ondersteuning is beschikbaar in de regio's Utrecht Stad, Zuidwest Utrecht, Noordwest Utrecht en Zuidoost Utrecht.

Duiding terminologie/functies:

- Overall in dit document waar bewoner staat, kan ook patiënt of cliënt worden gelezen en vice versa;
- Overall waar in dit document SO staat, is taakdelegatie/taakherschikking mogelijk op basis van de organisatie met de verpleegkundig Specialist (VS) of physician Assistant (PA). Tot waar die taakdelegatie reikt wordt verwezen naar [de handreiking taakherschikking](#);
- Overall waar in dit document huisarts(praktijk) staat, is taakdelegatie mogelijk op basis van de organisatie van de huisartsenpraktijk;
- Overall waar in dit document naaste(n) staat, kan ook vertegenwoordiger of mantelzorger worden gelezen;
- Gedragsdeskundige omvat de psychologen en orthopedagogen.

2. Organisatie en randvoorwaarden geclusterde woonzorgvormen

Voor de bewoners van een GWZ met (complexe) zorgvragen is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor de samenhang van de geboden MGZ. Om deze verantwoordelijkheid te kunnen nemen, moet de zorg en ondersteuning in de GWZ aan een aantal voorwaarden voldoen:

1. De GWZ heeft, om de kwaliteit te borgen en te bewaken, [de op dat moment geldende kwaliteitsstandaard van de eigen sector](#) geïmplementeerd. De kennis en kundigheid van het zorgteam

is passend bij de aandoening, beperking of stoornis van de bewoner. Het zorgteam kan, samen met de huisarts, adequaat signaleren.

2. Bij de GWZ zijn wat betreft beleid ten aanzien van de uitvoering van algemene indirecte patiëntenzorg protocollen beschikbaar en geborgd ten aanzien van:
 - a. Infectiepreventie;
 - b. Wet zorg en dwang (paragraaf 5.7);
 - c. (overige) Wettelijke (kwaliteits-)vereisten¹, zoals medicatie.
3. De GWZ heeft overeenkomsten met een huisartsenpraktijk die de voorkeursaanbieder is voor huisartsenzorg (zie hoofdstuk 4).
4. De GWZ dienen voor bewoner overstijgende vraagstukken, bijvoorbeeld op gebied van probleemgedrag bij dementie, zelf zorgprofessionals te contracteren die daarbij kunnen ondersteunen.
5. Voor bewoner gerelateerde vragen dient de GWZ zelf een behandelteam te contracteren dat voor deze vragen ingeschakeld kan worden, minimaal een SO en een gedragsdeskundige. Dit behandelteam kan direct bij de zorginstelling in dienst zijn of gecontracteerd worden bij een andere zorgaanbieder. Bij voorkeur is dit een vast samenwerkend team, want dit komt de kwaliteit en efficiëntie van de behandeling ten goede. Al kan dit soms op gespannen voet staan met het recht van een bewoner op vrije keuze van (medische) behandelaren.
6. Voor elke bewoner is een zorgprofessional uit de GWZ, zoals verpleegkundige/coördinator/eerst verantwoordelijke/casemanager/persoonlijk begeleider, beschikbaar die regie houdt en coördinatie voert over de niet-medische zorg en welzijn (eventueel in combinatie met de inzet van informele zorg). Deze verantwoordelijke is ook het aanspreekpunt voor de huisarts/ SO.
7. De GWZ zorgt ervoor dat als een bewoner bezocht wordt door de huisarts of SO er op dat moment een passende begeleider aanwezig is, professioneel dan wel een naaste. Dit geldt ook als dit plaatsvindt in de huisartsenpraktijk.
8. De GWZ zorgt ervoor dat er altijd een verpleegkundige voorwacht beschikbaar is die medische vragen aan de huisarts triageert voordat deze bij de huisarts terechtkomen. Dit kan ook gaan om vragen van familieleden van de bewoner. Met uitzondering van levensbedreigende situatie worden vragen aan de huisarts eerst getriageerd door deze verpleegkundige voorwacht. Waar mogelijk handelt de verpleegkundige de zorgvraag zelf af. De (verpleegkundige) voorwacht neemt na triage contact op met de huisartsvoorziening. In de toekomst overwegen we een gezamenlijk triage protocol in te zetten. Ook kleinschalige woonvormen binnen de GWZ zijn verantwoordelijk voor het organiseren van deze triagefunctie. Doel hiervan is dat zorgvragen zoveel mogelijk eerst door een deskundige verpleegkundige worden beoordeeld en, waar passend, afgehandeld voordat een huisarts of SO wordt ingeschakeld. De GWZ maakt afspraken over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van minimaal een BIG geregistreerde verpleegkundige voor het indiceren van de zorg, opstellen van een zorgplan en het tijdig en op basis van urgentie uitvoeren van voorbehouden handelingen.
9. De GWZ is verantwoordelijk voor organisatie, bekwaamheid en beschikbaarheid van verpleegkundige uitvoering. De huisarts/SO is verantwoordelijk voor medische opdrachtverlening binnen zijn/haar professionele rol. De partijen maken afspraken over bereikbaarheid, uitvoerbaarheid en terugkoppeling.
10. De GWZ is verantwoordelijk voor het organiseren van de MGZ voor de bewoner, voordat een client op de locatie komt wonen.
11. Indien op enig moment blijkt dat de zorgvraag een meer beschutte/veilige woonomgeving vraagt en/of sprake is van complexe (multi)problematiek waarvoor specifieke kennis en behandeldeskundigheid

¹ In het [lgj normenkader](#) is een groot deel van deze kwaliteitseisen samengevat

noodzakelijk is en behandeling als onlosmakelijk onderdeel van de *integrale zorg* moet worden geboden, en als zodanig niet door de GWZ kan worden geboden, voert de GWZ hierover het gesprek met de bewoner en/of diens vertegenwoordiger. De GWZ is verantwoordelijk voor de aanvraag en eventuele uitvoering van de (her)indicatie en mogelijke verhuizing.

12. De GWZ heeft in- exclusiecriteria voor bewoners en bespreekt deze met de bewoners en hun naasten. De in-en exclusiecriteria en gevolgen (bijv. noodzaak tot verhuizing bij achteruitgang bewoner) die hieruit kunnen voortvloeien zijn opvraagbaar en worden proactief besproken met bewoners en indien nodig diens vertegenwoordigers voor inhuizing.
13. De GWZ bespreekt met de bewoner en indien nodig diens naaste(n) wie de behandelaars zijn en dat de relevante gegevens met hen en tussen hen worden verstrekt.

3. Organisatie en randvoorwaarden samenwerking huisarts en SO in MGZ

3.1. Inschakelen SO door huisarts

Als de zorgvraag van een bewoner te complex is kan, zoals conform afspraken ONUe en ONZe, de huisarts een SO uit het behandelteam inschakelen. Zie bijlage 1. Dit kan op de volgende manieren:

1. Consult: de huisarts kan de SO vragen om een op een specifieke vraag gerichte beoordeling te doen en een behandeladvies te geven. Deze consultatie verloopt via Zorgdomein en/of telefonisch. Het advies zelf kan telefonisch of in de GWZ plaatsvinden. Binnen ONUe en ONZe zijn werkafspraken gemaakt over de reactietermijnen die met name gericht zijn op consultatie en assessment vergoed vanuit de Zvw. Deze worden herijkt voor de nieuwe doelgroep Wlz; Geriatrisch assessment: de huisarts kan de SO vragen om een uitgebreid en systematisch, vaak multidisciplinair onderzoek te doen en een behandeladvies te geven. Reactietermijnen zijn conform ONUe en ONZe afspraken. Zie bijlage 1 bij dit afsprakenkader;
2. (Mede)behandeling: In geval van de uitvoering van het behandelplan voor de huisarts te complex is, kan de SO in overleg met de huisarts het behandelarschap rondom specifieke medische zorg (tijdelijk) overnemen. De huisartsenzorg blijft (conform reguliere werkwijzen) de verantwoordelijkheid van de huisarts;
3. Overname regiebehandelarschap: Indien de huisarts en SO inschatten dat de situatie dermate complex is, dat er structureel specifieke multidisciplinaire behandeling nodig is, neemt de SO het regiebehandelarschap over. Dit kan alleen als behandeling wordt toegevoegd aan de Wlz. Als dit niet mogelijk is in de huidige GWZ waar de bewoner verblijft i.v.m. de toelating en contractafspraken van de GWZ voor behandeling, verhuist de bewoner². Dit gebeurt in overleg en in samenwerking met betrokken partijen, waaronder de bewoner, of diens wettelijk vertegenwoordiger (indien benoemd), huisarts, SO en zorgkantoor naar een Wlz-zorginstelling met toelating en contractafspraken voor verblijf en behandeling. De GWZ is als dossierhouder verantwoordelijk voor de coördinatie van de overplaatsing.
NB: Indien de bewoner verblijft in een GWZ waar al Wlz met behandeling wordt geleverd, kan ernaar worden gestreefd om in eerste instantie de behandeling tijdelijk over te nemen en na evaluatie te bepalen of het volledig wordt overgenomen, alvorens het volledig wordt

² Het ontbreken van een passende bekostiging of contractering is op zichzelf geen reden voor een verhuizing van de bewoner. Partijen vinden het onwenselijk dat een bewoner uitsluitend vanwege financierings- of contracteringsvraagstukken moet verhuizen. Dit onderwerp vraagt om een doorontwikkeling. Partijen treden hierover in overleg met het Zorgkantoor en spreken de intentie uit dit gezamenlijk verder uit te werken.

overgedragen. Bij complexe casuïstiek leggen huisarts en SO op patiëntniveau vast wie regiebehandelaar is, hoe de taakverdeling eruit ziet en hoe de overdracht van verantwoordelijkheden wordt geborgd. Deze afspraken worden afgestemd met de bewoner en/of diens vertegenwoordiger en de GWZ.

4. Afspraken over medebehandelaarschap worden zowel door de huisarts(praktijk) als door de SO vastgelegd in de dossiers. De regiebehandelaar bespreekt met de bewoner wat het medebehandelaarschap inhoudt en welke gevolgen dit voor de bewoner heeft.
5. Bij individuele patiëntenzorg loopt de consultatie van een niet-medische behandelaar (passende professional, zoals gedragskundige/GZ-psycholoog, orthopedagoog) via de regiebehandelaar, dan wel medebehandelaar.

3.2. Taakverdeling huisarts - SO

De problematiek waar de verschillende artsen zich in hoofdlijnen op richten is als volgt:

- a. Huisarts → huisartsgeneeskundige zorg
- b. SO → complexe multi-domeinproblematiek, met enkelvoudige of opeenstapelende fysieke aandoeningen en/of toenemend regieverlies bij ouderen

In de praktijk is echter geen strikte of harde afbakening te maken tussen problematiek die exclusief tot het domein van de huisarts of van de SO behoort. De inzet van de SO is afhankelijk van verschillende factoren, zoals:

1. De aard en complexiteit van de problematiek;
2. De behoefte aan specifieke expertise op het gebied van geriatrische of multidomeinproblematiek;
3. De mogelijkheden en expertise binnen de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld inzet van Praktijkondersteuner huisarts (POH) of geriatrische expertise);
4. De situatie en zorgbehoefte van de bewoner.

Het uitgangspunt is daarom dat huisarts en SO in gezamenlijkheid bepalen welke expertise nodig is en op welke wijze deze wordt ingezet. De huisarts kan de SO inschakelen voor een consult, een geriatrisch assessment of voor medebehandeling bij complexe problematiek. Het doel hiervan is het versterken van de medische zorg voor de bewoner en het ondersteunen van de huisarts bij complexe besluitvorming.

De SO kan ervoor kiezen om een VS of PA in te zetten in het kader van taakherschikking. De huisarts is niet verantwoordelijk voor handelen of aansturing van de VS of PA die door de SO op basis van taakherschikking wordt ingezet. De verantwoordelijkheid van hun handelen ligt bij SO als diegene zijn/haar taken doorschuift naar de VS/PA. Komt de VS/PA er niet uit, dan koppelen zij dit terug aan de SO.

Onderstaand een overzicht van de problematiek waarbij een huisarts een SO éénmalig of als medebehandelaar kan inschakelen.

Zorgvragen consult of geriatrisch assessment of medebehandelaarschap SO:

De huisarts kan de SO benaderen voor vragen die b.v. met betrekking hebben tot:

- Cognitieve problemen;
- Gedrags- en stemmingsproblemen;
- Wilsbekwaamheid;
- Polyfarmacie;
- Een plotselinge knik in het functioneren;
- Diagnostische dilemma's bij vragen rondom genezing, herstel of preventie;
- Duiding complexe multi problematiek en zorgvraag van een bewoner;
- Medicatie en behandeling bij moeilijk gedrag of symptomen in het kader van het ziektebeeld waaruit de Wlz-indicatie voortvloeit (bijvoorbeeld in het kader van dementie, epilepsie, frequent verslikken).

4. Organisatie en randvoorwaarden huisartsenzorg en GWZ

4.1. Vaste huisartsenzorg

De GWZ maakt afspraken met bij voorkeur één huisartsenpraktijk als vaste aanbieder van huisartsenzorg voor de bewoners. Als een bewoner verhuist naar een GWZ, blijft de oorspronkelijke huisarts verantwoordelijk tot een andere huisarts(praktijk) de bewoner overneemt. De RHO speelt waar nodig bij het maken van deze afspraken een coördinerende en ondersteunende rol voor de meewerkende (individuele) huisartsenpraktijken. Ze draagt hierbij niet de verantwoordelijkheid voor huisartsenzorg op elke locatie.

In verband met het recht op vrije artskenkeuze kunnen bewoners van een GWZ kiezen voor een huisarts van een andere praktijk dan de voorkeurspraktijk van de betreffende GWZ (binnen redelijke reisafstand, i.v.m. normtijden visites). De GWZ bespreekt in dit geval met de bewoner de voordelen van de afspraken met de vaste huisartsenpraktijk verbonden aan de GWZ en stimuleert bewoners om zich als bewoner bij de vaste huisarts(praktijk) van de GWZ in te schrijven.

Organisatie huisartsenzorg in GWZ

De GWZ draagt zorg voor de ondersteuning van huisartsenzorg. Dit betreft:

1. Triage van de vragen die gesteld worden aan de huisarts (hoofdstuk 2, punt 7);
2. Begeleiding van de bewoner bij het bezoek aan de huisarts (hoofdstuk 2, punt 6)';
3. Vastleggen van de gemaakte afspraken tijdens de visite in het ECD en zo nodig ook rechtstreeks aan het zorgteam. (6.1). NB. Bewoner koppelt zelf terug aan naasten. Indien dit niet mogelijk is, doet de begeleider bij het huisartsen consult dit (6.1);
4. De GWZ heeft beschikking over materialen zoals bloeddrukmeter, thermometer, glucosemeter, saturatiemeter, zuurstof).³

³ Als het benodigde onderzoek niet op de locatie van de GWZ uitgevoerd kan worden, dient de bewoner de arts in diens praktijk te bezoeken of wordt de bewoner uitgenodigd in de praktijk van de arts

Voorbeeld organisatie huisartsenzorg in GWZ:

De GWZ en de huisarts maken afspraken over de manier waarop de huisartsenzorg georganiseerd wordt. Een voorbeeld organisatievorm is:

- De huisarts komt 1 of 2 keer per week (frequentie naar keuze) op een vast moment langs voor visites;
- De GWZ zorgt voor een passende ruimte (voor bewoners die kunnen verplaatsen) en adequate begeleiding van de bewoner bij de visites;
- De GWZ zorgt voor vastlegging van de in de visite gemaakte afspraken in het zorgdossier, en draagt zo nodig de afspraken over aan het zorgteam. De huisarts zorgt voor registratie in het Huisartsen informatiesysteem;
- De huisarts is tussentijds benaderbaar voor vragen die niet kunnen wachten tot het volgende vaste visitemoment.

4.2. Inschrijving bewoner GWZ in huisartsenpraktijk

De huisarts van de voorkeurspraktijk van de betreffende GWZ schrijft bewoners, als de bewoner dit wenst, in beginsel in bij de huisartsenpraktijk. De huisarts kan het aangaan van een behandelovereenkomst weigeren op basis van de criteria als benoemd in de [KNMG-richtlijn](#) niet aangaan of beëindigen van een behandelovereenkomst.

We streven naar passende zorg. Het is belangrijk dat bij nieuwe bewoners van een GWZ zonder behandel mogelijkheden wordt afgewogen of regiebehandelaarschap door de huisarts passend is. De GWZ en huisartsenpraktijk maken daarom afspraken over de rol van de huisarts bij het aanname proces.

De GWZ informeert de huisarts vóór de komst van een nieuwe bewoner over de komst. De huisarts kan dan voor de komst een kennismaking inplannen.

5. Specifieke thema's voor alle partijen

5.1. Gegevensverstrekking

Zorg aan bewoners van een GWZ wordt vastgelegd in drie verschillende dossiers:

1. het huisartsinformatiesysteem (HIS);
2. het elektronisch cliëntendossier van de SO (ECD);
3. het elektronisch cliëntendossier (ECD) van de GWZ.

Het is belangrijk dat relevante informatie, met toestemming van de bewoner, uitgewisseld wordt tussen de dossiers. Er is nog geen digitale optimale oplossing, met uitzondering van een verwijzing van de huisarts naar de SO en de terugkoppeling van een eenmalig consult of assessment door de SO aan de huisarts. De GWZ, Huisarts en SO moeten hier dus onderling afspraken over maken. Randvoorwaardelijk voor gegevensverstrekking is:

- Toestemming van de bewoner. De bewoner wordt hierover vooraf geïnformeerd, bijvoorbeeld via een privacyverklaring, patiënten folder, bij aanmelding of in de afspraakbevestiging. De bewoner heeft het recht om bezwaar te maken. Bij verwijzing en terugkoppeling, en in een noodsituatie,

mag de arts de toestemming van de bewoner voor het verstrekken van relevante informatie veronderstellen.

- Heldere afspraken over verantwoordelijkheden en communicatie, en dat deze worden vastgelegd in het dossier en gedeeld worden met betrokken partijen.

Onderstaand een overzicht van de noodzakelijke uitwisselingsmomenten (niet limitatief):

Gegevensverstrekking en uitwisseling bewoner-arts contacten

1. Terugkoppeling consult/visite huisarts – GWZ: de Huisarts koppelt de uitkomst van het consult terug aan:
 - a. Een zorgprofessional uit de GWZ, zoals verpleegkundige/coördinator/eerst verantwoordelijke/casemanager/persoonlijk begeleider van de bewoner. Als er niet altijd een eerst verantwoordelijk verzorgende (EVV) aanwezig is, maken huisarts en GWZ afspraken over de wijze van terugkoppeling. De casemanager/EVV registreert de terugkoppeling in het ECD en zorgt voor uitvoering van het behandeladvies door het zorgteam;
 - b. Indien relevant: de medebehandelaar MGZ legt de informatie vast in eigen dossier.
2. Verwijzing huisarts-SO: de huisarts verwijst naar de SO via Zorgdomein. In Zorgdomein is een vaste beschrijving van de mee te sturen informatie beschikbaar, ingericht volgens de [regionale transmurale afspraken \(RTA\) ouderen](#).
3. *Terugkoppeling SO – huisarts / GWZ eenmalig consult of assessment*: de SO koppelt terug aan:
 - a. De huisarts via Zorgdomein als edifactbericht of per brief. De huisarts voegt dit toe aan het dossier;
 - b. De GWZ, zoals verpleegkundige/coördinator/eerst verantwoordelijke/casemanager/persoonlijk begeleider van de bewoner registreert de terugkoppeling in het ECD en zorgt voor uitvoering van het behandeladvies door het zorgteam.
4. *Bij medebehandeling*: spreek af hoe informatie gedeeld wordt tussen regiebehandelaar, medebehandelaar en zorgteam van de GWZ. Let op: terugkoppeling van o.a. laboratoriumuitslagen gaan altijd naar de huisarts, en niet naar de SO.
5. Terugkoppeling aan naasten: De bewoner koppelt zelf terug aan de naasten. Als dit niet mogelijk is, koppelt degene die de bewoner begeleidt bij het contact met de arts terug aan de naaste.

Gegevensverstrekking en uitwisseling vanuit het zorgteam

Een zorgprofessional uit de GWZ, zoals verpleegkundige/coördinator/eerst verantwoordelijke/casemanager/persoonlijke begeleider van de bewoner deelt voor MGZ relevante informatie met de huisarts, en waar nodig met de SO. Spreek per locatie af hoe deze informatie gedeeld kan worden.

Gegevensverstrekking van Huisarts in ANW-uren

Het is belangrijk dat relevante informatie over MGZ beschikbaar is op de huisartsenspoedpost, tijdens de ANW-uren. De huisarts doet dit op twee manieren:

1. Vraag de bewoner toestemming voor uitwisseling via het [Landelijk Schakelpunt](#), en in de toekomst via Mitz, en zorg dat de bewoner (met hulp van naasten) dit zelf regelt. Zo is recente informatie uit het HIS beschikbaar op de huisartsenspoedpost.
2. De huisarts draagt specifieke informatie, bijvoorbeeld over behandelwensen, naar het huisartsenspoed elektronisch patiëntendossier over.

5.2. Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning (PZP) is het proces van in gesprek gaan, vooruitdenken, plannen en organiseren van gewenste passende zorg (in de palliatieve fase). Dit omvat zowel de fysieke, de psychische, de sociale als de zingevingsdimensie. Met gezamenlijke besluitvorming als leidraad is PZP een continu en dynamisch proces van gesprekken over huidige en toekomstige levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past.

Voor alle bewoners van een GWZ is PZP onderdeel van de zorg. Professionals binnen de MGZ maken afspraken over de taakverdeling rondom PZP. Onderdelen zijn in ieder geval:

1. Behandelwensen en grenzen ten aanzien van het levenseinde: de regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de proactieve zorgplanning t.a.v. behandelwensen. Huisarts en SO stemmen de onderlinge verdeling op casusniveau af. De regiebehandelaar zorgt ervoor dat de afspraken vastgelegd worden in het eigen dossier, en doorgegeven worden aan SO en GWZ voor vastlegging in het dossier van de SO en het zorgdossier van de GWZ. Aanvullingen en/of herzieningen besproken met SO worden doorgegeven aan regiebehandelaar;
2. Proactieve zorgplanning t.a.v. wonen: de GWZ benoemt vanaf de verhuizing naar de GWZ de mogelijkheid dat de GWZ niet levenslang passende vorm van zorg kan zijn. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van onveiligheid voor bewoners of professionals, kan verhuizing naar een andere instelling (verpleeghuis) noodzakelijk zijn. Wanneer dit daadwerkelijk aan de orde kan zijn, coördineert de GWZ de gesprekken hierover met bewoner en indien nodig naaste en is verantwoordelijk voor het verdere proces. Zie ook artikel 3.1.3 in dit afsprakenkader;
3. Maak afspraken over het vastleggen van de gemaakte afspraken in de drie verschillende dossiers.

5.3. Deskundigheidsbevordering

Op verzoek van het GWZ kan voorlichting, scholing en/of deskundigheidsbevordering gegeven worden ten behoeve van medewerkers van de GWZ. Hierover worden door de GWZ met de medisch professionals aparte afspraken gemaakt. Daar waar gewenst kan dit verzoek ook tussen alle professionals in de MGZ ingewilligd worden in het MDO.

5.4. MDO

1. De GWZ zorgt voor een MDO-structuur met vaste momenten, waarin ruimte is om iedere bewoner minimaal 1x per jaar te bespreken. Huisarts en SO worden uitgenodigd bij dit MDO als dit een medisch inhoudelijke agenda heeft over de MGZ (dus niet bij bespreking van onderwerpen t.a.v. wonen, etc.). De gedragsdeskundige wordt uitgenodigd bij vragen over gedrag;
2. Vragen vanuit het zorgteam worden altijd ingebracht via de zorgprofessional uit de GWZ, zoals verpleegkundige/coördinator/eerst verantwoordelijke/casemanager/persoonlijk begeleider van de bewoner;
3. De GWZ zorgt voor een agenda waarin de bewoners met gerichte vraag geagendeerd zijn, zodat de deelnemers het MDO kunnen voorbereiden. Reken op 10 tot 15 minuten per bewoner (voor het onderdeel MGZ);
4. De GWZ zorgt voor verslaglegging van het MDO in het ECD en overdracht naar de huisarts, SO en gedragskundige voor verslaglegging in hun dossiers;

5. Spreek onderling de overlegmomenten af, en spreek af of deelnemen fysiek of online gebeurt.

5.5. Spoedzorg in avond-, nacht- en weekenduren

Tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW) is de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenzorg voor spoedvragen geregeld via de huisartsenspoedpost.

Zorgvragen van bewoners van een GWZ aan de huisartsenspoedpost worden vóóraf getrieerd door de verpleegkundige voorwacht.

De GWZ zorgt in ANW-uren voor:

1. Bereikbaarheid en beschikbaarheid van een verpleegkundige voorwacht voor triage van zorgvragen en uitvoer risicovolle handelingen;
2. Verpleegkundige voorwacht die door de zorg geconsulteerd kan worden;
3. Begeleiding van de bewoner bij artsenbezoek.

Tijdens de ANW-uren is op dit moment de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de SO nog niet dekkend. Voor het door ontwikkelen van de functie SO 24/7 is bovenregionaal aandacht. Partijen spreken af deze beperking op zo kort mogelijke termijn weg te nemen, zodat de huisarts in de ANW-uren een SO kan consulteren wanneer de vraag niet kan wachten tot de volgende werkdag. NB: dit is een regionaal in te richten faciliteit, dus niet per GWZ maar het is wel hun verantwoordelijkheid om dit geregeld te hebben.

Nadere uitwerking over de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de SO zal worden onderzocht. ⁴Nav het onderzoek wordt een voorstel uitgewerkt door de MGZ-projectgroep.

Partijen nemen hiervoor initiatief binnen het transformatieplan acute zorg Midden-Nederland. De insteek is een bestendige vorm, met passende randvoorwaarden. Tegelijkertijd is wachten ook geen optie, dus wordt verkend hoe dit eventueel tijdelijk vorm gegeven kan worden.

5.6. Toetreding nieuwe GWZ

Een GWZ die zich vestigt in de regio is zelf verantwoordelijk voor het tijdig regelen van MGZ volgens dit afsprakenkader. Het is noodzakelijk dit te regelen vóór opening. In een volgende fase vullen we de afspraken over toetreding aan. Op dit moment kan een GWZ uitgaan van de volgende werkwijze:

Huisartsenzorg:

1. Meld de mogelijke vestiging bij de eerste planvorming bij de RHO in de regio van vestiging;
2. De RHO brengt de GWZ in contact met de lokale huisartsen(groep);
3. Zorg door de SO, gedragskundige en BIG-geregistreerd verpleegkundige dient de GWZ zelf te regelen.

Het voldoen aan de randvoorwaarden in dit afsprakenkader is noodzakelijk om huisartsenzorg in een GWZ te kunnen bieden. De volgende stap is dat dit ook bekend moet zijn bij de betreffende gemeente.

⁴ Voorstel voor het onderzoeksproces is door de projectgroep gemaakt en wordt besproken in het Bestuurlijk overleg MGZ op 6 juli. Het BO besluit op basis van de onderzoeksuitkomsten over de invulling, waarna deze uitkomsten integraal worden verwerkt in de definitieve versie van het afsprakenkader.

5.7. Onvrijwillige zorg

De wet zorg en dwang gaat uit van ‘Nee, tenzij’: dat betekent dat onvrijwillige zorg alleen mag als er geen alternatieven zijn. Het stappenplan onvrijwillige zorg beschrijft hoe zorgprofessionals moeten beslissen, toetsen en evalueren. Bij onvrijwillige opnames en herkennen van verzet hebben de huisarts en het team in de GWZ een signalerende rol.

De GWZ dat zorg biedt aan bewoners waarbij de Wzd voorliggend is voldoet aan de volgende voorwaarden:

1. De GWZ staat ingeschreven bij het instellingenregister;
2. De GWZ heeft een Wzd beleid;
3. De GWZ heeft samenwerkingsafspraken met een Wzd-functionaris;
4. De GWZ heeft een zorgverantwoordelijke aangewezen;
5. Indien er ernstig nadeel dreigt voor de bewoner vanuit diens eigen gedrag dan wordt alleen onvrijwillige zorg toegepast nadat het stappenplan onvrijwillige zorg op de juiste wijze is doorlopen en wordt vastgelegd in het EZD. Ook als het gaat om acute onvoorziene situaties dan wordt volgens de richtlijnen van de Wzd gehandeld.

5.8. Incidenten en calamiteiten

Samenwerkingspartners leggen vast hoe, waar en door wie incidenten in de zorgverlening, inclusief calamiteiten, worden gemeld.

6. Regiotafels

De samenwerking binnen de MGZ wordt ondersteund door een tactische en bestuurlijke regiotafel.

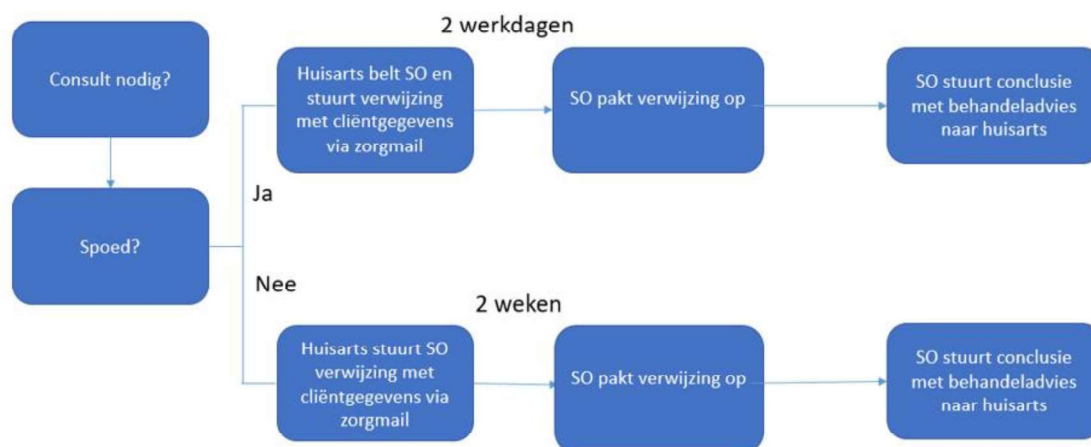
De **tactische regiotafel** richt zich op de inhoudelijke doorontwikkeling van dit afsprakenkader, aanvulling met afsprakenkaders voor andere settings waar MGZ aan inwoners met een WLz indicatie wordt geleverd het signaleren en uitwerken van knelpunten en het oplossen van operationele meningsverschillen die niet tussen de betrokkenen zelf opgelost kunnen worden. Deelnemers zijn medewerkers uit de tactische laag per domein (GWZ, SO, huisarts) waar nodig per subregio en vertegenwoordigen hun domein en zorgen voor afstemming met de achterban. Regionale partners kunnen via hun branchevertegenwoordiger onderwerpen agenderen bij deze regiotafel. De frequentie is tenminste 2 keer per jaar, en zolang de doorontwikkeling van de afspraken nog loopt vaker.

De **bestuurlijke regiotafel** heeft een meer strategische rol en is verantwoordelijk voor de evaluatie van het afsprakenkader, het geven van richting aan verdere ontwikkeling vanuit een opdracht gevende rol en het beslechten van escalaties die op tactisch niveau niet opgelost worden. Deelnemers zijn bestuurders per domein (GWZ, SO, huisarts, zorgkantoor) waar nodig per subregio. De deelnemers vertegenwoordigen hun achterban. De frequentie is tenminste 1 keer per jaar.

Beide tafels sluiten waar mogelijk aan op bestaande overlegstructuren en vormen samen een gelaagde governance voor samenwerking, afstemming en besluitvorming binnen de MGZ.

De tactische en bestuurlijke regiotafels evalueren periodiek de werking van dit afsprakenkader. Waar nodig stellen zij het kader bij, eventueel na raadpleging van de achterban. Betrokken partijen worden geïnformeerd over wijzigingen. De RHO's, ONUe en ONZe zijn gezamenlijk eigenaar van dit document en zorgen voor het beheer, de beschikbaarheid en de juistheid van de actuele versie.

Bijlage 1. Afspraken over samenwerking tussen huisartsen en SO, conform ONUe en ONZe



NB. overal waar SO staat, kan ook psycholoog gelezen worden.