

Regionaal Addendum Gooi en Omstreken

**Bij landelijk Convenant
Samenwerking Medisch
Generalistische Zorg**



23-03-2026

Inhoudsopgave

1.	Commitment paragraaf	4
2.	Inleiding	4
3.	Regio Gooi en Omstreken	6
4.	De gewenste situatie als vertrekpunt	7
5.	De doelgroep	8
6.	Afspraken en randvoorwaarden	10
6.1	Afspraken die voor elke Wlz-patiënt gelden	10
6.2	Regionale randvoorwaarden voor borging van MGZ	11
6.2.1	Het starten van een nieuwe geclusterde woonzorg voorziening	11
6.2.2	Dialogsessies	11
6.2.3	Verpleegkundige triage/voorwacht	12
6.2.4	Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde en de arts VG	12
6.2.5	Bereikbaarheid van de gedragskundige	13
6.2.6	Wzd-functionaris	13
6.2.7	Farmaceutische zorg	14
6.2.8	Zorgcoördinatie: Regionaal Transferpunt	14
6.2.9	Regionale digitale infrastructuur	15
6.2.10	Crisisinterventie	16
6.3	Lokale randvoorwaarden voor Wlz-patiënten	16
6.3.1	Randvoorwaarden in de wijk	17
6.3.2	Randvoorwaarden Geclusterde Woonzorgvoorziening (GWZ)	17
6.3.3	Thema's werkafspraken in de wijk en binnen de GWZ	19
Bijlage 1	Indicaties voor betrekken zorgprofessionals	22
Bijlage 2	Landelijk Convenant Samenwerking Medisch Generalistische Zorg	24

1. Commitment paragraaf

Partijen¹ realiseren zich dat er veel afhankelijkheden en onzekerheden gemoeid zijn met het verbeteren van de toegankelijkheid van medisch generalistische zorg (MGZ) voor alle patiënten met een Wlz-indicatie, zowel overdag als tijdens de spoedzorg in de avond-, nacht- en weekenduren, ongeacht hun verblijfplaats. Daarom spreken partijen hun commitment uit om wat binnen hun invloedssfeer ligt te beïnvloeden dan wel te realiseren, en spreken ze de bereidheid uit om samen stappen richting de gewenste situatie (zie hoofdstuk 4 De gewenste situatie als vertrekpunt) te zetten en de randvoorwaarden te creëren om dit mogelijk te maken. Hierbij gaan partijen met het tekenen van dit document een inspanningsverplichting aan.

Partijen realiseren zich dat zij de regionale afspraken cyclisch zullen moeten evalueren en herijken, zodat zij kunnen sturen op veranderingen in wet en regelgeving, bekostiging en in capaciteit. De looptijd van dit addendum bedraagt 5 jaar, te rekenen vanaf de datum van ondertekening en wordt stilzwijgend jaarlijks verlengd, tenzij een partij het addendum schriftelijk opzegt met inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden voor het einde van de lopende termijn. De werkgroep wordt onder verantwoordelijkheid van de stuurgroep ten minste jaarlijks bijeengeroepen om het addendum te evalueren en te beoordelen of er wijzigingen in dienen plaats te vinden. In het geval het landelijk convenant MGZ waarnaar in dit addendum wordt verwezen zal wijzigen, zijn deze wijzigingen onverkort van toepassing op dit addendum. Partijen zullen gezamenlijk beoordelen of het onderhavige addendum eveneens gewijzigd moet worden. Wijzigingen uit landelijk beleid zullen worden doorgevoerd in een nieuwe versie van dit addendum.

De afspraken in het addendum zijn gericht op de gewenste situatie, waarbij alle randvoorwaarden volledig zijn vervuld. Partijen kunnen deze afspraken pas volledig uitvoeren op het moment dat onder meer zaken zoals bekostiging, ondersteuning en gegevensuitwisseling adequaat zijn geregeld. Tot die tijd werken partijen zoveel als mogelijk in lijn met dit kader.

2. Inleiding

Door de toenemende vergrijzing en de complexiteit aan zorgvragen in combinatie met het steeds langer thuis wonen en een groeiende schaarste aan zorgprofessionals en mantelzorgers, wordt het steeds moeilijker om toegang tot de MGZ te behouden. Dit geldt ook voor mensen met een beperking.

Hierdoor zijn er wederkerige stappen nodig om taken te herschikken of te verschuiven in de werkzaamheden van huisartsen (HA), specialisten ouderengeneeskunde (SO), artsen voor verstandelijk gehandicapten (arts VG) en andere betrokken professionals genoemd in het addendum.

1 RHOGO, Regiokompas (Vivium Zorggroep, Inovum, Amaris Zorggroep, HilverZorg), Eemhart, SAGO, Zilveren Kruis Zorgkantoor, Zilveren Kruis Zorgverzekeraar

Hoewel dit addendum zich toespitst op de toegankelijkheid van MGZ voor patiënten met een Wlz-indicatie, draagt het effect van de afspraken bij aan een breed goed functionerend regionaal zorgsysteem. Hierin wordt op het juiste moment de passende zorg geboden door de behandelaar met de passende expertise voor de zorgvraag van de Wlz-patiënt. Hierbij is de Wlz-patiënt (dan wel de geclusterde woonzorgvoorziening (GWZ) sterk verbonden met zowel het lokale als regionale zorg- en welzijnsnetwerk. Het is daarbij ook essentieel de toegankelijkheid en vindbaarheid van de verschillende professionals in de eerste lijn en de sociale kaart te verbeteren, zeker voor die burgers die het (meest) kwetsbaar zijn en medische en/of complexe zorg nodig hebben.

In september 2024 is het landelijk convenant samenwerking MGZ gesloten door alle koepels.² Dit landelijke convenant biedt een kader dat per regio geconcretiseerd kan worden door regionale afspraken te maken over de toegankelijkheid van MGZ in de regio.

Begin april 2025 is door bestuurders van betrokken partijen in de regio Gooi en Omstreken de opdracht gegeven aan de werkgroep MGZ om te komen tot nadere afspraken en een implementatieplan in de regio. Dit document geeft deze regionale (en lokale) afspraken weer als regionaal addendum op het landelijke convenant.

De partijen die dit document ondertekenen willen de beschikbaarheid en toegankelijkheid van MGZ borgen voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg (Wlz) in de ouderen- en gehandicaptenzorg in deze regio, ongeacht hun verblijfplaats. De partijen zijn samen verantwoordelijk de zorg op een zo efficiënt en effectief mogelijke manier in te richten.

Onder MGZ wordt in het landelijk convenant verstaan:

Het geheel aan geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten in samenspel plegen te bieden, zowel overdag als bij spoedzorg in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW)³.

Dit regionale addendum op het convenant MGZ richt zich dan ook op de regionale en lokale afspraken die binnen dit kader nodig zijn. Voor de onderliggende onderbouwing wordt verwezen naar het landelijke convenant.

Het uitgangspunt is dat de afspraken binnen dit addendum ook van toepassing zijn voor zorg door aanbieders van PGB-zorg. De ervaring leert dat juist rondom PGB-wooninitiatieven de in dit addendum beschreven randvoorwaarden vaak niet of beperkt geregeld zijn.

2 [Convenant samenwerking MGZ - 2 september 2024](#)

3 Deze definitie heeft geen wettelijke basis, maar is door de NZa geïntroduceerd in: Medisch generalistische zorg voor Wlz-patiënten, juni 2020, NZa Medisch generalistische zorg voor Wlz-patiënten - Nederlandse Zorgautoriteit

Partijen stellen daarom dat alle zorgaanbieders in onze regio, inclusief de aanbieders van PGB zorg in geclusterde woonzorgvoorzieningen, binnen de doelgroep gestimuleerd dienen te worden om zich te committeren aan de genoemde randvoorwaarden in dit regionaal addendum. Om zo de kwaliteit van MGZ in onze regio te kunnen waarborgen.

Aan de hand van dit regionale addendum zal worden toegezien op naleving van gemaakte regionale en lokale afspraken bij alle ketenpartners, inclusief particuliere woonzorglocaties. Wanneer partijen eenmaal gemaakte onderlinge afspraken niet nakomen, kan de benadeelde partij dit aanhangig maken bij het zorgkantoor en/of de zorgverzekeraar. Het zorgkantoor en/of de zorgverzekeraar draagt de verantwoordelijkheid en heeft de bevoegdheid om in te grijpen. Partijen verwijzen hierbij naar bijlage 2 (handreiking landelijk convenant). De volgende stappen in de escalatie route dienen dan gevolgd te worden:

1. Er vindt een dialoog plaats met minimaal de bestuurder van de woonzorglocatie, huisarts en specialist ouderengeneeskunde/arts VG, en een nader aan te wijzen dialoogbegeleider. Indien van toepassing aangevuld met de betreffende apotheker.
2. Er vindt een gesprek plaats met de eigen (beroepsgroep) vertegenwoordiger aan de regiotafel.
3. Inkopers/medisch adviseurs Zilveren Kruis huisartsenzorg en zorgkantoor worden betrokken, samen met de regiotafel MGZ (de regiotafel zal meegaan in de ontwikkelingen rond het Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband).
4. Bij zorgen over de kwaliteit van zorg en het niet naleven van de professionele standaarden wordt melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd.
5. Als actie op systeemniveau nodig is, vindt escalatie naar de landelijke partijen plaats.

3. Regio Gooi en Omstreken

Dit regionale addendum is van toepassing in de regio Gooi en Omstreken. We houden hierin het werkgebied van de RHOGO Huisartsen Spoedpost aan. De volgende gemeenten vallen hieronder:

- Wijdmeren: Nederhorst den Berg, Ankeveen, 's-Graveland, Kortenhoef, Loosdrecht
- Gooise Meren: Bussum, Naarden, Muiden, Muidenberg
- Gemeenten BEL combinatie: Blaricum, Eemnes, Laren
- Gemeente Hilversum: Hilversum
- Gemeente Huizen: Huizen
- Gemeente Baarn: Baarn, Lage Vuursche
- Gemeente Stichtse Vecht: Nigtevecht
- Gemeente de Bilt: Hollandsche Rading
- Gemeente Amsterdam: Weesp, Driemond (alleen postcodes 1108 AA en 1109)

4. De gewenste situatie als vertrekpunt

In het convenant staan de zorgvraag van de patiënt met Wlz-indicatie en de gewenste situatie centraal. Het doel van het convenant is als volgt:

‘De partijen stellen de zorgvraag van de patiënt centraal, waarbij voor de patiënt, zowel overdag (reguliere zorg) als voor de spoedzorg in de ANW-uren, MGZ toegankelijk is en waarbij deze zorg wordt geleverd door de daarvoor best geëquipeerde arts⁴. Deze arts wordt daarbij optimaal ondersteund om de eigen taak zo effectief en efficiënt mogelijk te kunnen uitoefenen.’ Bij het maken van afspraken in de regio over MGZ wordt uitgegaan van de diverse artsen en bijpassende medisch-inhoudelijke taakverdeling, kaders en samenwerking zoals vastgelegd in de landelijke richtlijnen⁴. Participatie van de artsen kan dan ook slechts plaatsvinden binnen de kaders van deze landelijke afspraken. Het convenant MGZ gaat over alle patiënten met een Wlz-indicatie, ongeacht hun verblijfplaats; thuis, in een geclusterde woonvoorziening of in een verpleeghuis.

De gewenste situatie heeft de nodige implicaties, onder meer voor afspraken die partijen onderling maken, maar ook ten aanzien van (financiële en wettelijke) randvoorwaarden die nodig zijn om tot uitvoering in de regio over te kunnen gaan. De gewenste situatie is te beschouwen in drie hoofdthema’s:

1. MGZ is overdag (reguliere zorg) en in de ANW-uren (spoedzorg) beschikbaar voor alle patiënten met een Wlz-indicatie, ongeacht hun verblijfplaats.
2. Op basis van zowel de actuele zorgvraag als de langdurige zorgvraag van de patiënt wordt de arts (huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts VG) ingezet die hiervoor het best geëquipeerd⁴ is en er wordt bepaald welke arts regiebehandelaar⁵ MGZ is.
3. De artsen worden ondersteund (zie hoofdstuk 6 afspraken en randvoorwaarden) om hun taak zo effectief en efficiënt mogelijk uit te kunnen oefenen. Deze ondersteuning kan worden gerealiseerd op de locatie, binnen het lokale of regionale netwerk, en door wederkerigheid tussen betrokken partijen.

Aan een aantal zaken wordt door de partijen in dit addendum in de regio Gooi en Omstreken aanvullend belang gehecht.

4 Zie hoofdstuk 2.4 van het Landelijk Convenant Rol en Taakverdeling. Met daarbij de landelijke richtlijnen van NVAVG, Verenso en LHV: ‘Aanbod huisartsgeneeskundige zorg, Specialist Ouderengeneeskunde 2030, Zorgaanbod van de AVG, Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde - LHV LHV Leidraad “Medische ouderenzorg in (kleinschalige) woonvormen” en LHV overeenkomst “Huisartsenzorg in geclusterde woonzorgvoorzieningen”.

5 Er wordt gesproken over de term regiebehandelaar MGZ om verwarring te voorkomen met de term regiebehandelaar, zoals gebruikt in de gehandicaptenzorg, die veelal uitgevoerd wordt door een gedragskundige

De ouderenzorg wordt in onze regio vormgegeven vanuit een levensloopbenadering. Dat wil zeggen: zo vroeg mogelijk in de levensloop inzetten op preventie, gericht op functiebehoud op psychisch, fysiek en sociaal vlak. Dit geldt ook voor de kwetsbare oudere zonder Wlz-indicatie, ongeacht verblijfplaats. Hierin treedt bij geringe complexiteit de huisarts als regiebehandelaar van de patiënt op.

Bij toenemende complexiteit wordt de specialist ouderengeneeskunde betrokken als consulent of als medebehandelaar. Bij hoge complexiteit treedt de specialist ouderengeneeskunde (al dan niet tijdelijk) op als regiebehandelaar, waarbij de huisarts als medebehandelaar blijft voor de basis huisartsgeneeskundige zorg.

Binnen de gehandicaptenzorg is gedurende de levensloop de huisarts vaak regiebehandelaar, met afwisselend betrokkenheid van de Arts VG.

Partijen streven binnen de MGZ naar wederkerigheid door effectieve samenwerking en organisatie, zodat elkaars expertise optimaal benut kan worden, zonder drukverzwaring voor de uitvoerende zorgprofessionals. Dit gebeurt binnen de regionale kaders van de levensloopbenadering, ongeacht verblijfplaats. Dit betekent dat, wanneer de organisatie van zorg (naar oordeel van huisarts en SO) voldoende ruimte biedt, een specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn naast de huisarts kan werken en de huisarts in een verpleeghuis kan werken naast een specialist ouderengeneeskunde.

In de regio Gooi en Omstreken achten de partijen van het addendum het van belang dat zij zich samen en individueel inzetten voor het effectief en efficiënt organiseren van zorg (zowel medische generalistische als specifiek geneeskundige zorg, als ook gedragskundige en paramedische zorg), middels taakherschikking, taakdifferentiatie en taakverdeling.

Het doel is dat de passende medische zorg op het juiste moment door de best geëquiperde professionals wordt geboden, waarbij zorgprofessionals complementair zijn aan elkaar en hun talenten maximaal benutten binnen hun bevoegd- en bekwaamheid. Dit betekent ook dat partijen werken aan een continu proces van samenwerking. De partners uit dit addendum verzorgen daar waar nodig opleiding en scholing om aan de gestelde randvoorwaarden te kunnen voldoen.

5. De doelgroep

In de huidige beschrijving van de doelgroepen die onder het regionaal addendum vallen, zijn de aspecten Wlz met en zonder behandeling en de verblijfplaats van belang voor het bepalen van de zorgverdeling binnen de MGZ. Het convenant bestrijkt de doelgroepen patiënten met een Wlz indicatie binnen de ouderenzorg (Verpleging en verzorging) en de gehandicaptenzorg.

De patiënten met een Wlz indicatie binnen de GGZ vallen dus niet binnen de primaire doelgroep van het landelijk convenant en dit regionaal addendum. In de praktijk zijn de indicaties niet altijd eenduidig en zal hier passend mee omgegaan worden met inachtneming van de kwaliteit van zorg.

Deze doelgroepen laten zich als volgt beschrijven:

- **Wlz thuis – ouderenzorg en gehandicaptenzorg:** Wlz zonder behandeling; patiënt staat ingeschreven bij de huisarts.
- **Wlz ouderenzorg en gehandicaptenzorg in een geclusterde woonvorm:** Wlz zonder behandeling; patiënt staat ingeschreven bij de huisarts.
- **Wlz ouderenzorg en gehandicaptenzorg in een instelling of op een instellingsterrein:** Wlz met behandeling; patiënt ingeschreven bij de Wlz-zorgaanbieder.
- **Wlz gehandicaptenzorg in een geclusterde woonvorm:** Wlz met behandeling in de wijk of thuis; patiënt ingeschreven bij de huisarts.

NB: Geclusterd wonen op basis van pgb is formeel gelijk aan Wlz thuis en qua organisatorische inrichting gelijk aan Wlz zonder behandeling; patiënten blijven dus ingeschreven bij de huisarts.

Vanuit de gewenste situatie gaat het over patiënten met een Wlz-indicatie in de ouderen- of gehandicaptenzorg, ongeacht verblijfplaats.

Deze patiënten kennen (medisch of anderszins) complexe problematiek en hebben doorgaans 24 uur per dag zorg en ondersteuning in de nabijheid nodig. Het geven van antwoorden op de vragen welke zorg nodig en passend is en welke behandeling hierbij aansluit, is complex, verschilt per patiënt en kan in de tijd wisselen. Door beperkingen van de klachtenpresentatie of juist het geven van een andere klachtenpresentatie, is passende expertise en samenwerking wenselijk.

Wlz-patiënten hebben naast MGZ ook altijd andere zorgvragen en behoeften naast het medisch domein. Het organiseren van de zorg is complex, omdat naast de medische aspecten ook rekening moet worden gehouden met de omgeving/naasten van de patiënt (het patiëntstelsel). Patiënten zijn niet, of sterk verminderd, zelf in staat om regie te voeren op de coördinatie van deze zorg. Goede onderlinge afstemming en samenwerking, gericht op zowel de patiënt als het patiëntstelsel, is essentieel om de juiste passende zorg en ondersteuning te organiseren.

6. Afspraken en randvoorwaarden

6.1 Afspraken die voor elke Wlz-patiënt gelden

Rondom elke Wlz-patiënt is geregeld dat:

1. Voor de Wlz-patiënt een zorgprofessional, zoals verpleegkundige/coördinator/eerst verantwoordelijke/ casemanager/persoonlijk begeleider, beschikbaar is die regie houdt en coördinatie voert over de niet-medische zorg en welzijn,(eventueel in combinatie met de inzet van informele zorg):
 - a. Bij patiënten in de ouderenzorg met een MPT⁶ of PGB⁷ die zelfstandig thuis wonen wordt in overleg afgesproken wie deze coördinatie op zich neemt, bijvoorbeeld de budgethouder, wijkverpleegkundige, het sociaal domein of de casemanager dementie. Zo mogelijk wordt dit op instellingsniveau en eventueel op wijkniveau afgestemd. Binnen de ouderenzorg die in MPT-vorm geleverd wordt, wordt de zorgaanbieder die het grootste deel van de zorg levert, automatisch coördinator zorg thuis.

Binnen de Gehandicaptenzorg is het binnen de regio gebruikelijk dat dit via het zorgkantoor aan één van de betrokken zorgaanbieders wordt toegewezen. Dit is dan de coördinator zorg thuis. Soms is dit ook een functie die apart is ondergebracht. Bij patiënten met een PGB die zelfstandig thuis wonen is dit de budgethouder of een onafhankelijke clientondersteuner PGB van het zorgkantoor.

- b. Bij patiënten die wonen of verblijven bij een zorgaanbieder of VPT⁸ ontvangen, is het aan de zorgaanbieder om deze coördinatie te regelen.
2. De Wlz-patiënt kan voor een artsenbezoek, indien nodig, een beroep doen op een naaste of begeleider die (de situatie van) de patiënt goed kent. Deze begeleiding wordt georganiseerd door de zorgaanbieder waar de patiënt woont of verblijft of die aan de zelfstandig wonende patiënt in de wijk VPT biedt.

In overige situaties worden individuele afspraken gemaakt met patiënt dan wel diens wettelijk vertegenwoordiger hoe deze begeleiding vorm krijgt.

6 Modulair Pakket thuis (MPT): één van de leveringsvormen voor Wlz-zorg thuis, zie Wlz-zorgkompas

7 Persoonsgebonden budget (PGB): één van de leveringsvormen voor Wlz-zorg thuis, zie Wlz-zorgkompas

8 Volledig Pakket thuis (VPT): één van de leveringsvormen voor Wlz-zorg thuis, zie Wlz-zorgkompas

6.2 Regionale randvoorwaarden voor borging van MGZ

Binnen de regio het Gooi en Omstreken zien we dat er verschillende onderwerpen randvoorwaardelijk zijn om passende MGZ zorg te bieden. De randvoorwaarden die een bepaalde mate van regionale organisatie vragen om ze (efficiënt) te bieden staan hier beschreven.

De zorgaanbieder (of budgethouder) is zelf verantwoordelijk om te voldoen aan de beschreven randvoorwaarden. Wel is de intentie om in de regio aan de slag te gaan met nadere verdieping op deze punten om te onderzoeken waar en hoe men met elkaar (regionaal) invulling kan geven aan de randvoorwaarden. Hierbij is wederom wederkerigheid van belang; immers om te voldoen aan onderstaande randvoorwaarden is personele inzet nodig. Schaarste in de praktijk kan ervoor zorgen dat de gewenste oplossingen in de praktijk minder haalbaar zijn. Dit vraagt nu en in de toekomst om een continue dialoog tussen betrokken partijen, waarbij er in een veranderende context gewerkt wordt aan de best mogelijke en meest efficiënte oplossingen.

6.2.1 Het starten van een nieuwe geclusterde woonzorg voorziening

Addendum voorwaarde: Het is noodzakelijk om bij het opzetten van een nieuwe locatie eerst MGZ te regelen en te organiseren voordat de locatie opengaat. Als dit in lokaal of regionaal overleg niet haalbaar blijkt dan zal dit geëscaleerd worden bij het zorgkantoor en/of de zorgverzekeraar die dan de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid heeft passende maatregelen te nemen.

Toelichting: Vaak openen GWZ zonder aan de randvoorwaarden te voldoen. Er is hierin geen samenwerking van partijen met de gemeente op moment van de vergunningsaanvraag.

Intentie: Iedere nieuwe GWZ voldoet aan de randvoorwaarden van dit addendum vóórdat deze wordt geopend. Samenwerking met de gemeenten rondom het starten van woonzorglocaties wordt ontwikkeld.

Via de inkoopvoorwaarden van het zorgkantoor en vergunningsaanvraag via de gemeente worden kwaliteitseisen gesteld aan (geclusterde) woonzorgvoorzieningen. Hiermee worden genoeg aanknopingspunten geboden zodat MGZ geborgd is. Mocht dit niet het geval zijn, dan kan de eerder beschreven escalatie route worden gevolgd.

6.2.2 Dialoogsessies

Addendum voorwaarde: Het faciliteren van dialogen binnen de relevante samenwerkingsverbanden is een voorwaarde om te komen tot de benodigde ontwikkeling van MGZ.

Toelichting: Er is inmiddels positieve ervaring opgedaan binnen het Ontwikkefunctie MGZ (voorheen Integrale Medische Ouderenzorg) traject op onder andere verschillende geclusterde woonzorgvoorzieningen (GWZ) waarbij samen met alle betrokken zorgprofessionals en managers op de locatie werd gesproken over de samenwerking met als doel deze te verbeteren.

Intentie: Regionale beschikbaarheid van capaciteit om dialoogsessies te organiseren en te begeleiden, voor wijken, GWZ of andere MGZ-samenwerkingsverbanden.

6.2.3 Verpleegkundige triage/voorwacht

Addendum voorwaarde: Voor elke patiënt met een Wlz-indicatie kan triage plaatsvinden door een BIG-geregistreeerde verpleegkundige, zodat kan worden getrieerd of/en zo ja welke arts (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts VG) of andere zorgverlener geraadpleegd wordt.

Toelichting: Triage van de zorgvraag is cruciaal voor een juiste en effectieve invulling van de zorgvraag door een specialist ouderengeneeskunde, huisarts, arts VG of andere zorgverlener. Dit geldt zowel overdag als in ANW-uren, ongeacht verblijfplaats. Het is daarom wenselijk om in de regio 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid van verpleegkundigen te realiseren voor triage en voorwacht. Indien mogelijk wordt dit gecombineerd met verpleegtechnische handelingen. Bij de verdere uitwerking kan aansluiting worden gezocht bij bestaande structuren, zoals het technisch thuiszorgteam (TTV-team) en de ambulante nachtzorg. Ook zijn er mogelijkheden voor het inzetten van de functie 'brede triage' binnen de te ontwikkelen regionale zorgcoördinatie.

Intentie: Een regionale 24-uurs dekking van verpleegkundige triage voor elke patiënt met een Wlz-indicatie, waarbij er een mogelijkheid is om dit op regionaal niveau te organiseren.

6.2.4 Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde en de arts VG

Addendum voorwaarde: Voor elke patiënt met een Wlz-indicatie, ongeacht verblijfplaats, is gedurende het etmaal een specialist ouderengeneeskunde/een arts VG op indicatie bereikbaar. In het geval van regiebehandelaarschap dient voor problemen die niet onder de huisarts maar onder de specialist ouderengeneeskunde vallen, ook in de ANW- uren een specialist ouderengeneeskunde bereikbaar en beschikbaar te zijn.

Toelichting: Voor MGZ, zowel in de wijk als in geclusterde woonzorgvormen, is bereikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde en arts VG cruciaal. In de huidige situatie is de bereikbaarheid en beschikbaarheid van artsen als volgt georganiseerd: huisartsen zijn tijdens de ANW-uren bereikbaar en beschikbaar voor patiënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen of verblijven in geclusterde woonvormen, via de Huisartsen Spoedpost (HAP). Specialist ouderengeneeskunde zijn 24/7 bereikbaar en beschikbaar voor patiënten met een Wlz-indicatie in verpleeghuizen, via de dienstenpools Gooi Noord en Gooi Zuid. Daarnaast zijn zowel de specialist ouderengeneeskunde als arts VG tijdens kantoortijden en ANW-uren bereikbaar voor de huisarts voor triage en advies.

Intentie: In lijn met het landelijke convenant MGZ is de intentie dat:

1. Overdag de beschikbaarheid en bereikbaarheid van een huisarts, arts VG en specialist ouderengeneeskunde voor consultatie, medebehandeling of overdracht van regiebehandelaarschap MGZ is geregeld;
 - a. Voor de (geclusterde) woonzorginstellingen geldt dat er – in lijn met de regionale afspraken – per instelling afspraken zijn gemaakt voor de beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde voor consultatie, medebehandeling en/of regiebehandeling.
2. Tijdens ANW-uren (spoedzorg) beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts zijn geregeld, als ook:
 - a. M.b.t. ouderenzorg: de bereikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde (en in geval van regiebehandelaarschap ook: beschikbaarheid);
 - b. M.b.t. gehandicaptenzorg: de telefonische bereikbaarheid van de arts VG.
3. Tijdens de ANW-uren op alle betrokken plaatsen (zoals beschreven in artikel 6.2.3) voldoende deskundigheid is voor adequate triage.

6.2.5 Bereikbaarheid van de gedragskundige

Addendum voorwaarde: Voor elke patiënt met een Wlz-indicatie is na triage een gedragskundige bereikbaar.

Toelichting:

Huidige situatie gehandicaptenzorg: Binnen de GZ zijn bij de meeste instellingen tijdens kantoortijden gedragskundigen beschikbaar. Binnen de GZ is er ook in de ANW-uren een gedragskundige bereikbaar voor telefonisch overleg voor de grotere instellingen. Voor cliënten thuis wordt geen dienst gedaan, er is dan geen dossierinformatie beschikbaar. Consultatie is mogelijk via de arts VG.

Huidige situatie ouderenzorg: Overdag geldt voor (geclusterde) woonzorginstellingen dat er afspraken zijn gemaakt voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de gedragskundige. In de ANW-uren is deze mogelijkheid er niet. Consultatie van de specialist ouderengeneeskunde, ook voor advies bij gedragsproblemen is in ANW wel mogelijk.

Intentie: Regionale bereikbaarheid/beschikbaarheid van gedragskundige, ongeacht verblijfplaats. Onderzocht wordt of dit voor VG ouderen gelijk is of, zoals het er nu naar uitziet, verschillende manieren van organisatie vraagt.

6.2.6 Wzd-functionaris

Addendum voorwaarde: Voor elke patiënt met een Wlz-indicatie, die valt onder de Wzd, is er een Wet Zorg en Dwang (Wzd) functionaris te raadplegen voor advies over en toetsing van onvrijwillige zorg ongeacht verblijfplaats.

Toelichting: In elke woonsituatie kan zich een situatie voordoen waarbij onvrijwillige zorg ingezet wordt. Niet alleen in zorginstellingen die staan ingeschreven in het locatieregister waar gedwongen zorg onder de Wzd (of Wvggz) wordt verleend, maar ook locaties zonder inschrijving in het register of in de thuishouding. Bij de inzet van gedwongen zorg, geldt het stappenplan Wzd voor GZ en V&V waarbij er toetsing plaatsvindt op de besluitvorming door een Wzd-functionaris. In de regio is dekking nodig in de bereikbaarheid en beschikbaarheid van een Wzd-functionaris voor alle patiënten met een Wlz-indicatie ongeacht verblijfplaats. Hier hoort ook bij dat alle professionals die betrokken zijn bij deze zorgverlening in de eerste lijn ook geschoold worden in de Wzd.

Intentie: Een regionale dekking aan Wzd-functionarissen, waarbij het een mogelijkheid is om dit op regionaal niveau te organiseren.

6.2.7 Farmaceutische zorg

Addendum voorwaarde: Er is een lokale apotheek en apotheker beschikbaar voor de levering van medicatie en farmaceutische zorg voor elke patiënt met een Wlz-indicatie.

Toelichting: Voor Wlz locaties (met patiënten met een Wlz-indicatie met behandeling) wordt de keus voor een leverancier van medicatie vaak aanbesteed. Het is de wens van de SAGO om de levering van medicatie aan Wlz-locaties zoveel mogelijk vanuit lokale apotheken te laten plaats vinden.

Voor geclusterde woonvormen in de wijk blijft de patiënt (met een Wlz-indicatie zonder behandeling) vaak bij de “oude” apotheek. Dit zorgt ervoor dat professionals in de woonvorm met verschillende apotheken en apothekers moeten schakelen. Wenselijk is dat de patiënten in een geclusterde woonvorm zijn ingeschreven bij één (dichtstbijzijnde) lokale apotheek.

Intentie: In de wijken wordt bekeken wat de dichtstbijzijnde of meest voor de hand liggende apotheek voor een woonvorm is. Patiënten in een geclusterde woonvorm wordt gevraagd over te stappen naar de betreffende apotheek voor de woonvorm. Vanwege de keuzevrijheid van de patiënt kan het niet verplicht worden. De woonvorm betreft de lokale apotheker bij de reguliere medicatiebeoordelingen voor de patiënten.

Bij aanbestedingen bekijken de VVT-instellingen in overleg met de SAGO hoe lokale apotheken kunnen worden ingeschakeld voor de levering van Wlz-locaties.

6.2.8 Zorgcoördinatie: Regionaal Transferpunt

Addendum voorwaarde: Er is een werkend regionaal zorgcoördinatiepunt m.b.t. ouderenzorg. Dit betekent dat verwijzers via één regionaal transferpunt (RTP) terecht kunnen voor overleg en plaatsingen binnen wijkzorg, eerstelijns verblijf (ELV hoog/ laag), geriatrische revalidatiezorg (GRZ), Wlz crisis en palliatieve zorg. Er is een zorgcoördinator beschikbaar binnen en buiten kantooruren in het RTP om de (acute) zorgketen bij te staan in coördinatievervolgzaam (Bron: transformatieplan zorgcoördinatievoorziening Flevoland & Gooi en Omstreken).

Toelichting: In de regio is al een functionerend RTP om te ondersteunen bij een patiënt in een acute situatie bij het vinden van een bed (beperkt tot de Geriatrische Revalidatie, Eerstelijns verblijf of crisis Wlz) en nog niet 24h/7 bereikbaar is. In het IZA transformatieplan Zorgcoördinatie wordt het RTP binnen de zorgcoördinatie functie doorontwikkeld. Binnen de VG is vaak sprake van levenslange/levensbrede problematiek. Minder dan in de ouderenzorg is er sprake van een acuut moment waarop de zorg ineens veranderd. Bij acute situaties wordt geschakeld met de crisisregisseur van het zorgkantoor.

Intentie: Het RTP verzorgt alle regionale zorgcoördinatie en fungeert als spil in de acute zorgketen, waar huisartsen en andere zorgverleners terecht kunnen om zorg te regelen voor patiënten die extra ondersteuning nodig hebben. Bij plotselinge veranderingen in de gezondheidssituatie van een patiënt, kan het RTP helpen bij het vinden van de juiste zorgplek, bijvoorbeeld in een verpleeghuis of middels thuiszorg. Het RTP is 24/7 bereikbaar voor huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde.

6.2.9 Regionale digitale infrastructuur

Addendum voorwaarde: Er zijn regionale afspraken over de digitale communicatie (Landelijk Schakelpunt (LSP), Netwerk Informaties Systeem (NIS) en Elektronische medicatie toedieningsregistratie) in de zorg tussen ketenpartners.

Toelichting: In de huidige situatie is VIP live beschikbaar voor de huisarts als NIS in onze regio. Hierop volgt nog nader onderzoek en mogelijke ontwikkeling. Ook zijn er met betrokken partijen in de regio afspraken gemaakt over een eenduidige medicatie toedieningsregistratie.

Intentie: Effectieve communicatie en gegevensoverdracht tussen behandelaren in de eerste lijn en tweede lijn, regionaal afgestemd door coalitie digitalisering van Gezond Gooi. Het LSP (of MITZ = opvolger LSP) van alle patiënten staat open en Proactieve Zorgplanning (PZP) gesprekken zijn gevoerd. De behandelwensen zijn inzichtelijk voor de Huisartsen Spoedpost (HAP), de Wlz-locaties, het ziekenhuis en de ambulancedienst. Digitale gegevensuitwisseling en inzage vinden uitsluitend plaats conform de geldende wet- en regelgeving, waaronder de AVG en de Wgbo, en voor zover de patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft verleend dan wel er een andere rechtmatige grondslag aanwezig is. Het addendum schept geen zelfstandige grondslag voor gegevensverwerking of -uitwisseling.

6.2.10 Crisisinterventie

Addendum voorwaarde: Binnen het kader Wzd en WvGgz dienen regionaal afspraken te zijn gemaakt hoe om te gaan met crisissituaties.

Toelichting: In de huidige situatie zijn tijdens kantoortijden specialisten ouderengeneeskunde en psychiaters bereikbaar en beschikbaar voor (triage van) crisissituaties en IBS-beoordelingen, respectievelijk binnen de Wzd en WvGgz. In de gehandicaptenzorg is tijdens kantooruren voor locaties waar verblijf inclusief behandeling geboden wordt, de arts VG van de organisatie bereikbaar en beschikbaar. IBS en crisisbeoordelingen worden gedaan door de crisisdienst van de GGZ (gehandicaptenzorg).

Buiten kantoortijden zijn de specialisten ouderengeneeskunde wel voor triage en advies, maar niet voor IBS-beoordelingen bereikbaar. De crisisdienst van de GGZ is hiervoor in ANW-uren bereikbaar en beschikbaar.

Intentie: Zowel overdag als in ANW-uren is voor zorgverleners binnen MGZ duidelijk wie aanspreekpunt is voor crisissituaties en wie deze kan beoordelen en op welk telefoonnummer deze te bereiken is. Hier zijn regionale afspraken over gemaakt, ook met de partijen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Daarnaast bestaat er in het Gooi en Omstreken een werkwijze rondom crisisbedden (PG/ somatiek/palliatief/psychiatrie/VG).

6.3 Lokale randvoorwaarden voor Wlz-patiënten

De uitvoering van dit artikel vindt plaats in samenhang met de overige bepalingen van dit addendum en dient te worden gelezen in het licht van het commitment zoals bedoeld in artikel 1 Commitment. De bereikbaarheid en de beschikbaarheid in de wijk en in GWZ van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, triageverpleegkundigen, gedragskundigen, apothekers en Wzd-functionarissen zijn in de regio wisselend ingevuld. Dit wordt op regio-, wijk- en locatieniveau verder uitgewerkt. De afspraken zijn niet vrijblijvend. Er zijn randvoorwaarden voor veilige en duurzame zorg. Het is essentieel dat er door alle betrokken partijen gedeelde verantwoordelijkheid en commitment is om samen goede behandeling te bieden en hierop te sturen. Deze samenwerking zal naast MGZ-niveau, ook via de hechte wijkverbanden en het Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV)⁹ verder concreet vorm krijgen. Ervaringen uit bestaande initiatieven en samenwerkingen die passen binnen de visie van het MGZ-convenant worden in de regio actief gedeeld.

Mede uit de ervaringen van de genoemde dialooggesprekken kunnen - naast de regionale randvoorwaarden- lokale randvoorwaarden worden gedefinieerd. In onze regio wordt onderzocht hoe de wederkerigheid tussen specialisten ouderengeneeskunde, artsen VG en huisartsen ook in instellingen die Wlz-zorg bieden, zoals verpleeghuizen, vormgegeven gaat worden.

Algemeen: De huisarts (HA) en specialist ouderengeneeskunde (SO) werken structureel met elkaar samen. Zij betrekken elkaar op indicatie in het lokale zorgnetwerk. De arts VG is, waar nodig, via de huisarts verbonden met het lokale zorgnetwerk (zie randvoorwaarde 4 Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde en arts VG).

6.3.1 Randvoorwaarden in de wijk

- De wijkindeling vanuit RHOGO/hechte wijkverbanden wordt aangehouden;
- De wijkmanager van het hechte wijkverband is actief, zichtbaar en faciliteert samenwerking in de wijk;
- Het zorgnetwerk in de wijk is actief en communiceert via NIS (bv: VIP live), daarnaast staat LSP aan (indien patiënt toestemming heeft gegeven);
- Minimaal de regiebehandelaar moet altijd toegang hebben tot het volledige medisch dossier (EPD). VIP live is onvoldoende. We streven naar zo min mogelijk inlogcodes;
- Huisartsen nemen verantwoordelijkheid in het delen van de Wlz-zorg in de wijk en stemmen dit waar nodig onderling af;
- Per wijk werken één of meerdere SO's structureel samen met het lokale zorgnetwerk;
- De VVT's van RegioKompas en de aanbieders binnen de gehandicaptenzorg streven naar voldoende beschikbaarheid en evenredige verdeling van specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG in de wijk;
- De casemanager dementie is onderdeel van het zorgnetwerk in de wijk. Randvoorwaarde is dat de financiering voor het overleg tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en casemanager dementie geregeld is en dat de casemanager is onderdeel van het digitale netwerk;
- De functie arts VG is, waar nodig, via de huisarts onderdeel van het zorgnetwerk in de wijk.

6.3.2 Randvoorwaarden Geclusterde Woonzorgvoorziening (GWZ)

Rol en verantwoordelijkheden GWZ:

- GWZ zorgt, naar oordeel van de betrokken disciplines, voor voldoende beschikbaarheid en bereikbaarheid van de SO voor consultatie, medebehandeling, of als (tijdelijke) regiebehandelaar. Voor de VG zorgt de GWZ voor mogelijkheid tot consultatie en medebehandeling van een arts VG;
- GWZ zorgt, naar oordeel van de betrokken disciplines, voor voldoende competent (bevoegd en bekwaam) verzorgend en verplegend personeel, ook tijdens de avond, nacht en weekend-uren (ANW), zover financiering, personele capaciteit en wet- en regelgeving dit toelaten;
- GWZ zorgt voor 24/7 triage van de zorgvraag. Gedurende het etmaal heeft de GWZ zo nodig een BIG-verpleegkundige voorwacht (24/7) binnen 30 minuten ter plaatse, met expertise voor de doelgroep en voldoende kennis en vaardigheden voor het doen van triage van zorgvragen;

- GWZ is verantwoordelijk voor het protocollair en op verantwoorde wijze uitvoeren van voorbehouden handelingen door (bevoegd en bekwaam) personeel;
- GWZ zorgt voor beschikbaarheid en bereikbaarheid van de Wzd-functionaris;
- De eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en de daarmee samenhangende juridische aansprakelijkheid berust op basis van wet- en regelgeving bij GWZ. Dit laat de eigen professionele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de overige betrokken zorgprofessionals onverlet;
- GWZ heeft een contract met SO/VVT/Arts VG die de MGZ op de locatie levert;
- Vóór start nieuwe GWZ zijn de randvoorwaarden geregeld. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de bestuurder van de GWZ. Hierop wordt regionale regie gevoerd (zie boven);
- GWZ heeft de verantwoordelijkheid om voorafgaand aan de beoogde opname van een nieuwe bewoner, ter beoordeling, ter voorbereiding en ter planning, af te stemmen met minimaal regiebehandelend huisarts, SO en zorgteam van de locatie, eventueel uit te breiden met gedragskundige, ergotherapeut en/of fysiotherapeut.

Rol en verantwoordelijkheden van de huisarts:

- De toelating tot de huisartsenpraktijk wordt bepaald door de huisarts, eventueel in overleg met SO/arts VG. De huisarts levert alleen huisartsenzorg en kan op basis van zijn professionele verantwoordelijkheid besluiten een bewoner niet in te schrijven, bijvoorbeeld indien naar zijn oordeel niet is voldaan aan de randvoorwaarden zoals genoemd in dit document;
- Huisartsen stemmen, binnen het kader van MGZ, onderling af over de verdeling van Wlz-zorg in de wijk of binnen een GWZ. Gestreefd wordt naar samenwerking met een beperkt aantal vaste huisartsen per GWZ. Huisarts is, naar oordeel van de betrokken disciplines, voldoende bereikbaar en beschikbaar voor het leveren van huisartsenzorg;
- De huisarts is tijdens kantoortijden bereikbaar via de huisartsenpraktijk, en tijdens ANW-uren aangesloten bij huisartsen Spoedpost (HAP);
- De huisarts zorgt voor adequate overdracht en vervanging tijdens afwezigheid.

Farmaceutische zorg

- Apothekers stemmen in de wijk een efficiënte levering van farmaceutische zorg af. Voorkeur is één vaste apotheek per GWZ;
- GWZ vraagt bewoner (na inclusie) om over te gaan naar diens 'vaste huisarts' en 'vaste apotheek' (kan niet verplicht worden).

Samenwerkingsovereenkomst

- Tussen GWZ en huisarts (met kopie naar HAP) wordt een samenwerkingsovereenkomst gesloten (De LHV, Actiz, VGN samenwerkingsovereenkomst MGZ, met verwijzing naar dit addendum). De samenwerking wordt ten minste eenmaal per jaar geëvalueerd.

6.3.3 Thema's werkafspraken in de wijk en binnen de GWZ

- Partijen dragen er zorg voor dat sprake is van laagdrempelige bereikbaarheid en korte communicatielijnen tussen de betrokken zorgprofessionals binnen de wijk en de GWZ, zodat tijdig kan worden afgestemd over zorginhoudelijke en organisatorische vragen;

Praktische samenwerking wijk/GWZ

- Partijen maken afspraken over structureel overleg tussen betrokken disciplines (zoals huisarts, SO, arts VG, GWZ-zorgteam en apotheker), met een passende frequentie (bijvoorbeeld wekelijks of maandelijks), afgestemd op de zorgzwaarte en samenstelling van de bewoners;
- Multidisciplinair overleg (MDO) wordt georganiseerd indien dit zorginhoudelijk geïndiceerd is;
- Polyfarmaciebeoordelingen vinden plaats conform geldende richtlijnen en in samenwerking tussen huisarts, SO/arts VG en apotheker;
- De medicatielijst in het huisartsinformatiesysteem (HIS) wordt zo actueel mogelijk gehouden. Afspraken worden gemaakt over het voorschrijven van medicatie (door huisarts, SO en/of arts VG), de rol van de apotheek en de betrokkenheid van de apotheker bij medicatiebeoordelingen. De apotheker ondersteunt waar nodig bij medicatiebewaking, toedieningsvormen en afstemming tussen voorschrijvers;
- Minimaal jaarlijks evaluatie samenwerking en verleende zorg;
- Bij problemen dialoog- en escalatie route bespreken (zie boven).

Inclusie en exclusie GWZ onderwerpen

- Betrokkenheid/rol van HA, arts VG en SO bij inclusie/exclusie;
- Het (beoogde) regiebehandelaarschap;
- Zorgzwaarte en complexiteit van de zorgvraag;
- Aanwezigheid van ernstige gedragsproblemen zoals agressie dwalen;
- Locatiespecifieke factoren die van invloed kunnen zijn op de veiligheid en haalbaarheid van zorg zoals liftangst, open trappen of bouwkundige beperkingen;

Inhuizing GWZ

- Hoe wordt patiënt aangemeld bij HA na inclusie;
- Hoeveel tijd zit er tussen inclusie en inhuizing;
- Op welke dagen vindt inhuizing plaats (bv: niet op vrijdag/weekend);
- Recepten/medicatie (bv: aanwezig voordat inhuizing plaatsvindt, baxter, vit D, paracetamol zo nodig);
- LSP (LSP staat open, tenzij patiënt bezwaar heeft);
- PZP (bv: binnen 6 weken indien nog niet aanwezig, minimaal bestaand uit besluit over: reanimeren, beademen, IC, ziekenhuisopname).

Digitale communicatie wijk/GWZ

- Samenwerking HA-SO-arts VG (bv: bij elke nieuwe patiënt verwijzing SO en op indicatie verwijzing arts VG door HA);
- LSP (LSP staat open, tenzij patiënt bezwaar heeft);
- Vastleggen afspraken rondom patiënt na overleg/consult/visite (bv: VIP-live account HA, SO, arts VG, GWZ en wijk);
- Medicatie: afstemming GWZ-APO-HA-SO-arts VG (inclusief aftekenlijsten).

Namens de partijen:



Wiko Vlasblom
Raad van Bestuur Vivium Zorggroep



Jacqueline van der Loo
Raad van Bestuur Amaris Zorggroep



Rachel Leijdekkers-Verbrugge
Raad van Bestuur HilverZorg



Judith Flens
Raad van Bestuur Inovum



Mark Dessing, Senior Manager Zorginkoop
Tiemen Meijer, Manager Inkoop Ouderenzorg



Albert van Esterik en Gerlinde Paas
Raad van Bestuur Eemhart



Robert Boersma
Voorzitter Coöperatief Samenwerkende
Apothekers Gooi en Omstreken



René Batenburg
Medisch Directeur Regionale
Huisartsenorganisatie Gooi en Omstreken

Bijlage 1 Indicaties voor betrekken zorgprofessionals

De indicaties zijn niet beperkt tot onderstaande lijst, deze biedt een richtlijn. Hiernaast dient per casus bekeken te worden wat de best passende behandelaar is (dit kan bijvoorbeeld ook een geriater of psychiater zijn).

Specialist Ouderengeneeskunde (SO):

Algemeen: De SO is specialist op het gebied van kwetsbaarheid, complexiteit, multimorbiditeit, (functionele) beperkingen, chronische, progressieve, (neuro)degeneratieve aandoeningen, ouderdomsziekten engeriatric giants. Vaak betreft dit het ziektebeeld waaruit de Wlz-indicatie voortvloeit.

- Regie over multidisciplinaire behandeldoelen. Geriatrisch assesment bij complexe multimorbiditeit, integrale probleemanalyse; analyse van lichamelijke, functionele, cognitieve, psychische en sociale factoren;
- Functionele achteruitgang en/of frailty-problematiek waarbij meerdere domeinen zijn betrokken;
- Onderzoek naar en behandeling van (vermoeden op) neurocognitieve stoornis of stemmingsstoornis. Onderzoek naar en behandeling van neurodegeneratieve aandoeningen (Parkinson, Huntington, Korsakov, NAH/late gevolgen van CVA en andere chronische aandoeningen);
- Complexe zorgsituaties die de mogelijkheden van de huisartspraktijk overstijgen en/of waarbij meerdere disciplines betrokken zijn en coördinatie nodig is. Ambulante geriatrische revalidatie;
- Valanalyse en advies. Polyfarmacie: medicatiebeoordeling en advies;
- Onderzoek, advies en behandeling van probleemgedrag bij dementie (of gelijkgestelde aandoeningen), zoals psycho-educatie van naasten en zorgprofessionals, inzet niet medicamenteuze interventies en eventueel psychofarmaca. Onvrijwillige zorg en onvrijwillig verblijf binnen de Wzd;
- Wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging;
- Pro-actieve zorgplanning;
- Complexe palliatieve zorg;
- Second opinion bij complexe casuïstiek (bijvoorbeeld bij bewust stoppen met eten en drinken of een euthanasieverzoek bij neurocognitieve stoornissen).

Arts Verstandelijk Gehandicapten (Arts VG):

Algemeen: De arts VG is specialist op het gebied van handicapgebonden problematiek bij mensen met een verstandelijke beperking. De arts VG werkt altijd samen in consultatie of medebehandeling naast de huisarts. De arts VG adviseert bij patiënten met een verstandelijke beperking en een zorgvraag (multiproblematiek) op het gebied van:

- Een syndroom, voor periodieke controles (health watch);
- Gedragsproblematiek, bijkomende psychiatrische symptomen, psychofarmaca;
- Voedingsproblemen, besluitvorming rondom PEG-sonde, over- en ondergewicht;
- Epilepsie;
- Spasticiteit of problemen met het bewegingsapparaat;
- Slikstoornissen en terugkerende luchtweginfecties, refluxklachten, ernstige obstipatie;
- Zintuigstoornissen;
- Slaapstoornissen;
- Als er vragen zijn over de oorzaak van de verstandelijke beperking;
- Seksualiteit, anticonceptie, kinderwens;
- Levensfaseproblematiek en levenseindeproblematiek;
- Wilsbekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiging.

Gedragskundige:

Algemeen: Een gedragskundige is een WO-opgeleide zorgprofessional met bijvoorbeeld een achtergrond in de psychologie of de orthopedagogiek. Sommige taken kunnen gedelegeerd zijn naar een hbo-opgeleide zorgprofessional zoals bijvoorbeeld een sociaal agoog.

- Is het eerste aanspreekpunt bij probleemgedrag;
- Doet onderzoek naar stemming, cognitie (in samenwerking met de SO), persoonlijkheid;
- Stelt op indicatie een benaderingsadvies op;
- Geeft psycho-educatie aan cliënt, naasten, zorg en behandelaren;
- Zorg voor advisering in orthopedagogisch leefklimaat.

Bijlage 2 Landelijk Convenant Samenwerking Medisch Generalistische Zorg

Branche- en beroepsverenigingen ActiZ, InEen, LHV, NVAVG, Verenso, VGN en ZN slaan de handen ineen om medisch-generalistische zorg (MGZ) beschikbaar en toegankelijk te houden voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg (Wlz). Op 2 september 2024 ondertekenden de partijen hiervoor het Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ). (Bron: zorgakkoorden.nl).

