



Handelingsperspectief geclusterde woonvoorzieningen

Herziene versie, mei 2026

Waarom een handelingsperspectief?

Steeds meer ouderen met een Wlz-indicatie wonen in geclusterde of kleinschalige woonvormen¹. De zorgbehoefte en zorgzwaarte van deze patiëntengroep stelt aanvullende eisen aan de expertise en kennis van huisartsen. Om helderheid te geven over de medisch generalistische zorg die je kunt bieden aan deze patiëntengroep heeft de LHV in 2024 samen met andere partijen het Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ) opgesteld. Hierin is geformuleerd hoe betrokkene artsen invulling geven aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor patiënten met een Wlz-indicatie in de thuissituatie.

Om je te helpen de afspraken uit het convenant toe te passen en om je een leidraad te geven wat je kunt doen als de zaken in de praktijk niet lopen zoals vooraf is afgesproken, hebben we dit Handelingsperspectief opgesteld.

In het Handelingsperspectief vind je een aantal vragen/situaties die je in de praktijk kunt tegenkomen. Bij elke situatie hebben we aangegeven wat je zou kunnen doen in deze situatie. Op deze manier proberen we je meer inzicht te geven in de handelingsmogelijkheden die je hebt in je samenwerking met geclusterde woonvormen.

Leeswijzer

- We gebruiken in dit document de benamingen kleinschalige woonvorm/woonvoorziening en geclusterde woonvorm/woonzorgvoorziening door elkaar.
- De zorg in een geclusterde (kleinschalige) woonvorm kan geleverd worden door een aparte zorgorganisatie. Als dit het geval is, maak je daar de afspraken mee over de te leveren MGZ-zorg.

Convenant Medisch Generalistische Zorg

In september 2024 hebben o.a. LHV, ActiZ, Verenso en ZN het Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ) ondertekend. Hierin is geformuleerd hoe betrokkenen invulling geven aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor patiënten met een Wlz-indicatie in de thuissituatie. Uitgangspunt is dat MGZ zowel overdag als in ANW-uren toegankelijk is voor de patient, waarbij deze zorg wordt geleverd door de daarvoor best geëquipeerde arts, die daarin ondersteund wordt om zo effectief en efficiënt mogelijk te kunnen werken.

Meer informatie over het convenant en de bijbehorende leeswijzer vind je op www.lhv.nl/ouderenzorg.

¹ We richten ons in dit handelingsperspectief op ouderenzorg, deze is echter ook van toepassing op mensen met een verstandelijke beperking en de arts VG



Situatie 1: Welke voorwaarden kan je stellen?

Er opent een nieuwe geclusterde woonvorm in jouw verzorgingsgebied. Wat kan je eisen van de instelling? Is het handig om een overeenkomst te maken?

De medische zorg die nodig is voor Wlz-patiënten in geclusterde woonvormen valt niet onder het [basisaanbod huisartsenzorg](#). Je kan er voor kiezen om een deel van de zorg (de medisch generalistische zorg) te leveren, maar dan moet wel voldaan zijn aan een aantal randvoorwaarden. Het is raadzaam om afspraken te maken over randvoorwaarden met de zorgorganisatie die de Wlz-zorg in de woonvorm levert en deze vast te leggen in een overeenkomst.

Randvoorwaarden zijn o.a. beschikbaarheid specialist ouderengeneeskunde; organisatie (acute) medische zorg in de ANW-uren; voldoende competent verzorgend en verplegend personeel in de woonzorginstelling etc. (zie ook de bijlage bij dit document).

Het is daarbij van belang om na te gaan of de woonvorm een Wlz-toelating voor behandeling heeft. Is dit het geval, dan kun je patiënten niet inschrijven op naam en sluit je daarom altijd een contract af met de zorginstelling. Heeft de woonvorm geen Wlz-toelating voor behandeling, dan kan je de patiënten wel inschrijven in de praktijk, maar ook dan is het belangrijk om een overeenkomst te sluiten met de zorgorganisatie die de Wlz-zorg levert woonvorm. Hiermee maak je duidelijk dat jij niet eindverantwoordelijk bent als de rest van de zorg niet goed loopt.

Voor het vastleggen van de afspraken kan je gebruikmaken van de [gezamenlijke modelovereenkomsten](#) die zijn opgesteld door ActiZ, VGN en de LHV.

Convenant MGZ

Welke arts is waarvoor verantwoordelijk?

Als huisarts kun je alleen verantwoordelijk zijn voor huisartsenzorg. Denk aan beoordeling na een val, behandeling van diabetes of infecties. Volgens de afspraken in het convenant moet er 24/7 een specialist ouderengeneeskunde beschikbaar zijn voor overleg, consultatie en medebehandeling.

Specialisten ouderengeneeskunde zijn verantwoordelijk voor:

- Diagnostiek en behandeladvies (incl. medicatie) bij moeilijk gedrag of symptomen in het kader van het ziektebeeld waaruit de Wlz-indicatie voortvloeit, zoals dementie.
- Bejegeningsadvies aan bv verzorgend team bij moeilijk gedrag bij dementie.
- Alles rondom gedwongen zorg (Wet zorg en dwang).
- Infectiepreventieprotocollen die gelden voor alle bewoners.



Situatie 2: Wel of niet inschrijven nieuwe patiënten

Er opent een nieuwe geclusterde woonvorm in jouw wijk/dorp. De woonvorm trekt cliënten aan uit de hele regio. Ook mensen die nog geen patiënt zijn bij jouw praktijk. Mag je deze patiënten weigeren? En hoe zit het met de patiënten die al ingeschreven stonden in jouw praktijk?

Als huisarts kun je het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg bieden onder de volgende randvoorwaarden.

- De patiënt woont in het verzorgingsgebied van de huisarts.
- De huisarts heeft tijd/mogelijkheid om huisartsgeneeskundige zorg te leveren aan nieuwe patiënten (met een grote zorgzwaarte).
- De huisarts is bekwaam (en bevoegd) om de medische zorg te leveren die nodig is. Als huisarts kun je alleen verantwoordelijk zijn voor medische zorg die binnen je competentiegebied valt.

Dit betekent dat je nieuwe patiënten, woonachtig in een geclusterde woonzorgvoorziening, alleen mag weigeren als je praktijk vol is (onvoldoende capaciteit) of als je niet bekwaam bent om deze patiënten de zorg te bieden die zij nodig hebben (onvoldoende competentie). Als huisarts kun je alleen het basisaanbod huisartsenzorg bieden aan patiënten in kleinschalige woonvormen als er een specialist ouderengeneeskunde beschikbaar is, een goed lopend verpleegkundig/ verzorgend team en als er heldere afspraken zijn over wie wat doet. Is aan deze randvoorwaarden niet voldaan, dan zou je patiënten kunnen weigeren.

Met patiënten die al ingeschreven stonden in je praktijk ligt het anders. Deze patiënten staan al ingeschreven dus die kan je niet meer weigeren. Het is noodzakelijk om goede afspraken te maken met de woonvorm/zorgorganisatie die de Wlz-zorg levert, over de randvoorwaarden waaronder je algemene medische zorg levert. Voor het vastleggen van de afspraken kan je gebruikmaken van de gezamenlijke modelovereenkomsten.

Convenant MGZ

Omgaan met al ingeschreven patiënten

Als een al ingeschreven patient verhuist naar een geclusterde woonzorgvoorziening in hetzelfde postcodegebied blijf je als huisarts verantwoordelijk tot een andere huisartsenpraktijk de patiënt eventueel overneemt. Mocht er een andere huisarts zijn, die de 'vaste' huisarts is in deze woonzorgvoorziening, bespreek dan met de patiënt dat inschrijving bij deze huisarts de voorkeur heeft uit oogpunt van kwaliteit van zorg. Patiënten mogen echter niet gedwongen worden over te stappen.



Situatie 3: Randvoorwaarden geclusterde woonvorm veranderen

Je werkt samen met een geclusterde woonvorm voor dementerende ouderen in jouw verzorgingsgebied. In het begin was de medische zorg en behandeling goed geregeld. Er was een specialist ouderengeneeskunde (SO) waar je regelmatig mee overlegde. Deze SO is echter vertrokken en er is geen nieuwe aangesteld. Wel kan je incidenteel een beroep doen op een andere SO van de stichting. Deze werkt echter in een hele andere regio en kan alleen digitaal of telefonisch geconsulteerd worden. Kan je de samenwerking opzeggen?

Bij het niet nakomen van de verplichtingen kan de overeenkomst met de woonzorginstelling/organisatie die de zorg levert worden opgezegd. Echter, het is in de praktijk lastig om daarnaast ook de individuele behandelrelatie met de patiënt op te zeggen.

Er is dus in feite sprake van twee overeenkomsten

- Met de woonvorm/zorgorganisatie die de Wlz-zorg levert. Hierin staan de randvoorwaarden waaronder jij medische zorg kan bieden.
- Met de patiënt die op naam ingeschreven staat in jouw praktijk.

De eerste overeenkomst kan je opzeggen bij niet nakomen van de verplichtingen. De individuele behandelrelatie met de patiënt kan je echter niet zomaar opzeggen. In de [KNMG richtlijn niet-aangaan of beëindigen van de geneeskundige behandelovereenkomst](#) staat dat de arts bij beëindiging van de behandelrelatie ook in moet staan voor de continuïteit van de zorg. Je zal dus in moeten staan voor de noodzakelijke zorg tot er een opvolger is gevonden. Dit kan in de praktijk moeilijk zijn.

Convenant MGZ

Wat kan je doen als de (niet-huisartsgeneeskundige) zorg aan Wlz-patiënten structureel tekort schiet?

In het convenant is hiervoor de volgende escalatieroute afgesproken

- De huisarts doet een melding bij de zorgorganisatie die de Wlz-zorg levert en/of bij de directie van de woonzorgvoorziening zelf.
- Als dit niets oplevert, kan de huisarts contact opnemen met het zorgkantoor dat verantwoordelijk is voor de Wlz-zorg.
- We adviseren de problemen ook te melden bij de RHO. Die kan namens de aangesloten huisartsen het gesprek aangaan met de zorgorganisatie en/of zorgkantoor.
- Bij structurele problemen kan de regiotafel MGZ/Wlz bijeengeroepen worden. De RHO neemt hieraan deel namens de aangesloten huisartsen.



Situatie 4: Zorgvraag overstijgt huisartsgeneeskundige zorg

Je biedt huisartsgeneeskundige zorg aan een aantal patiënten in een geclusterde woonzorgvoorziening. Je merkt dat je steeds vaker vragen krijgt over zaken die niet tot de huisartsgeneeskundige zorg behoren, zoals bijvoorbeeld beoordelingen in het kader van de Wet zorg en dwang of ingewikkelde gedragsproblematiek bij dementie. Ook merk je dat er onvoldoende geschoold personeel werkzaam is in de woonvoorziening. Je gaat het gesprek aan, maar de situatie verbetert niet. Wat zijn je mogelijkheden?

De zorgorganisatie die de zorg levert waar de patiënt met Wlz-indicatie woont, is verplicht zich te houden aan het kwaliteitskader Verpleegzorg. Dit betekent dat er voldoende verplegend en verzorgend personeel aanwezig moet zijn om de benodigde zorg te bieden.

Dit geldt zeker voor patiënten die in de geclusterde woonvorm wonen met een Volledig Pakket Thuis (VPT) of een Modulair Pakket Thuis (MPT). Patiënten die hun zorg inkopen via een Persoonsgebonden budget (PGB), zijn in principe zelf verantwoordelijk dat de zorg voldoende is geregeld. Maar zij zullen in praktijk de huisarts aanspreken als de zorg niet goed loopt. Hier ligt dus voor de huisarts het grootste risico.

In een situatie waarbij de zorgverlening structureel tekort schiet, adviseren we je het volgende:

- Spreek de zorgorganisatie/directie van de woonvorm er op aan, leg dat schriftelijk vast, geef een termijn aan waarop het geregeld moet zijn en maak duidelijk dat je de zorg niet meer gaat leveren als de situatie niet verbetert. Beroep je hierbij op de grenzen aan je kennis en kunde. Je hoeft deze grenzen niet over te gaan omdat anderen niet leveren.
- Als de situatie niet verbetert, dan kun je de overeenkomst met de woonvorm/organisatie die de Wlz-zorg levert, in principe opzeggen. Er wordt dan immers niet voldaan aan de randvoorwaarden. Het kan echter moeilijk zijn om ook de behandelovereenkomst met individuele patiënten ingeschreven op naam op te zeggen omdat je de verplichting hebt hen zorg te bieden tot er een alternatief is.

Convenant MGZ

Wat mag je verwachten van de directie van een woonvorm/organisatie die de Wlz-zorg levert?

- Afspraken met alle noodzakelijke artsen/zorgverleners voordat de woonvorm opent.
- Naleving en periodieke evaluatie van afspraken met alle betrokken zorgverleners.
- Voldoen aan wet- en regelgeving, zoals voldoende gekwalificeerd personeel, maar ook de aanwezigheid van een infectiepreventieprotocol en een protocol Wet zorg en dwang.



- 24/7 beschikbaarheid van een verpleegkundige voorwacht die vragen van de verzorging filtert voordat deze bij de huisarts terecht komen.
- Contract met een specialist ouderengeneeskunde of een dienst die deze zorg levert, zowel overdag als tijdens de ANW.

Situatie 5: Patiënten in de woonvorm gaan achteruit in gezondheid

Je biedt zorg aan een aantal patiënten in een geclusterde woonvorm in de buurt van je praktijk. Je merkt dat een aantal van deze patiënten sterk achteruitgaat. Hierdoor is het bieden van huisartsenzorg en een consulterende specialist ouderengeneeskunde niet meer voldoende. Wat kan je doen?

Als huisarts kan je alleen verantwoordelijk zijn voor het bieden van het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg. Patiënten die met een Wlz-indicatie wonen in een kleinschalige geclusterde woonvorm krijgen vaak, naast huisartsenzorg, ook behoefte aan specialistische zorg, vergelijkbaar met (medische) zorg in een intramurale verpleeghuissetting.

Krijgt de patiënt een Wlz-indicatie met behandeling dan wordt de patiënt uitgeschreven uit de praktijk en wordt de Specialist Ouderengeneeskunde medisch eindverantwoordelijk.

Als patiënten achteruitgaan, is het dus noodzakelijk dat er voldoende mogelijkheid is tot het inschakelen van een specialist ouderengeneeskunde (niet alleen maar eenmalige consultatie bijvoorbeeld), en soms ook andere vormen van behandeling (bijvoorbeeld van een gedragskundige). Hiervoor is de woonvormdirectie (of de organisatie die de Wlz-zorg levert) verantwoordelijk.

- Maak over dit soort randvoorwaarden altijd afspraken met de woonvorm bij de start van de samenwerking en leg deze vast in een overeenkomst (zie situatie 1).
- Als je merkt dat er niet meer voldaan wordt aan de randvoorwaarden, ga dan in gesprek.
- Als het gesprek niets oplevert en de situatie niet verbetert, kun je in het uiterste geval de overeenkomst opzeggen, al zal het in de praktijk lastig zijn om ook de behandelrelatie met de ION-patiënten op te zeggen (zie situatie 4).
- In de Convenant MGZ is afgesproken dat huisartsen in het geval dat de zorg tekort schiet contact op kunnen nemen met het Zorgkantoor, dat verantwoordelijk is voor de Wlz-zorg, evt met hulp van de RHO. Bij structurele problemen kan er ook een regiotafel MGZ/Wlz bijeengeroepen worden.



Situatie 6: Zorgverlening in de woonvorm gaat achteruit

Je merkt dat de (medische) zorg in de woonvorm steeds meer achteruitgaat. Er is onvoldoende gekwalificeerd personeel aanwezig voor de verpleging en verzorging en ook is de specialist ouderengeneeskunde niet meer beschikbaar. Kan je dit melden bij de Inspectie? Kan de RHO iets doen? Of de zorgverzekeraar?

IGJ: Melden bij de inspectie heeft alleen zin in geval de verzorging en verpleging ondermaats is. In andere gevallen heeft IGJ weinig mogelijkheden om in te grijpen. Als een patiënt ingeschreven is op naam kun je de patiënt niet zomaar uitschrijven (zie ook situatie 4).

RHO: Meld problemen altijd bij je RHO. In het convenant MGZ is afgesproken dat de RHO namens de huisartsen in de regio in gesprek kan gaan met de zorgorganisatie over de benodigde (medische) zorg. De RHO kan ook deelnemen aan een eventuele regiotafel MGZ/Wlz.

Zorgverzekeraar/Zorgkantoor: In het convenant MGZ is afgesproken dat de huisarts een melding kan doen bij het zorgkantoor als de kwaliteit én/of beschikbaarheid van de geleverde Wlz-zorg (verpleging, verzorging en behandeling door specialist ouderengeneeskunde) ondermaats is.

Situatie 7: Praktijk is vol/overbelast

Je krijgt een verzoek om patiënten in de schrijven die bij een geclusterde woonzorgvoorziening in jouw verzorgingsgebied wonen. Jouw praktijk heeft echter niet zoveel ruimte voor zulke arbeidsintensieve patiënten. Kan je deze patiënten doorverwijzen naar een andere huisarts of aan de RHO vragen om te bemiddelen?

In het convenant MGZ is afgesproken dat er alleen afspraken over regionale verdeling van patiënten gemaakt kunnen worden in overleg met zorgverzekeraar/zorgkantoor en de zorginstelling die de Wlz-zorg levert. Als al deze partijen het erover eens zijn dat verdeling betere toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van zorg oplevert, is dit waarschijnlijk voldoende. Zolang er niet op voorhand afspraken over patiëntenstromen worden gemaakt, is doorverwijzen vanwege capaciteitsproblemen toegestaan volgens de ACM. De RHO kan hierbij ondersteunen. Overigens adviseren wij om als je praktijk (bijna) vol is, direct aan patiënten aan te geven dat je op dit moment geen nieuwe patiënten kunt inschrijven.

Informatie woonvormen en Wlz-indicatie

In het schema Huisartsenzorg per woonvorm en Wlz-indicatie hebben we alle begrippen rond dit onderwerp op een rijtje gezet. Zo weet je precies welke zorg je wordt geacht te leveren in welke situatie. Kijk hier voor het overzicht.



Bijlage

Randvoorwaarden bij het leveren van huisartsenzorg in (geclusterde) woonzorgvoorzieningen

De huisarts kan de huisartsgeneeskundige zorg alleen leveren als wordt voldaan aan de volgende randvoorwaarden.

1. Het niet ten koste gaat van het basisaanbod dat de huisarts levert aan de bestaande patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk.
2. De huisarts zich beperkt tot de huisartsgeneeskundige zorg.
3. De huisarts kan alleen verantwoordelijk zijn voor de (acute) algemene medische zorg overdag. De huisarts zorgt ervoor dat bij afwezigheid een waarnemer te zorg overdag overneemt. Ook zorgt de huisarts voor een goede informatieoverdracht in de ANW.
4. De geclusterde woonvorm heeft de (acute) medische zorg in de ANW georganiseerd. Dit kan bijvoorbeeld met de huisartsenpost, mits hierover met de huisartsenpost afspraken zijn gemaakt.
5. Een specialist ouderengeneeskunde is beschikbaar als hoofdbehandelaar voor (mede)behandeling en/of consultatie. Dit betekent dat 24/7 een specialist ouderengeneeskunde bereikbaar en inzetbaar is.
6. De woonzorgvoorziening draagt zorg voor voldoende competent verzorgend en – indien nodig- verplegend personeel in de woonzorgvoorziening. Huisartsen moeten ervan uit kunnen gaan dat deze patiënten de verzorging en verpleging krijgen die zij nodig hebben en dat taken niet onnodig op hun bord terecht komen en de door de huisarts geïndiceerde benodigde zorg wordt geleverd.
7. De woonzorginstelling voelt zich eindverantwoordelijk voor het organiseren van de medische zorg voordat de patiënt wordt opgenomen.
8. Er zijn adequate schriftelijke afspraken gemaakt tussen huisarts en woonzorginstelling om voorgaande noodzakelijke randvoorwaarden te waarborgen. Bij het vastleggen van de afspraken kan je gebruikmaken van de gezamenlijk ontwikkelde [modelovereenkomsten MGZ](#).

Zie ook: [Randvoorwaarden voor huisartsenzorg in woonzorgvoorzieningen of zorginstellingen - LHV](#)