

Praktijkvoorbeelden

Gegevensuitwisseling en communicatie tussen de Huisartsenzorg en de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)

April 2025

Inleiding

Goede samenwerking tussen huisartsen en Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) is cruciaal voor de optimale zorg aan patiënten, vooral bij complexe zorgvragen. In dit document laten we zien hoe verschillende regio's in Nederland hierin al stappen zetten. Met slimme oplossingen, innovatieve technieken en sterke samenwerkingen maken zij vandaag al een verschil. We kunnen deze selectie van uiteenlopende voorbeelden met ondersteuning van het Ministerie van VWS presenteren.

Informatie beschikbaar krijgen tussen huisarts en VVT gebeurt op verschillende manieren, met verschillende doelen. Al deze voorbeelden zijn ontstaan uit de wens van patiënten, zorgverleners en/of bestuurders om vandaag de zorg te verbeteren, met wat nu kan.

Efficiënte communicatie tussen huisartsen en VVT over patiëntenzorg is noodzakelijk in de netwerkgang voor patiënten met een complexe zorgvraag. Daartoe is tegelijk een vernieuwing, of innovatie, van de samenwerking nodig. Innovaties vragen om aandacht voor organisatie, mensen en techniek. De voorbeelden beslaan deze drie aspecten.

Elke regio heeft een eigen kracht. De een is meer gericht op mensen, de ander meer op de digitale en/ of op de organisatorische component. Onder het kopje organisatie worden de verschillende invalshoeken – organisatie, techniek en mensen, beschreven.

De boodschap is dat techniek niet functioneert zonder organisatie en mensen. Voorbereiding op de komst van techniek door gezamenlijk te organiseren en een gedragen visie, gezamenlijke convenanten en multidisciplinaire werkaafspraken te maken is een *voorwaarde* voor goede implementatie. Ook zonder de techniek is hier aandacht voor nodig.

Organisatie	Techniek	Mensen
Voor digitale communicatie benodigde organisatie, afspraken, besturing en borging	Digitale middelen of apps die gebruikt worden voor digitale procesondersteuning en communicatie	Wat moeten mensen kunnen en willen om digitale communicatie te realiseren.
Overvecht, Verwijshulp010 Rijnmond, Zorgpunt Zuid – Limburg, RTA van Zuidoost Brabant en SMO in Zeeland, ZNO Kampen	Verwijshulp 010 Rijnmond, Communicatieplatform Overvecht, NUTS, Communicatieplatform Zeeland, ZNO Kampen	Overvecht, INKT, Noord-Holland, SMO in Zeeland, Zorgpunt Maastricht Heuvelland

In de kaders boven de teksten staat kort beschreven waar de tekst over gaat. We wensen alle lezers veel inspiratie om vandaag en morgen de eigen regio vooruit te helpen!

Extra voorbeelden op webpagina

Kijk ook bij de downloads en links van [de gezamenlijke pagina van ActiZ, Zorgthuis.nl en InEen over gegevensuitwisseling rond thuiswonende kwetsbare ouderen](#) voor bijvoorbeeld interviews met zorgverleners uit verschillende regio's, informatie over digitale platformen, proactieve zorgplanning en behandelgrenzen en andere informatie.

Inhoudsopgave

Inleiding	2
Inhoudsopgave	3
Verwijshulp 010 Rijnmond	4
ZorgNetwerk Omgeving (ZNO) ouderenzorg en huisartsen	6
Overvecht: Afspraken en digitaal platform	10
NUTS-koppeling Wijkverpleegkundige - Huisarts.....	13
Zorgpunt Maastricht Heuvelland	16
INKT, Noord-Holland Noord	18
RTA Zuidoost Brabant.....	20
Sociaal Medisch Overleg Zeeland (SMO)	22
Handreiking Gegevensuitwisseling huisartsen en wijkverpleegkundigen	24
Bevindingen uit de voorbeelden	25
Bijlage: Formulier Zorgpunt Maastricht Heuvelland	27

Verwijshulp 010 Rijnmond

Uniforme geautomatiseerde gegevensuitwisseling en centrale organisatie leidt in minder tijd tot betere plaatsingen bij acute verwijzing en geplande kortdurende opnames naar de VVT (Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg) bij VerwijsHulp010

ConForte en Rijnmond Dokters

- Eenvoudig verwijzen voor de huisarts naar één regionaal meldpunt voor acute zorg in de VVT via Zorgdomein, triage en Point
- Regio met 800.000 inwoners
- 1 huisartsenorganisatie, 13 betrokken VVT-aanbieders
- Eén meldpunt voor VVT (spoed en kortdurend verblijf)

Waarom VerwijsHulp010?

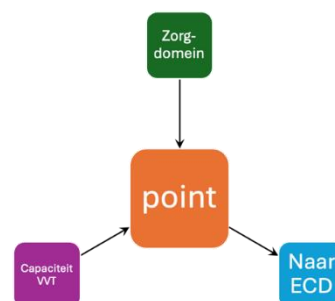
Het invullen van zorg bij alle acute problematiek van een patiënt kostte huisartsen en VVT-aanbieders in de regio Rijnmond veel tijd en moeite. Huisartsen moesten talloze VVT-aanbieders bellen, dat kostte hun, maar ook de wijkverpleegkundigen veel tijd.

VerwijsHulp010 heeft dit veranderd. Dit initiatief is georganiseerd vanuit ConForte, de regionale organisatie van een groot deel van de VVT-aanbieders in de regio Rotterdam, Capelle aan den IJssel, Krimpen aan den IJssel, Barendrecht, Albrandswaard en Ridderkerk. Verwijshulp 010 verbetert het doorstroomproces tussen de VVT en de huisartsen en gelijk ook de ziekenhuizen en de GGZ. Verwijshulp010 vervult een coördinatiefunctie, bedoeld voor alle acute zorgbemiddelingen en geplande kortdurende opnames vanuit huisartsen, huisartsenspoedposten en de spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis. Uniforme, geautomatiseerde gegevensuitwisseling via Zorgdomein naar Point ondersteunt dit proces digitaal. Door het beter beschikbaar hebben van de informatie op één punt is de patiëntenzorg efficiënter en verbeterd.

Organisatie, techniek, mensen

Het “Koppelen Point en Zorgdomein” heeft de communicatie-inspanningen voor huisartsen en VVT verminderd en tegelijk de kwaliteit van de informatie-uitwisseling verbeterd. Door Zorgdomein en Point te koppelen is een efficiëntere en effectievere samenwerking gerealiseerd. Zorgdomein haalt informatie rechtstreeks uit het Huisartsinformatiesysteem (HIS). Voor de huisarts is dit eenvoudig en bekend. Zorgdomein stuurt de informatie naar Point. Point verwerkt de informatie en maakt deze beschikbaar voor de VVT. Point maakt samenwerken in een VVT-dossier mogelijk.

Met één centraal telefoonnummer en verwijzing via Zorgdomein maakt VerwijsHulp010 het acute verwijsproces eenvoudig en toegankelijk voor de huisarts. Huisartsen bellen het centrale nummer en vullen voor verwijzing in Zorgdomein een formulier in. Dit formulier is gezamenlijk door Huisartsen en Verwijshulp010 ontworpen. Alle relevante informatie is dankzij het digitale formulier direct beschikbaar uit het HIS voor VerwijsHulp010. Hierdoor wordt een deel van telefonisch contact met de huisarts voorkomen en in de gevallen waarin dat contact er wel is, kost het gesprek aanzienlijk minder tijd.



Het team van VerwijsHulp010 beoordeelt de informatie zorgvuldig en stelt door triage de benodigde ondersteuning vast. Daarna volgt indien noodzakelijk nog telefonisch contact met de huisarts voor aanvullende informatie. Bij complexe zorgvragen kan een Specialist Ouderenzorg worden geraadpleegd.

Na de triage wordt een passende plaats voor de patiënt gezocht. Aanvragen met de verwijs- en eventuele extra informatie worden via Point doorgezonden binnen de VVT.

De koppeling tussen Zorgdomein en Point zorgt ervoor dat de informatie goed in het VVT-dossier terecht komt. Overnemen is nog wel nodig. De beschikbare informatie wordt automatisch verwerkt. Eventuele aanvulling moeten handmatig gedaan worden. Terugmelding van opname naar de huisarts gebeurt door de VVT-aanbieder via een EDI-fact bericht. Als het niet mogelijk is om zorg te verlenen, informeert VerwijsHulp010 de huisarts.

Wat levert het op?

Voor de patiënt wordt sneller passende zorg gevonden.

De huisarts levert verwijsinformatie direct uit het HIS. De werkwijze van Zorgdomein is bekend en onderdeel van het reguliere werkproces van de huisarts. De informatie komt direct in het VVT (Point) systeem van de triagist waardoor:

- De huisarts geen tijd en energie verliest aan het bellen van veel organisaties
- Informatie in Point sneller beschikbaar is voor de triage
- Aanvullende informatie of verduidelijking voor triage via één plek loopt
- Overtypen niet tot tijdverlies en fouten leidt

Doordat de VVT samenwerkt in Point en daar de beschikbare capaciteit in wordt getoond, kan:

- Met eenduidige, complete en beter gestructureerde informatie worden gewerkt (één format, direct verduidelijking indien nodig)
- Verwijshulp010 een patiënt direct plaatsen op de meest passende plek
- Informatie van de huisarts via Point direct doorgezet worden van triage naar de VVT-organisatie die zorg gaat leveren
- Iedereen sneller weten of en waar een patiënt geplaatst kan worden

Wat kan beter?

De organisatorische samenwerking start op en zal zich in de toekomst verder ontwikkelen. Op dit moment zijn vooral de grote VVT-aanbieders in de regio aangesloten. Aansluiting van de kleinere VVT-organisaties zal de impact nog verder vergroten.

Wensen voor de toekomst

De capaciteit van alle bedden – intramuraal en extramuraal - voor alle vormen van zorg inzichtelijk krijgen.

Financiering

Het project en het verwijfspunt is betaald door de deelnemers vanuit de reguliere financiering (WLZ).

Informatie

<https://www.conforte.nl/programmas/>

www.conforte.nl/verwijshulp010

www.rijnmonddokters.nl

[filmpje](#)

ZorgNetwerk Omgeving (ZNO) ouderenzorg en huisartsen

“Bij elkaar komen is een **begin**, bij elkaar blijven is **voortgang**, met elkaar samenwerken is **succes**.”

ZNO Kampen, “de HBS”

- Viewer bronsysteem in bronsysteem, via portaal Hing
- 10 patiënten (stap voor stap uitbreiding naar 44), 3 huisartsenpraktijken, 1 wijkteam, 1 behandeldienst
- IJsselheem, HAGRO Kampen (huisartsen), RHO Medrie
- Samenwerking bestuurlijk-, wijk- en patiëntniveau

Waarom een zorgnetwerkomgeving?

Steeds meer ouderen blijven langer thuis wonen, en tegelijkertijd worden hun zorgvragen complexer. Huisartsen merken dit landelijk: zij krijgen in de eerstelijns steeds vaker te maken met zorgvragen die voorheen vooral in het verpleeghuis werden behandeld. Deze complexe zorg verspreidt zich over woonwijken en verschillende thuiszorgorganisaties, wat de belasting voor huisartsen verhoogt en zorg in afstemming met wijkverpleegkundigen en de specialist oudergeneeskunde (hierna: SO) moeilijker te coördineren maakt.

Coördinatie is nodig op een zo effectief en efficiënt mogelijke inzet van de expertise van specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en wijkverpleging. Voor een goede samenwerking tussen de huisarts, wijkverpleegkundige en SO is digitale gegevensuitwisseling noodzakelijk. Belangrijk hierbij zijn de afspraken over informatie-uitwisseling.

Binnen de (voormalige) HBS in Kampen wil IJsselheem samenwerken met huisartsen, waarbij beiden hoofdbehandelaar zijn voor een eigen deel van de bewoners, passend bij de expertise van hun beroepsgroep. Triage geschiedt door een Verpleegkundig Specialist. IJsselheem heeft, samen met Zorgkantoor Zilveren Kruis, afspraken gemaakt met de NZa om hiermee te mogen experimenteren. De implementatie van een digitaal platform bevordert een efficiënte samenwerking. Wanneer informatie juist, tijdig en volledig beschikbaar is, behouden zorgprofessionals een goed overzicht van de actuele gezondheidsstatus van patiënten (overigens in de VVT: cliënten). Hierdoor kunnen geautoriseerde huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en verpleegkundig specialisten beter samenwerken, communiceren en informatie uitwisselen.

Een zorg- en communicatieplatform voor passende en hybride netwerkzorg, waarin huisartsen en VVT-organisaties (en later ook andere zorgaanbieders) samenwerken. Dit platform biedt inzage in een actueel dossier en waarborgt de continuïteit en kwaliteit van zorg.

Om deze samenwerking optimaal te ondersteunen, bevat het platform verschillende functionele en organisatorische elementen. In onderstaande tabel geven we een overzicht van de belangrijkste kenmerken.

ZNO	
Functioneel	Organisatorisch
Inzage (viewer/kijkdoos) in elektronische cliënt dossiers van het huisartsinformatiesysteem (Medicom) via de Zorgnetwerkomgeving van HINQ. Het ECD, Ysis en SDB, volgt zo snel mogelijk.	Van 10 bij de start naar 44 cliënten/patiënten, 3 huisartsenpraktijken, 1 wijkteam en 1 behandeldienst.
Relevante gegevens middels logische dashboards samenvoegen voor eindgebruikers.	Zorgaanbieders: IJsselheem, huisartsen HAGRO Kampen, RHO Medrie
Gebruik maken van zorginformatiebouwstenen voor gestructureerde communicatie; 14 MEO zorginformatiebouwstenen (ZIB's), basisgegevens langdurige zorg (BGLZ), huisartsrapportage, professionele samenvatting huisarts (ZIB's) en pdfa	Leveranciers: HINQ, OZOverbindzorg, Gerimedica, SDB, PharmaPartners
Zo lang dat nog niet is gerealiseerd: Ongestructureerde communicatie via de in de ZNO geïntegreerde module berichten (van OZOverbindzorg) oa met PDF.	Samenwerking op bestuurlijk, regionaal-, wijk- en cliënt-/patiëntniveau
Direct inloggen (SSO) vanuit de bronsystemen obv BSN en kennen zorgverlener.	
Toestemming van cliënt/patiënt uitvragen en beiden registreren.	

Organisatie, techniek, mensen

Oktober 2024 is er o.a. gestart met de realisatie van het project om de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist en HBS-verpleegkundigen inzage te geven in elkaars dossiers, de elektronisch cliëntendossiers (ECD's) en het huisartsinformatiesysteem (HIS). Hiervoor is een projectplan opgesteld, waar diverse fases van doorontwikkeling in zitten.

In Kampen werken de behandeldienst en een wijkverpleegkundig team van zorgaanbieder IJsselheem en 3 huisartsenpraktijken samen met de leveranciers PharmaPartners (Medicom), SDB (SDB ECD), Gerimedica (Ysis), Hinq (ZNO) en OZOverbindzorg om dit mogelijk te maken.

Vanaf juni 2025 kan de zorgaanbieder (via SSO) de dossiers in het huisartsinformatiesysteem inzien, van de deelnemende patiënten. Binnen de zorgnetwerkomgeving zal dan ook een berichtenmodule aanwezig zijn voor ongestructureerde communicatie tussen de huisartsenpraktijken en zorgaanbieder. Uiteraard alles binnen de benodigde kaders. Dit is een mooie eerste stap.

Daarna volgen meerdere fases van doorontwikkeling. Databeschikbaarheid vanuit de ECD's is een volgende stap. Zodra deze is getest en operationeel is, kunnen huisartsen relevante informatie uit de dossiers van de VVT-instelling inzien.

In de volgende fase wordt gekeken naar dashboards die de beschikbare data logisch ordenen voor eindgebruikers. Hiervoor loopt binnen de chronische zorg al een ontwikkeltraject.

Door eindgebruikers nauw te betrekken bij het ontwerp en goed te mee te nemen wat het perspectief is, wordt geborgd dat de Zorg Netwerkomgeving een toegevoegde waarde heeft bij het organiseren en leveren van hybride netwerkzorg.

Wat levert het op?

De inzet van technologie als een middel. Door het netwerk niet alleen op te zetten, maar het ook actief te onderhouden en bij te sturen, garanderen we een soepel functionerend ecosysteem. Dit zorgt ervoor dat professionals minder tijd kwijt zijn aan randzaken en zich volledig kunnen richten op waar het om draait: zorg en ondersteuning.

Veilige en toegankelijke informatie-uitwisseling tussen de betrokken zorgprofessionals:

- De huisarts (praktijkondersteuner) heeft inzage in medische VVT-gegevens: o.a. het zorg- en behandelplan, metingen, behandelafspraken en medische dossiers. Eert in PDF, later gestructureerd.
- De specialist ouderengeneeskunde, de verpleegkundig specialist en de HBS-verpleegkundige hebben, mits geautoriseerd, inzage in context gerelateerde huisartsengegevens: o.a. medicatiedocumentatie, medische voorgeschiedenis, behandelafspraken en een deel van de uitslagen.

Informatie-uitwisseling op basis van landelijke standaarden (ZIB's, BGLZ).

Veilige en directe communicatieopties binnen de patiëntcontext. Dit maakt het mogelijk om berichten, vragen of opdrachten snel uit te wisselen tussen de huisartsenpraktijk en zorgaanbieder, met opties voor consultatie en uitvoeringsverzoeken. HINQ werkt hiervoor samen met OZOverbindzorg.

De ZNO is flexibel en wordt ook voor andere casussen in de regio ingezet.

Aanvullende functionaliteiten zoals MITZ, voor landelijke toestemmingsregistratie, worden ondersteund.

Wat kan beter?

- Gestructureerde aanlevering van VVT gegevens bij huisarts
- Eenduidige richtlijnen en kaders rond databeschikbaarheid.

Wensen voor de toekomst

Door domeinen met elkaar te verbinden, versterken we de samenwerking en ontstaat er een samenhangend zorglandschap waarin efficiëntie en kwaliteit hand in hand gaan en waar we afspraken maken over hoe we met elkaar communiceren.

- Een vervolgstap die we momenteel verkennen is de koppeling met een apothekersinformatiesysteem (AIS).
- In toekomst kan de ZNO ook de samenwerking ondersteunen met andere betrokken zorgverleners, zoals apothekers, diëtisten en fysiotherapeuten. Hierdoor kunnen alle relevante zorgverleners worden betrokken in het zorgnetwerk van de cliënt/patiënt.
- Toekomstmuziek is o.a. de aansluiting van het sociaal domein en de landelijke PGO's.

Maar voor nu is het de kunst om de zorgnetwerkomgeving stapsgewijs op te bouwen.

Financiering

- De investering in de Zorgnetwerkomgeving wordt voorgefinancierd door de zorgaanbieders. Middels een kickbackfee wordt deze investering terugverdiend (tot een maximum van de investering) zodra er meer partijen gebruik gaan maken van de ontwikkelde functionaliteit.

- Het is de bedoeling om de opschaling en bijbehorende afspraken via het regionale samenwerkingsverband Samen Gezond IJssel-Vecht te organiseren.

In mindere mate:

- *IJsselheem wil breder onderzoeken hoe de zorg voor thuiswonende ouderen met complexe en intensieve zorg- en behandelvragen in Nederland in de toekomst toegankelijk blijft. Hiervoor is door de NZa een experimentbesteding aan IJsselheem en Zorgkantoor Zilveren Kruis samen toegekend.*

Informatie

Wil je meer weten of ben je benieuwd hoe jouw organisatie kan aansluiten?

Neem contact op met: Robin Bruins ro.bruins@ijsselheem.nl 0615129432, of Maarten Gubler m.gubler@medrie.nl

Volg IJsselheem, Medrie, HINQ en OZOverbindzorg via <https://www.linkedin.com/company/ijsselheem>
<https://www.linkedin.com/company/medrie-medisch-regio-groep>
<https://www.linkedin.com/company/hinq> <https://www.linkedin.com/company/ozoverbindzorg>

Volg Samen Gezond IJssel Vecht via <https://samengezondijsselvecht.nl/nieuws/>

Overvecht: Afspraken en digitaal platform

Heldere regionale en lokale afspraken en overleg leiden samen met het gebruik van een communicatieplatform tot minder bellen en wachten bij complexe patiënten in de wijk.

Zorgnetwerk Utrecht Overvecht

- 35.000 inwoners
- Convenant Ouderenzorg Overvecht: hoe werken we samen. Van regionaal kader tot werkaafspraken voor alle partners.
- Gezamenlijk communicatieplatform, inclusief patiënt
- Organisaties uit oa VVT, sociaal domein, eerstelijns zorg
- Minder bellen en wachten

Waarom

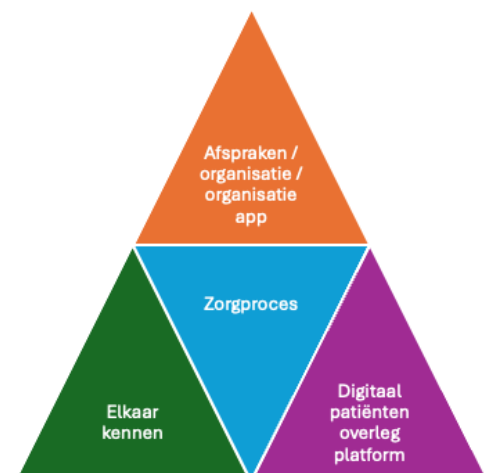
In de Utrechtse wijk Overvecht wonen veel patiënten met complexe (chronische) aandoeningen en kwetsbare ouderen. De kwaliteit van de zorg voor deze doelgroepen hangt sterk af van hoe goed de zorgverleners met elkaar kunnen samenwerken. Vanuit een heldere visie bouwen huisarts en wijkverpleegkundige samen met het sociaal domein aan een toekomst waarin elke patiënt de zorg krijgt die bij hem of haar hoort. De conclusie is duidelijk: goede zorg vraagt om goede samenwerking. Goede samenwerking vraagt om goede communicatie en effectieve gegevensuitwisseling.

Organisatie, techniek, mensen

In Utrecht Overvecht zijn de handen ineengeslagen om samen met professionals een heldere visie neer te zetten in een eigen convenant “Ouderenzorg Overvecht”. De samenwerking is georganiseerd in het Gezonde Wijknetwerk van Utrecht-Overvecht. De zorg voor kwetsbare ouderen wordt ingevuld vanuit de Om U-methodiek (kwetsbaarheidsscore, proactieve zorg, netwerk in kaart in de medisch sociale samenwerking) en het 4D model van Overvecht Gezond (GOOGLE), dit is de taal van de samenwerking en is onderdeel van de integrale wijkaanpak Krachtige basiszorg. Casuïstiek wordt gezamenlijk uitgewerkt in het 4D model. Elke complexe patiënt heeft (vanuit stepped care) waar nodig een regie verantwoordelijke. Dit wordt “de VICTOR” genoemd. Ter ondersteuning wordt “OZO verbindzorg” gebruikt als communicatiemiddel. Per 1 juli is het gebruik van OZO overgegaan naar VIPlive. De focus in de wijk ligt de komende periode op het goed implementeren van het nieuwe systeem.

Het convenant heeft geleid tot een focusteam ouderen (managementlaag) uit verschillende organisaties. Hierin overleggen de wijkverpleegkundigen structureel met eerstelijnszorg en Buurteam (sociaal domein). Deze overleggen verbeteren en borgen de samenwerking en communicatie op de werkvloer. Daarnaast is er een werkgroep ouderen die periodiek de professionals van de verschillende deelnemende instellingen bijeenbrengt om het zorgnetwerk te verbeteren en te borgen. Het geheel wordt ondersteund door de bestuurlijke gremia.

Het commitment is niet vrijblijvend; de afspraken zijn gedetailleerd uitgewerkt. Specifiek voor Overvecht zijn de rollen en communicatiemomenten beschreven, inclusief de informatie die moet worden



overgedragen via het digitale platform. Iedereen is hierop aanspreekbaar in de gelijkwaardige samenwerking. Het is daarmee heel duidelijk wie wat wanneer en waarom op het digitale communicatieplatform communiceert en wanneer communicatie anders moet dan via het platform – bijvoorbeeld bij spoed -. Het omarmen van het digitale communicatieplatform betekent dat er veel minder gebeld, gemaild, geappt en op andere wijze gecommuniceerd hoeft te worden. En ook dat de communicatie niet meer 1:1 is, bijvoorbeeld van 1 wijkverpleegkundige naar 1 huisarts, maar dat ook andere betrokken collega's op de hoogte zijn, én de patiënt en mantelzorger. De afspraken hierover zijn vastgelegd én altijd in te zien voor alle betrokkenen

Wat levert het op?

Elkaar goed leren kennen en vastberaden doorzetten heeft een solide basis gelegd voor samenwerking. Hierdoor is het ook gemakkelijker bij elkaar binnenlopen en snel te schakelen.

Het samenwerken op één digitaal platform bleek een enorme meerwaarde. Het delen van noodzakelijk informatie rond de zorg zorgt dat iedereen is geïnformeerd. Het maken van duidelijke afspraken over de samenwerking leidde tot duidelijkheid over welke informatie hoe wordt gecommuniceerd. Daardoor is er veel minder tijdverlies door bellen, en dan vooral aan wachten aan de telefoon en de juiste persoon weten te vinden.

Voordelen:

- Betrokkenheid bewoners, mantelzorgers en alle netwerkpartners op het platform
- Minder bellen en in de wacht staan
- Iedereen kan op één moment gelijk geïnformeerd worden
- Betere zorg in minder tijd door betere communicatie
- Duidelijk rollen en verwachtingen

Mogelijk gemaakt door:

- 'Gezonde Wijk'-structuur
- Heldere werkafspraken
- Een geadopteerd platform voor multidisciplinair overleg, met hele netwerk gedeelde informatie
- Een geadopteerd platform voor onderlinge (werk)afspraken waarop bijvoorbeeld de werkafspraken over essentiële onderwerpen zijn te vinden (zoals: overlegmomenten zoals MDO, inhoud en rollen, informatie-uitwisseling)
- Sturing op de samenwerking op MT-niveau en op werkvloerniveau
- Borging vanuit een convenant ouderenzorg

Wat kan beter?

Samenwerken is een actief proces dat voortdurende aandacht vereist. Het versloft snel als het geen prioriteit krijgt. Een belangrijk leerpunt is dat wijkverpleegkundigen in de implementatie van het digitale platform het voortouw nemen (de wijkverpleegkundige start OZO op en is de grootste trekker van OZO). Iedereen in het netwerk moet initiatief tonen, aanspreken en de band met andere zorgverleners behouden en versterken. Sturing hierop vindt plaats vanuit het focusteam (overleg op MT-niveau) en werkgroep ouderen (de professionals).

Koppeling met het dossier van alle partners zou enorm helpend zijn, maar is nu nog niet gerealiseerd.

Gezamenlijke prioritering in het netwerk van alle vragen die aan het netwerk gesteld worden is een blijvend aandachtspunt om de schaarse middelen goed te besteden.

Wensen voor de toekomst

Om de zorg te blijven verbeteren, is het essentieel om korte lijnen te behouden en elkaar goed te blijven kennen. De frequente overleggen op de werkvloer zijn cruciaal. Zowel het multidisciplinair overleg (casuïstiek) als informele besprekingen over cliënten/patiënten en het gemakkelijk kunnen bereiken van elkaar zijn van groot belang.

Om dit te kunnen blijven doen is continuering van de organisatorische en bestuurlijke overleggen noodzakelijk.

Koppeling van de dossiers blijft een wens.

Inzet van praktische ondersteuning in de praktijk om een project te implementeren (bijvoorbeeld aanpassing in een informatiesysteem, onderwijs, ...) zou van meerwaarde zijn, waarbij de sturing gezamenlijk vanuit het focusteam ouderen moet blijven plaatsvinden.

Financiering

Bij de start was er financiering voor projectgroep met een externe projectleider.

Financiering voor eerstelijnszorgverleners voor casuïstiek overleg en deelname focusteam en werkgroep
Het platform wordt gefinancierd vanuit de regio organisatie Sterkz.org met cofinanciering van Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht.

Informatie

[Convenant](#)

[Werkafspraken](#)

Communicatieplatform is OZO verbindt zorg

NUTS-koppeling Wijkverpleegkundige - Huisarts

NUTS biedt verschillende oplossingen en werkt toe naar een federatief open netwerk. Voor de huisarts is in dit kader een viewer ontwikkeld die inzage geeft in het elektronisch cliëntdossier (ECD) van de wijkverpleegkundige voor de huisarts mogelijk maakt¹. De ontwikkeling gaat door met extra functionaliteit rond het zorgproces en inzage bij de huisarts. Uitwisseling is een doel verder in de tijd. Pilots starten in het tweede kwartaal van 2025.

NUTS community, Ecare, Nedap, Topicus, Hinq

- Viewer op ECD in huisartssysteem, via NUTS
- Pilots Nedap, Ecare en Topicus tweede kwartaal 2025
- Op basis ANW-gegevens VVT (Verpleging, Verzorging, Thuiszorg)
- Aansluiting huisarts informatiesystemen Medikit en Sanday

Waarom de NUTS-koppeling?

Goede samenwerking rond kwetsbare patiënten vraagt om inzage en uitwisseling van gegevens rond deze patiënten. Vooral in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen en mensen die binnen afzienbare tijd gaan overlijden is dit een nijpend vraagstuk. Vaak ontbreekt de mogelijkheid tot directe inzage in elkaars dossiers. Vanuit de landelijke NUTS-community werken meerdere leveranciers en zorgpartijen aan een innovatieve oplossing die veilige gegevensuitwisseling mogelijk maakt. Doel van de hier beschreven NUTS-koppeling (zie ook: <https://nuts.nl/>) is om eerst de huisarts inzage te geven in een deel van het wijkverpleegkundig dossier, en vervolgens communicatie te faciliteren en de wijkverpleegkundige inzage te geven in delen van het huisartsdossier.

Organisatie, techniek, mensen

In het najaar van 2024 hebben verschillende leveranciers zich gecommitteerd om samen een technische standaard te ontwikkelen voor de uitwisseling en inzage van gegevens op basis van NUTS. Een standaard is een set van regels en richtlijnen die beschrijft hoe systemen moeten werken om met elkaar te kunnen communiceren. Het zorgt ervoor dat software van verschillende leveranciers en uit verschillende sectoren goed samenwerkt.

Er zijn afspraken gemaakt over de manier waarop professionals worden geïdentificeerd en over hoe informatie wordt gestructureerd. Op basis daarvan kan informatie worden uitgewisseld met de juiste mensen. Om dat te kunnen doen zijn technische afspraken gemaakt.

Om de gegevens te kunnen begrijpen is het belangrijk dat ze op eenduidige wijze worden vastgelegd, zodat iedereen dezelfde taal spreekt. Dit maakt ook meteen de uitwisseling van informatie eenvoudiger. Doel van dit project is om een gedeelde, uniforme techniek en informatieverwerking te ontwikkelen die door alle leveranciers van VVT- en huisarts informatiesystemen kan worden toegepast. Dit gebeurt vanuit de NUTS community.

De Nuts community is een open-source community. Dat betekent dat er samengewerkt wordt aan programmeercode die voor iedereen vrij beschikbaar is. Wat wordt ontwikkeld, kunnen anderen zien, controleren en gebruiken voor het laten communiceren van hun informatiesysteem via NUTS.

¹ Hier is de stand van zaken per maart 2025 beschreven.

In dit traject werken een projectgroep en een werkgroep techniek nauw samen. In samenhang met de community wordt deze innovatieve koppeling uitgewerkt. Er wordt gebruik gemaakt van de landelijke standaarden. De informatie wordt gedeeld door middel van Zorginformatiebouwstenen². Dit helpt bij het creëren van een uniforme taal in zorginformatiesystemen. Voor de techniek wordt de internationale standaard FHIR gebruikt.

De eenheid van informatie en techniek en de voor iedereen te benaderen open source maakt het mogelijk voor andere partijen om later aan te sluiten en gebruik te maken van dezelfde componenten.

Als iedereen gebruik maakt van die componenten is er veel sneller en breder resultaat van inspanningen dan bij het maken van koppelingen tussen iedere organisatie afzonderlijk. Wel vraagt het uiteraard aansluiting bij de landelijke en internationale standaarden die worden gehanteerd.

Het traject heeft inmiddels een volgende stap genomen. De Proof of Concept (POC) van medio februari en maart 2025 heeft aangetoond dat gegevens beschikbaar kunnen komen vanuit de VVT in de huisartsenzorg, een belangrijke mijlpaal in dit proces.

Zorgverleners krijgen met dit project toegang tot de meest actuele en relevante noodzakelijke informatie. Dit zal de efficiëntie verhogen en de kwaliteit van zorg verbeteren.

Wat levert het op?

- Directe inzage in (een deel van) het ECD voor de huisarts
- Vervolg met meer functionaliteit en inzage wijkverpleegkundige in HIS
- Uniforme techniek en informatie voor uitwisseling VVT – Huisarts
- Open source dus eenvoudig te kopiëren
- Gebruik van landelijke en internationale standaarden, meer eenheid van taal, informatie en techniek

Wat kan beter?

- Technisch werkt het. Twee regio's starten met een pilot zodat de techniek in praktijk getoetst wordt en de benodigde samenwerkingsafspraken in beeld komen.
- Aansluiting van meer leveranciers maakt de impact groter.
- Bijsluiten in de pilots van Hinq voor creëren van uniformiteit landelijk

Wensen voor de toekomst

- Inzage via een viewer is nu één kant op en nog beperkt, alleen van ECD naar huisartsinformatiesysteem.
- Doel van het project is het ook andersom mogelijk te maken. De start van het traject is Q2 2025. De huisartsenzorg heeft ook een aantal ZIB beschikbaar.
- De set aan gegevens die is in te zien door de huisarts zijn gebaseerd op de ANW uitwisseling in de Wijkverpleging. Deze set is beperkter dan de uitwerking die V&VN en NHG op dit moment maken. Uitbreiding naar deze set is noodzakelijk.
- Extra functionaliteit naast de inzage is wenselijk. Bijvoorbeeld voor uitvoeringsverzoeken of chat.

² Zorginformatiebouwstenen (ZIB's) zijn gestandaardiseerde informatiemodellen die worden gebruikt in de zorgsector om gegevensuitwisseling en interoperabiliteit te verbeteren. Ze beschrijven zorginhoudelijke concepten, zoals bloeddruk of medicatie, in termen van de gegevens die nodig zijn om deze concepten vast te leggen.

Financiering

Projectleiding wordt gefinancierd door ActiZ. Leveranciers betalen hun eigen inzet.

Informatie

NUTS

Andere viewers: In meerdere regio's wordt gewerkt aan viewers met NUTS, Hinq, Cumuluz, Phocus en andere partijen. Zie ook de beschrijving van ZNO Kampen of het project DWAAN!

Zorgpunt Maastricht Heuvelland

Maastricht-
Heuvelland
ZIO
Envida
Sevagram
Vitala+

- Organisatie van en gegevensuitwisseling rond acute VVT-opname
- Regio verzorgt ongeveer 200.000 burgers
- Eén huisartsenorganisatie, drie VVT-aanbieders
- Eén Zorgpunt voor acute VVT opnames

Waarom het Zorgpunt?

De regio Zuid-Limburg kent vergrijzing en tekort aan arbeidskrachten. Alle reden om waar mogelijk processen te verbeteren. VVT en huisartsen waren beiden veel tijd kwijt met verwijzen en plaatsen van patiënten. Vooral bij acute zorgvragen zoals ELV (Eerstelijns Verblijf) en crisisplaatsing. Voor de patiënt werd niet altijd de best mogelijke oplossing gevonden en was het vaak lang wachten in onzekerheid.

Organisatie, techniek, mensen

VVT en huisartsen zijn gaan samenwerken om dit te verbeteren. Speciaal voor de acute vragen werd door de VVT een regionaal aanmeldpunt, het Zorgpunt, opgericht. Het Zorgpunt heeft als doel de kwaliteit van zorg voor ouderen te verbeteren en de inspanningen van professionals te verminderen.

Zorgpunt kent de capaciteit van de VVT in de regio via een dashboard dat de beschikbaarheid van acute bedden in Zuid-Limburg weergeeft. Triagisten helpen de zorgvraag te verduidelijken en te zoeken naar de juiste zorg.

De huisarts belt het Zorgpunt bij een vraag voor een acuut bed in de VVT. Een eerste beoordeling vindt gezamenlijk tussen huisarts en medewerker van het Zorgpunt plaats. Na overleg en advies stuurt de huisarts het Zorgpunt formulier in. Hiermee is de relevante informatie beschikbaar om te kunnen verwijzen. In samenwerking is het zogenaamde Zorgpunt-formulier ontwikkeld, met alle relevante informatie.

Dit formulier wordt nu in Zorgdomein ontwikkeld zodat informatie via het HIS van de huisarts direct in Point komt. De informatie in Point wordt doorgezet naar de VVT-aanbieder die de patiënt zorg gaat verlenen. De aanbieder informeert de huisarts met een Edifact bericht over opname. Is opname niet mogelijk dan bespreekt het Zorgpunt met de huisarts de alternatieven.

Wat levert het op?

Het Zorgpunt doet dit al een paar jaar. Door de samenwerking is er betere plaatsing en verdeling van de schaarse ELV-, crisis- en hospicebedden. Een betere spreiding is ontstaan door samenwerking met

Er zijn veel overeenkomsten tussen de verwijshulp010 en het Zorgpunt. Wat zijn de verschillen tussen de regio's Rijnmond en Zuid-Limburg?

Er is afstemming/ snelle screening/ helderheid over de benodigde informatie vóór (Limburg) of nà (Rijnmond) het insturen van informatie.

Het meldpunt in Zuid-Limburg bestaat al langer

Rijnmond heeft de koppeling van Zorgdomein met Point al werkend.

Het loket in Zuid-Limburg heeft een grotere regionale dekking en indien nodig afstemming voor plaatsing elders in Limburg.

vergelijkbare initiatieven in de naburige regio's in Zuid-Limburg. Gezamenlijk wordt een efficiëntere en effectievere zorg gerealiseerd.

De patiënt en de zorgvraag staan centraal. Het verwijsproces is voor alle betrokkenen verbeterd, waardoor sneller de juiste zorg wordt gevonden. Het is nu duidelijk welke informatie de huisarts moet aanleveren, en de wijkverpleegkundige wordt niet meer onnodig gestoord. Dankzij een professionelere triage en het mandaat van het Zorgpunt hoeft de zorgvraag niet langer op meerdere plekken uitgezet te worden.

Snellere en betere plaatsing bij acute opname doordat de verwijsinformatie direct en gestructureerd van de huisarts naar de VVT-triagist in het Zorgpunt gaat.

- Voorafgaand contact huisarts met meldpunt voor snelle inschatting mogelijkheden voor plaatsing van de patiënt.
- Het plaatsingsmandaat met volledige informatie over de beschikbare VVT-capaciteit in de regio biedt duidelijkheid en efficiëntie
- Door het verwijsformulier is informatie sneller, eenduidiger en gestructureerd beschikbaar voor VVT. De huisarts moet dit nu nog handmatig invullen. Zie bijlage.
- Door het voorafgaand contact en het verwijsformulier is duidelijk welke informatie nodig is waardoor deze sneller en vaak in één aan te leveren is door de Huisarts
- Indien nodig is er afstemming buiten de regio met een vergelijkbaar Zorgpunt zoals in Heuvelland, zodat veel minder communicatie nodig is en de kwaliteit van de plaatsing groter.
- Informatie via Point doorgezet kan worden van het Zorgpunt naar de VVT-organisatie die zorg gaat leveren
- Verduidelijking van een aanvraag vindt op één plek plaats

Wat kan beter?

De overdracht van medicatiegegevens is nog onvolledig.

Gegevens van de huisarts direct uit het HIS extraheren, bijvoorbeeld via Zorgdomein.

Wensen voor de toekomst

Koppeling van zorgdomein aan Point, zodat de huisarts niet meer hoeft over te typen.

Er wordt gestreefd naar een verbetering in de overdracht van medicatiegegevens, die momenteel vaak onvolledig en niet snel beschikbaar zijn.

Ook de aansluiting van de wijkverpleging, ook voor niet acute situaties, op dit proces is een belangrijke wens. De drie Zorgpunten in Zuid-Limburg werken toe naar één gezamenlijk Zorgpunt Zuid-Limburg, waar met dezelfde (ICT)systemen gewerkt kan worden. Dit zal de efficiëntie en samenwerking nog verbeteren.

Financiering

Het project is betaald door de deelnemers vanuit de reguliere financiering (ELV coördinatiepunt). Verder dragen de VVT-aanbieders voor een derde bij aan de operationele kosten. Voor de verdere doorontwikkeling in het kader van de landelijke opdracht is door het ROAZ Limburg het IZA-transformatieplan 'Zorgcoördinatie' ingediend.

Informatie

[Bijlage: Formulier Zorgpunt Maastricht Heuvelland](#)

INKT, Noord-Holland Noord

Noord-Holland Noord: INKT

- Samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige.
- Regio's met samen ongeveer 400,000 inwoners
- 2 RHO's (regionale huisartsenorganisaties) en 10+ VVT-partners (verpleging, verzorging en thuiszorg), 1 zorgverzekeraar
- 1 wijkverpleegkundige per huisartsenpraktijk
- Inzage wijkverpleegkundige in HIS/ KIS (Huisarts Informatiesysteem/ Ketenzorg Informatiesysteem)

Waarom INKT?

In 2016 constateerden huisartsen en VVT in Noord-Holland dat ouderen alleen langer in de eigen vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen als er beter samengewerkt wordt. Vanaf de start omarmt INKT (Integrale ouderenzorg Noord-Kennemerland en de Kop van Noord-Holland) de missie “de zorg voor ouderen in de vertrouwde omgeving verbeteren”. Doel is mensen zo lang mogelijk in goede gezondheid en welzijn in hun eigen huis te laten wonen.

Organisatie, techniek, mensen

Twee huisartsenorganisaties en vrijwel alle VVT-organisaties in Noord-Kennemerland en de Kop van Noord-Holland hebben de krachten gebundeld om iedere huisartsenpraktijk te koppelen aan een wijkverpleegkundige. De sleutel tot het succes ligt in de nauwe samenwerking en heldere communicatie tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige van de thuiszorg. Deze wijkverpleegkundige ouderenzorg biedt ondersteuning aan kwetsbare ouderen die deelnemen aan het zorgprogramma “Kwetsbare ouderen”. De wijkverpleegkundige is verbonden aan de huisartsenpraktijk. De wijkverpleegkundige fungeert als de verbindende schakel met de wijkteams van alle VVT-aanbieders. Kennis van de mogelijkheden van de huisartsenzorg en de VVT komen hier samen. Vragen en antwoorden van beide kanten lopen via de wijkverpleegkundige, voorzien van context. De afstemming wordt hierdoor veel beter. Hiermee ontstaat geïntegreerde zorg voor de patiënt. Inmiddels worden op deze wijze ruim 3.200 kwetsbare ouderen ondersteund, begeleid door ruim 80 wijkverpleegkundigen.

In de huisartsenpraktijk wordt de zorg geregistreerd in het HIS of in het Ketenzorg Informatie Systeem (KIS). Het KIS is een multidisciplinair informatiesysteem dat integrale zorg ondersteunt. Het systeem ondersteunt de behandeling van patiënten met chronische aandoeningen. De huisarts of praktijkondersteuner maakt samen met de verpleegkundige een individueel plan met de patiënt. Dit plan is het uitgangspunt van het KIS. Er worden divers interventies uitgevoerd en geregistreerd in het KIS (zoals valpreventie, medicatiebeoordeling, Proactieve zorgplanning). De VVT-aanbieders houden hun gegevens bij in het Elektronisch Client Dossier, het ECD. Die zijn anders qua inhoud, opbouw en terminologie. Dit vraagt van de wijkverpleegkundige een vertaalslag tussen huisartsenpraktijk en VVT, soms vraagt dat om overleg. Op de huisartsenpraktijk wordt in het HIS of KIS gewerkt door de wijkverpleegkundige ouderenzorg. Ook het ECD van de eigen organisatie is dan bereikbaar voor de verpleegkundige. Soms is dus dubbele registratie nodig. De ECD van de andere deelnemende VVT-aanbieders zijn nog niet beschikbaar.

Wat levert het op?

De samenwerking geeft een krachtige impuls aan wijkgericht werken voor de zorg van kwetsbare patiënten vanuit het kernteam (huisarts en wijkverpleegkundige).

Ook voor andere ketenpartners biedt de koppeling tussen de huisarts en wijkverpleegkundige aanzienlijke meerwaarde, bijvoorbeeld in de communicatie en begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis van een kwetsbare oudere (transmurale zorgbrug). Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn enthousiast en gemotiveerd om samen de best mogelijke zorg te bieden.

- De wijkverpleegkundige en huisarts overleggen gemakkelijk en snel over de mogelijke inzet van wijkverpleegkundige zorg.
- Er vindt afstemming plaats voordat gegevens worden uitgewisseld, wat zorgt dat direct de juiste gegevens gedeeld worden
- De wijkverpleegkundige heeft directe toegang tot de juiste informatie van de huisarts over de patiënt, wat essentieel is voor een goede samenwerking.
- De juiste informatie wordt snel en efficiënt gedeeld door de wijkverpleegkundige met de VVT-organisatie van de patiënt.
- Afstemming zorgt voor een zorgvuldige en efficiënte samenwerking.
- Er is directe toegang tot het juiste netwerk, wat de zorg voor de patiënt optimaliseert.

Wat kan beter?

De verpleegkundige werkt in verschillende ICT-systemen, zowel het systeem van de eigen VVT-organisatie als dat van de huisarts. Het doel is om deze systemen te koppelen, zodat informatie naadloos kan worden gedeeld. Er is geen toegang tot de ICT-systemen van andere VVT-aanbieders.

Het delen van behandelwensen en grenzen van kwetsbare ouderen met andere zorgverleners kan soms een uitdaging zijn. Er zijn al stappen gezet om dit te verbeteren. Behandelgrenzen en -wensen, evenals palliatieve overdrachten, kunnen nu vanuit het HIS via ZorgDomein worden gedeeld met de Huisartsenspoedpost.

Wensen voor de toekomst

Het naadloos kunnen gebruiken van de noodzakelijke informatie op het moment dat je het nodig hebt.

Financiering

Dit zorgprogramma wordt gefinancierd vanuit de ketenzorg door de zorgverzekeraar via een vast kwartaaltarief. Gelijk aan de financiering van de chronische zorgprogramma's. Vanuit deze vergoeding wordt in de inzet van zowel de huisarts als de wijkverpleegkundige vergoed. De huisartsenorganisatie ontvangt daarnaast een vergoeding voor coördinatie op het zorgprogramma.

Informatie

Inktouderenzorg

www.honk.nu

RTA Zuidoost Brabant

Zuidoost Brabant: RTA

- Tijdig spreken over de laatste levensfase – proactieve zorgplanning
- Regio ongeveer 800,000 inwoners
- 4 ziekenhuizen, 3 zorggroepen, VVT-partners
- Regionale Transmurale Afspraak (RTA)
- Focus bij implementatie op huisartsenzorg, ziekenhuizen, VVT-aanbieders

Waarom de Regionale Transmurale Afspraak

Het is van onschatbare waarde om tijdig met mensen te praten over hun wensen en wat zij belangrijk vinden in de laatste levensfase. Door deze gesprekken kan de zorg beter worden afgestemd op de behoeften van de mensen in hun laatste levensfase en kan hen de waardigheid en comfort worden geboden die ze verdienen. Deze RTA helpt daarbij.

In de laatste levensfase bieden veel professionals zorg en ondersteuning. Het is belangrijk dat de geformuleerde wensen bekend zijn bij de betrokken professionals in de gehele keten. Om dit te borgen, zijn duidelijke afspraken over rolverdeling in het proces van proactieve zorgplanning, de wijze van registratie in het eigen dossier en de uitwisseling van de afspraken rondom PZP in de keten noodzakelijk. Hierdoor weet de professional – ook in noodsituaties – hoe hij moet handelen.

Organisatie, techniek, mensen

De Regionale Transmurale Afspraak (RTA) ‘Tijdig spreken over de laatste levensfase – proactieve zorgplanning’ (PZP) in de regio Zuidoost Brabant biedt hierbij essentiële ondersteuning aan professionals in de regio. De RTA is opgesteld in samenwerking met huisartsen, ziekenhuizen en de VVT.

De RTA bevat duidelijke richtlijnen over bij welke patiënten en op welk moment het starten met proactieve zorgplanning gewenst is. Daarnaast biedt het handvatten voor de onderwerpen die aan bod kunnen komen en de verdeling van rollen tussen de betrokken zorgverleners.

Het vastleggen van wensen en grenzen is cruciaal en moet aansluiten bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Het gaat niet alleen om het initieel documenteren van deze wensen, ook om het zorgvuldig bijhouden van veranderingen en ervoor zorgen dat iedereen die betrokken is bij de zorg voor de betreffende patiënt op de hoogte is.

De RTA biedt een helder en gedetailleerd kader voor met wie, door wie en hoe levenswensen, behandelwensen en behandelgrenzen worden besproken. Daarnaast is er veel aandacht voor hoe de behandelwensen en –grenzen vast te leggen in het dossier en te delen in de keten. Dit zorgt ervoor dat elke betrokken zorgverlener weet wat de patiënt nog wel wil en wat niet meer.

De RTA is gebaseerd op de landelijke richtlijn Proactieve Zorgplanning (2023) en vormt een waardevolle bron voor zorgverleners om de laatste levensfase van hun patiënten met zorg en respect te begeleiden. De RTA is goed toegankelijk voor de zorgverleners.

Wat levert het op?

- **Eenduidige regionale registratie van PZP:** Over alle aanbieders en sectoren heen wordt gewerkt aan een uniforme manier van registreren, zodat iedereen dezelfde taal spreekt en de zorg naadloos op elkaar aansluit.
- **Actualisering van de PZP:** Door de PZP bij veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt te actualiseren, zorgen ze ervoor dat de informatie up-to-date is en aansluit bij de huidige wensen van de patiënten, ongeacht de aanbieder of sector.
- **Helderheid in communicatie:** Er is duidelijkheid over wie wat bespreekt en wanneer, zodat er geen misverstanden ontstaan.
- **Stapsgewijze verbetering van communicatie:** Er is een plan opgesteld om de RTA gestructureerd te implementeren, zodat alle betrokkenen goed geïnformeerd zijn.
- **Commitment van zorgaanbieders:** Veel zorgaanbieders en sectoren in de regio willen samenwerken om de best mogelijke zorg te bieden.

Het succes van de RTA hangt af van een brede implementatie, en daarom ligt de focus de komende periode op het integreren van deze RTA in de huisartsenzorg, ziekenhuizen, VVT-aanbieders. Dit ambitieuze plan omvat het ontwikkelen van een praktische en handzame versie van de RTA, zodat zorgverleners in al deze sectoren er gemakkelijk mee kunnen werken. Deze inspanning symboliseert de gezamenlijke toewijding aan verbetering en innovatie in de regio.

Wat kan beter?

De implementatie in een complexe regio als Zuidoost Brabant vraagt veel inzet en geduld. De afspraken zijn een goed begin. De implementatie vraagt een flinke inspanning van alle partijen en tussen alle partijen om gelijktijdig dezelfde stappen te nemen. Dit moet geborgd worden.

Wensen voor de toekomst?

Er is behoefte aan een goede landelijke, digitale infrastructuur om gegevens over proactieve zorgplanning uit te wisselen.

Financiering

Een projectleider voor de herziening en implementatie van de RTA is aangesteld met gelden van netwerkpartners en uit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II innovatiegelden.

Informatie

<https://palliaweb.nl/netwerk-zuidoostbrabant/zorgverleners/proactieve-zorgplanning/herzien-rta-tijdig-spreken-over-de-laatste-levensf>

<https://palliaweb.nl/netwerk-zuidoostbrabant/netwerk/dit-zijn-wij>

<https://palliaweb.nl/getattachment/307ea100-9010-4498-99ed-a62dac27c2b0/RTA-Tijdig-spreken-over-de-laatste-levensfase-versie-09-12-2024.pdf?lang=nl-NL>

Voor meer info: netwerkpalliatievezorgzobrabant@stichtingkoh.nl

Sociaal Medisch Overleg Zeeland (SMO)

De Zeeuwse Zorgcoalitie

- Samenwerkingsafspraken vastgesteld rond SMO en werken met één digitaal communicatieplatform, VIP-live
- 400.000 inwoners in Zeeland
- Grootste deel Zeeuwse zorgpartijen aangesloten
- Samenwerking bestuurlijk, op provinciaal-, wijk- en patiëntniveau

Waarom het SMO Zeeland?

De zorg in Zeeland staat voor grote uitdagingen, zoals tekorten op de arbeidsmarkt en de toenemende zorgvraag van ouderen. Deze uitdagingen vragen om innovatieve en gezamenlijke oplossingen. De Zeeuwse Zorgcoalitie is een samenwerking van 79 deelnemende organisaties in het medisch en sociaal domein die hun krachten bundelen om de Zeeuwse zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

Het project “Vroegsignalering van kwetsbaarheid” heeft als doel om professionals beter en eenvoudiger samen te laten werken. Door vroegtijdig kwetsbaarheid te signaleren, kunnen zorgverleners sneller en effectiever ingrijpen, wat de kwaliteit van zorg aanzienlijk verbetert doordat er sprake is van betere communicatie en coördinatie en er daardoor aanzienlijk minder dubbel werk is.

Een van de belangrijkste doelen van dit project is het makkelijk en veilig online uitwisselen van informatie in één digitaal communicatieplatform, zoals VIP-Live. Dit zorgt ervoor dat alle betrokken zorgverleners en de betrokken hulpverleners uit het sociaal domein altijd up-to-date zijn en snel kunnen handelen.

Organisatie, techniek, mensen

Het project vroegsignalering speelt in op de behoefte aan samenwerking binnen multidisciplinaire- en sociaal medische overleggen (MDO/SMO). Lokaal worden deze overleggen opgezet, met regionale ondersteuning door coaching en het communicatieplatform VIP-Live, een keten- en netwerkinformatiesysteem gekoppeld aan het HIS.

Elke week worden in een half uur tijd 4-5 kwetsbare ouderen uit de huisartsenpraktijk besproken. Thuiszorgorganisaties wisselen elkaar om de week af om bij de bespreking van hun eigen caseload aanwezig te zijn. Vooraf wordt alle relevante informatie gedeeld in VIP-Live en tijdens het SMO hierin vastgelegd. Alle afspraken worden zowel in het HIS als in VIP vastgelegd. De POH-O zorgt ervoor dat de toestemming voor gegevensuitwisseling geregeld is.

Er is geïnvesteerd in vertrouwen door een heldere overlegstructuur te maken en elkaar goed leren kennen. De overlegtijden staan vast en informatie wordt efficiënt gedeeld. Door het vertrouwen kan men gemakkelijk bij elkaar binnenlopen of vragen stellen via VIP, (veilige)mail of SILO (“een veilige whatsapp”). Hierdoor ontstaat vroegsignalering als vanzelf. Steeds meer wordt vooruitgedacht in plaats van ad-hoc te reageren.

Elkaar beter kennen, goed en gemakkelijk communiceren, weten wie waar in zorg is, en elkaars mogelijkheden (beter) begrijpen, leidt tot betere en snellere zorg.

Wat levert het op?

- Vroegsignalering, kwetsbaarheid sneller in beeld
- Goede organisatiestructuur in de wijk die de samenwerking ondersteunt
- Informatie veilig delen op één platform
- Elkaar kennen maakt vragen stellen eenvoudiger, dit leidt automatisch tot vroegsignalering
- Beter gebruik maken van een ieders competenties
- Handreiking met werkafspraken
- Bestuurlijke ondersteuning

Wat kan beter?

De POH-O wil graag meer kennis opdoen over de Wlz (de wet langdurige zorg), het PGB (persoonsgebonden budget) en de bijbehorende procedures en mogelijkheden.

Deelname van de POH-O aan de MDO's waarbij de huisarts met de casemanager dementie en thuiszorg overlegt zou een meerwaarde zijn. Daarnaast wordt de verbinding met welzijn gemist, wat een waardevolle toevoeging zou zijn.

Voor een aantal deelnemers betekent registratie op het digitale platform dubbele registratie. Dat is onwenselijk vanwege het werk en de verschillen of fouten die bij dubbele registratie kunnen ontstaan in registraties.

Wensen voor de toekomst

De verbinding met welzijn zou een prachtige aanvulling zijn op de huidige zorgstructuur. Het verder adopteren van dit model in heel Zeeland zou de zorg sterker maken.

Betere mogelijkheden om gegevens te delen, als een logisch onderdeel van het werkproces voor iedereen, zou de samenwerking en de zorgkwaliteit verbeteren.

Financiering

Er is financiering op regioniveau voor ondersteuning.

Voor MDO in de huisartsenpraktijk is ondersteuning via de zorgverzekeraar.

De financiering van het communicatieplatform loopt via de huisartsenzorg.

Informatie

[De Zeeuwse ZorgCoalitie](#)

[Vroegsignalering](#)

[Handreiking](#) vroegsignalering van kwetsbaarheid bij ouderen

Het digitale communicatieplatform is VIP-live

Handreiking Gegevensuitwisseling huisartsen en wijkverpleegkundigen

Landelijke handreiking NHG / V&VN

- Handreiking voor en door huisartsen en wijkverpleegkundigen gemaakt door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Vereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN)
- Het biedt beide beroepsgroepen (huisartsen & wijkverpleegkundigen) inzichten in de informatiebehoefte en de daaruit volgende gegevens ten behoeve van het verbeteren van de samenwerking

Waarom

Om cliëntgegevens optimaal te kunnen gebruiken, moeten deze beschikbaar, bereikbaar en herbruikbaar zijn. Een zorgverlener moet op het juiste moment de relevante zorggegevens kunnen gebruiken. Een eenduidige beschrijving van de informatie, die relevant is om uit te wisselen tussen huisarts en wijkverpleegkundige is hierbij helpend, maar ontbrak tot op heden.

Organisatie

In 2024 zijn het NHG en V&VN een project gestart om de gegevensuitwisseling vanuit beide perspectieven verder uit te diepen en te beschrijven in een handreiking.

Wat levert het op

De handreiking geeft beide beroepsgroepen inzicht in elkaars informatiebehoefte en bijhorende gegevens. De handreiking is na publicatie te vinden via: de sites van de [NHG](#), [V&VN](#) en de [gezamenlijke site van Actiz, InEen en Zorgthuis.nl over gegevensuitwisseling voor thuiswonende kwetsbare ouderen](#).

Informatie:

NHG: Seraya de Vries (contactcentrum@nhg.org)

V&VN: Yingzi Zhan (kennisinstituut@venvn.nl)

Bevindingen uit de voorbeelden

De voorbeelden zijn uiteraard vereenvoudigd. De praktijk is uiteraard complexer, weerbarstiger dan kort geschetst kan worden. De belangrijkste bevindingen staan hieronder.

Bevindingen:

1. Regionaal worden nu “puntoplossingen” gebruikt. Die worden hier ook getoond. De branche-organisaties werken toe naar generieke, opschaalbare oplossingen en zijn daar voorstander van. Stap voor stap komen deze beschikbaar. Daarmee komen we langzaam los van de “punt oplossingen” die nu gebruikt worden om in elk geval lokaal gegevens te delen. Dit spanningsveld is ook in deze notitie zichtbaar.
2. Digitale uitwisseling is informatie delen. Informatie delen vraagt om vertrouwen. Leer elkaar daarom eerst kennen.
3. Digitale uitwisseling vraagt om het begrijpen wat de ander zegt. Leer elkaars taal kennen. De Wijkverpleegkundige spreekt een andere taal dan de huisarts. Elkaars taal kennen is een voorwaarde om informatie te begrijpen.
4. Digitale uitwisseling en informatie delen vraagt erom dat je elkaars behoeften begrijpt. Wat heb je nodig om goed jouw deel van de netwerkzorg te kunnen doen?
5. Digitale uitwisseling vraagt om afspraken over wat je wanneer met wie communiceert. Goede afspraken die nageleefd worden creëren vertrouwen.
6. Dubbele registratie is funest voor de kwaliteit van registratie en motivatie. Zoek digitale uitwisseling die naadloos het werkproces ondersteunt en daar winst oplevert.
7. Samenwerken in (digitale) netwerkzorg is mensenwerk. Mensen moeten de digitale vaardigheden, kennis en kunde hebben om aan alle vereisten voor de samenwerking te voldoen.

Randvoorwaarden goede gegevensuitwisseling en communicatie:

1. Er moet voldoende budget en menskracht beschikbaar zijn om de digitale gegevensuitwisseling en communicatie vorm en inhoud te geven.
2. Juridische kaders moeten helder zijn. Tussen BIG-geregistreerde zorgverleners die bij de behandeling betrokken zijn mag veel worden uitgewisseld. Het uitwisselen van gegevens tussen bijvoorbeeld het zorgdomein en het sociaal domein kent vooralsnog juridische belemmeringen.
3. Een geslaagd project valt of staat met bestuurlijke draagvlak en steun voor de samenwerking
4. Er is inzicht in elkaars werkwijzen, protocollen, (zorg)processen, ‘taal’ (manieren van vastleggen) en systemen nodig. Dit inzicht leidt tot begrip en vormt de basis voor het opstellen van plannen om de digitale gegevensuitwisseling en communicatie te verbeteren.
5. Er zijn twee belangrijke uitgangspunten bij het opstellen van projectplannen:
 - a. Betrek de (eind)gebruikers van alle partijen van meet af en houdt ze bij iedere stap betrokken!
 - b. Klein beginnen, bewijzen en daarna opschalen. Bij uitbreiding van de scope van het project geldt hetzelfde: klein beginnen, bewijzen en daarna opschalen.
6. Bij aanvang van een project en zodra de plannen bestuurlijk zijn gesanctioneerd zijn een doelmatige projectgovernance en goede werkafspraken nodig als fundament.
7. Het is iedere betrokkene duidelijk hoe je met gevoelige persoonsgegevens omgaat.
8. Zorgverleners en andere betrokkenen moeten zich bewust zijn van het belang van digitale samenwerking én het belang om met en voor elkaar te werken. Begeleiding en training zijn nodig.

Grootste knelpunten

1. Elkaar begrijpen is niet vanzelfsprekend. Maak afspraken over registratie en taalgebruik.

2. Landelijke kaders en techniek ontwikkelen minder snel dan regionale en lokale behoeften waardoor “elke” regio het wiel uitvindt en er veel 1:1 en n=1 oplossingen ontstaan. Gegevens zijn daardoor beperkt interregionaal deelbaar. Er worden hiermee drempels opgeworpen voor landelijke uitwisseling.

Bijlage: Formulier Zorgpunt Maastricht Heuvelland

ZORGPUNT MAASTRICHT-HEUVELLAND

Aanmelding en Indicatiestelling

Datum aanmelding: - -

Beantwoord s.v.p. onderstaande vragen

Patiënt akkoord voor opname ?	☐ Ja ☐ Nee
Is er een WLZ-indicatie aanwezig voor de patiënt?	☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
Is de intentie om de patiënt terug te laten keren naar de thuissituatie?	☐ Ja ☐ Nee
Verwachte opnameduur	☐ 3 weken ☐ 6 weken ☐ 12 weken

Gegevens Huisarts/Specialist

Naam Praktijk:	
Naam huisarts:	
Telefoonnummer:	

Gegevens Patiënt

Voorletters:		Achternaam:	
Geslacht:	☐ Man ☐ Vrouw		
Geboortedatum	- -	BSN nummer:	
Straat:		Huisnummer:	
Postcode:		Plaats:	
Telefoonnummer:			
Zorgverzekeraar:		Polisnummer:	
Telnr contactpersoon/ mantelzorger:			

Diagnose gegevens vanuit huisarts:

Voorliggende diagnose:	
Doelstelling/ Vraagstelling	
Profiel	Kortdurende opname (ELV/GRZ/Tijdelijk verblijf vanuit WLZ) Langdurende opname (Permanent verblijf vanuit de WLZ) Crisisopname (Noodzaak opname binnen 24 uur) Palliatief (Levensverwachting < 3 mnd)

Checklist aanvullende gegevens:

Medische voorgeschiedenis toegevoegd?	☐ Ja
Medicatie overzicht toegevoegd?	☐ Ja
Is er sprake van MRSA of andere aanverwante infecties?	☐ Ja ☐ Nee
Covid	☐ Negatief ☐ Verdacht ☐ Positief

Bijzonderheden

<u>Episode en Journaal toevoegen</u>

