

Goede transferzorg voor ouderen met een kwetsbare gezondheid

Werkboek ZorgbrugZO!



Projectteam *ZorgbrugZO!*

Januari 2026

Versie 12

INHOUDSOPGAVE

Waarom <i>ZorgbrugZO!</i> ?	3
Voor wie is <i>ZorgbrugZO!</i> bedoeld?	4
Wat willen we met goede transferzorg bereiken?.....	5
Route via geriatrische revalidatie.....	6
Het proces van verwijzing en overdracht.....	6
Overzicht routing <i>ZorgbrugZO!</i> per ziekenhuis en GRZ.....	7
Het proces na ontslag.....	9
Succesfactoren en tips voor een naadloze transfer	10
Bijlage 1 Warme overdracht.....	11
Bijlage 2 Checklist medicatie	12
Bijlage 3 Startplan	13
Bijlage 4 Werkafspraken in de huisartsenpraktijk.....	14
Bijlage 5 Overzicht deelnemende ziekenhuizen en GRZ-afdelingen	15

Dit werkboek is opgesteld als handvat voor alle betrokken professionals in Zorgbrug Zuidoost.

*Kortweg **ZorgbrugZO!***

*Dat zijn de deelnemende huisartsenpraktijken, casemanagers eerstelijns, gerieters,
geriatrieverpleegkundigen en professionals van GRZ-afdelingen.*

*Naast een procesbeschrijving is uitgewerkt welke stappen praktisch nodig zijn
voor een naadloze transfer en 'een zachte landing thuis'.*

Succes!

Waarom ZorgbrugZO!?

Door de dubbele vergrijzing en omdat ouderen langer thuis blijven wonen, worden er steeds meer ouderen opgenomen in het ziekenhuis. De impact van een ziekenhuisopname is groot: de kans op complicaties, zoals ondervoeding, delier, decubitus, bijwerkingen van medicatie of een val is groot. Vaak leidt dit tot blijvend functieverlies.



Zorgbrug Zuidoost, afgekort *ZorgbrugZO!* is onderdeel van de *Ouderenzorg* die zorggroepen Stroomz en Pozob (Post-Z) met vele ketenpartners hebben opgezet. Deze *Ouderenzorg* richt zich op de meest kwetsbare ouderen met verlies van regie en beperkingen in verschillende domeinen. De zorg voor deze groep vraagt een integrale en proactieve benadering met extra aandacht voor de mantelzorger. Deelnemende ziekenhuizen zijn het Catharina Ziekenhuis, Anna Ziekenhuis, St. Jans Gasthuis, en het Máxima MC. De geriatrie revalidatiezorg (GRZ) van Archipel, Vitalis, Anna Ouderenzorg en Land van Horne zijn toegevoegd aan de Zorgbrug. Zorgbelang, CZ en VGZ zijn vanaf de start betrokken.

Als een oudere met een zeer kwetsbare gezondheid in het ziekenhuis wordt opgenomen is het van belang dat betrokken professionals over de informatie beschikken die in de eerstelijns is verzameld. *ZorgbrugZO!* zorgt hiervoor. Bij opname wordt het ziekenhuis geïnformeerd en start de transferzorg van thuis naar ziekenhuis. Door zorgvuldige overdracht van thuis naar ziekenhuis en vice versa willen we de impact van een ziekenhuisopname zoveel mogelijk beperken, zodat de oudere zo lang mogelijk thuis kan wonen.

Voor wie is ZorgbrugZO! bedoeld?

Vanuit de deelnemende huisartsenpraktijken doen alléén ouderen mee die deelnemen aan de *Ouderenzorg*. Zij ontvangen de transferzorg zoals omschreven in dit werkboek. Dit betekent dat praktijken waar *Ouderenzorg* nog niet is geïmplementeerd, niet kunnen deelnemen.

Daarnaast kunnen ouderen ook in het ziekenhuis als kwetsbaar worden gesignaleerd. Alle 70+ers worden bij opname in het ziekenhuis gescreend op hun risico op functieverlies. De screening wordt uitgevoerd door de afdelingsverpleegkundige volgens de [VMS](#), waarbij gekeken wordt naar risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies. Bij een verhoogde kans op functieverlies of bij vooraf bepaalde indicaties/ingrepen brengt het geriatrieteam de oudere verder in beeld met een uitgebreider geriatrie onderzoek. Bv. door middel van de [CGA](#).

In het Anna Ziekenhuis, St Jans Gasthuis en het Catharina Ziekenhuis is voorwaarde voor deelname aan *ZorgbrugZO!* dat een patiënt op 2 van de 4 domeinen kwetsbaar scoort. De screening gebeurt in het Máxima MC in eerste instantie door de afdelingsverpleegkundige samen met de hoofdbehandelaar. De score van 2 van de 4 domeinen kwetsbaar wordt niet gehanteerd.

In de tweedelijntje ontvangt de oudere met een kwetsbare gezondheid zorg op maat. De casemanager in de tweedelijntje beoordeelt of inzet van *ZorgbrugZO!* nodig is en neemt vervolgens telefonisch of via VIPLive contact op met de huisartsenpraktijk. Daar wordt vervolgens (gezamenlijk) bepaald of een patiënt (op termijn) wordt opgenomen in de *Ouderenzorg* en wie het eerste huisbezoek aflegt.

NB: Voor patiënten die pas in het ziekenhuis als kwetsbaar worden gesignaleerd geldt de financiering van de transmurale module NIET. De contacten en eerste huisbezoek kunnen gedeclareerd worden in het HIS, NIET als een zorgactiviteit in VIPLive.

De belangrijkste onderdelen uit de *Ouderenzorg*.



Wat willen we met goede transferzorg bereiken?

1. Een verbeterde/naadloze overdracht van thuis naar het ziekenhuis waarbij het ziekenhuis binnen één werkdag na opname over informatie, verzameld in de eerstelijns, beschikt van een oudere met een kwetsbare gezondheid.
2. De al beschikbare informatie over de oudere wordt gebruikt in het ziekenhuis.
3. De mantelzorger is degene die het meest betrokken is bij de oudere. Deze blijft betrokken in de zorg voor de oudere in het ziekenhuis.
4. In het ziekenhuis is er extra aandacht voor kwetsbaarheid. Dus extra aandacht voor o.a. delierpreventie, voeding, huiskameractiviteiten, zo snel mogelijk uit bed aangekleed etc. Het doel is om functieverlies bij de oudere met een kwetsbare gezondheid zoveel mogelijk te beperken.
5. Een telefonische warme overdracht bij opname en ontslag tussen de casemanager eerstelijns (nu meestal de POH-OZ) en de geriatrieverpleegkundige (CM2). Indien van toegevoegde waarde kan de casemanager eerstelijns een bezoek brengen aan de oudere in het ziekenhuis. De mantelzorger is hierbij aanwezig. Meer informatie over de werkwijze van de warme overdracht is te vinden in bijlage 1.
6. De brief van de behandelend specialist (en geriater of met toevoeging input geriater) zijn binnen 24 uur na ontslag aanwezig op de huisartsenpraktijk. Onderdeel van de ontslagpapieren is het actueel medicatieoverzicht.
7. Een 'zachte landing' thuis door na ontslag (binnen één werkdag) een contactmoment vanuit de huisartsenpraktijk met de oudere te hebben om de situatie te inventariseren en afspraken te maken voor een huisbezoek. Aandachtpunten bij deze eerste contacten zijn; medicatiecheck, organisatie van benodigde ondersteuning en (mantel)zorg en evt. bijstelling gezondheidsplan.
8. Systematische (na)zorg in de thuissituatie. De eerste maanden na ziekenhuisontslag heeft de casemanager frequenter contact met de oudere of mantelzorger, op maat van de situatie en indien nodig wordt een MDO gepland.

Natuurlijk willen we met inzet van *ZorgbrugZO!* bereiken dat patiënt en mantelzorger tevreden zijn over de gecoördineerde overdracht tussen huisartsenpraktijk en ziekenhuis en de (minder stressvolle) overgang naar huis. Uit diverse onderzoeken ([De Eerstelijns, juni 2016](#)) blijkt dat een goed functionerende transferbrug leidt tot een lagere sterfte na ziekenhuisopname, een kortere ligduur en afname van heropnames. Winst voor de patiënt dus. Ook de kosten/baten-verhouding is positief.

Route via geriatrische revalidatie

De kwetsbare oudere gaat niet altijd via het ziekenhuis naar huis, maar kan eerst naar de geriatrische revalidatie (GRZ) gaan. Steeds meer revalidatie-afdelingen van VVT-instellingen maken deel uit van *ZorgbrugZO!* Inmiddels zijn met vier VVT-instellingen afspraken gemaakt: Anna Ouderenzorg, Archipel, Land van Horne en Vitalis. Het proces voor ontslag via GRZ verschilt iets per VVT-instelling. De GRZ-routes gelden ook voor ELV-hoog en worden incidenteel ook vanuit thuis opgestart.

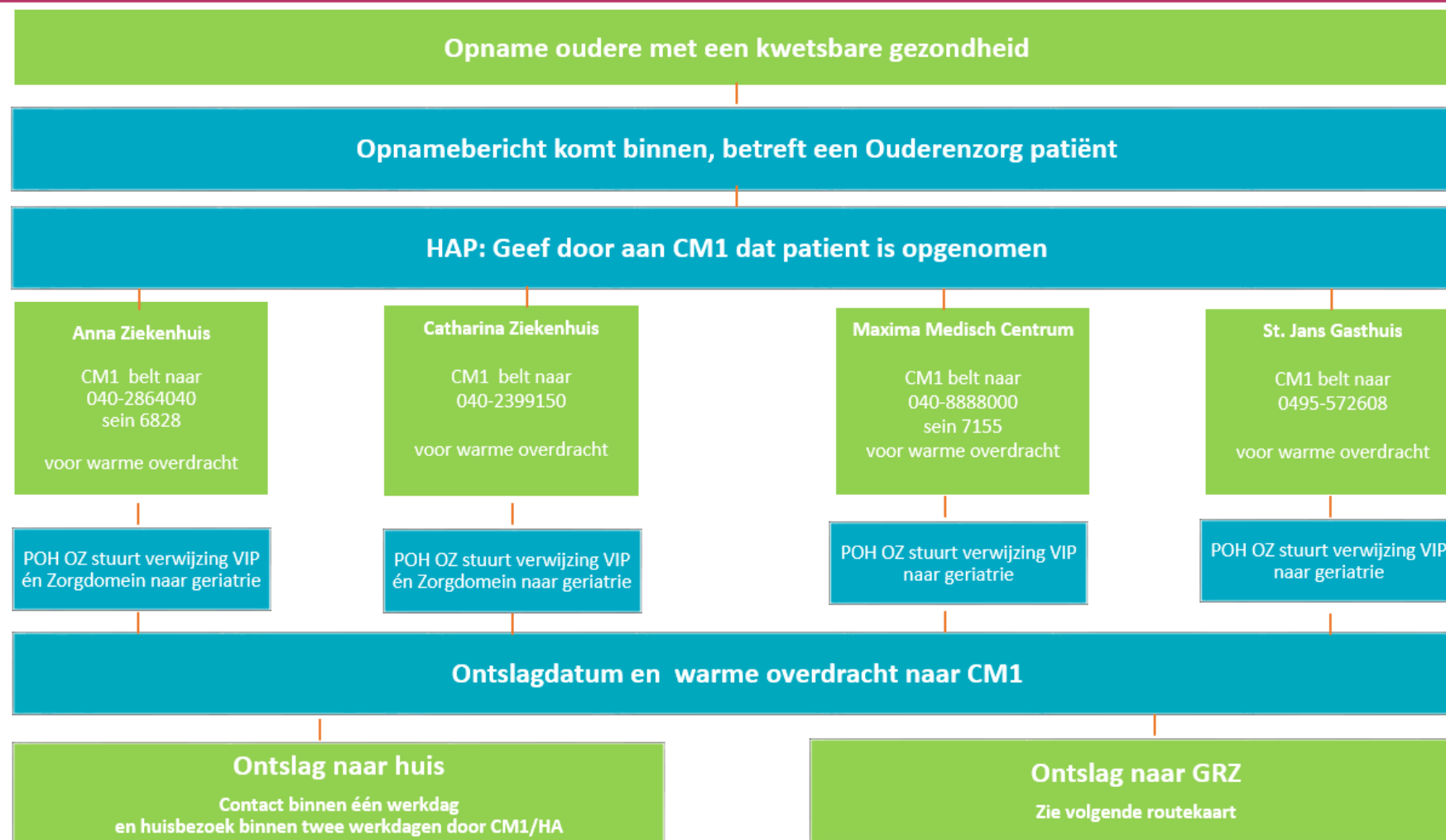
Het proces van verwijzing en overdracht

1. Verwijzing bij opname
Wanneer een geïnccludeerde oudere wordt opgenomen in het ziekenhuis (na verwijzing van huisarts of kenbaar gemaakt via opnamebericht), maakt de praktijkondersteuner een VIPLive verwijzing Zorgbrug naar het betreffende ziekenhuis. In deze verwijzing staan de belangrijkste kerngegevens van de oudere. Via VIPLive worden ook het Gezondheidsplan en de actuele medische gegevens gedeeld. De praktijkondersteuner controleert het Gezondheidsplan en past dit zo nodig aan vóór het versturen van de verwijzing.
2. Warme overdracht
Er vindt een telefonisch contact plaats tussen de casemanager uit de eerstelijns en de contactpersoon in de tweedelijns. Dit is een warme overdracht waarbij naast de medische gegevens ook persoonlijke context en mantelzorginformatie wordt gedeeld. Meer informatie over de werkwijze van de warme overdracht is te vinden in bijlage 1.
3. Ontvangst in de tweedelijns
De geriatrieverpleegkundige of consulent geriatric in het ziekenhuis ontvangt de verwijzing. Zo is direct duidelijk dat het gaat om een oudere die deelneemt aan de *Ouderenzorg*. Meer informatie over het ontvangen van een verwijzing via VIPLive is te vinden op: [Verwijzing - Een verwijzing ontvangen als ketenzorgpartner – VIPLive Academie](#)
4. Aanvullende afstemming
Indien nodig vindt tussentijds aanvullende communicatie plaats via de beveiligde communicatietool in VIPLive. Zo kunnen betrokken zorgverleners snel en veilig informatie uitwisselen.
5. Terugkoppeling over het ontslag
De geriatrieverpleegkundigen koppelt tijdig terug richting de eerstelijns. Hierbij wordt onder andere informatie gedeeld over de geplande ontslagdatum, eventuele veranderingen in de zorg en de verpleegkundige overdracht.
6. Verwijzing naar de geriatrische revalidatie (GRZ)
Wanneer de oudere niet direct naar huis kan, maar eerst moet revalideren, wordt ook een verwijzing naar de betreffende GRZ-afdeling verstuurd. De communicatie tussen GRZ en de eerstelijns verloopt eveneens via de communicatietool in VIPLive, voor zowel de informatie-uitwisseling tijdens de opname als de terugkoppeling bij ontslag.

De uitgebreide procesbeschrijving per ziekenhuis en per GRZ staat op blz. 7 en 8 van dit werkboek.

Overzicht routing ZorgbrugZO! per ziekenhuis en GRZ

ROUTEKAART ZORGBRUGZO! Ziekenhuizen *voor achtergrond en detail lees het werkboek ZorgbrugZO!



ROUTEKAART Geriatrische revalidatiezorg

Opname van een Ouderenzorg patient na ziekenhuis opname

Geriatric VPK informeert POH over GRZ opname en datum via VIP
bij afwezigheid POH/VS, neem contact op met huisartsenpraktijk

POH voegt GRZ toe in VIP

Archipel

Mail ovv 'Zorgbrug' naar
servicepunt@archipelzorggroep.nl

Indien nodig warme overdracht
040-2646464

Anna Ouderenzorg

Mail ovv 'Zorgbrug' naar
zorgbruggrz/elv@st-anna.nl

Indien nodig warme
telefonische overdracht
088-5677700

Land van Horne

Mail ovv 'Zorgbrug' naar
CSD-GR@landvanhorne.nl

Indien nodig warme overdracht,
SO/VS leest overdracht in dossier
ziekenhuis

Vitalis

Mail ovv 'Zorgbrug' naar:
vitalis.revalidatie@vitalisgroep.nl

Indien nodig warme overdracht
0612984806

Voorlopige- en ontslagdatum melden aan POH via VIP

Warme tel overdracht aan POH
VPK overdracht, medicatieoverzicht en ontslagbrief binnen één werkdag

Ontslag naar huis

Contact binnen één werkdag en huisbezoek binnen twee werkdagen door CM1/HA

Het proces na ontslag

Na ontslag dient de ontslagdatum als zorgactiviteit 'OZ Transmurale Zorgbrug' in VIPLive ingevoerd te worden. Zie deze link: [Handmatig declareren van zorgactiviteiten – VIPLive Support](#)

NB: Na invoeren van deze zorgactiviteit ontvangt de huisartsenpraktijk het tarief voor de prestatie Ouderenzorg transmuraal, dit is een tarief per ontslagmoment. Er kunnen geen andere consulten en verrichtingen, zoals telefonische contact en eerste huisbezoek(en) in rekening worden gebracht.

Het eerste contact binnen één werkdag na ontslag.

Een medewerker van de huisartsenpraktijk informeert naar het verloop van de opname. Deze beoordeelt of een visite dezelfde, de volgende dag of op de eerste werkdag van de praktijkondersteuner of casemanager ingepland dient te worden.

Het eerste huisbezoek binnen twee werkdagen na ontslag.

Tijdens het eerste huisbezoek wordt geïnformeerd naar het verloop van de opname. Aan de hand van de medicatielijst uit het ziekenhuis of de GRZ, het HIS en de 'oude' medicatie die vaak nog thuis ligt wordt samen met de patiënt een medicatiecheck uitgevoerd. Bij zeventig procent van de patiënten is bij thuiskomst uit het ziekenhuis sprake van medicatieveranderingen. In veel gevallen is de medicatie (nog) niet compleet omgezet naar de middelen die de patiënt eerder thuis gebruikte. Ook kan medicatie gestopt zijn of nieuwe medicatie gestart. Bij afwijkingen wordt met de huisarts overlegd. In bijlage 1 vind je een eenvoudige opzet die je kunt gebruiken bij de medicatiecheck.

Als de patiënt thuiszorg heeft, wordt gecheckt hoe dit verloopt en of er behoefte is aan meer (of minder) zorg. Ook de informele zorg wordt besproken; zijn er mantelzorgers? Is voor hen duidelijk wat zij kunnen doen? Kunnen zij de zorg aan en zijn er andere mensen op wie de oudere een beroep kan doen? Zijn er nog hulpmiddelen of andere oplossingen die patiënt en mantelzorger helpen om het leven thuis makkelijker te maken? Als laatste wordt gecheckt of bijstelling van het gezondheidsplan en evt. een MDO nodig is.

Vervolghuisbezoeken

Enkele weken na ontslag uit het ziekenhuis heeft de oudere zijn leven meestal weer wat opgepakt en is ook duidelijk wat nog niet goed gaat. In het ziekenhuis is het zorgbehandelplan opgestart tijdens behandeling van een vaak acute ziekte. Nu de patiënt weer thuis is, staan wellicht andere problemen op de voorgrond, of spelen bepaalde problemen niet meer.

Bespreken en voorbereiden bezoek aan de polikliniek

Vaak heeft de patiënt vier tot zes weken na ontslag een poliklinische vervolgspraak bij een of meer medisch specialisten in het ziekenhuis. De casemanager bespreekt het polikliniekbezoek desgewenst voor en formuleert samen met de patiënt mogelijke vragen. Daarnaast samen doornemen welke medicatie gebruikt wordt en eventueel het actueel medicatieoverzicht meegeven.

Succesfactoren en tips voor een naadloze transfer

Uit de ervaringen tot nu toe blijkt dat de volgende factoren heel bepalend zijn voor het realiseren van een goede zorgbrug:

1. Bij inclusie van een oudere in de *Ouderenzorg* vermeld in de **memo-/attentieregel**: "Bij opname in ziekenhuis bericht in agenda praktijkondersteuner"
2. Dagelijks **checken van het 'Postvak In' op opnames** van een geïnccludeerde oudere. Wie dat doet is per praktijk verschillend: doktersassistente, POH-OZ of de huisarts. Tip; maak hier afspraken over in de praktijk.
3. **Onderlinge vervanging**: Veel casemanagers werken parttime. Goede transferzorg staat of valt met het organiseren van vervanging. Tip: Geef in VIPLive aan wanneer je bereikbaar bent en wie je vervangt bij afwezigheid. Ook hier geldt dat het niet uit maakt wie het doet, als het maar gebeurt. Zie [hier](#) instructiefilmpje.
Het is ook mogelijk een gezamenlijke inbox aan te maken in VIPLive. Deze maakt het mogelijk als groep berichten te ontvangen en te beantwoorden. Hoe je dat doet zie je [Hier: Hoe gebruik ik de gezamenlijke inbox?](#) Tip: Maak een groep ZORGBRUG aan en voeg alle POH-S toe als deelnemers. Indien wenselijk kan de huisarts en/of assistente ook toegevoegd worden.
4. **Onderlinge bereikbaarheid**: Op welk nummer ben je (snel) bereikbaar? In het ziekenhuis is dat meestal de poli.
5. **Actuele informatie in het HIS en gezondheidsplan**: Dit is het uitgangspunt voor zorg. Wensen en omstandigheden van ouderen met een kwetsbare gezondheid zijn veranderlijk. Tip: check voordat je verwijzing stuurt op actualiteit en volledigheid onderstaande info:
Belangrijke actuele informatie:
 - Zorgnetwerk in VIPLive actueel
 - Zijn afspraken rondom Proactieve zorgplanning bekend (zie ICPC A20 of gezondheidsplan)
 - Is er een Wlz-indicatie bekend (vastgelegd op de juiste manier in het protocol in het HIS gaat deze mee in de verwijzing)
 - Mantelzorg gegevens
 - Gezondheidsplan bijgewerkt en genoteerd wie casemanager is.
 - Start
6. Nodig de **mantelzorger** uit om bij het huisbezoek na ontslag aanwezig te zijn. Mantelzorgers stellen dit zeer op prijs en het geeft hun rust. Bovendien zijn zij vaak nodig voor benodigde acties.

Voor praktijken die starten met *ZorgbrugZO!* is in bijlage 2 een kort startplan toegevoegd

Bijlage 1 Warme overdracht

Elke patiënt heeft recht op een optimale overdracht van informatie. Bij ouderen met een kwetsbare gezondheid vraagt dit om extra zorg en aandacht. Wanneer een oudere met een kwetsbare gezondheid, die deelneemt aan het zorgprogramma, wordt opgenomen in het ziekenhuis, ontvangt de geriatrieverpleegkundige of de consulent geriatrie in de tweedelij een verwijzing of bericht via VIPLive, aangevuld met een warme telefonische overdracht. In deze overdracht wordt belangrijke informatie gedeeld die verder gaat dan het papieren dossier.

Werkafspraken warme overdracht:

- Bij opname: de POH of casemanager uit de eerstelij geeft een warme overdracht aan de casemanager in de tweedelij.
- Bij ontslag: de casemanager in de tweedelij geeft een warme telefonische overdracht aan de casemanager in de eerstelij.

Aandachtspunten bij de warme overdracht

- Te verwachten problemen en advies: Denk aan cognitieve achteruitgang, functionele aandachtspunten.
- Sociaal functioneren: Is er een mantelzorger betrokken? Wat is de relatie en hoe is de draagkracht van de mantelzorger?
Hoe is verder de sociale situatie? Hoe ziet iemands netwerk eruit? Wat is iemands achtergrond, beroep, hobby's?
- Betrokken professionals: Naast de mantelzorger, welke professionele zorgverleners, paramedici en andere zorg zijn betrokken? Bij opname en ontslag moet worden bepaald of deze zorg wordt voortgezet, aangepast of tijdelijk gestaakt.
- ADL en mobiliteit: Zelfredzaamheid, gebruik van hulpmiddelen (bij medicatie inname, bril gehoorapparaat, rollator) bijzonderheden op het gebied van communicatie (bv afasie).
- Beleidsafspraken en Proactieve zorgplanning: Welke afspraken zijn vastgelegd over toekomstige zorg en behandeling.
- Psychosociale factoren: Denk aan recente ingrijpende gebeurtenissen zoals het overlijden van een partner, stress bij de mantelzorger of verslavingsproblematiek. Is de oudere zelf mantelzorger? Zijn er zaken waar hij of zij zich zorgen over maakt (bv. een huisdier)?

Met een goede warme overdracht zorgen we samen voor continuïteit van zorg en een veilige overgang tussen zorgverleners.

Bijlage 2 Checklist medicatie

Onderdeel:	Antwoord:	Actie indien nodig:
Heeft patiënt medicatie mee naar huis gekregen?	Ja	
	Nee	
Kan patiënt de medicatie zelf uitzetten?	Ja	
	Nee	
Indien nee, welke hulp is gewenst?	Mantelzorger kan helpen	
	Thuiszorg is nodig	
	Overleg met apotheek voor Baxter	
Heeft oudere zelf nog medicatie thuis liggen?	Ja, het is duidelijk voor de patiënt hoe deze te gebruiken	
	Ja, het is niet duidelijk voor de patiënt hoe deze te gebruiken	
	Nee	
Acties noodzakelijk naar aanleiding van check?	Nee	
	Ja, contact met huisarts/ ziekenhuis/ apotheek/ thuiszorg/ mantelzorg	
Heeft ingezette actie geleid tot verandering van medicatie?	Nee	
	Ja, namelijk	

Bijlage 3 Startplan

Basisvoorwaarden:

- De doelgroep is duidelijk: Ouderen met een kwetsbare gezondheid opgenomen in de *Ouderenzorg*.
- Bij deze ouderen is bekend wie de casemanager in de eerstelijns is. Dit is vastgelegd in het gezondheidsplan in VIPLive.
- De POH-OZ en ZTB die in VIPLive werken hebben in VIPLive werkdagen vastgelegd en houden dit bij. In het out of office bericht staat wie waarneemt.
- Wordt het casemanagement niet door de POH-OZ uitgevoerd, dan zorgt de POH-OZ voor instructie werkwijze *ZorgbrugZO!*

Benodigde acties bij de start:

- Zorg dat alle medewerkers in de praktijk op de hoogte zijn van *ZorgbrugZO!* afspraken. Het slagen van *ZorgbrugZO!* is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de hele praktijk en lukt alleen als ieders rol duidelijk is.
- Zorg dat alle medewerkers in de praktijk op de hoogte zijn van de declaratie van *ZorgbrugZO!* contacten.
- Maak onderling afspraken over vervanging van deeltijd werkende POH-OZ/ huisartsen en leg ze schriftelijk vast, zie bijlage 5.
Iedere werkdag is er iemand aanwezig die:
 - ✓ Opnameberichten checkt op opname van een oudere.
 - ✓ Verwijzingen kan aanmaken-Huisbezoeken kan doen.
 - ✓ Bereikbaar is voor de casemanager uit de tweedelijns.
- Maak onderling afspraken hoe je om gaat met volle agenda's. Bijvoorbeeld bij het contact binnen 1 werkdag en of een huisbezoek. Laat bijvoorbeeld de praktijkassistente ruimte maken in je agenda.
- Zorg dat je elkaar persoonlijk kent:
 - ✓ Neem deel aan leerbijeenkomsten die door ziekenhuizen en de zorggroepen georganiseerd worden.

Met bovenstaande ligt er een goede basis om samen te starten en ervaring op te doen met de eerste patiënten. De ervaring leert dat onderlinge samenwerkingsafspraken al doende steeds beter worden, met als resultaat korte lijnen tussen huisartsenpraktijk en ziekenhuis. Daarmee is de basis gelegd voor goede (transfer)zorg voor de patiënt.

Bijlage 4 Werkafspraken in de huisartsenpraktijk

Voor wie is ZorgbrugZO! Bedoeld?

Alléén voor ouderen die geïnccludeerd zijn in de *Ouderenzorg*.

Daarnaast kunnen zeer kwetsbare ouderen ook in het ziekenhuis worden geselecteerd voor deelname na uitgebreid onderzoek door geriatrieteam en waarna de casemanager in de tweedelijns beoordeelt of inzet van *ZorgbrugZO!* nodig is. De huisarts bepaalt samen met de POH of deze oudere geïnccludeerd kan worden in de *Ouderenzorg* en wie het eerste huisbezoek aflegt.

NB: Voor patiënten die pas in het ziekenhuis als kwetsbaar worden signaleerd geldt de financiering van de transmurale module NIET. De contacten en eerste huisbezoek kunnen gedeclareerd worden in het HIS, NIET als een zorgactiviteit in VIPLive.

Acties:	
Praktijkassistente	Dagelijks ZH-opnameberichten checken op opname van oudere geïnccludeerd in de <i>Ouderenzorg</i> : HA en POH inlichten
Praktijkondersteuner	Neem contact op met geriatrie tel:: Wie is contactpersoon in de tweedelijns? Verwijzing via VIPLive binnen één werkdag Voeg tweedelijns toe aan zorgnetwerk van de patiënt <i>* afhankelijk van ZH, zie proces en pas aan</i>
Praktijkondersteuner/ casemanager	Warme telefonische overdracht bij opname
Casemanager tweedelijns	Warme telefonische overdracht voorafgaand aan ontslag
Geriatr/specialist/SO	Brief en medicatieoverzicht binnen 24 uur naar praktijk sturen
Huisarts/praktijkondersteuner/ casemanager	Eerste contact binnen één werkdag. Huisbezoek doen binnen twee werkdagen: - Indien mogelijk mantelzorger aanwezig - Organisatie benodigde zorg/ zorg - Medicatiegebruik checken/ uitleggen zn. - Gezondheidsplan bijstellen - Verwijzing geriatrie in VIPLive sluiten

Bijlage 5 Overzicht deelnemende ziekenhuizen en GRZ-afdelingen

Catharina ziekenhuis	Poli Geriatrie: 040 – 2399150
Anita de Laat	Verpleegkundig consulent
Tessa Machiels	Verpleegkundig consulent
Marjolein Groeneveld	Verpleegkundig consulent
Evelien van Nieuwenhoven	Verpleegkundig consulent
Britt Goertz	Verpleegkundig consulent
Mieke Nanninga	Verpleegkundig consulent
Karlijn Cavens	Verpleegkundig consulent
Anneloes Huijgens	Geriater
Anna Ziekenhuis	Huisartsen overleglijn: 040 - 2864905 Poli Geriatrie: 040 - 2864811
Els Leijten	Geriatrieverpleegkundige
Mirjam Schepens	Geriater
St. Jans Gasthuis	Poli Geriatrie: 0495 – 572608 geriatrieverpleegkundigen@sigweert.nl
Wouter Overbeek	Geriater
Paul Croughs	Geriater
Nadja Ommering	Geriater
Wieke Segers	Geriater
Marlies Slegers	Geriater
Jolien Bongaerts	PA
Laura van den Eertwegh	Geriatrieverpleegkundige
Marja van Doorn	Geriatrieverpleegkundige
Simone van Loos	Geriatrieverpleegkundige
Máxima MC	Poli Geriatrie: 040 – 8886184 Sein 7155 geriatrieteam@mmc.nl
Loes Zigenhorn	Geriatrieverpleegkundige
Saskia Gruijthuijzen	Geriatrieverpleegkundige
Els Lambooi	Internist Ouderengeneeskunde

GRZ – Archipel**040 – 2646464**

Wietske Hermens

Cliëntadviseur

Fleur van hoof

Cliëntadviseur

Mijke Claassen

Cliëntadviseur

Guusje Gommers

Cliëntadviseur

Esther Dobbelssteen

Cliëntadviseur

Frederique van Veldhuizen

Specialist Ouderengeneeskunde

Fiona Koops

Specialist Ouderengeneeskunde

GRZ – Vitalis**040 – 2151667**

Suzan Intven

Casemanager revalidatie

Tom Buytels

Casemanager revalidatie

GRZ – Land van Horne**088 – 9878447**

Iris Kuijsten- Snijders

Specialist Ouderengeneeskunde

GRZ – Anna ouderenzorg**088-5677762**

Margreet de Groot

Specialist Ouderengeneeskunde

Joyce Verhees

Teamcoördinator

Cheyenne van der Jagt

Teamcoördinator

