



common eye



Kader voor de systeemfunctie onplanbare wijkverpleging in de nacht

Uitkomsten van het gesprek met ketenpartners, 24 september 2025

Inhoud nog onder voorbehoud van besluitvorming ALV van CTV

14-10-2025

Inhoudsopgave

Inleiding

1. Uitkomsten van het gesprek
2. Onplanbare zorg in de nacht: model
3. Kwaliteitscriteria voor onplanbare zorg in de nacht

Inleiding

Inhoud is nog onder voorbehoud van besluitvorming door de ALV van CTV

Inleiding

- Op 24 september was een interessante bijeenkomst met ketenpartners over het door CTV ontwikkelde model over het ecosysteem van de onplanbare zorg in de nacht en de kwaliteitscriteria voor de wijkverpleging.
- Doelstelling van de bijeenkomst was om onze uitwerking te toetsen en te verdiepen.
- Na het welkom en de eerste kennismaking licht Charles Laurey de doelstellingen van CTV toe.
- Vervolgens licht Joost Smit van Common Eye de uitwerking van het model en de kwaliteitscriteria toe. De eerste reacties zijn dat het herkenbaar is en een goed beeld geeft.
- Vervolgens gaan we met elkaar in gesprek in gemengde groepen van ketenpartners en CTV-leden.
- De aanwezige ketenpartners geven aan dat zij graag op de hoogte worden gehouden van de verdere ontwikkelingen.
- In dit document zijn de uitkomsten van de gesprekken eerst opgenomen. Vervolgens komt het kader aan de orde met het model en de kwaliteitsindicatoren.
- **NB Begin november beslist de ALV van CTV over de inhoud en het vervolg. Vanuit CTV ontvangt u hier natuurlijk nadere informatie over. Tot dat moment is deze inhoud dus CONCEPT.**

De onderstaande deelnemers waren aanwezig.

- Ketenpartners
 - Corine Bruggers, InEen
 - Astrid Offringa, Acute zorg regio Oost
 - Eric van der Linde, Actiz
 - Leonie Balles, VWS
 - Ingrid van der Zijden, RAV Brabant Midden-West-Noord
 - Vera van der Beek, Landelijk netwerk acute zorg
 - Ingrid Kroon, Hadoks
 - Marcello Koedoot, Drechtdokters
- CTV
 - Charles Laurey, directeur CTV
 - Sandra Kwik, TWB
 - Lars Walda, Cordaan
 - Mark Kuilder, Santé Partners
 - Annemijn Goeree, Aafje
 - Marjolein Kalisvaart, Zorgsaam
 - Katja Westgeest, Spoedteam Enea
- De bijeenkomst werd begeleid door Joost Smit van Common Eye.

De ambitie van CTV

De Coöperatie Thuis en Veilig (CTV) wil een onderscheidende rol spelen

- De leden van CTV hebben met elkaar afgesproken dat zij aantoonbaar de actieve systeemaanbieders van de onplanbare nachtzorg willen zijn. Deze ambitie vullen zij concreet in door de systeemfunctie nader uit te werken en kwaliteitscriteria te benoemen waar alle leden van CTV zich aan verbinden.
- **De leden gebruiken deze aanpak intern om hun functioneren te verbeteren.**
 - Alle individuele leden stellen voor zichzelf een groeipad op om aan de afgesproken kwaliteitscriteria te voldoen. Dit integrale plan is onderwerp van gesprek met de cliëntenraad.
 - De leden van CTV toetsen periodiek onderling in hoeverre zij aan de kwaliteitscriteria voldoen en deze toetsing is een belangrijke pijler voor de betreffende organisatie om het functioneren verder te verbeteren.
 - De leden zullen zowel de opzet van de systeemfunctie als de kwaliteitscriteria verder brengen en aanpassen aan de ontwikkelingen binnen de wijkverpleging en het ecosysteem in de nacht.
- **De leden gebruiken deze aanpak om in gesprek te gaan met hun ketenpartners.**
 - Ze gaan in gesprek met de andere aanbieders wijkverpleging om zo de aansluiting tussen de onplanbare zorg in de nacht en andere organisaties met wijkverpleging te optimaliseren.
 - Ze gaan in gesprek met de andere zorgaanbieders van onplanbare zorg in de nacht om de bijdrage van de wijkverpleging in te brengen bij het realiseren van het concept van passende zorg.
- **De leden gebruiken deze aanpak om hun maatschappelijke waarde extern te laten zien.**
 - De leden zijn transparant over de kwaliteitscriteria en hun individuele invulling daarvan naar hun ketenpartners, zorgverzekeraars en andere stakeholders.

Uitkomsten van het gesprek

Graag gaan we in gesprek

- Algemeen
 - Herkennen je het model?
 - Hoe werkt het bij jou in de praktijk?
- Wat vind je belangrijk dat juist wel/niet in het aanbod van de CTV-leden is opgenomen?
- Wat heb je nodig om goed te kunnen verwijzen naar de CTV-leden?
- Wat verwacht je van de rapportage en hoe zou je dit willen faciliteren?
- Welke ontwikkelingen verwacht je de komende drie jaar? Waar zou je op willen inzetten?

Eerste conclusies met ketenpartners (1/2)

Opgehaald in de bijeenkomst op 24 september

Het model en de kwaliteitscriteria zijn herkenbaar

- Bij de verdere uitwerking komen de onderstaande punten in elk geval aan de orde.
 - Hoe om te gaan met incidenten, calamiteiten en klachten
 - Hoe verhoudt de samenwerking zich tot de medische verantwoordelijkheid
 - Aanpassen van een aantal kpi's is wellicht nodig, aangezien doorverwijzen meer tijd kost dan de zorgvraag binnen de eigen organisatie op te pakken
- Gegevensuitwisseling is de noodzakelijke voorwaarde voor deze samenwerking
 - Zowel individueel, professioneel als managerial
 - Landelijke kaders én regionale invulling
- Goede zelftriage is van groot belang

Aanbod staat in de basis goed

- Het aanbod moet voor de ketenpartners helder zijn beschreven (protocollen, kwaliteitscriteria).
- Is het mogelijk om deze insteek ook te gebruiken voor andere tijdsblokken dan alleen de nacht?
- Overbruggingszorg is interessant om over door te praten.
- Aandachtspunt is om voor passende zorg ook passende financiering te ontvangen.

Eerste conclusies met ketenpartners (2/2)

Opgehaald in de bijeenkomst op 24 september

Samenwerken vraagt tijd en aandacht

- Bij samenwerken is een gezamenlijke visie van groot belang.
 - Ook aan afspraken vast houden als een aanbieder moeite heeft om ze waar te maken.
- Een overzicht met het aanbod van alle betrokken partijen is nodig.
- De tijd nemen om (periodiek) de belangen met elkaar te bespreken.
- Het inrichten van een fysiek punt kan helpen om de samenwerking te versterken; mensen leren elkaar dan kennen.
- Eenduidige triage van alle partijen is van belang. Zorgaanbod zou gelijk moeten zijn, ongeacht waar de patiënt zich aanmeldt.
- Voor de overdracht is een gestandaardiseerde rapportage van belang.

Thema's voor de komende jaren

- De samenwerking verder uitbreiden over twee assen.
 - Naast de nacht ook het weekend en daarna de avond.
 - Het aantal zorgpaden dat de wijkverpleging aanbiedt.
- De acute zorg benaderen vanuit het gezichtspunt van een integrale aanpak.
- Digitale triage gaat invloed hebben op de samenwerking.
- De zorgvraag leidend laten zijn bij de verdere uitwerking en dus niet het systeem of de financiering (ZVW/WLZ).
 - Laat professionals samen kijken naar mogelijke oplossingen.
- Samenwerking zowel landelijk tussen de koepels als regionaal tussen de aanbieders vormgeven.
- Homogeniteit in handelen door de zorgverzekeraars.

Onplanbare zorg in de nacht

Waar hebben we het over?

Toelichting op het model

Leeswijzer voor het eerste hoofdstuk

- In dit hoofdstuk komen het model van de onplanbare zorg in de nacht en het aanbod van de acute wijkverpleging aan de orde.
 1. Het model voor de onplanbare zorg in de nacht hebben we uitgewerkt op basis van de zorgvraag van een inwoner/cliënt.
 - Door de zorgvraag en het uitvoeren van de zorg als uitgangspunt te nemen, is de wijze van financiering volgend. De vraag over de passende financiering heeft geen plek in deze uitwerking.
 2. Het assortiment van de acute wijkverpleging bestaat uit een standaard voor alle CTV-leden en een aanbod dat per regio of aanbieder kan verschillen.
- Een inwoner/cliënt kan in de nacht contact zoeken met een aanbieder vanuit de VVT. Dit kan zowel als zij zelfstandig wonen of als zij in een beschermde woonvorm wonen. Route 1 en 3 op sheet 12.
- Daarnaast kan een inwoner/cliënt contact opnemen met één van de andere zorgaanbieders die in de nacht voor spoedzorg beschikbaar zijn (de acute keten). Route 2 op sheet 12.
 - Zorg Coördinatie Centrum (ZCC)
 - Meldkamer 112
 - Spoedeisende Hulp (SEH)
 - Huisartsenpost
 - GGZ

Model is opgebouwd uit vier fases

Leeswijzer voor de volgende sheet

- De eerste fase is dat een inwoner/cliënt een acute zorgvraag ervaart en hierover contact opneemt met een zorgaanbieder of een meldkamer. Zij kan zelfstandig wonen of in een beschermde woonvorm verblijven.
 - Het onderscheid tussen de twee omgevingen wordt bepaald doordat er in een beschermde woonvorm altijd een zorgmedewerker aanwezig is. Deze zal de zorgvraag in eerste instantie zelf oppakken/beoordelen en zo nodig contact opnemen met de betreffende systeemaanbieder acute wijkverpleging of een andere zorgaanbieder in de acute keten. Dan is de contactpersoon dus een zorgmedewerker en niet de bewoner/cliënt zelf.
 - Inwoners/cliënten passen altijd een vorm van zelftriage toe, voordat zij hun zorgvraag kenbaar maken. Door hen goed voor te lichten is het de bedoeling dat zij alleen bij spoed contact opnemen én direct met de passende zorgaanbieder contact opnemen.
- De tweede fase is het aanmelden bij de zorgaanbieder.
 - In deze fase meldt de inwoner/cliënt zich bij de zorgaanbieder en deze doet de eerste uitvraag op de zorgvraag. Als de zorgvraag passend lijkt, worden de basisgegevens van de zorgvrager vastgelegd.
 - Binnen de wijkverpleging is het aanmelden soms deels uitbesteed aan een aanmeldkamer. Dit is met name het geval als het eerste contact tot stand komt met een systeem voor alarmering.
- De derde fase is de triage door de betreffende zorgaanbieder.
 - De zorgaanbieder voert de medische triage uit (inclusief urgentiebepaling) en bereidt de uitvoering voor.
 - Hiervoor raadpleegt de zorgaanbieder zo mogelijk het medisch dossier van de zorgvrager.
 - Onderdeel van de triage is de check op passende zorg. In toenemende mate wordt de wijkverpleging benaderd als zij de passende zorg kunnen leveren.
 - Bij het doorverwijzen door een andere zorgaanbieder, maakt de wijkverpleging ook altijd zelf de afweging of zij de gevraagde zorg voor hen inderdaad passend is.
- De vierde fase bestaat uit het feitelijk leveren van de zorg.
 - De uitvoering gebeurt op basis van de geldende professionele standaarden van de wijkverpleging. Dit maakt geen deel uit van de systeemfunctie.
 - De uitvoering wordt afgesloten met het rapporteren in het eigen ECD of dat van de zorgorganisatie die verwezen heeft naar de wijkverpleging (stap 3).

Onplanbare zorg in de nacht

Schematische opbouw



Zelftriage: Een cliënt bij een thuiszorgorganisatie of een inwoner die daar geen cliënt is, ervaart een acuut zorgvraag waarvan hij/zij oordeelt dat zorg noodzakelijk is.

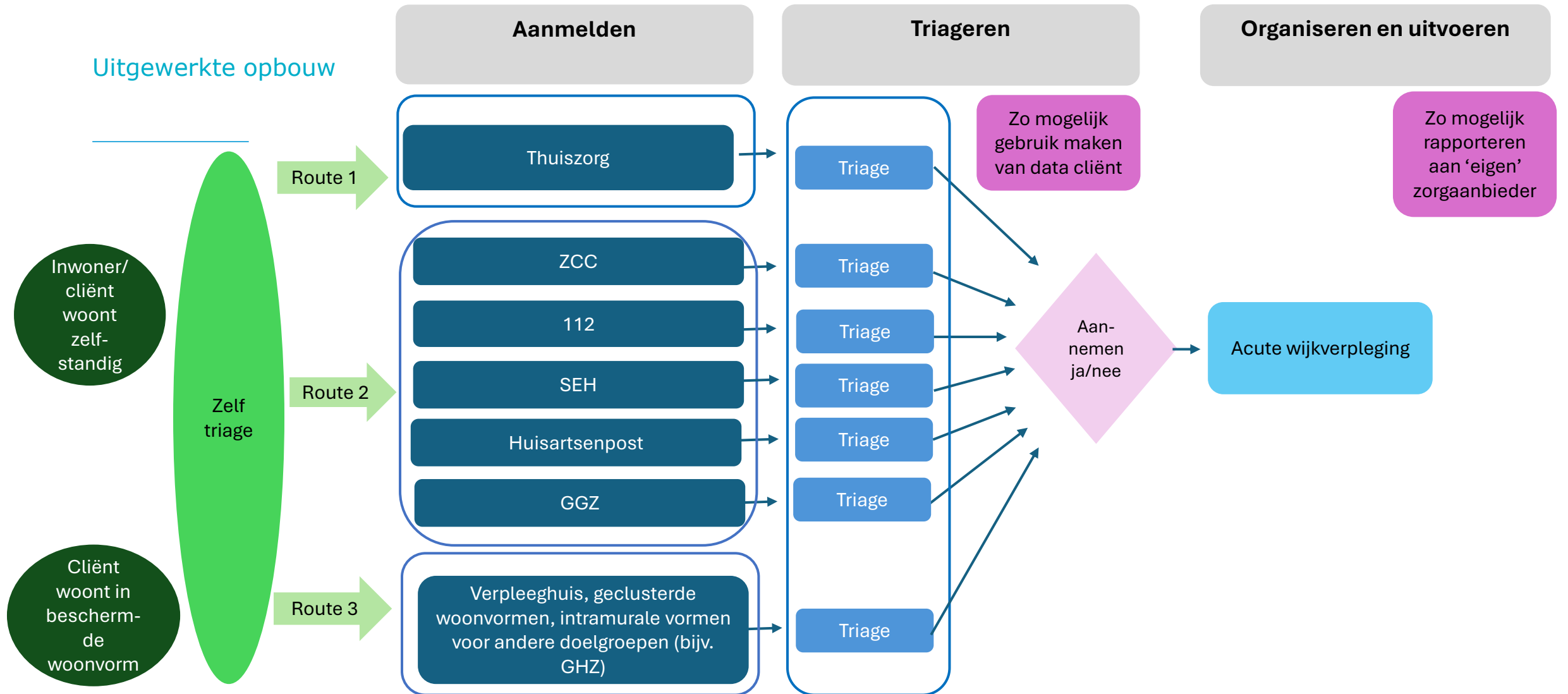
Aanmelden: Hij meldt zich aan bij een zorgaanbieder die een eerste check uitvoert en de basisgegevens vastlegt.

Triageren: Daarna volgt de medische triage waarna besloten wordt om wel of niet acute zorg te verlenen en door wie deze zorg geleverd wordt.

Organiseren en uitvoeren: Na het aannemen van de zorgvraag, gaat de betreffende zorgaanbieder organiseren, uitvoeren en rapporteren.

Onplanbare zorg in de nacht → acute wijkverpleging

Uitgewerkte opbouw



Aanbod van de acute wijkverpleging in de nacht

Het aanbod van de CTV-leden

De basis, voor alle leden van CTV

- In het tijdvak van 23.00 tot 7.00
- Het is niet gepland en zou ook niet gepland kunnen worden
- Een noodsituatie, plotselinge verslechtering van de gezondheidstoestand van de cliënt, of andere onvoorziene omstandigheden die dringende zorg vereisen
- Het is acuut, incidenteel en niet uitstelbaar tot de reguliere zorg
- Het gaat om verpleegkundige zorg (incl. het coördineren van zorg)
- Het vraagt om bereikbaarheid en beschikbaarheid
- De cliënten zijn minimaal 18 jaar oud

Aanvullend, in te vullen per regio

- Het is gepland, maar aanbieder kan het niet direct leveren → maximaal x nachten
- Het had gepland kunnen worden → wel uitvoeren en volgende dag in gesprek met aanbieder
- Het betreft ook de hoog complexe verpleegkundige zorg
- Het gaat ook om jongeren of kinderen onder 18 jaar oud

Kwaliteitscriteria voor onplanbare zorg in de nacht

Wat is onze basis?

Toelichting op de kwaliteitscriteria

Leeswijzer voor het tweede hoofdstuk

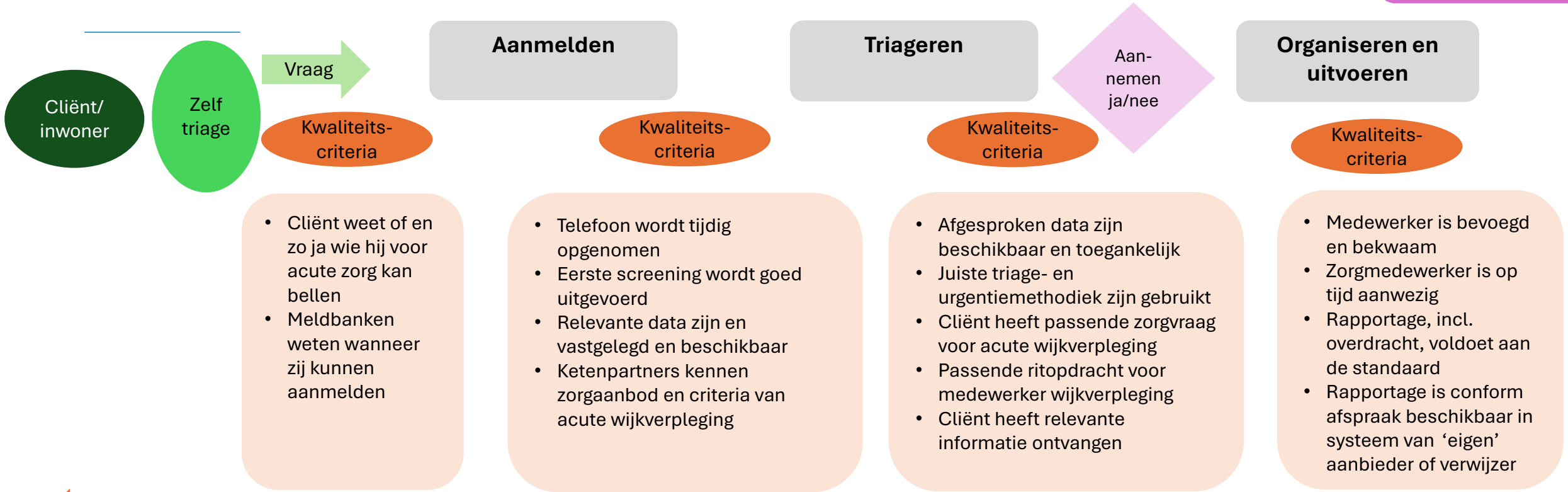
- In dit hoofdstuk zijn voor de vier fasen van het model de relevante kwaliteitscriteria aangegeven.
 - De kwaliteitscriteria gelden voor de aanbieders van de onplanbare wijkverpleging in de nacht.
 - Aangezien we ons hier richten op de systeemfunctie voor de wijkverpleging gaat het vooral om criteria die betekenis hebben voor de samenwerking met de andere partijen.
- Daarnaast is de feedback loop benoemd om de uitkomsten van de verschillende kwaliteitscriteria zowel intern als met de betrokkenen in de regio te bespreken en op basis daarvan met elkaar te leren en te verbeteren.

Kwaliteitscriteria voor systeemaanbieders

Overzicht op hoofdlijnen voor de onplanbare zorg in de nacht

Zo mogelijk gebruik maken van data cliënt

Zo mogelijk rapporteren aan 'eigen' zorgaanbieder



Feedback loop

Partijen gebruiken de beschikbare informatie voor periodiek overleg om de kwaliteit van het systeem van de onplanbare zorg in de nacht te verbeteren