

30 okt alle voorgesprekken panelleden

EERSTE PANELGESPREK:

SAMENWERKING:

5.1.2e

Wat gaat goed? We hebben een geweldig mooi netwerk neergezet, zoveel vvt instellingen erbij! Ruim 350 huisartsen, 135 hap's goeie samenwerking met verpleeghuissector, en ook vanuit andere visie dan alleen coord tijdelijk verblijf is het opgezet we hebben in drenthe goe integraal programma voor ouderenzorg neergezet, dus per hap een samenwerkend team: wijkvpk, specialist dementie enz en ook het welzijnswerk! En daar moet het gebeuren: meer pro actief werken op overwegingen voor wlz indicaties, of kan het met respijtzorg beter thuis opgevangen worden of met consult van so toch ook thuis. Dus in de regio elkaar goed kennen en daarom in drenthe uiteindelijk gekozen voor VIER coord punten, Assen, hoogeveen, meppel, en...

En in triage meer gekeken naar mogelijkheden nog thuis! Door bijv een SO-er in thuissituatie mee te laten kijken of je elv aanvragen kunt reduceren of bepaalde wlz zorg op kunt starten. En dat is wel mooi: op die visie heben we het gebouwd. Niet alleen: zoek plek en plaats. Maar echt wisselwerking met hap en samenwerking in het geriatirsch netwerk. In Drenthe hebben we vooral de kernteams integrale ouderenzorg. Op gemeentelijk niveawu werken we met alle stakeholders. En ook provinciaal hebben we Drentse zorg voor ouderen. En op die tafels allemaal wordt gesproken over verbeteringen. Eind dit jaar wordt spoedzorg ondergebracht bij punt ELV Tijdelijk verblijf. Ook bij corona al snel het geluid: laat het via coord punt lopen. Enook crisis bedden. En ook coord in ANW.

5.1.2e

Rotterdam heeft vijf zkh om me samen te werken, doe ik stukje relatiebeheer op. en voor laurens werkten we al: voor alle aanmeldingen, meer dan 30 lokaties en tachtig thuiszorgeteamas, centrale entree bij laurens. Bij bron waar zorg start, daar ligt ook mijn functie van relatiebeheer. Coordinatiepunt: ik heb meegelopen in de uitwerking en in de projectgroep. En we doen het 'white label', het coord punt is voor heel Rotterdam. We zitten in comforte.brandche organisaties: tien organisaties en die hebben ook bestuurlijk afstemmingsoverleg met elkaar, gezamenlijk opdrachten aangevoerd en uitgevoerd. En vanuit comfort besloten dat we dit gezamenlijk moeten gaan aanpakken. Dus nu doen het niet vanuit laurens, maar white label. Uitvoering ligt wel bij aafje en laurens. Maar we nemen white label op. niemand zegt: u spreekt met laurens, nee. Maar : u belt met verwijshulp 010. We hebben wekdienst vanuit aafje en dan week laurens. En dan hebben mensen twee petten op: ze zien in scherm of het telefoontje is voor laurens entree, of voor verwijshulp 010.

Projectgroep voor coordinatiepunt: we zijn dit jaar maart gestart. Was een heel rare tijd, net gestart en toen overruled door corona. Maar wel gewoon doorgegaan hiermee en ik zit dus niet als zorgbemiddelaar aan de telefoon. Maar samen met manager van laurens en eentje van aafje, die ansturen, zit ik wel in evaluatiegroep: hoe kunnen we het doorontwikkelen enzo. Hoe we het nu hebben staan, is niet het eind produkt. We zijn natuurlijk gestart met twee partners, vanuit Comforte verbandn waarin we nu werken, en een partner wil mogelijk aanhaken, dan draai je het met drieën, en niet elke partner wil participeren, bijv. een kleintje die geenzorgbemiddelaars kunnen afstaan. Maar mogelijk dus derde partner . en in doorontwikkeling: continu: hoe je je ict beter kunt laten draaien en hoe het met koppelingen beter kan. En nu nog geen capaciteitsstoel om goed de thuiszorg te zien. We doen niet alleen maar produkten. Maar als bijv niet medische spoed is...

Als medische spoed: gaat iemand naar HAP of EHBO> maar bij niet medische spoed.... Zkh of zo niet, dank an het nog steeds spoed zijn voor VVT en dan mogen z eons bellen. En we doen eigenlijk de triage zoals we hem anders ook doen, Welke voorzieningen zijn al geregeld. En gaat niet altijd om een bed. Sommige huisartsen belle nook voor zorg die uitstelbaar. We heben gezegd: coord punt bel je alleen als je zorg nodig hebt binnen vier uur. Ook om erop te wijzen: huisartsen die belt over een dochter die op vacant ie gaat: dan moet je gewoon regulier thuiszorg gaan regelen. Dit om vrij te houden voor echte spoed. En we hebben goeie capaciteitstool voor onze bedden, en dat is een website waar iedereen in kan kijken, geen codes nodig, verwijshulp.nl, een leek begrijpt het niet, want er zit wel verwijzerstaal achter.

5.1.2e

In region salland was ere en overlegorgaan al een poos, een bestuurlijk overleg en toen al eens benoemd date r behoefte was aan punt voor transfer in de region. Dus bestuurlijk al ontstaan. Daarnaast behoefte om op veilige manier patientengegevens door te sturen, daar werd ook gezocht naar een systeem die dat kon ondersteunen. Dat liep al paar jaar. En eind 2016 toen is er gekozen voor systeem, digitale systeem Point, om dat te gebruiken voor transfer data, patientgegevens en toen club ingesteld om dat systeem in te voeren. En in begin 2017 kwam produkt Eerstelijns Verblijf op de markt, en toen elkaar aankijken: hoe gaat dat? Dus produkt ELV , heeft het in vernslelling gebracht. En toen gezegd: maak coord punt en gebruik POIN tom dat te ondersteunen, zo beognnen. Projectleider erbij. En zo is regionaal transferpunt ontstaan, in ahalf jaar opgetuigd in zomer 2017 namelijk in lucht gegaan. En in oktober 2017 zijn de huisartsen aangesloten. Dus vanuitbestuurlijk gedachtengeod ontstaan en doordat produkt elv kwam, werd het versneld. Snel opgetuigd.

Hoe ziet de samenwerking er nu uit? Samen ben je digitaal systeem gaan gebruiken, dat helpt. Met elkaar moet je daar immers afspraken over maken. dat POINT is helpend geweest om samenwerking vorm te geven en in concrete afspraken te gieten. Dus: zkh huisartsen en vvt instellingen werken met dsyteem en afspgesorken: in het systeem geef je aan welke bedden je beshcikbaar hebt, en systeem zorgt ook dat je via dat systeem patientengegevens doorgeeft. En ookg ezegd: als je goed wilt doen, moet je beginnen met goeie indicatie. Want ja doel is juiste bed juiste moment. Dus mensen nodig die goed kunnen trieren. Welke patient hoort waar. En wij vonden dat we die mensen al hadden: namelijk transfervpk , die dat al deden voor deventer ziekenhuis, en dat werk wilden we voor de region. Dus transfervpk zijn in the lead en daaromheen huisartsen en vvt, die samen zorgen voor jusite bedden enz. hare afspraken? Financien hangen vast aan pOINT, dat systeem betalen we met elkaar. En afgesproken: als je bed beshcikbaar stelt, moet je partijen ook opnemen dus niet meer OF je opnaamt, maar meer wanneer je opneemt. En transfervpk bepaalt. En er gaat wel eenswat mis, maar transfervpk is in the lead. Dat zijn de afpsaakren. Ja best heel simpel 😊 maar daaronder ligt natuurlijk: we kwmaEN OP JUISTE MOMENT, EN er was behoefte. En transfervpk's hadden al heel goeie naam in de region. Zkh had al heel alng het vertrouwen in de region, dat we het goed doen en niet van alles over schutting gooiden, dus er was al een basisvertrouwen. Dus ja, daar heb je wel jarenlang aan gewerkt omd at voor elkaar te krijgen. Heeft wel heel erg geholpen dat het er al was op moment dat we dat punt wilden inrichten.

WERKWIJZE

5.1.2e

De speerpunten van mij dus: waar we landelijk verder in moeten doorontwikkelen is dus lumpsum en niet steeds

terug moet leiden naar een individu. En meer bezig met oudere met advanced care planning, zelf regie, mogelijkheden geven aan ouderen, dat is van belang. In drenthe: of het nu in ziekenhuis is of waar dan ook: met zelfde vragenlijsten en brochures gaan werken. Wat inwoner wil vastleggen, document of ie bij wijkvpk komt of bij huisarts: zelfde moet dat zijn. en we monitoren ook: hoe vaak wordt adv care planning bij ouderen uitgevoerd. We zijn van 13 naar 28 procent gegroeid maar je moet alle ouderen zo'n gesprek aanbieden.

5.1.2e

die coord functies zijn door vws en door zorgverzekeraar ingezet: zilveren kruis bij ons heel pusherig. En vws had mooie rapport. Maar ja, uiteindelijk de voorwaarde om het een coord punt te noemen heb je al snel, maar is werkwijze wel zelfde, ben je op zelfde manier bereikbaar en regel je het ook hetzelfde? Is niet zo. Wij doen bijv beperkt gebied: wij doen alleen zorggebied zilveren kruis: heel Rotterdam en krimp en kappelle. Maar met ziekenhuis breder adherentiegebied dus ja, voorne putte spijkennisse, Dordrecht enz. daar werken wij niet voor. Dat gaf veel strubbelingen bij onze ziekenhuizen. En bij spoedeisende zorg kijken we niet ... we doen het gewoon. Maar we gaan het niet doen voor huisarts van bijv Dordrecht: want aanzuigende werking. En ja, CZ heeft zelfde opdracht gegeven aan in hun region" start coord punt. Zou kunnen, kun je gebruik maken van elkaar. Maar ja, in Schiedam bijv doe teen vpk het erbij, maar dat kan niet.... dus het is weggezet door vws, maar niet identiek uitgevoerd. En ik heb geen enkele partner waar ik op terug kan vallen in de region. Dus ja. En zilveren kruis is volgens mij tevreden over hoe wij dit doen. Ze verwijzen ook vaak naar ons, maar ja, dan vaak verkeerde gemeente. Maar de opdracht is zo raar geweest, zilveren kruis heeft ons achter de broek gezeten en ik hoor dat niet zo terug met aansturing van andere zorgkantoorregio's.

als ere en goed vb is, moet er dan geen blauwdruk zijn : gaproberen het zo te doen in jouw region. Tuurl.ijk hebben wij unieke situatie en in andere region andere samenstelling en misschien andere werkwijze, maar weld at de uitkomsten hetzelfde zijn. en ja, iedereen trots op zijn coord punt, maar niet het gevoel dat iedereen overall het zelfde doet. Is dat van belang? Ja want nu heb ik een huisarts uit ridderkerk, en ik kan hem niet doorverwijzen, want daar is geen coord punt. En ja, patient heeft bed nodig en die gaat dan waarschijnlijk naar zkh moet ik het alsnog regelen. Terwijl als het goed gaat: kan huisarts bij coordpunt kijken waar een bedje is. ik he been meneer die ik niet naar zkh wil sturen, mag ik een bed bij jou. Dat is goed. Dan heb je veel dekkender aanpakk voor juiste zorg op juiste plaats.

COVID:

5.1.2e

Eigenlijk is de hele opzet bij eerste golf corona aangejaagd: we waren al met vier regio's aan het samenwerken, maar bemensing en een centraal nummer en echt sparring partner zijn voor huisarts, dat was nog niet goed neergezet, door corona ineens versneld! Waar we anders een jaar over zouden doen. Zoals: de bemensing ineens toch gelukt via team-roosters van alle betrokken instellingen.

Hoe kwam die versnelling door corona? Door lokale netwerken en ook verpleeghuizen hadden dagelijks overleg: wat komt er op ons af, waar moet covid afdeling komen en welke capaciteit nodig? Gelukkig in drenthe niet nodig geweest, en nu toch forse besmetting en liggen alle vvt afdelingen vol en moeten we buiten provincie ondersteuning vragen. en daarbij hebben we nu profijt van het coord punt!! Goed georganiseerd! En tuurlijk zijn er nog wel eens dingentjes, iemand weet bijv nog niet dat we een digitaal systeem hebben, maar iha zeer tevreden over hoe het nu gaat.

5.1.2e

In maart dus gestart met het coördinatiepunt .
 verwijshulp010. En toen corona: heeft best grote invloed gehad, via zelfde bestuurders van comfote: jullie doen het nu voor spoedzorg, voor huisartsen en HAP, en voor iemand op spoedeisendehulp maar niet naar zkh hoeft, kan naar coord punt bellen. En toen vroeg men bij corona: kan coord punt ook voor gewone patienten van zkh rol pakken. Normaal die dan door transfervpk bemiddeld worden, heel anders dan spoedzorg, willen jullie dit gaan doen, was wens. En toen hebben we twee stromen laten lopen naast elkaar: aan spoedzorg veranderden we niets, nummer zelfde, weekdiensten, maar ook iets inregelen voor transfer- en reguliere vragen. en ja, ook daarin wilden we white label werken. Hebben we de ict werkomgeving gebruikt, maar wel een apart team dit laten draaien, want vraagt iets anders. Daarvan heb ik wel de uitvoering van gedaan, daar als resultaat uitgekomen dat dit team er voor zorgde date r tweedagen sneller getrieerd voor ziekenhuis werd, dus ligduurverkorting. Omdat we het gezamenlijk deden, en elk zkh kreeg een SO toegewezen en aan label mocht neit meer getwijfeld worden. patient gaat normaal van locatie naar locatie. En nu zeggen we : nee, als iemand matcht op label, via coord punt, dan gaat ie daar gewoon heen . zat goeie regie op. er was eerst niet zo'n druk op kortdurende beddden, nu wel. Maar goed. En toen gezegd: we gaan stoppen met het crisisiteam, maar toen wel gezegd: moet wel doortontwikkeling komen voor coördinatie van reguliere zorg. En ja, nu tweede golf en weer een crisisteam! Nu actief. Crisisteam die naast spoedzorgen weer alle reguliere vragen doen vanuit onze vijf zkh's. en deze corona tijd anders: eerst konden we makkelijk doorplaatsen. In voorjaar. Maar wat we nu doen is eigenlijk:W achtlijsten. Eigenlijk geen beeddden eigenlijk. Je wilt zuiver beheer doen. En je moet het op eerlijke manier verdelen en dat vergt meer dan in maart.

Ook omdat we heel veel besmetting hebben zelf op de locaties en personeel op tandvlees, we kunnen het totale aanbod per dag: er zijn geen bedden genoeg. Je moet elke dag heel zuiver kijken, nieuwe werkwijze ontwikkeld, met een one drive bestand. ... tja, wel stapje verder in hoe zo'n punt zouden moeten draaien in een region. Vanuit tien partners met 1 team, white label, is wel voorbeeldfunctie voor rest van Nederland, we doe nook niet zeuren en gewoon doen.

5.1.2e

Corona: invloed? Kijkend naar manier waarop we hier al werkten, toen kwam corona: het zorgde ervoor dat er een zorgprodukt bijkwam. Binnen VVT kwamen er corona afdelingen, een nieuwe afdeling. Maar werkprocessen niet veranderd. Patient nog steeds aangemeld bij ons en dan verplaatsten/plaatsen wij patient naar corona afdeling. Dus zorgprodukt erbij verder geen verandering. Maar doordat het punt er al was, konden we het heel snel inrichtingen. Het paste gewoon in systematiek die er al stond, dat hielp bij dat we het heel snel konden gaan doen. Tuurlijk kwamen er dingen: thuis testen, terminale zorg enz. maar het paste dus binnen werkprocessen die er al waren, er kwam gewoon een nieuwe diagnose bij.

Paste naadloos in systematiek. Maar ja, tuurlijk, het is wel gedoe! Er komen steeds nieuwe vragen bij: hoe doen we dit en dat, moet je over nadenken, maar ja dan wel zo: we hebben hier goeie samenwerkingsverbanden. En dan: past het binnen jouw doelstelling, ja, doen dan! Dus wij nemen lead. Maar is niet nieuw. En past. En die transferfvpk doen dat dus, die voeren het uit. En weet je: het all over van de beschikbare capaciteit ligt bij de transferfvpk. Mensen moeten in systeem aangeven wat beschikbaarheid is. En wij zien totaal: vraag en aanbod vanuit VVT en vraag en aanbod vanuit region. Goed plaatje. En er zijn nu meer problemen binnen VVT door grotere

personeelskrapte. En ik schakel nu meer naar het zkh: je kunt corona wel opschalen, maar hou rekening met beperkte capaciteit vvt. Er komen echt uitstroomproblemen, want het knelt bij vvt en doordat wij hier alles zien, kun je erop acteren.

FINANCIEN:

5.1.2e

Ik ben penvoerder vanuit huisartsengroep Drenthe, samenwerking met Met vvt en zkh. En toen met Zilverenkursi en andere partijen geopteerd om voor het startjaar bij de huisartsengroep neer te zetten. In eerdere lokale samenwerkingen probeerden wij ook al kartrekker te zijn om meerdere regio's uniform te laten werken, zo naar een Drentse samenwerking ipv elk zkh eigen opzet en aanpak. Eerste verbeteringsplan van coördinatie ELV ging vooral over inzicht in capaciteit., gezamenlijk geïnvesteerd in systeem om inzicht te krijgen, zodat huisartsen goed zagen waar de vrije plaatsen waren.

We zijn een wat vreemde eend in de bijt, voor zorgverzekeraar geen probleem, wel voor anderen. Zilveren Kruis goed bezig om naar lumpsum te komen, voor het marktdeel wat zij in Drenthe hebben. Vgz volgt wel Zilveren Kruis bij ons. Maar Menzis en CZ zeggen: het is niet in wet geregeld. En coördinatiefunctie hoort volgens hun interpretatie bij een vvt instelling. En zorgkantoren gaan ook aan met vvt instelling en niet met een huisartsencoöperatie, dus daarvoor is een VVT zorginstelling de casus in Drenthe, maar werkt wel weer nauw samen in de begroting en bekostiging. Geeft wel veel gedoe! Kost veel tijd en energie om al die verschillende zorgverzekeraars langs te gaan, of ze wel of niet volgen wat Zilveren Kruis doet, en nog steeds budget voor 2020 nog niet getekend binnen. Je werkt zoveel mogelijk wel integraal met elkaar samen om het gemakkelijk helder te maken, maar ja, als je wel toezeggingen hebt, maar je weet niet wat er binnenkomt is het lastig een goede organisatie neer te zetten. Dus die

beloofde wetgeving: waarom lukt het niet lumpsum regeling voor coördinatiefuncties te regelen? Lijkt erop dat het voorlopig nog zo gaat: bijeen sprokkelen. Er moet toch iets te regelen zijn en te vereffenen voor mensen die gebruik maken van functie voor Tijdelijk verblijf.

-0-0-0-0-0-

TWEDE PANELGESPREK:

DATA:

5.1.2e

Ook een uitdaging is: binnen Drenthe zelf om met goed veilig informatie delen op veilige manier. We hebben nu wel dat een huisarts een digitale aanvraag doet en via ander systeem, CTV medewerker van het coördinatiepunt kunnen beoordeling doen, samen methuisarts aanvulling, en zo tot goede triage te komen, en dat het pakketje doorgaat tot een plaatsingsbrief, maar dat het goed in patiëntendossier komt van vvt instelling, zoveel geld daarmee gemoeid, je moet toch gemakkelijk een keten kunnen bouwen zou je denken. Om je info van hap naar vvt instelling te krijgen. Wel bezig met softwarepakketten enzo, maar goede koppelingen is nog apart verhaal. En als je dan capaciteitsinzicht en data eruit wilt trekken, over plaatsing, ligduur enz en er een lerend netwerk van wilt maken, dan heb je een data analist nodig!

Ander data-leerpunt: Bij covid wil je realtime informatie: waar kan iemand geplaatst worden? Dat is niet goed in te regelen, zeker niet in groot gebied: Friesland weer ander systeem dan Groningen, moet je weer mailen enz. nog geen goed digitaal netwerk om dit gemakkelijk te kunnen doen. Wat is nodig? Uniformiteit in software pakketten zou gemakkelijker maken of dat bedrijven het gemakkelijker maken te gaan koppelen. We doen veel met POINT, en zorgdomein is weer andere tool in andere region en da nook nog eigen gebouwde tools. Zo allerlei variaties en keuze van gegevens en data uitwisselen.

5.1.2e

En je merkt nu dat we tool hard nodig hebben om coord punt te runne: wie heeft dit bedje? Vpk kijkt er wel op maar huisarts wil niet op kijken, die belt gewoon. De tool die we hebben voor intramurale bedden: Wlz verpleeghuis, palliatief, alles staat erop en je kunt speicifiek zoeken, werkt in Rotterdam heel goed en warodt heel geod realtime bijgehouden, nog niet in het weekend hoor, wij zijn er wel zeven dagen per week van zeven uur s ochtends tot elf uur 's avonds, maar je mekrt dat niet alle comforte partners savdons of weekend zorg in willen regelen, dus daar ligt nog een zorgontwikkelpunt. En we hebben dus wel tool voor bedden, maar niet nog voor: postcode: welk thuiszorgteam staat op groen die direct naar adres toekan. Dat ligt ook nogop tafel voor doorontwikkeling. Dat die er gaat komen.

Bekostigng loopt nu zo: wij bkrijgen betaald per telefoontje naar ons spoedkoord punt gaat. En dat houden we ook bij over de data, en vanuit telefoontjes gaat bemiddeling. En die houdt vanuit het patientdossier van alles bij: op welk produkt iemand is weggegaan, of advies, en als iemand vanubiten de region belt , enz, die info draaien we per kwartaal uit en dat is info die je dna ook aan je zorgverkzeeraar kunt laten zien, goh deze data verzameld en dit binnen gekregen,d eze produkten, deze verwijzers gebeld naar ons.

Wat doen jullie met de data? We doen nu: eerste kwartaal... in augustus onze partners die weten van het punt maar er niet zelf werken, met hun ook geevalueerd, hen meegenomen in cijfers en het verhaal: welke telefoontjes, wie bellen, welke produkten, naar welke aanbieders gaan ze, wat missen we: avonden en weekenden en wie kan meer bedden beschikbaar stellen. En dat willen we straks weer doen , meenemen in cijfers en verhaal erbij.

We gebruiken het om iedereen aangehaakt te laten blijven. Dat ook niet het verhaal van Aafje en Laurens wordt en blijft, maar echt punt van ons allen!

5.1.2e

Data? Wij kunnen mbv POINT allerlei overzichten genereren, iig over welke producten we wegzetten en welke we gebruiken. Dat geeft zicht op wat je nodig hebt. Je kun ook wel doorlooptijden gaan doen. Maar ja er zijn veel variabelen dus lastig iets over te zeggen. Maar point geeft primair inzicht: welke producten maar ookw aneener komen we wat tekort. En inzicht dus. En dat halen we uit het gevoelsniveau. Want in begin dachten we tekorten aan bedden te hebben. bleek in PRAKTIJK MEE TE VALLEN, ALS JE MAAR ZORGT VOOR JUISTE PATIENT IN JUISTE BED en tuurlijk komen we weleens wat te kort, maar grosso modo kunnen we zeggen dawl we aardig in beeld hebben wat we nodig hebben. is zorgvezekraar ook blij mee!!!

Vraagstuk? Waar je graag andere mensen advies over wilt vragen? Data analyse. Point wil namelijk nadenken wel over een dash board,. Heb daar zelf wel ideeën over, maar wile r graag over van gedachten wisselen: wat he bje voor sturen van punt nodig van zo'n dashboard, wat is goed, waar streef je naar, welke cijfers nodig? Wat ik bijv niet kan monitoren is : hoe vaak we het fout doen. Wij doen het met de beste intenties en op casus niveau wel eens wat uitgewisseld over hoe het beter had gekund. En hoe kunnen we dat beter monitoren. En ja, hoe doen we he teigenlijk, dank an dat goeie vrag zijn: misschien instroom goed en snel en er is plek, maar hoe evalueert de ontvangende partij het eigenlijk? En wat ik ook graag van andere hoor: de capaciteit van wijkvpk, hoe kunnen we dat betere in kaart brengen, daar slimmer mee omgaan, op wijkniveau samenwerking stimuleren, zodat capaciteit beter in beeld kan komen, daarover wil ik graag met anderen in gesprek. Verder dan 'het is ontzettend

lastig'. Heo wij dat doen? Ik heb hier een region waar het heel krap is! en daar rijden partijen rond en dan vraag ik aan alle partijen: heb jij dnog capaciteit, waar zit dat dan? En dan probeer ik door te overleggen, slimmere routes en dan zo meer capaciteit te krijgen, want op een of andere manier nog geen gemeengoed dat thuiszorgpartijen overleggen. Allemaal constateren ze : ik zit vol, maar ondertussen overleggen met 'collega's', want zo zie ik eht, samen praten over : hoe kunnen we het slimmer doen in onze region. Ja, ik zit vol en ik he been mooie route. Maar ja, we zijn met zijn allen verantwoordliejkheid voor het goed regelen van zorg in region. En ik zou willen dat ik daar wat structureler lijnen in kan uitlegen en zo vorokomen dat het een probleem wordt.

Monitoring/evalueren?

Ik monitor dus: de inzet van de transfervpk voor de region: welke produkten we wegzetten en wanneer, en dat doen we nu voor het derde jaar, en ook de aantallen: wanneer en hoevaak worden we gebeld. Dit ls derde jaar. En als ik kijk: leuk om te zien: in aantallen stabiel gebleeven en in zorgprodukten is het ook niet heel wisselend. Tuurlijk is 2020 raar jaar, voorzicht met interpreteren van cijfers dit jaar. Inzet in uren is bijv. hoger dit jaar. Dat heeft alles te maken met mminder plaatsingen wel, maar wat we moesten regelen was complexer. Wantbijv. Zkh lag veel stil, reguliere zorg, dat is heel anders allemaal. Dat was gewoon heel anders. Dus ja, geen representatief jaar. Met veel nuance moet je naar dit jaar kijken.

VERBREIDING:

5.1.2e

Verbreiding: in hap ls welzijnswerk aanwezig in multidisc overleg, ook ingezet om pro actief ouderen te bezoeken.

Gemeente erbij? Is in voorbereiding. We hebben meegedaan met Pilot Logeertzorg. In assen 1 pilot gedaan: meer organiseren van nog meer logeerbedden voor respijtzorg bleek niet de oplossing. En onderzoek gedaan naar mantelzorg en we zijn nu tot conclusie gekomen dat we meer gevarieerd menukaart moeten hebben voor goeie respijtzorg tijdens acute situaties. Bijv. ene situatie waarbij mantelzorg overbelast is, eerst kijken: wat zijn de wensen en vragen en behoeften van systeem zelf, is het op te vangen met nachtopvang of vrijwilligers enz. voordat je overgaat tot spoed logeertzorg. Kan wel, maar we willen meer acteren als coord punt op meer thuis! Met informele zorg erbij. En dat is men aan het uitwerken. En afwegingstool aan het maken voor respijtzorg zodat 12 gemeenten straks akkoord zijn om mandaat te geven aan coord piunt om het goed af te handelen.

En ja iederee gemeenten heeft een beleidsgroep voor integrale ouderenzorg: gaat over grensvlakken tussen wmo/grensvlak met wlz: wie verzorgt de voeding, helpt bij de maaltijd. Maar ook: hoe kunnen we beter met ouderen gesprek aangaan, dat ze tijdig wlz indivatie aanvragen. Wlz 4 en 5 eerder aanvragen. Dus ook daar samen met gemeente, die belang heeft bij minder druk op wmo. Hoe ga je om met grensvlak discussie wmo wlz. En verbinding met informele zorg en zorgcooperaties is ook vaak issue dat in dat overleg met gemeente besproken wordt. Maar in die dagzorg dus willen we meer aandacht voor advanced care planning en zo, dat je hoopt dat meer vooraf al helder is wat voor zorg iemand nodig heeft voor tijdelijk verblijf.

5.1.2e

Maar samen met manager van laurens en eentje van aafje, die ansturen, zit ik wel in evwaluatiegroep: heo kunnen we het doorontwikkelen enzo. Hoe we het nu

hebben staan, is niet het eind produkt. We zijn natuurlijk gestart met twee partners, vanuit Comforte verbandn waarin we nu werken, en een partner wil mogelijk aanhaken, dan draai je he tmet drieen, en niet elke partner wil participeren, bijv. een kleintje die geenzorgbemiddelaars kunnen afstaan. Maar mogelijk dus derde partner . en in doorwontwikkeling: continu: Derde partner, wie is dat? humanitas. Die ook hier een grote vvt organisatie is. en ja, we hebben dit aan mensen overgelaaten.... We hebben onze vw gesteld over hoe onze werkwijze is, en als zij mee willen partiicperen, prima, scheelt weer in weekenddiensten. Maar ja, ze moeten wel mee in nieuwe werkomgeving en dat is best uitdaging om dat naast je eigen ict omgeving te laten draaien. En het vraagt wel iets voor bemiddelaars hoor. scholing. Maar je kun tniert zomaar een eentweetje maken: dit ga ik zo even doen.

5.1.2e :

De speerpunten van mij dus: waar we landelijk verder in moeten doorontwikkelen is dus lumpsum en niet steeds terug moet leiden naar een individu. En meer bezig met oudere met advanced care planning, zelf regie, mogelijkheden geven aan ouderen, dat is van belang. In drenthe: of het nu in ziekenhuis is of waar dan ook: met zelfde vragenlijsten en brochures gaan werken. Wat inwoner wil vastleggen, document of ie bij wijkvpk komt of bij huisarts: zelfde moet dat zijn. en we monitoren ook: hoe vaak wordt adv care planning bij ouderen uitgevoerd. We zijn van 13 naar 28 procent gegroeid maar je moet alle ouderen zo'n gesprek aanbieden.

VERBREDING/DOORONTWIKKELING:

5.1.2e :

Het is denk ik stuk doorontwikkeling als we deze pandemie nog half jaar hebben: hoe je op goeie wijze nog meer thuis zorg kunt geven, om mensen in laatste tijd

goeie zorg te geven, met zuurstof etc. vraagt om goeie uitwerking, met welke thuiszorg kun je dat wel en niet aan, je hebt wel gespecialiseerde clubs nodig om dit thuis te kunnen bieden.

Mijn vraag aan de deelnemers op 30 oktober? Ik wil altijd wel tips over samenwerking tussen transferafdelingen van zkh en met de eerstelijns, rondom coördinatie van tijdelijk verblijf, Eigenlijk komt het bij elkaar: als je soms diagnostiek nog niet helder hebt en huisarts vindt niet dat iemand naar zkh daarvoor moet, en toch kan het thuis niet meer, maar triage heel lastig omdat het beeld niet duidelijk is, hoef je niet altijd naar zkh op geriatrische afdeling, kan ook wel naar verpleeghuis mits je maar mogelijkheden meer hebt voor diagnostiek. Hoe gaat men daar elders in het land mee om. Wel pilots geweest, maar financiering is nog niet goed geregeld. als je observatie en diagnostiekbedden op wilt zetten: Hoe gaat dan de samenwerking met so/zkh.

En wat voor kwaliteitseisen stel je dan aan de samenwerking in de driehoek: specialist, ouderenpsychiater en geriater: vlieg je die allemaal in, of laat je ze extra capaciteit daarvoor organiseren. Wat levert het beste resultaat op?

Blij met coördinatie functie Tijdelijk Verblijf. Vpk kan sparring partner zijn voor huisarts. Dat zeggen huisartsen ook: weeffout in systemisch denken dat huisarts moet beoordelen of het nog thuis kan, moet wijkvpk doen! Waarom kan die niet de triage doen? Huisarts gaat over medische dingen en gaat niet over zorg. Dus blij als er ervaren en goeie prof vpk aan telefoon zitten en goed meedenken tot een juiste beoordeling komen en juiste plek voor patient wordt gevonden.

5.1.2e

Het werkt omdat we al veel samen deden al met concullega's. dat scheelt wel. Vanuit mijn functie is er bij

aafje : daar hebben ze twee collega's die hetzelfde doen als ik. evenknie. We kunnen goed overweg. Je wilt allebei hetzelfde organiseren. En je merkt ook bestuurlijk dat het kon, deze gezamenlijkheid en dat er daardoor een doorontwikkeling kon. Je moet het eerst goed voor elkaar hebben duurde bij ons ook wel even hoor.

De verwijzers voor spoedzorg weten ons wel te vinden. En laatste cijfers heb ik niet. van maar tot en met augustus 467 keer beroep op ons gedaan. Niet alles konden doen. Nee is soms ook een antwoord. Want ja, je moet wel kijken: weekend enz. en daar ligt doorontwikkeling. En je merkt dat huisartsen niet meer wachten tot vrijdagmiddag. Ook expliciet door ons gezegd: op maandagmiddag kan ik gemakkelijker iets regelen. Advanced care planning! Dat is wel veel meer ontstaan daardoor. en transfervpk die met ons mee gingen. Anders snappen ze niet wat wij doen en nodig hebben. vinden ze ons anders maar irritant. Dus al onze transfervpk gingen tot 21 uur werken en dan altijd open voor En wij kunnen met ons label van alles aanvragen bij organisaties die niet laurens is. dus : iedereen wilde mee hierin! Dat is ook een success hierin.

5.1.2e

De verbreding, jai k zegt altijd: wat komt er op ons pad. Kijkend naar 1 jan 2020 kwam de bopz, kwam wet zorg en dwang en wvvgz in de plaats, moest je mee dealen regionale punt bij ons nam voortouw: hoe gaan wij nou de voorwaarden van die wetten toepassen en de boel herschikken in de region. En dat hebben wij echt wel opgepakt en we hebben centrale rol die past bij regionale punt in regio. En we kijken nunnog naar psychiatrie, is nog wel moeizaam, ze zitten wel aan tafel, maar worstelen nog met waar diagnose niet zo helder is. en we willen graag mogelijkheden binnen psychiatrie mensen op te nemen of hun expertise in te kunnen zetten. dat is nog zoektocht. Wet zorg en dwang, aansluiting van verstandelijk gehandicapten zorg: hoe kunnen we hen

betrekken, ook al si behoefte niet heel groot, maar ja, ze vallen wel binnen wet zorg en dwang, dus mooi om hen te betrekken en niet allemaal eigen eilandjes te doen. Dus van belang daarin nadrukkelijker de samenwerking met elkaar te zoeken.

En samenwerking met gemeente/ hebben we vanaf oprichting gezocht. Begonnen met gemeente deventer, mbt respijtzorg. Want ja juiste zorg juiste plek, hoort respijtzorg. Bij oprichting transferpunt gaan praten met gemeente. En uiteindelijk transferpunt mogen ook gebruik maken van inzetten tijdelijk verglijf onder neomer 'respijtzorg' en toen dat eenmaal stond zijn we naar andere gemeenten gegaan en die zijn deventer gevolgd, vanaf begin betrokken. En huisdhouderlijke hulp: is niet iets wat regionaal aan de orde is, valt buiten scope van regionaal transferpunt, dus andere wmo voorzieningen worden door het punt niet ingezet. Wel zo dat je elkaar weet te vinden. Als je casus krijgt en je denkt dat wmo aan de orde, dan is er echt wel wat mee moet. Dan zoekt transferpunt de gemeente wel op, die lijnen liggen er gewoon wel.

En verder? Het heeft ook met dingen die spelen in de region: er zijn region vpk: die in wekeenden en avonden gebeld kunnen worden. het idee is dat je heel slim omgaat met hoog niveau vpk capaciteit en dat je die region breed kunt inzetten. Daar gaan wij als transferpunt ook verbinding mee zoeken: hoe kunnen we elkaar daarin goed gebruiken, dat je elkaar kent en kunt vinden en daarna bezig met het eruithalen van dubbelingen. Dus ja, dat ontwikkelt zich in de region en dan sluiten wij aan of we zoeken minstens het contact; hoe gaan we elkaar hierin versterken. En wat betreft speelse hulp/hap: hebben we vanaf begin edaan: zij kunnen ons bellen. Vanaf begin. Niet overall zo in het land, maar bij ons dus vanaf begin.