

Aanleiding:

Tijdens de vergadering van de kerngroep fase 3 onder leiding van het LNAZ is afgesproken een concept vergelijkingskader voor de regioplannen fase 3 toe te sturen naar de regio's. Doel is samenwerking aan 2 kanten te organiseren: feedback aan de regio's vragen op dit kader (is het uitvoerbaar) en input te krijgen op de ontbrekende thema's waarop samenwerking nodig is. De kerngroep focust met name op de raakvlakken tussen de sectoren in fase 3: wat moeten we organiseren en geeft deze punten terug aan de regio's voor hun plannen. Het primaat ligt in de regio voor de vraag hoe het moet worden georganiseerd in die specifieke regio.

Gesignaleerde raakvlakken:

Hieronder is per sector aangegeven welke raakvlakken er op dit moment, op basis van de reeds beschikbare sectorplannen fase 3, al kunnen worden opgemerkt. Deze lijst is niet uitputtend en kan nog worden aangevuld.

GGZ:

- Op welke manier vindt vervoer en beoordeling van ernstig ontregelde patiënten plaats als ambulances overbelast zijn.
- Hoe richten we de somatische zorg op ggz-locaties in: samenwerking met huisartsen en wijkverpleging noodzakelijk.

Huisartsen:

- Kunnen de huisartsen zelf iets betekenen in het vervoer van patiënten als ambulances overbelast zijn.
- Mogelijkheid van thuistrage om instroom te beperken. Daarvoor is samenwerking nodig met huisartsen, medisch specialisten en specialist ouderengeneeskunde.
- Er is samenwerking nodig met de thuiszorg wanneer er geen covid-plaatsen meer beschikbaar zijn in ziekenhuis of covid-hotel. In dat geval ontstaat er ook een logistiek vraagstuk rond zuurstof en palliatie.

VVT:

- Welke oplossingen zijn er wanneer de dagbesteding moet sluiten, mantelzorgers overbelast zijn en er situaties van gedwongen zorg ontstaan?
- Intramuraal verpleeghuis: doorstroom op de geriatrische revalidatiezorg is afhankelijk van samenwerking met thuiszorg en eerstelijns verblijf.
- Wat doen we als familie bewoners van het verpleeghuis mee naar huis neemt om daar te verblijven?

Wijkverpleging:

- In fase 3 zal de focus van de wijkverpleging in ieder geval komen te liggen op de palliatieve zorg. Dat vraagt om samenwerking met de huisartsen en logistiek rond palliatieve medicatie.
- Verpleegkundige inzet in het ziekenhuis: er wordt samenwerking gezocht met FMS rond de mogelijkheden van taakdifferentiatie en de mogelijke inzet van ander personeel.

Ziekenhuizen:

- Als het ziekenhuis patiënten sneller laat uitstromen, komen zij thuis of in een andere instelling terecht met een hogere zorgwaarde. Kunnen andere instellingen dat aan?
- Hoe organiseren we de samenwerking zo, dat wanneer één van de partijen in de keten in crisiszorg terecht komt, we als keten die partij daar zo snel mogelijk uit helpen?

Ambulancezorg:

- Verzorgt ook de meldkamer. Er zijn 100 mobiele werkplekken die flexibel, samen met de huisartsen, kunnen worden ingericht. Er is behoefte aan inzicht in de keuzes die regionaal worden gemaakt, zodat de ambulancezorg daarop kan aansluiten.
- Er is samenwerking met commerciële partijen mogelijk om meer capaciteit te creëren.
- Bij striktere triage is medische coaching nodig.