



Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken

Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.
Jaarverslag 2017
Regionale Samenwerking Organisatie Haaglanden



Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.

Tel: 070-7000077

E-mail: info@transmuralezorg.nl

Website: www.transmuralezorg.nl

Voorwoord

Beste lezer,

De wereld om ons heen verandert razendsnel. Ook de wereld van zorg en welzijn transformeert: Zorg dichterbij de woonomgeving van de patiënt, meer regie bij de patiënt, de inzet van technologische innovaties in zorg en welzijn, meer aandacht voor de mens als geheel en natuurlijk het steeds groter wordende belang van samenwerking in de keten. Al deze nieuwe ontwikkelingen vroegen om een nieuwe koers van Stichting Transmurale Zorg (STZ) en de Regionale Samenwerking Organisatie Haaglanden (RSO).

In het afgelopen jaar is er daarom hard gewerkt aan een herijking van de regionale thema's. Daarbij is samen met stakeholders nagegaan waar zich nu de meest nijpende knelpunten voordoen rond de patiënt in de keten van zorg en welzijn. Op basis daarvan zijn er eind 2017 nieuwe prioriteiten gesteld.

Thema's die de afgelopen jaren al voldoende ontwikkeld zijn in de regio, werden eind 2017 overgedragen aan het veld.

Samenwerken in het belang van de patiënt vraagt om het overstijgen van het belang van individuele stakeholders. Dat is soms lastig. Door telkens de patiënt centraal te stellen, wordt helder wat er in de samenwerking anders of beter moet. In de nieuwe missie en visie van STZ is de patiënt nog centraler komen te staan. Ook de LEAN werkwijze die vanaf 2017 binnen STZ wordt toegepast, neemt de patiënt en diens omgeving als vertrekpunt bij het bepalen van oplossingen.

De transformatie van STZ en RSO betekende een behoorlijke omslag. Daarnaast vond er afgelopen jaar ook nog een verhuizing plaats. Toch is er inhoudelijk doorgewerkt aan een aantal thema's via de STZ tafel. Met name rond kwetsbare ouderen, een doelgroep die steeds groter en complexer wordt, is veel werk verricht. Mooi dat we met diverse stakeholders in kaart hebben kunnen brengen waar de knelpunten ontstaan in de keten. Rond de doelgroep ouderen met bijkomende GGZ problematiek hebben we met elkaar een oplossing ontwikkeld. Ook het thema interculturele dementiezorg kreeg veel belangstelling tijdens een symposium dat hierover werd georganiseerd. Het delen van kennis over signalering en diagnostiek bij deze doelgroep is van belang om hen sneller van de juiste steun te voorzien.

Van belang is dat we de groep kwetsbare ouderen gezamenlijk de juiste steun en zorg blijven bieden in de regio, een uitdaging waar we met alle stakeholders voor staan, en.... bij uitstek een transmuraal thema.

Met de nieuwe koers van STZ en RSO is er een nieuwe wind gaan waaien en spreken professionals en bestuur met elkaar de ambitie uit om de zo nodige ketensamenwerking verder te gaan versterken in de regio. Een mooie en uitdagende opdracht waar we gezamenlijk voor staan.

Renée Barge

Voorzitter Stichting Transmurale Zorg/RSO Haaglanden

1. Jaar van transitie

Aanleiding

Voor u ligt het Jaarverslag 2017 van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. (STZ) en Regionaal Samenwerking Organisatie Haaglanden (RSO). Het jaar 2017 betrof een transitiejaar voor zowel STZ als RSO. De aanleiding om te komen tot omvorming van STZ/RSO is gelegen in een veranderende wereld waarin de visie op zorg en de positie van de patiënt en diens omgeving is gewijzigd. Van belang is STZ/RSO beter aan te laten sluiten bij deze nieuwe toekomstige werkelijkheid. Daarnaast werd door stakeholders aangegeven dat STZ/RSO resultaatgerichter dient te werken en resultaten zichtbaarder gemaakt moeten worden. Er zijn minder middelen beschikbaar voor STZ/RSO per 2018. Dit vroeg om de omvorming naar een LEAN ingerichte organisatie en het maken van keuzes.

Opdracht aan directie

In maart 2017 kreeg de directie de volgende opdracht van het bestuur m.b.t. de gewenste omvorming:

1. Leiding geven aan het proces om te komen tot een nieuwe uitwerking van de missie/visie van Stichting Transmurale zorg en RSO waarin de toegevoegde waarde voor de cliënt centraler staat.
 - a. In de nieuwe uitwerking is het van belang qua thematiek rekening gehouden te worden met de grote veranderingen die plaats vinden in het domein van zorg en welzijn en met de opvatting van (thans) deelnemende organisaties;
 - b. Stichting Transmurale zorg en RSO dient opnieuw gepositioneerd te worden: met meer eenvoud, werkbaarheid (aandachtspunt: stakeholders in stuurgroepen op juiste niveau) en heldere verantwoordelijkheden;
 - c. Transmurale zorg en RSO moeten omgevormd te worden tot flexibele, ondernemende, Lean ingerichte organisaties.
2. Ontwikkelen van een herzien businessmodel voor Transmurale zorg en RSO dat kan rekenen op instemming van de aangesloten partijen en de continuïteit op langere termijn waarborgt. Aandachtspunt in kader van continuïteit was de benodigde structurele financiering voor vaste kosten (overhead en enkele vaste fte's) en een benodigde kleine vaste kern van medewerkers.
3. Ontwikkeling van een jaarplan waarin vooraf helder is welke resultaten (smart) worden behaald in het betreffende jaar en welke besluitvormingsprocedure noodzakelijk is per onderdeel.
4. Ontwikkelen van een plan om medewerkers voor de toekomst toe te rusten (kennis, vaardigheden en attitude) en waarin efficiënt/resultaatgericht werken, 'outreaching' werken en ondernemerschap centraal staan.

5. Het invoeren van financiële beheersmaatregelen door (beschikbare uren indelen/begroten op te bereiken resultaten).
6. Ontwikkelen van een nieuwe werkwijze, smart resultaten formuleren o.b.v. de beschikbare middelen en financiële beheersmaatregelen doorvoeren in het jaarplan en de begroting.

Bovenstaande opdracht is vanaf maart 2017 opgepakt en tot uitvoer gebracht. Vanaf 2018 zal gewerkt worden volgens de nieuwe koers.

Gehanteerde werkwijze

Om te komen tot een nieuwe inhoudelijke koers en werkwijze van STZ/RSO is in 2017 een analyse gemaakt van de grote ontwikkelingen/verschuivingen in de (keten)zorg die gaande zijn. Daarnaast is nagegaan wat belangrijke kenmerken zijn van een netwerkorganisatie als STZ/RSO. Er is gesproken met diverse stakeholders, hen is gevraagd hoe zij tegen STZ en RSO aankijken.

Bovenstaande input is afgezet tegen de huidige organisatie STZ/RSO. Nagegaan is in hoeverre de organisatie aansluit bij de ontwikkelingen buiten, voldoet aan de eisen van een netwerkorganisatie en tegemoet komt aan de wensen van stakeholders. Hieruit is een sterkte/zwakte analyse ontstaan van STZ/RSO.

Vanuit de sterkte/zwakte analyse is een voorstel gedaan voor verbeteringen m.b.t. inhoudelijke focus, structuur en werkwijze en randvoorwaarden.

Uitkomsten

Uit de sterkte/zwakte analyse kwamen de volgende conclusies naar voren. De vorming van STZ als goedlopende netwerkorganisatie vergt een investering in:

1. Een georganiseerd proces van gezamenlijke (smart)doelbepaling;
 - Heldere analyse regionale ketenvraagstukken en keuzes maken (waar knelt het)
2. Inhoud:
 - Specifieke aandacht voor het thema netwerkzorg waarbij integratie van de 1^{ste} lijn/WMO van belang is en aandacht voor het thema zelfmanagement/omgeving van de patiënt
 - Binnen thema's meer aandacht voor waarde toevoeging voor de patiënt (LEAN)
 - Beter aanhaken van e-health en e-communicatie aan inhoudelijke thema's
3. Helder maken en duidelijke afspraken/commitment op bestuurlijk niveau wanneer thema's op tafel STZ komen/STZ betrokken wordt
4. De beleidscompetenties van de stakeholders bij agendabepaling

5. Een nieuwe organisatie structuur waarbij RSO een beheerorganisatie wordt en stakeholders nauwer betrokken worden
6. Regie, ondernemerschap en pioniersgeest van de STZ medewerkers
7. Innovatieve en efficiënte werkwijzen
8. Niet iedereen willen betrekken: kwaliteit en snelheid i.p.v. kwantiteit
9. Mandaat goed op lijnen inclusief juiste bemensing/portefeuillehouders in bestuur

In de gesprekken met stakeholders werden bovenstaande conclusies op hoofdlijnen bevestigd.

Beweging in gang gezet

De volgende beweging is in 2017 in gang gezet:

1. Van alleen volgen door STZ naar analyse/verkennen/regie door STZ
2. Probleem analyse door STZ als startdocument, indien mogelijk gebruik maken van bestaande onderzoek data in land (b.v. via LUMC campus)
3. Van alleen STZ, naar aansluiting/afstemming met andere "tafels"/agenda's
4. Van open starten naar helderheid vooraf (het wat, hoe en kaders zijn helder)
5. Van iedereen doet mee, naar sturing op "wie aan tafel"
6. Van wachten op input naar afspraken over input veld
7. Van bestuurlijke goedkeuring achteraf naar bestuurlijke goedkeuring en commitment op hoofdlijnen vooraf
8. Van uren onbekend naar uren vooraf helder
9. Van stuurgroep met weinig mandaat naar stuurgroep met mandaat
10. Van veel papier naar snellere en creatievere agile bijeenkomsten met heldere resultaten
11. Van alleen "face to face" naar mengvorm met ook digitale input
12. Van alleen communicatie door STZ naar communicatie/implementatie door stakeholders
13. Van verbetering naar vernieuwing (naast executie ook expeditie)
14. RSO: van commercieel (bv) naar advies gekoppeld aan inhoud (stichting)

2. Nieuwe missie en visie

Gezien de wens van het bestuur om de cliënt centraler te stellen en ook de WMO meer een plek te geven is de volgende missie/visie ontwikkeld in 2017.

Visie

STZ is een ondersteuningsorganisatie voor zorgaanbieders in de regio en stimuleert efficiënte steun- en zorgnetwerken in de regio Haaglanden zonder merkbare schotten zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van de patiënt, afgestemd op de behoefte van patiënt en mantelzorg, waarbij de patiënt zoveel mogelijk de regie heeft.

Missie

Op objectieve wijze (los van belangen van stakeholders) samenhang aanjagen, inspireren en faciliteren in preventie, welzijn en zorg en zodanig dat toegevoegde waarde ontstaat voor kwetsbare bewoners/patiënten en hun mantelzorgers in het netwerk van zorg en welzijn.

Deze toegevoegde waarde betreft:

- Bevorderen dat de patiënt op de juiste plek terecht komt waar de juiste zorg voorhanden is;
- Bevorderen dat de juiste zorg op het juiste moment wordt gegeven;
- Verkorten wachttijden bij op- en afschaling van zorg (patiënt z.s.m. op de juiste plek);
- Minder medische en medicatiefouten bij overdracht;
- Meer gevoel van regie bij de patiënt (?), betere keuzes kunnen maken door heldere informatie voor de patiënt en mantelzorg bij overdracht;
- Minder onnodige opschaling/heropname in de keten (zorg zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van patiënt)

Bovenstaande punten komen ook de doelmatigheid van zorg ten goede.

3. Omvorming thema's van Stichting Transmurale Zorg

In 2017 heeft een herijking van thema's plaatsgevonden. Veel thema's waarmee Transmurale Zorg zich bezig hield betroffen niet meer de thema's waarop de grootste knelpunten werden ervaren. Op diverse thema's waren in transmuraal verband de belangrijkste knelpunten opgelost, waren er richtlijnen en werkafspraken ontwikkeld of was de regie met de tijd bij een andere partij neergelegd, bijvoorbeeld vanuit de financier. Middels een literatuurverkenning is nagegaan hoe zorg en welzijn zich ontwikkelen richting 2025 en welke thema's in transmuraal verband in de huidige tijd van belang zijn.

Daarnaast is de visie van de verschillende koepels van aangesloten stakeholders betrokken. Met stakeholders zelf hebben uitgebreide gesprekken plaatsgevonden over welke thema's men in regionaal transmuraal verband van belang acht.

De volgende thema's konden op breed draagvlak rekenen onder alle stakeholders:

1. **KDV/crisis:** In de keten rond kwetsbare ouderen worden in de regio veel knelpunten ervaren. Door stakeholders worden genoemd: opname op een kort durend verblijf, de onduidelijkheid rond de indicatie die gesteld moet worden, de opname in de ANW uren, de huidige crisisdienst en de moeizame uitstroom naar de WMO.
2. **Vitaal thuis:** Door stakeholders wordt aangegeven dat er in de regio meer investering nodig is in het voorkomen van crisis en heropnames van kwetsbare ouderen. Meer preventie is noodzakelijk om de grote stroom van kwetsbare ouderen die plotseling acute zorg nodig hebben naar de tweede en derde lijn daar waar mogelijk te voorkomen.
3. **Medicatieoverdracht:** Bij overdracht van een patiënt is een goede overdracht t.a.v. medicatie van essentieel belang voor de veiligheid van de patiënt. Hiertoe is o.a. verdere stimulering van het LSP noodzakelijk, een digitale methode t.b.v. overdracht van informatie over medicatie. Voor bepaalde diagnosegroepen zijn specifieke afspraken nodig tussen eerste en tweede lijn over welke medicatie te gebruiken.
4. **Zorg en ICT:** de ontwikkelingen rond Zorg en ICT gaan snel en spelen een belangrijke rol in de veranderingen in de zorg. Stakeholders wensen een verkennende rol van Transmurale Zorg daar waar het gaat om de patiënt gerichte omgeving (PGO) en de nieuwe wet op de privacy in transmuraal verband. Daarnaast blijft ook POINT een belangrijk onderdeel van Zorg en ICT. Binnen Transmurale Zorg worden knelpunten en wensen t.a.v. POINT door gebruikers gemeld.

Naast deze thema's worden ook de extern gefinancierde programma's Dementie en Palliatieve Zorg van belang geacht door stakeholders. Het betreffen meer jaren programma's waarbij Transmurale Zorg een coördinerende en signalerende rol kent en daarnaast kennisdeling en deskundigheidsbevordering op deze thema's in de regio stimuleert.

Stakeholders hechten waarde aan het voortbestaan van de kennisgroep Transfer als netwerk om transmurale knelpunten met elkaar te delen en te bepalen welke thema's er binnen Stichting Transmurale Zorg op te pakken.

Thema's die worden overgedragen

In 2017 werd besloten een aantal thema's niet te vervolgen binnen Transmurale Zorg vanwege de volgende redenen:

1. Onvoldoende knelpunten worden nog ervaren in huidige tijd;
2. regie is verschoven naar andere partij;
3. thema is volwassen genoeg om over te dragen aan veld;
4. thema is niet transmuraal (gaat niet over knelpunten rond overdracht van de patiënt);
5. thema heeft geen breed draagvlak onder stakeholders (dat laatste hangt meestal samen met voorgaande redenen).

Het betreft de volgende thema's:

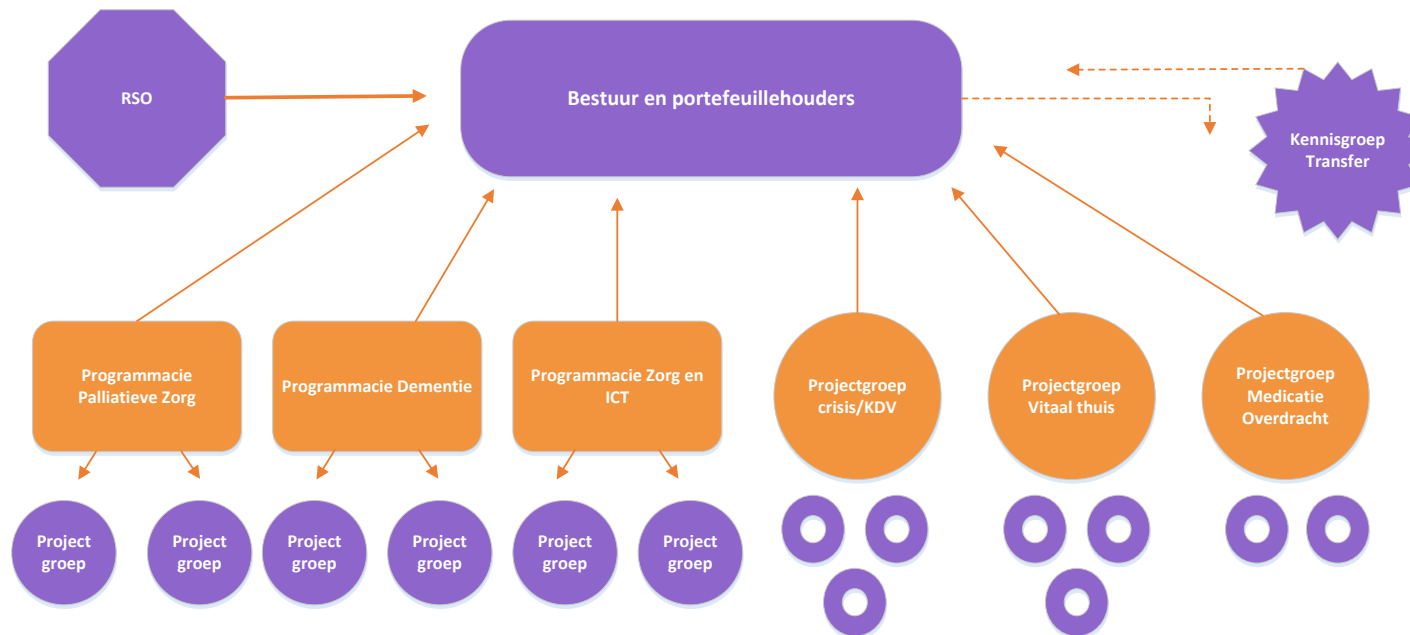
1. Wondzorg
2. CVA, MS, NAH
3. TRIO
4. Haagse Vaten
5. Paramedici
6. Geriatrisch Netwerk

Code Z liep af in 2017 en krijgt geen vervolg wegens onvoldoende draagvlak onder stakeholders. Helpdesk Palliatieve Zorg loopt af omdat de subsidie van het IKNL is gestopt op 31 december 2017.

4. Inrichting van de overlegstructuur en wijze van besluitvorming

Overlegstructuur en besluitvorming

In 2017 is besloten tot de volgende overlegstructuur en wijze van besluitvorming.



In het proces van probleem tot oplossing/resultaat zijn drie lagen essentieel. In 2017 is vastgesteld dat lagen op de volgende wijze terugkomen binnen de netwerken.

1. De laag van het bestuur: deze laag geeft haar commitment aan de thema's op hoofdlijnen. Tussentijds (in elke fase) wordt het bestuur op de hoogte gehouden over de ontwikkelingen binnen de thema's opdat hierop tijdig bijsturing kan plaatsvinden. Portefeuillehouders (bestuurder zelf of afgevaardigde) zijn verantwoordelijk voor een thema. Er kan op de portefeuillehouders een extra beroep worden gedaan indien noodzakelijk (bijvoorbeeld meedenken, interveniëren bij spaak lopen proces). Met betrekking tot de projecten zal STZ kort cyclisch rapporteren aan het bestuur over voortgang en resultaten. Binnen het bestuur wordt besloten over vervolgstappen.
2. De laag van het management/beleid: deze laag is met name vertegenwoordigd in de projectgroepen en programmacommissies van de netwerken. De programmacommissie van de netwerken keurt het meerjarenplan goed en brengt prioritering aan in de op te pakken knelpunten.
3. De laag van de uitvoering: deze laag is met name vertegenwoordigd in de deelprojectgroepen en werkt de hoofdoplossingen uit die in elke fase worden teruggekoppeld aan de overkoepelende projectgroep.

Afspraken over het proces

De volgende afspraken zijn in 2017 ontwikkeld en vastgesteld aangaande het proces:

1. Afgevaardigden in programmacommissie en projectgroepen hebben mandaat;
2. Afgevaardigden in programmacommissie en projectgroepen zijn zelf verantwoordelijk voor op lijnen en communicatie binnen de eigen organisatie;
3. Afgevaardigden in programmacommissie en projectgroepen zijn aanwezig bij bijeenkomsten;
4. Afgevaardigden in programmacommissie en projectgroepen leveren actief input en reageren binnen deadlines op plannen en voorstellen;
5. Stakeholders zijn zelf verantwoordelijk voor de bekostiging (indien van toepassing) en implementatie van een gekozen oplossing;
6. Zowel STZ als stakeholders communiceren actief (bijvoorbeeld op de eigen website) over bereikte resultaten op ketentema's. Dit draagt bij aan kennisdeling, draagvlak en implementatiebereidheid.

Het bestuur wordt door directie geïnformeerd over het verloop van het proces en aanwezigheid van stakeholders per thema.

5. Organisatie

Personeel

In 2017 hebben 5 medewerkers van Transmurale Zorg de organisatie verlaten. Voor 3 medewerkers betrof het een gedwongen vertrek wegens aflopende contracten. Voor 2 medewerkers betrof het vrijwillig vertrek. In totaal heeft dit in 2017 een besparing opgeleverd van €74.000 euro ten opzichte van de begroting 2017.

Deskundigheidsbevordering

In 2017 heeft het hele team de Green Belt Training van de Lean Six Sigma Groep gevolgd. Bij deze training zijn ook externe stakeholders betrokken. Alle projecten en programma's worden, daar waar van toepassing, middels de methodiek van LEAN aangepakt. Deze methodiek sluit aan bij de wens van het bestuur om de cliënt centraler te stellen, vooraf een scherpe analyse te maken van het probleem, met meer focus en resultaatgericht te gaan werken.

Weekstart

Vanaf 2018 zal met een weekstart gewerkt worden waarin het gehele team elke week gezamenlijk met elkaar nagaat welke deel resultaten zijn bereikt met betrekking tot de kwartaaldoelen. Ook worden tijdens de weekstart knelpunten, leerpunten en verbeterpunten met elkaar gesignaleerd. Zo nodig worden deze in separate overleggen verder uitgewerkt of bij het bestuur ingebracht.

Huisvesting

Eind 2017 heeft een verhuizing plaatsgevonden waarbij Transmurale Zorg en RSO zijn verhuisd naar Sophia Revalidatie. Het aantal m² is teruggebracht van meer dan 200 m² naar 75m². Er wordt gewerkt met flexibele werkplekken. De verhuizing heeft in 2017 tot een besparing geleid van 5000 t.o.v. de begroting en zal in de toekomst op jaarbasis een besparing opleveren van rond de €25.000,-.

6. Financiering

Huidige regionale knelpunten

De regionale transmurale vraagstukken die spelen in Haaglanden komen lastig voor externe financiering in aanmerking. Meer en meer verwachten verzekeraars dat partijen deze knelpunten in regionaal verband oplossen en de financiering hiervan zelf bekostigen. Bovendien ontvangen diverse stakeholders een opslag op de kostprijs van zorg ten behoeve van ketensamenwerking.

Directie heeft in 2017 aan bestuur aangegeven dat Stichting Transmurale Zorg enkel een serieuze rol kan spelen in de regio t.a.v. huidige transmurale vraagstukken indien er meer financiële ruimte komt vanuit de stakeholders om deze vraagstukken op te kunnen pakken. De kans op externe financiering voor dergelijke vraagstukken is minimaal.

In 2017 hebben de stakeholders van Transmurale Zorg besloten tot een verdubbeling van ieders bijdrage in 2018 op basis van de reeds bestaande verdeelsleutel.

Over stakeholders die niet zijn aangesloten via het bestuur van Transmurale Zorg is besloten dat zij op jaarbasis een bijdrage dienen te leveren van €2500,- om deel te kunnen nemen aan programma's en projecten van Transmurale Zorg. Voor kennisbijeenkomsten en symposia wordt een bijdrage aan alle deelnemers gevraagd.

Innovatie en Ontwikkeling

Voor innovaties en ontwikkelthema's zal Transmurale Zorg zich blijven richten op externe financiering. De externe financiering voor thema's in 2017 zag er als volgt uit:

1. In 2017 is door de gemeente Den Haag een subsidie verleend m.b.t. kennisbijeenkomsten rond "Haags Ontmoeten" van €28.740,-;
2. In 2017 is het programma Palliatieve Zorg gefinancierd door het Ministerie van VWS voor een bedrag van €145.182,-;
3. In 2017 is het programma Dementie gefinancierd uit de bestemmingsreserve en is een subsidie verkregen van Menzis van €25.000,-. Bij CZ is in 2017 een nieuwe subsidie voor dit programma aangevraagd;
4. In 2017 is een subsidie ontvangen van ZONMW voor het project Code Z van €185.977,-. Deze subsidie liep eind 2017 af;
5. Van het IKNL is in 2017 t.b.v. de palliatieve helpdesk een subsidie ontvangen van €13.750,-. Ook deze subsidie loopt eind 2017 af;
6. Van De Hersenstichting is in 2017 een subsidie ontvangen voor het project Traumatisch Hersenletsel bij Kinderen en Jongeren van €15.000,-. Deze subsidie loopt in het voorjaar van 2018 af.

7. Communicatie

In 2017 is besloten om de Trans op te heffen. Reden hiervoor was dat de Trans de transmurale problemen en oplossingen te weinig zichtbaar maakte en dat deze te weinig gelezen werd. Binnen de Trans kregen stakeholders vooral een podium om binnen een gekozen thema het eigen aanbod in de etalage te zetten. In 2017 zijn nog drie nummers uitgekomen. In het bestuur is besloten dat communicatie een belangrijk onderwerp is en dat driekwart van het budget van Trans voor een en andere wijze van communicatie ingezet kan worden. Dit besluit leidt in de toekomst tot een besparing op jaarbasis van zo'n €10.000,-.

8. RSO

Contractering POINT en Edifact/Zorgmail

In 2017 is besloten om de rol van RSO terug te brengen naar een beheerorganisatie. Stakeholders worden directer betrokken bij de koers van RSO en de wijze waarop de financiering van producten die RSO kent wordt vormgegeven. In de bestaande situatie lag rond contractering met leveranciers het financiële risico volledig bij de RSO. Het stond partijen vrij om zonder enige consequentie een contract tussentijds op te zeggen. Om dit risico te beperken is besloten alle eindgebruikers van POINT en Zorgmail/Edifact een overeenkomst aan te bieden waarin, bij tussentijds opzeggen van het contract, het financiële risico volledig bij diezelfde eindgebruiker ligt. Hierdoor wordt bovendien voorkomen dat andere eindgebruikers de dupe worden. Tevens zal in de contractering worden opgenomen dat eindgebruikers zelf verantwoordelijkheid dragen m.b.t. het handhaven van de wet op de privacy.

Zorgdomein

Eind 2016 hebben stakeholders aangegeven zelf de inkoop en het beheer van Zorgdomein op zich te willen gaan nemen. Tot dan toe lag de verantwoordelijkheid hiervoor bij de RSO. In 2017 heeft de overdracht van de RSO aan stakeholders plaatsgevonden m.b.t. Zorgdomein en de gemaakte afspraken hieromtrent.

Egpo

In 2017 is besloten om het Elektronisch Gestructureerd Patiënten Overleg niet meer via de RSO te laten verlopen. Het Egpo betreft een digitaal communicatiemiddel waarin diverse hulpverleners, de patiënt en diens mantelzorgers met elkaar in contact kunnen treden en informatie kunnen uitwisselen. Vanaf 2018 zal de leverancier van dit product zelf de implementatie van dit product ter hand nemen.

9. Risicofactoren m.b.t. het slagen van de nieuwe koers en werkwijze

De volgende risicofactoren m.b.t. het wel of niet slagen van de nieuwe koers zijn door directie uitgelicht:

1. In de regio ontstaan diverse tafels waaraan meerdere stakeholders deelnemen, daarnaast wordt er los van elkaar gewerkt aan digitale oplossingen voor communicatie/samenwerking. Van belang is dat STZ een heldere positie krijgt en er op bestuurlijk niveau commitment is over de inzet van STZ o.g.v. ketenvraagstukken die gelden voor minimaal 3 ketenpartners;
2. Is er werkelijk commitment over "de cliënt centraal"? Wanneer een van de stakeholders negatieve financiële gevolgen ondervindt o.b.v. cliënt gerichte afspraken binnen een thema, houden we dan vast aan hetgeen van belang is voor de cliënt?
3. STZ heeft te maken met vaste kosten welke met name betreffen: vast personeel, huisvesting en ICT. Bij onvoldoende structurele financiën (uit lidmaatschap) kunnen deze vaste kosten niet gedekt worden en loopt de continuïteit van de organisatie gevaar;
4. Commitment om de managementlaag deel te laten nemen in de stuurgroepen is van groot belang om de netwerkorganisatie STZ goed te laten functioneren en interne communicatie bij stakeholders goed te organiseren;
5. Bij een inspirerende rol op vernieuwing is ruimte vanuit bestuur hiervoor van groot belang (mogen experimenteren);
6. Afbouw van het huidige RSO dient in goed overleg met stakeholders te geschieden i.v.m. vastliggende contracten die opengebroken worden bij nieuwe constructie en noodzakelijke voorbereiding stakeholders op overname inkoop en evt. beheertaken.

10. Behaalde resultaten 2017 projecten

A. Transmurale Projecten

Inleiding

Aangezien er in 2017 een forse opdracht lag m.b.t. de omvorming van Transmurale Zorg en er diverse personeelsleden zijn afgevoerd gedurende het jaar, zijn niet alle thema's volgens het jaarplan 2017 uitgevoerd. Gedurende het jaar 2017 werd helder dat sommige thema's in de toekomst niet meer opgepakt zouden gaan worden in transmuraal verband. In deze thema's is in 2017 minimaal of niet geïnvesteerd.

Wondzorg

Doel

Het netwerk wondzorg had in 2017 ten doel de samenhang in wondbeleid in de regio te borgen en zo nodig verder uit te bouwen. Dit d.m.v. netwerken, kennisdeling, ontwikkeling van regionaal wondbeleid en stimuleren van het gebruik van regionale richtlijnen.

Resultaat

Het netwerk heeft op 14 februari een Wondzorg Symposium georganiseerd in de Haagse Hogeschool. Dit symposium is bezocht door 400 zorgverleners, vooral verpleegkundigen en verzorgenden, uit de regio. Zij hebben accreditatiepunten ontvangen voor hun deelname. Uit de evaluatie bleek dat het symposium zeer geslaagd was: leerzame workshops, met name voor verpleegkundigen en verzorgenden, specialistisch verpleegkundigen wensen meer diepgang. Het netwerk had ook een start willen maken met de organisatie van de 2^e kenniscarroussel voor huisartsen, vanwege de veranderingen bij STZ is dit niet opgepakt.

Deelnemers

Ziekenhuizen, Revalidatiecentrum en VVT instellingen.

Stopzetting eind 2017

De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de coördinatie van wondzorg bij de VVT instellingen en expertisecentra moet liggen. Naar aanleiding hiervan, en omdat er naast kennisdeling geen concrete actiepunten waren die transmuraal opgepakt moesten worden, heeft STZ in december de coördinatie van het netwerk teruggelegd bij de netwerkleden (Haga, HMC, LLZ, Sophia, Florence, HWW, WZH en AllerZorg). De netwerkleden hebben met elkaar vervolgspraken gemaakt.

Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)

Doel

Het netwerk NAH is in januari gestart met een nieuwe overlegstructuur om de samenhang in de zorg voor mensen met NAH beter te kunnen borgen en verder uit te bouwen. Het netwerk wilde in 2017 de doelen en prestatie indicatoren van het netwerk aanscherpen, maar is hier vanwege de veranderingen bij STZ niet aan toegekomen.

Resultaat

Zowel de netwerkgroep als de stuurgroep zijn 2x bij elkaar geweest (bestaande uit vertegenwoordigers van Haga, HMC, Sophia, Parnassia, Respect, HWW, WZH, Saffier, Gemiva, Mee, Middin en de gemeente Den Haag). In beide groepen is informatie gedeeld over communicatie tussen zorgverleners, via Zorgdomein, POINT en cliëntportalen. Er is ook een presentatie gegeven over het eGPO.

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum, GGZ, VVT instellingen en Gemeente Den Haag.

Stopzetting eind 2017

In het netwerk NAH waren geen concrete actiepunten om transmuraal op te pakken. Wel werd aangegeven dat het erg prettig is om kennis te delen en elkaar periodiek te zien om te netwerken. STZ stopt in 2018 met de coördinatie van het netwerk NAH. Het netwerk zal zelf 2x per jaar een bijeenkomst organiseren met kennisdeling en netwerken als doel.

Het beheer van de website www.NAHlokethaaglanden.nl is per 1 januari 2018 overgedragen aan Sophia Revalidatie.

Cerebro Vasculair Accident (CVA)

Doel

De CVA-keten is een lang bestaande keten die de continuïteit van zorg voor patiënten met een CVA wil borgen en verder ontwikkelen. Er was een stuurgroep CVA met managers/beleidsmakers en een CVA coördinatoren groep met verpleegkundigen. Betrokken bij de CVA-keten zijn het Haga, HMC, Sophia, Florence, HWW, WZH en Saffier.

Resultaat

De stuurgroep CVA heeft in 2016 al aangegeven dat de resultaten die voort moeten komen uit het overleg verhelderd moesten worden. De CVA-keten had in 2017 daarom o.a. het doel om de visie van de keten voor de komende jaren vast te stellen. Ook moest de jaarlijkse benchmarkrapportage opgesteld en vastgesteld worden. Het belangrijkste doel van de CVA coördinatoren was kennisdeling. Daarnaast wilden zij een aantal knelpunten oppakken.

Zowel de stuurgroep als de CVA coördinatoren zijn 2x bij elkaar geweest. In maart heeft de CVA-keten certificaten Ketenvisitatie ontvangen van de heer Dirk Raymakers, bestuurder van het Kennisnetwerk CVA Nederland, dit n.a.v. de ketenvisitatie in 2016. De stuurgroep heeft gesproken over de visie van de keten. De keten wil zich meer richten op de aansluiting op de chronische fase. Ook is een benchmarkrapportage opgesteld (met een aantal ontbrekende gegevens, aangezien niet alle gegevens zijn aangeleverd bij STZ).

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum en VVT instellingen.

Stopzetting eind 2017

Gebleden is dat de CVA-keten al erg goed georganiseerd is in de regio. Zowel de stuurgroep als de CVA coördinatoren hebben geen concrete knelpunten kunnen benoemen die transmuraal opgepakt moesten worden. Daarom is besloten de coördinatie van de CVA-keten terug te leggen bij de zorgaanbieders. In het bestuur van STZ is besloten dat het HMC deze taak oppakt. STZ is per 1 januari 2018 geen coördinator meer van de CVA-keten.

Multiple Sclerose (MS) Zorgketen

Doel

Doel voor 2017 was een kwaliteitsslag te maken door het regionale paramedisch netwerk te verbinden aan de verwijzers van MS patiënten. Daarnaast zou in 2017 bekeken worden welke knelpunten er zijn in de zorg voor mensen met MS en welke oplossingen nodig zijn.

Resultaat

In dit kader is in 2017 door de werkgroep paramedici een netwerkbijeenkomst georganiseerd voor paramedici in de regio met het thema MS. De inhoud van de bijeenkomst werd positief ervaren. Diepgang specifiek op de verschillende disciplines werd als wens voor een volgende keer aangegeven. Vanwege alle veranderingen binnen STZ is er geen bijeenkomst georganiseerd om knelpunten en oplossingen in de keten te bespreken.

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum, VVT instellingen en paramedici.

Stopzetting eind 2017

Er is voor gekozen in 2018 prioriteit te geven aan andere thema's. De coördinatie van de MS Zorgketen door STZ is daarom per 1 januari 2018 stop gezet.

Regionale netwerkondersteuning eerste lijn paramedici neurologie

Doel

De werkgroep paramedici had in 2017 het doel om te komen tot kwaliteitsafspraken, zodat overdrachtsafspraken gemaakt kunnen worden van tweede lijn naar eerste lijn. Daarnaast was het doel de kennis van paramedici op peil te houden door twee maal per jaar een inhoudelijke bijeenkomst te organiseren voor alle paramedici in de regio.

Resultaat

In april is de werkgroep paramedici bij elkaar geweest om kennis te delen en de netwerkbijeenkomst in mei voor te bereiden. Tijdens de netwerkbijeenkomst in mei is een fundering gelegd voor samenwerking tussen paramedici in de 1^e lijn en andere partners in de keten. Ook is in 2017 een sociale kaart paramedici opgesteld, deze is geplaatst op de sociale kaart van Gemeente Den Haag.

Deelnemers

VVT instellingen en paramedici.

Stopzetting eind 2017

Vanwege de veranderingen binnen STZ is de tweede netwerkbijeenkomst niet georganiseerd. Er is voor gekozen prioriteit te geven aan andere thema's. De coördinatie van het netwerk eerstelijns paramedici neurologie door STZ is per 1 januari 2018 stop gezet.

Coördinatiegroep E-communiceren

Doel

De coördinatiegroep E-communiceren was het architectuurplatform voor de regio waar ziekenhuizen, VVT, huisartsen, revalidatie, GGZ, apothekers, welzijn, paramedici en gemeenten bij aangesloten waren. Het doel voor 2017 was de continuïteit van zorg te verbeteren door de ICT berichtendiensten aan het Regionale Zorgpad te verbinden.

Resultaat

De planning was om in 2017 3x een bijeenkomst te organiseren om een visie te creëren en kennis te delen over lopende projecten en nieuwe ontwikkelingen op het gebied van ICT in de zorg. Dit is niet gebeurd. De coördinatiegroep E-communiceren is in 2017 niet bij elkaar gekomen.

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum, GGZ, huisartsen, VVT instellingen, welzijn en apothekers.

Stopzetting eind 2017

Deze groep is per 1 januari 2018 definitief opgeheven.

Transferpunten

Doel

De transferpunten in de regio werken aan een optimale transferketen voor patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen worden en vervolgzorg nodig hebben. Per 1 januari 2017 is een stuurgroep Transferpunten (met managers) en een Netwerkgroep Transferpunten (met transferverpleegkundigen en zorgbemiddelaars) opgezet. Doelen voor 2017 waren het vaststellen van de visie voor de komende jaren en waar nodig aanvullende afspraken maken.

Resultaat

De stuurgroep Transfer is in 2017 5x bij elkaar geweest, de netwerkgroep 3x. Resultaten die behaald zijn in 2017:

- Projectgroep opgericht die gestart is met het project crisis/KDV
- Analyse crisisproblematiek gemaakt
- Afspraak m.b.t. bedden capaciteit aangepast en opnieuw vastgesteld;
- Samenwerkingsovereenkomst opgesteld en ondertekend;
- Transmurale werkafspraken m.b.t. verpleegkundige overdracht bij ontslag van patiënt uit het ziekenhuis naar vervolginstelling aangepast;
- Transmurale Werkafspraken Spoedaanvraag Huishoudelijke Hulp aangepast;
- Kennis uitgewisseld over het gebruik van POINT;
- Kennis uitgewisseld over nieuwe initiatieven in de regio;

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum, huisartsen, GGZ en VVT instellingen.

Stopzetting eind 2017

De netwerkgroep wordt in 2018 opgeheven. Indien nodig wordt de gebruikersgroep POINT na een nieuwe release van POINT bij elkaar geroepen. De stuurgroep Transfer heet vanaf 1 januari 2018 de Kennisgroep Transfer en heeft het doel de knelpunten in de regio m.b.t. overdracht met elkaar te bespreken en af te stemmen welke projecten STZ zou moeten oppakken.

Geriatrische Revalidatie Zorg

Doel

Doelstelling van het geriatrische netwerk was kennis delen over casussen m.b.t. geriatrische revalidatie en structurele knelpunten signaleren en oplossen. In het geriatrisch netwerk zitten artsen en verpleegkundigen uit Haga, HMC, LLZ, Sophia, HWW, Florence, WZH, Saffier en Pieter van Foreest.

Resultaat

Het netwerk is in 2017 1x bij elkaar geweest.

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum, en VVT instellingen.

Stopzetting eind 2017

Per 1 januari 2018 is, vanwege de veranderingen bij STZ, de coördinatie van het geriatrisch netwerk door STZ stop gezet. Het kan zijn dat vanuit het project crisis/KDV blijkt dat behoefte is/blijft aan casuïstiekbespreking, STZ zal in dat geval vanuit het project crisis/KDV coördineren dat afspraken worden gemaakt over organisatie van de casuïstiekbespreking.

Chronische Pijn

Doel

In september 2016 is een symposium Chronische Pijn gehouden in Sophia Revalidatie. Aanleiding was het uitkomen van de landelijke zorgstandaard Chronische Pijn. Het doel was om in 2017 te exploreren of voldoende draagvlak en middelen beschikbaar kunnen komen voor het opzetten van een regionaal zorgprogramma Chronische Pijn op basis van de landelijke zorgstandaard.

Resultaat

In juni 2017 heeft het bestuur van STZ het verzoek van de werkgroep chronische pijn goedgekeurd. Dit betekent dat STZ, als daar externe financiering voor gevonden is, de zorgprofessionals in de regio kan ondersteunen bij de implementatie van de Zorgstandaard Chronische Pijn. In 2017 heeft STZ in overleg met de werkgroep chronische pijn een start gemaakt met het opstellen van een financieringsaanvraag. Vanwege de veranderingen bij STZ is de afronding hiervan uitgesteld naar begin 2018. In 2018 wordt de financieringsaanvraag ingediend bij mogelijke financiers.

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum, huisartsen, VVT instellingen en Netwerk Oefentherapeuten Chronische Pijn.

Project Crisis/KDV

Doel

In 2017 is gestart met het project crisis/KDV. Dit project speelt in op knelpunten m.b.t.:

- Moeilijk uitplaatsbare patiënten uit het ziekenhuis na klinische opname naar een kortdurend verblijf (KDV);
- Moeilijk uitplaatsbare patiënten vanaf de SEH naar een KDV;
- Het moeilijk kunnen plaatsen van patiënten vanuit de thuissituatie in een KDV.

Zowel de stuurgroep Transfer als Zorgscala hebben STZ gevraagd om de knelpunten op te pakken.

Resultaat

Op 6 juli heeft STZ een 'crisisdag' georganiseerd waar alle stakeholders vertegenwoordigd waren:

Haga, HMC, Sophia, Parnassia, Zorgscala, Florence, HWW, WZH, Respect, Cardia, Saffier, HKH, ELZHA, en SHG. Ook CZ was vertegenwoordigd. Voorafgaand aan deze dag heeft STZ een analyse (inclusief cijfers) van de (crisis)problematiek in de regio gemaakt.

De crisisdag is volgens de 'LEAN methode' georganiseerd. Stakeholders waren erg positief:

"Het is een stuk complexer dan ik dacht, daar ben ik vandaag wel achter gekomen"

"Wat een prettige, open manier van samenwerken!"

"Dit is een ander niveau dan de gebruikelijke overlegvormen. Goed om elkaar zo te vinden"

Tijdens de crisisdag zijn verschillende oplossingsrichtingen bedacht. STZ heeft deze oplossingsrichtingen verder uitgewerkt: welke ervaringen zijn er al in het land, wat is mogelijk in regio Haaglanden en wat adviseert STZ? Dit is besproken in het eerste overleg met de projectgroep die na de crisisdag is opgericht.

De projectgroep is in 2017 (in zijn geheel en soms gedeeltelijk, bijvoorbeeld met alleen vertegenwoordigers van de VVT en Parnassia) 8x bij elkaar geweest.

Resultaten:

- Analyse crisisproblematiek in de regio geschreven, advies aan bestuur over oplossingsrichtingen op hoofdlijnen;
- Er zijn 2 financieringsaanvragen door STZ samen met stakeholders geschreven die begin januari bij de zorgverzekeraars zijn neergelegd (hebben betrekking op moeilijk plaatsbare patiënten in een KDV vanuit het ziekenhuis na klinische opname);
- De werkafpraak m.b.t. beddencapaciteit is aangepast en opnieuw vastgesteld;
- Analyse crisisproblematiek specifiek vanuit de thuissituatie en vanaf de SEH geschreven, advies aan bestuur over oplossingen;
- Advies is geschreven m.b.t. de oprichting van een centraal aanmeldpunt (heeft betrekking op patiënten die vanuit de thuissituatie of vanaf de SEH naar een KDV gaan);
- Nieuw knelpunt m.b.t. organisatie van de crisisdienst is aangedragen en opgepakt in de projectgroep crisis/KDV.

Het project crisis/KDV loopt door in 2018. Doel is dat in 2018 voor de drie genoemde knelpunten een verder uitgewerkt advies wordt neergelegd bij het bestuur voortbordurend op de eerder besproken oplossingsrichtingen, zodat deze geïmplementeerd en gemonitord kunnen worden.

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum, huisartsen, GGZ en VVT instellingen.

Medicatie overdracht: werkafspraken

Doel

Geneesmiddelen zijn gevaarlijk als deze verkeerd voorgeschreven of gebruikt worden. Daarom is het van belang dat voorschrijvers en apothekers goed weten welke medicatie door de patiënt gebruikt wordt. Momenteel is voor de verschillende betrokken partijen, inclusief de patiënt, niet duidelijk hoe het proces van medicatieoverdracht verloopt en wat de eigen rol daarin is.

Het doel van het project werkafspraken medicatieoverdracht is om in totaal 9 voorkomende overdrachtssituaties te beschrijven in werkafspraken, waarin helder is omschreven welke rollen en taken er zijn.

Resultaat

In 2017 zijn de eerste drie werkafspraken vastgesteld en gepubliceerd via de website van Stichting Transmurale Zorg, in de nieuwsbrieven en in de app Transmurale Werkafspraken. Ook is duidelijk geworden wat er nog nodig is voor verdere implementatie, namelijk meer commitment vanuit de deelnemende organisaties en een patiënten folder. Dit wordt in 2018 opgepakt.

Deelnemers

In de werkgroep waarin de werkafspraken worden geformuleerd nemen apothekers deel uit ziekenhuizen, openbare apotheken en instellingsapotheken. De werkafspraken worden gelezen door een expertgroep met daarin vertegenwoordigers van huisartsen(organisaties), ziekenhuizen, VVT-organisaties en andere stakeholders, voordat ze worden vastgesteld en gepubliceerd.

FTTO

Doel

Met bepaalde aandoeningen of geneesmiddelen komt het voor dat mensen in de eerste en tweede lijn tegenstrijdige informatie of advies krijgt, of dat middelen die in het ziekenhuis worden voorgeschreven thuis niet kunnen worden geleverd. In het Farmacotherapeutisch Transmuraal Overleg gaan artsen en apothekers uit eerste en tweede lijn met elkaar in overleg om knelpunten per diagnosegroep uit te werken en goede afspraken te maken. Daardoor krijgt de patiënt te maken met een duidelijk beleid gedurende de hele behandeling.

Resultaat

In 2017 is de FTTO-groep eenmaal bij elkaar gekomen. Er zijn vorderingen gemaakt in de richtlijnen voor jicht, antistolling en dermatologie. In 2018 maakt het FTTO een doorstart met een nieuwe projectleider.

Deelnemers

Artsen en apothekers uit eerste lijn en uit beide ziekenhuizen.

B. Externe gefinancierde projecten

Traumatisch Hersenletsel Kinderen en Jongeren (THLKJ)

Doel

De zorgaanbieders in de regio die actief zijn voor kinderen en jongeren met THL vormden in 2016 een informeel netwerk en wilden met de implementatie van de Zorgstandaard THLKJ de continuïteit en kwaliteit van zorg vanaf de acute fase t/m de chronische fase verder ontwikkelen en de betrokkenheid van patiënten en naasten in de keten vergroten. Dit wilden zij bereiken door een aantal concrete knelpunten op te pakken, namelijk knelpunten m.b.t. diagnosestelling, nazorg na SEH-bezoek, zorg- en ondersteuningsmogelijkheden, informatie overdracht, informatiebijeenkomsten en lotgenotencontact, signalering door generalistische professionals, betrokkenheid van jeugdartsen, overgang van jeugdzorg naar volwassenzorg en het verkrijgen van een WAJONG-uitkering. De zorgaanbieders hebben onder leiding van STZ een subsidieaanvraag ingediend bij de Hersenstichting. STZ ontvangt van 1 november 2016 tot 1 mei 2018 subsidie om de Zorgstandaard THLKJ te implementeren in de regio.

Resultaat

In 2017 zijn de volgende resultaten behaald:

- Zorg- en ondersteuningsmogelijkheden in kaart gebracht op www.NAHlokethaaglanden.nl
- Onderzoek gestart door student m.b.t. informatiebijeenkomsten en lotgenotencontact
- Er ligt een idee voor een symposium voor zorgverleners
- Er is contact met het CJG (Centrum voor Jeugd en Gezin)
- Er is een zorgpad voor overdracht ziekenhuisschool in de maak
- Concept Zorgprogramma THLKJ gereed
- Zorgpad THLKJ gereed (samenvatting zorgprogramma)

Deelnemers

Ziekenhuizen, revalidatiecentrum, GGZ, VVT instellingen en speciaal onderwijs.

Code Z

Doel

Mensen met dementie die vanuit de thuissituatie worden opgenomen in een ziekenhuis, blijken kwetsbaar voor fouten in de overdracht van informatie. Er ontbreekt informatie over de diagnose, over afspraken rond reanimatie en behandeling en over de zorg die de patiënt thuis ontvangt. Dit leidt tot ongewenste situaties, waarin bijvoorbeeld een diagnostisch traject opnieuw wordt gestart of mensen worden behandeld tegen de afspraken met de eigen huisarts in.

In project CODE Z wordt de verbinding tussen ziekenhuis en casemanager dementie gemaakt: de casemanager is de spin in het web voor de zorg thuis, en weet precies wat er is afgesproken met de patiënt en zijn/haar naasten. Ook werd er een digitaal hulpmiddel voor veilige communicatie ingezet. Dit moest tot betere samenwerking en minder ongewenste situaties leiden, iets wat gemeten werd door NIVEL.

Resultaat

In 2017 is de nameting door het NIVEL verricht en werd het project geëvalueerd. Er bleek dat de samenwerking tussen eerste en tweede lijn verbeterd is, ook door de extra aandacht voor deze doelgroep. In de loop van het jaar werd duidelijk dat er geen draagvlak was voor een vervolgproject en werd ook het digitale communicatiemiddel door de regio niet langer gezamenlijk ondersteund. Daarop is het project afgerond.

Deelnemers

Ziekenhuizen, huisartsen, VVT-organisaties

Haags Ontmoeten

De gemeente Den Haag streeft naar dementievriendelijke wijken waar in De Haagse Ontmoeting (opvang en ondersteuning kwetsbare ouderen en mensen met (beginnende) dementie) en hun mantelzorgers de spil vormt voor de burgers op dit terrein.

In Den Haag vindt omvorming en vernieuwing plaats van de oude structuur van ondersteuning van mensen met verminderde regie en (beginnende) dementie in ontmoetingscentra en dag structurering projecten naar een nieuwe structuur van ondersteuning per stadsdeel, De Haagse Ontmoeting. Hierin komen twee vernieuwingen samen. Enerzijds de omvorming van bestaande ondersteuningsaanbod naar een herkenbaar, per stadsdeel georganiseerd aanbod. Anderzijds een ontwikkelagenda waarbij in pilots nieuwe vormen van ondersteuning, uitbreiding van doelgroepen, samenwerking met nieuwe partners en outreachend werken worden getest. Binnen deze pilots wordt van ervaringen geleerd en worden resultaten gemonitord en verspreid.

Stichting Transmurale Zorg begeleidt het leerproces van de pilots. Periode voor de pilots is 1 jaar, van 1 juli 2017 tot juli 2018.

Doelstelling

Een achttal leervragen is geselecteerd rond pilots/thema's waarop men ervaring wil opdoen in het kader van Haags Ontmoeten. Uiteindelijke doel van de pilots is om bewezen (preventief) werkende interventies voor kwetsbare ouderen en hun mantelzorgers te selecteren en deze te implementeren in de andere stadsdelen.

Doelstelling van de begeleiding van het leerproces van de pilots door STZ is het "leren" stimuleren en het ophalen van leerervaringen, kennis en inzichten opgedaan in de pilots. STZ levert een rapport op waarin een beschrijving van de leerresultaten van de pilots op basis van reflectie en informatie van de inspiratiegroep (programma coördinatoren en pilotleiders). Daarnaast wordt de verbinding benut tussen relevante netwerken binnen STZ en dit project om ketenzorg afstemming te realiseren en kennis te delen.

Resultaten

STZ heeft een inspiratiegroep ingesteld waarin zij programma coördinatoren en leiders van de verschillende pilots begeleidt om de stand van zaken van de pilots te bespreken en hun ervaringen te delen. Door middel van verschillende methodes werd het leren gestimuleerd en werden leerpunten verzameld over de ervaringen met de pilots.

Daarnaast werden er kennisbijeenkomsten georganiseerd voor alle bij Haags Ontmoeten betrokken professionals en vrijwilligers. De thema's voor de bijeenkomsten werden gekozen in overleg met de programma coördinatoren en betroffen onderwerpen waarover bij de ontwikkeling van Haags Ontmoeten behoefte bleek te bestaan om kennis op te doen.

Inspiratiegroep:

In november 2017 is een inspiratie bijeenkomst gehouden. Uit de inventarisatie bleek dat 1 pilot goed van start was en ervaring opdoet met de leervraag "combinatie van doelgroepen" en ervaringen kon delen. De overige pilots bevonden zich nog in de startfase. Dit hing samen ofwel met praktische problemen (verbouw van ruimtes of met tijdrovende start van nieuwe samenwerking en afstemming met nieuwe partners). In de inspiratiebijeenkomst zijn startproblemen besproken en adviezen gegeven om pilots verder te helpen. Effect van de inspiratiebijeenkomst was dat elkaar ontmoeten en kennis uitwisselen nieuwe inspiratie gaf voor verdere ontwikkeling van de pilots.

Kennisbijeenkomst:

Ook is in november een kennisbijeenkomst gehouden met als titel: “ Het brein en goed ouder worden”. Vanuit veel verschillende locaties van Haags Ontmoeten namen 45 mensen deel aan deze bijeenkomst.

Verbinding met de netwerken via STZ:

In de nieuwsbrieven van het netwerk dementie en van STZ en via Linked In en twitter is bericht over Haags Ontmoeten en de inspiratie- en kennisbijeenkomst.

Knelpunten in aanloopfase

Trage start samenwerking

De ontwikkeling van Haags Ontmoeten vanuit bestaande samenwerkingsverbanden en nieuwe relaties vergde veel meer inspanning en tijd dan voorzien en in het projectplan opgenomen. De afstemming over rollen, samenwerking en uitvoering tussen welzijn, gemeente, STZ en een onderzoeksinstituut liep door tot in het najaar. Het onderzoeksinstituut start met haar onderzoek in 2018 en de geplande nulmeting beschreven in het projectplan van STZ kon niet volgens plan uitgevoerd worden.

Trage start pilots

De Programma coördinatoren zijn gestart vanaf 1 juli met hun taak en inventariseren van de stand van zaken van Haags Ontmoeten en de pilots. Ook de pilots kenden een aanloopperiode met afstemming en nieuwe relaties opbouwen. Een eerste inspiratiegroep kon daardoor niet eerder dan in november gehouden worden. Daar bleken de meeste pilots nog in de opstartfase te verkeren. Er konden nog weinig resultaten als antwoord op de leervragen geboekt worden. Wel deelden de deelnemers veel kennis en ideeën en deden inspiratie op voor de verdere ontwikkeling van hun pilot.

Deelnemers

VVT professionals, welzijn professionals en coördinatoren

11. Programma Palliatieve Zorg

Samenvatting

Vanuit het programma palliatieve zorg van VWS ligt de regionale opdracht om de palliatieve zorg te verbeteren sinds enige jaren bij Transmurale Zorg. De opgave voor de regionale palliatieve zorg ligt op diverse terreinen: het beter organiseren en coördineren van de regionale palliatieve zorg, stakeholders informeren over nieuwe ontwikkelingen, het signaleren van knelpunten in de keten en het faciliteren van projecten zoals b.v. rond deskundigheidsbevordering.

Onderstaande tabel geeft kort weer welke doelstellingen voor het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden zijn benoemd in het jaarplan 2017. Vervolgens wordt weergegeven of de genoemde doelstellingen zijn behaald. Gedetailleerde beschrijvingen van activiteiten van het Netwerk worden na deze samenvatting weergegeven.

Doelstelling Jaarplan 2017	Resultaat 2017
ORGANISEREN EN COORDINEREN	
Actualisatie van de visie, samenwerkingsovereenkomst en criteria voor deelname aan het netwerk.	Behaald
INFORMEREN	
Verbetering van informatievoorziening (nieuwe website en maandelijkse nieuwsbrief).	Behaald
Nieuwe vorm van versterken samenwerken, kennis delen en kennis verdiepen (palliatieve cafés voor zorgverleners).	Behaald
SIGNALEREN	
Verder afstemming met zorgverzekeraars en gemeenten.	Samenwerking met gemeente verloopt via Platform Doodgewoon. Samenwerking met zorgverzekeraars is onderbelicht geweest in 2017

Actieve deelname in consortium Propallia en verbinden van bovenregionale verbeterpunten met netwerk activiteiten.	Behaald
FACILITEREN	
Evaluatie basisscholing voor verpleegkundigen en nieuwe vorm basisscholing voor verzorgenden.	Behaald
Verder uitwerken van projecten en deskundigheidsbevordering waaronder palliatieve overdracht in POINT, samenwerking formele zorg en informele zorg, interculturele zorg, huisbezoeken in de palliatieve fase, sociale kaart, café doodgewoon, eGPO, geestelijke zorg in de laatste levensfase en zorg voor naasten.	Gedeeltelijk behaald

Palliatieve zorg in Nederland

Het is onbekend hoeveel mensen per jaar behoefte hebben aan palliatieve zorg. Ook weten we niet hoeveel mensen met een concrete zorgvraag op het terrein van palliatieve zorg zich per jaar melden bij zorgverleners (website NIVEL). Wel kunnen we aannemen dat mensen die lijden aan ongeneeslijke ziekte of aan een andere niet-acute, uiteindelijk terminale aandoening in meerdere of mindere mate behoefte hebben aan palliatieve zorg.

Per jaar overlijden in Nederland ruim 150.000 mensen (CBS), waarvan ongeveer 54% overlijdt aan een niet-acute aandoening (Van der Velden e.a., 2009). Kanker, chronisch hartfalen, COPD, dementie, CVA, diabetes en algehele achteruitgang vanwege hoge ouderdom, zijn veel voorkomende niet-acute doodsoorzaken. Uit onderzoek (Van den Akker e.a., 2005) is bekend dat ongeveer drie kwart van de Nederlanders thuis de meest ideale plaats vindt om te sterven. Onderzoeken elders in de wereld laten ook steeds zien dat de meeste mensen 'thuis' als de voorkeursplek zien om te overlijden; dat wordt zowel aangegeven in onderzoek onder de algemene bevolking als in onderzoek onder mensen die al palliatieve zorg ontvangen (o.a. Gomes e.a., 2013). Als patiënten niet meer thuis verzorgd kunnen worden, blijken zij en hun familie vaak weinig inzicht te hebben in alternatieven, zoals hospices (Van den Akker e.a., 2005).

Een van de kenmerken in de zorg voor mensen in de laatste levensfase, palliatieve zorg, is dat patiënten gebruik maken van zorg geleverd vanuit verschillende velden van de gezondheidszorg. Daarnaast is er gedurende het zorgverleningsproces vaak een verandering in de aard van de benodigde zorgverlening te zien waardoor verschuiving in zorg en tussen hulpverleners noodzakelijk is.

Tenslotte spelen bij palliatieve zorgverlening niet alleen professionele hulpverleners een rol. Ook mantelzorgers, naasten, familieleden en vrijwilligers zijn een belangrijke schakel in het zorgproces rondom het levenseinde.

Dit soort kenmerken in de zorg voor mensen in de palliatieve fase heeft er toe geleid dat het ministerie van VWS palliatieve zorg in 2014 als speerpunt heeft geformuleerd. Doelstelling was om in 2020 iedere patiënt goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverleners te verlenen.

Behaalde resultaten 2017

ORGANISEREN EN COORDINEREN

Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden

Het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden is onderdeel van de Stichting Transmurale Zorg en valt onder consortium Propallia. Het netwerk bestrijkt het gebied Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer. Zorgverleners en vrijwilligers die zich op welke wijze dan ook bezig houden met palliatieve zorg in de regio zijn de deelnemers van het netwerk. De formele betrokkenheid bij het netwerk wordt gevormd door instellingen die een samenwerkingsovereenkomst hebben ondertekend. In 2017 zijn de criteria voor deelname aan het netwerk en de samenwerkingsovereenkomst tussen netwerkliden vervangen door een nieuw huishoudelijk reglement. Belangrijke wijziging is dat leden die geen lid zijn van de Stichting Transmurale Zorg contributie gaan betalen voor deelname aan het netwerk. Hierbij wordt een uitzondering gemaakt voor hospices en organisaties gericht op Vrijwillige Palliatieve Thuis Zorg.

INFORMEREN

Informatie voorziening via website

Streven voor 2017 was het verbeteren van de informatievoorziening naar leden van het netwerk. Er is een overeenkomst gesloten met Bond, een organisatie die het beheer van de website van het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden overneemt. Leden van het Netwerk kunnen zich via de website van Stichting Transmurale Zorg inschrijven voor een nieuwsbrief update per email.

Palliatief Café

Om de samenwerking tussen hulpverleners te versterken, kennis te delen en verdiepen zijn in 2017 acht palliatieve cafés georganiseerd. Dit zijn bijeenkomsten voor en door hulpverleners met als doel kennisoverdracht. De onderwerpen die in 2017 aan bod zijn geweest zijn;

- palliatief redeneren en cannabis,
- Sterven op je Eigen Manier (STEM),
- Op informele wijze ontmoeten en in gesprek met inspirerende collega's,
- Veranderende wet- en regelgeving en toegevoegde waarde van een creatief therapeut
- Passende zorg voor niet-westerse migranten
- Hoop
- Aandacht
- Euthanasie en/als/of palliatieve zorg: dezelfde zorg of andere zorg?

Casuïstiek besprekingen

In samenwerking met de Helpdesk Palliatieve Zorg Haaglanden, hun palliatief consultants en het transmuraal netwerk Zuid-Holland-Noord zijn twee interactieve casuïstiekbesprekingen met als onderwerp 'Sterven anno 2017 kan het nog doodgewoon' georganiseerd. Hierbij konden verpleegkundigen zelf relevante onderwerpen, vragen en casuïstiek inbrengen. Met behulp van verschillende methoden, intervisie en discussie zijn onderwerpen zoals pijn, misselijkheid, dyspneu en wilsbeschikking, aan de hand van de laatste palliatieve richtlijnen, besproken.

Het doel van de casuïstiekbesprekingen is kennis *delen*, kennis *overdragen* en kennis*maken*. Zo werd o.a. onderling kennisgemaakt met verpleegkundigen uit verschillende settings, zowel in- als extramuraal.

SIGNALEREN

Palliatieve Thuiszorg (PaTz)

In de regio Haaglanden zijn 7 PaTz groepen opgericht; 2 in Den Haag (Segbroek en Ypenburg), 1 in Rijnsburg/Rijswijk en 4 in Zoetermeer (DDPS, Seghwaert, Meerzicht en Rokkeveen). Dit zijn autonoom functionerende groepen waar de netwerk coördinator Haaglanden een signalerende en ondersteunende functie heeft.

Café Doodgewoon

Het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden is in het najaar 2016 gestart met een pilot van 4 cafés Doodgewoon in Den Haag, een samenwerking met Platform Doodgewoon Den Haag.

De bijeenkomsten zijn bedoeld voor wijkbewoners, niet specifiek voor zorgverleners of patiënten/naasten in de palliatieve fase. In groepen van 5 tot 8 personen vinden gesprekken plaats over de laatste levensfase.

Dit initiatief is in 2017 voortgezet, waarbij de volgende onderwerpen gespreksonderwerpen zijn geweest; Het levenstestament, Emotionele dilemma's, Uitvaartmogelijkheden, rouw en rituelen. Afsproken is dat de coördinator van het netwerk palliatieve zorg penvoerder is van café Doodgewoon. De organisatie van de cafés zal worden gedaan door leden van Platform Doodgewoon.

Helpdesk Palliatieve Zorg Haaglanden DWO

De helpdesk is bedoeld voor huisartsen, verpleegkundigen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde en andere zorgverleners in de palliatieve zorg. Doel is zorgverleners telefonisch ondersteuning te bieden en advies te geven bij problemen in de zorgverlening en behandeling van patiënten in de palliatieve fase.

Een team van 7 artsen, 8 verpleegkundigen en 2 apothekers bemannen de helpdesk. Zij beantwoorden vragen en bieden ondersteuning aan hulpverleners die vragen hebben over de zorg aan patiënten in de palliatieve fase. De leden van de Helpdesk geven op verzoek ook scholing aan artsen en verpleegkundigen. Jaarlijks worden er ruim 600 vragen gesteld.

Het IKNL heeft als uitgangspunt dat iedere hulpverlener in Nederland 24/7 een beroep kan doen op een consulent palliatieve zorg. Er is nauwe samenwerking tussen de Netwerk coördinator en de Helpdesk coördinator voor wat betreft signalering, informeren en deskundigheidsbevordering in de regio.

Capaciteitsonderzoek

In het eerste kwartaal van 2017 is een capaciteitsonderzoek palliatieve bedden uitgevoerd over het jaar 2016. Bij zorgcoördinatoren van hospices en leidinggevenden palliatieve units zijn gegevens opgevraagd over: het aantal palliatieve bedden, aantal opnames, het bezettingspercentage en de gemiddelde verblijfsduur. Daarnaast wordt gekeken in welke mate de palliatieve bedden gebruikt worden door specifieke doelgroepen zoals patiënten met dementie, psychiatrische of gedragsproblemen of afkomstig zijn uit een niet-westerse achtergrond.

We kunnen concluderen dat in 2016 het aantal palliatieve opnames in de regio Haaglanden is afgenomen maar de gemiddelde opnameduur en het bezettingspercentage is toegenomen ten opzichte van 2015. Hiernaast is er een toename in het aantal bewoners met een niet-westerse achtergrond en dementie te zien.

FACILITEREN

Deskundigheidsbevordering

In 2017 is voor de nascholing palliatieve zorg voor verpleegkundigen en verzorgenden samengewerkt met de collega netwerken Leiden en Delft-Westland-Oostland (DWO) onder de vlag van Educatie Zorgsector van het Leids Universitair Medisch Centrum.

De *basisnascholing voor verpleegkundigen* heeft 3 keer plaatsgevonden. Zowel deelnemers als docenten kwamen uit de drie netwerken. De *gevorderden nascholing voor verpleegkundigen* vind één keer per jaar plaats vanuit de drie netwerken.

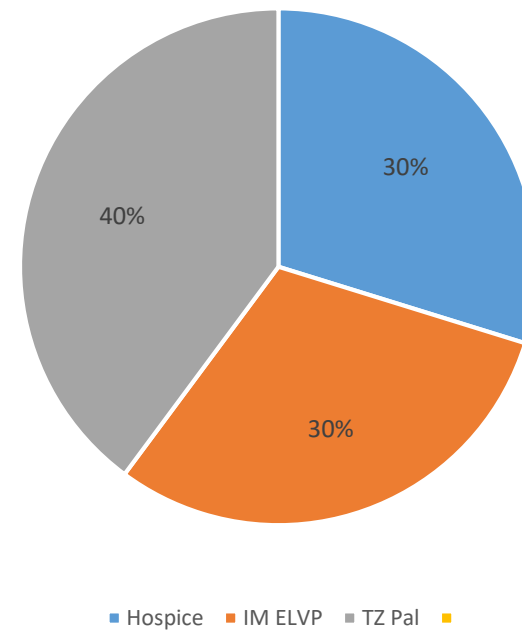
Palliatieve overdracht in POINT (Punt voor Overdracht, Informatie, Naslag en Transfer)

POINT is een elektronisch transferdossier voor de transfer en zorgoverdracht van voornamelijk ziekenhuis patiënten. Er is in samenwerking met het palliatief netwerk van Leiden in POINT een palliatief blok toegevoegd voor de verpleegkundige palliatieve overdracht vanuit het ziekenhuis (zie Bijlage 1). Het gaat hier om drie typen nazorg, te weten: Hospice, Intramuraal Eerste Lijn verblijf Palliatieve Zorg (IM ELVP) en ThuisZorg Palliatieve Zorg (TZ Pal).

Onderstaande tabel en diagram geven het aantal verwijzingen per nazorgtype in 2017 weer.

Ziekenhuisverwijzing naar:	Aantal:
Hospice	151
IM ELVP	154
TZ Pal	202
Totaal aantal verwijzingen	507

Verwijzing naar:



12. Programma Dementie

Vanuit de zorgverzekeraar ligt sinds vele jaren de opdracht bij Stichting Transmurale Zorg om de ketenzorg rond dementie te optimaliseren. Deze netwerk coördinatie rol omvat een aantal opdrachten; het organiseren en coördineren van de keten, het informeren van stakeholders over ontwikkelingen. Het signaleren van knelpunten en het faciliteren van projecten.

Onderstaande tabel geeft kort weer welke doelstellingen voor het Netwerk Dementie Haaglanden zijn benoemd in het jaarplan 2017. Vervolgens wordt weergegeven of de genoemde doelstellingen zijn behaald. Gedetailleerde beschrijvingen van activiteiten van het Netwerk worden na deze samenvatting weergegeven.

Doelstelling Jaarplan 2017	Resultaat 2017
ORGANISEREN EN COORDINEREN	
Vormgeven Netwerk Dementie voor de toekomst	Behaald
Actualiseren Samenwerkingsovereenkomst naar Huishoudelijk Reglement	Behaald
Besluit over wijze voortzetting Centraal Aanmeldpunt Dementie	Behaald
INFORMEREN	
Symposium Dementie bij verschillende culturen	Behaald
Tweemaal Netwerkbijeenkomst voor casemanagers dementie	Behaald
SIGNALEREN	
Landelijke ontwikkelingen casemanagement dementie volgen en casemanagement behouden voor de regio	Behaald
Aansluiting vinden bij Landelijk Netwerk Dementie	Behaald
FACILITEREN	
Afspraken over vervolgproject Dementie en Diversiteit	Behaald
Verbetering aansluiting informele-formele zorg: inventarisatie in de regio	Niet behaald

Dementie in Nederland

Een op de vijf mensen krijgt dementie. Bij vrouwen is de kans nog groter: een op de drie vrouwen krijgt tijdens haar leven dementie. Hoe ouder, hoe groter de kans op dementie. Boven de 90 jaar heeft maar liefst 40 procent van de mensen een vorm van dementie. Nederland telt op dit moment ruim 270.000 mensen met dementie. Door de vergrijzing en het ouder worden van de bevolking zullen in 2040 ruim een half miljoen mensen lijden aan dementie (Alzheimer Nederland).

Dementie is een erg ingrijpend ziektebeeld voor zowel de patiënt als de mantelzorger. Mensen krijgen te maken met veel verschillende zorgverleners en hebben behoefte aan continuïteit. Deze continuïteit krijgt in de regio en inmiddels landelijk gestalte in de persoon van de casemanager dementie. De casemanager dementie staat naast de cliënt om diens belangen te behartigen en de zorg te coördineren; wanneer is bijvoorbeeld een ergotherapeut nodig en wanneer kan een opname in het verpleeghuis echt niet meer wachten?

In 2017 stond de positie van de casemanager dementie onder druk: de wijkverpleegkundige kreeg een belangrijkere rol in het indiceren en het was onduidelijk of deze ook de taken van de casemanager over zou nemen. In het begin van het jaar is het Landelijk Actieplan Casemanagement Dementie opgezet. Daar is het Netwerk Dementie uit de regio Haaglanden vanaf het begin bij betrokken. Om samen sterker te staan is er in 2017 ook een landelijk netwerk opgestart, waar de regionale netwerken bij kunnen aansluiten vanaf 1 januari 2018. Het landelijk netwerk en het platform “Dementiezorg voor elkaar” zorgen voor waardevolle uitwisseling van kennis.

Behaalde resultaten 2017

ORGANISEREN EN COORDINEREN

Netwerk Dementie regio Haaglanden

In 2017 is de vorm van het Netwerk aangepast om vanaf 2018 effectiever te kunnen sturen. De oude vorm, waarin een Stuurgroep de richting aangaf en een Netwerkoeverleg voor aansluiting naar alle organisaties zorg droeg, bleek niet voldoende impact te hebben. In de nieuwe vorm wordt resultaatgerichter gewerkt binnen thema's. Meer details hierover vindt u in dit jaarverslag onder hoofdstuk 5 'Inrichting van de overlegstructuur en wijze van besluitvorming'.

Centraal Aanmeldpunt Casemanagement Dementie

Vraag en aanbod van casemanagement dementie werd de laatste regionaal gecoördineerd door een centraal aanmeldpunt, gevestigd bij Stichting Transmurale Zorg. Hier kon men casemanagement aanvragen voor een cliënt met de diagnose en werd een casemanager met ruimte in de portefeuille die in de wijk van de cliënt werkzaam was, ingeschakeld.

Naar aanleiding van de groeiende wachtlijst voor casemanagement dementie, werd de werkwijze van het Centraal Aanmeldpunt onder de loep genomen. Verondersteld werd, dat door ontkoppeling van vraag en aanbod, de zorgorganisaties niet zelf 'eigenaar' van de wachtlijst waren. Door de wachtlijst van Stichting Transmurale Zorg terug te leggen bij de zorgorganisaties, zouden de zorgorganisaties het aanbod beter afstemmen op de vraag.

Op 1 april is het Centraal Aanmeldpunt opgeheven. Uit peilingen door het Netwerk bleek in de loop van 2017 dat de wachtlijst verder gegroeid was. Het is echter niet uitgesloten dat een deel van dat effect wordt veroorzaakt doordat cliënten nu dubbel geregistreerd kunnen staan (op de wachtlijst bij twee of meer organisaties).

INFORMEREN

Symposium Dementie en Culturele Diversiteit

Op 14 september werd het Symposium Dementie en Culturele Diversiteit voor het eerst georganiseerd. Dit werd mede mogelijk gemaakt door een bijdrage van de gemeente Den Haag en het hanteren van een deelnemerstarief. Er waren 126 deelnemers die het symposium gemiddeld een 8,0 als rapportcijfer gaven. Naast het programma van sprekers was er een informatiemarkt met zorg- en ondersteuningsmogelijkheden voor mensen met dementie uit verschillende andere culturen.

Als vervolg van dit Symposium wordt in 2018 een project opgezet om de samenhang in zorg voor mensen met dementie uit diverse culturele achtergronden te verbeteren en wordt in 2018 wederom een symposium georganiseerd.

Netwerkbijeenkomsten Casemanagers

Voor casemanagers dementie zijn twee scholingen/netwerkbijeenkomsten georganiseerd:

Op 15 mei waren 26 casemanagers aanwezig en was het thema ergotherapie. Op 26 oktober waren 18 casemanagers aanwezig voor het thema dementie en psychiatrie/onbegrepen gedrag.

SIGNALEREN

Landelijke ontwikkelingen

De belangrijkste landelijke ontwikkelingen gaan over financiering van regionale Netwerken Dementie en de toekomst van casemanagement dementie. Het Netwerk Dementie is aangesloten bij het nieuwe landelijk netwerk en volgt bovendien van dichtbij de vorderingen van het Actieplan Casemanagement Dementie.

FACILITEREN

Afspraken vervolgproject Dementie en migranten

Na het succesvolle symposium Dementie en diversiteit is een kerngroep bestaande uit vertegenwoordigers van zorg én welzijn aan de slag gegaan om de zorg te verbeteren. Er zijn drie deelprojecten, namelijk

- a. Betere signalering door voorlichting aan sleutelpersonen/zwermers en op locatie
- b. Betere diagnostiek door scholing huisartsen over mogelijkheden voor laaggeletterden/anderstaligen
- c. Betere aansluiting bij de zorgvraag van mensen met dementie uit andere culturen

Dit project loopt door in 2018.

Betere aansluiting formele-informele zorg

In 2017 is een student van het iBMG begonnen aan een stage bij Stichting Transmurale Zorg om in kaart te brengen wat de knelpunten zijn in de samenwerking tussen formele en informele zorg. Deze stage is helaas voortijdig beëindigd en het project heeft in 2017 verder stil gelegen. In 2018 wordt dit weer opgepakt door de nieuwe programmaleider.

13. Regionale Samenwerking Organisatie Haaglanden (RSO)

Doel RSO

RSO Haaglanden is een BV, zonder winstoogmerk, die is opgericht in 2009 en per 2014 voor 100% in eigendom van Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. is. Het doel van de RSO is het organiseren van regionaal elektronisch berichtenverkeer in de zorg daar waar stakeholders daaraan behoefte hebben. De RSO exploiteert het regionaal elektronisch berichtenverkeer in de vorm van zorgdiensten. Per zorgdienst stelt de RSO een jaarplan op waarin de doelstellingen wat betreft gebruik en ontwikkeling worden beschreven. Bij zorgdiensten kan gedacht worden aan de verpleegkundige overdracht d.m.v. Point, en de medicatieoverdracht d.m.v. Zorgmail.

De RSO heeft in de kern de opdracht om:

- Zorgdiensten te leveren die qua prijsstelling toegankelijk zijn voor alle typen zorginstellingen.
- Zorgdiensten te leveren die op technisch niveau state of the art zijn.
- Zorgdiensten te leveren die de privacy en veiligheid kunnen garanderen voor zowel patiënt als instelling.
- Zorgdiensten in overleg met stakeholders te verbeteren en waar kan te innoveren.
- Vendor lock-in zoveel mogelijk te voorkomen, zonder de relatie met de leverancier (ernstig) te schaden.

Met de bovenstaande voorwaarden worden Zorgdiensten door de RSO geëxploiteerd ten behoeve van de 2^{de} lijn en de verwijzende 1^{ste} lijn en vice versa.

Zorgdiensten 2017

In 2017 zijn twee zorgdiensten door de RSO geëxploiteerd; POINT en Edifact/Zorgmail.

- E-transfer: POINT (Linkassist) staat voor Punt voor Overdracht, Informatie en Naslag Transfers. POINT is een webtoepassing waarbij door alle aangesloten Zorgaanbieders op dezelfde wijze gewerkt, geregistreerd en gecommuniceerd wordt, wanneer een patiënt/cliënt overgeplaatst wordt naar een andere Zorgaanbieder. Het betreft hier alle transfers van Haaglanden Medisch Centrum, HagaZiekenhuis, Lange Land Ziekenhuis, Sophia Revalidatie en Parnassia Groep naar instellingen voor Verzorging, Verpleging en Thuiszorg. Ongeveer 95% van de VVT instellingen in de regio is aangesloten op POINT. Zij ontvangen ongeveer 10.000 dossiers per jaar uit de ziekenhuizen.
- Edifact en Zorgmail: E.Novation (voor zorginstellingen, apothekers en huisartsen).

- In de regio Haaglanden wordt door de regionale zorgverleners gebruik gemaakt van ZorgMail voor het veilig elektronisch uitwisselen van ongestructureerd berichten verkeer en van EDIFACT voor gestructureerd berichtenverkeer. De dienstverlening van RSO Haaglanden heeft voornamelijk betrekking op de verzending van EDIFACT- en Zorgmailberichten door de ziekenhuizen en Parnassia.

De cijfers voor 2017 laten het volgende beeld zien.

- Edifact/Berichten: met 1522260 elektronische berichten is 2017 negatief afgesloten (-4,3%) t.o.v. de doelstelling (1.590000).
- E-Transfer/Point: met 15.543 elektronische dossiers aangemaakt is 2017 negatief afgesloten (-1,2%) t.o.v. de doelstelling (15.851).

Stimuleren LSP t.b.v. betere medicatieoverdracht

Het Landelijk Schakelpunt (LSP) zorgt voor snelle en betrouwbare elektronische uitwisseling van medische gegevens. Zorgverleners, zoals een huisarts of een apotheek, kunnen hun computersysteem aansluiten op het beveiligde netwerk van het LSP. Hiervoor dient de patiënt toestemming te hebben gegeven (het zogenaamde opt-in). Deze toestemming wordt gevraagd door huisarts of apotheek. Als deze toestemming is verleend, dan geeft de huisarts en/of apotheek aan het LSP door dat er gegevens over de patiënt beschikbaar zijn. Andere zorgverleners kunnen dan actuele medische gegevens opvragen. Dit mag alleen als dit nodig is voor de behandeling.

In het bestuur van de Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o., is consensus over het belang van het gebruik van het LSP in de regio Haaglanden. Om het gebruik van het LSP in de regio te stimuleren en te optimaliseren worden nauwe contacten onderhouden met de apothekers en huisartsen(groepen).

In 2017 heeft de RSO een regiobeheer rol vervuld in opdracht van VZVZ rondom het Landelijk Schakel Punt (LSP) in de regio Haaglanden. Er is gewerkt aan het verhogen van het aantal opt-ins, het verhogen van het gebruik van het LSP en het vergroten van de bewustwording rondom het LSP.

Samen met VZVZ, Smash, MediPC en RSO werd een plan opgesteld en uitgevoerd om het aantal aangesloten huisartsen op het LSP en het aantal opt-ins bij huisartsen te vergroten. Eind 2017 waren 139 van de 221 huisartsenpraktijken in de regio aangesloten op het LSP (62,9%) en 25 praktijken bevonden zich in het aansluitproces. Begin 2017 waren er 129 van de 245 praktijken (inclusief de huisartsen van Voorschoten) aangesloten (52,6%).

Het opt-in percentage was begin 2017 30% van de bij de aangesloten huisartsen ingeschreven patiënten. Door het toetreden van huisartsenpraktijken en daardoor meer ingeschreven patiënten de meetelden ging het percentage opt-in maar heel langzaam omhoog.

Eind 2017 was dit percentage dan ook maar 1,6% gegroeid. Vanaf 2018 zal daarom gerekend worden met percentage opt-in tov het inwonersaantal. Eind 2017 was het opt-in percentage bij huisartsen 19,9% t.o.v. het inwonersaantal.

Het aantal succesvolle opvragingen van de medicatiegegevens lag eind 2017 op 66% bij de huisartsenpost en de professionele samenvattingen op 19,3%. De stimulering van het gebruik van het LSP onder apotheken wordt vanuit het RSO geregeld. Namens het RSO bezoekt Inge Stollman (apotheker) collega apothekers bij praktische problemen met het LSP. In de regio Haaglanden zijn alle 95 apotheken aangesloten op het LSP. Twee apotheken waren eind 2017 niet actief door wijziging van eigenaar. Het opt-in percentage bij apotheken ligt een heel stuk hoger dan bij de huisartsen namelijk op 59,7% t.o.v. het inwonersaantal.

60 van de 95 apotheken maakt wekelijks gebruik van het LSP. Dit is 63,2%. Het percentage succesvolle opvraging van de medicatiegegevens is 67,3%. Naast de landelijke acties om de bekendheid van het LSP te vergroten die door VZVZ zijn uitgevoerd is er ook lokaal aandacht besteed aan het vergroten van de bekendheid van het LSP. In de verschillende nieuwsbrieven (waaronder die van de SMASH, EFDH en RSO Haaglanden) is regelmatig aandacht besteed aan LSP. Via RSO Haaglanden en MediPC is ook via Twitter en LinkedIn over het LSP gecommuniceerd. Ook is via diverse bijeenkomsten en scholingen voor huisartsen, POH-ers, apothekers en apothekersassistenten het LSP onder de aandacht gebracht. MediPC en Inge Stollman hebben diverse huisartsenpraktijken en apotheken bezocht om ze te informeren over het LSP en ze te helpen met aansluitproblemen. In november 2017 is er een actieweek geweest in het HagaZiekenhuis om het LSP bij patiënten/inwoners onder de aandacht te brengen.

Overige activiteiten

Daarnaast heeft RSO Haaglanden in 2017 aandacht besteed aan de volgende activiteiten:

- Onderzoek naar de functionaliteiten binnen de verschillende zorgdiensten.
- Beheer van contractensysteem NARIS. Dit ook i.v.m. risicobeheersing en audit.
- Participatie in de landelijke RSO organisatie, RSO NL.
- Persoonlijke Gezondheids Omgeving. Inventariseren van de communicatie kanalen binnen de huidige zorgdiensten en begeleiden van de standaard van Nictiz.
- Onderzoek naar de rol van RSO Haaglanden inzake regionale rol Privacy.
- Contract Zorgdomein herbeleggen bij deelnemers Transmurale Zorg
- Contract eGPO herbeleggen bij deelnemers Transmurale Zorg