

Jaarplan 2019

Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. en RSO Haaglanden

1. Inleiding

In de komende jaren krijgt de Haagse regio in toenemende mate te maken met vergrijzing en toename van het aantal chronisch zieken. Voor kwetsbare groepen in de regio Den Haag liggen uitdagingen en kansen om de gezamenlijke maatschappelijke opgave in onderlinge samenwerking met de betrokken sectoren en (vertegenwoordiging van) patiënten versneld en beter te realiseren. Een extra uitdaging ligt er binnen deze doelgroepen bij mensen met een lage sociaal economische status. Bij hen zijn de gezondheidsachterstanden het hoogst en de levensverwachting in goede gezondheid het laagst.

Om tegemoet te kunnen komen aan bovenstaande ontwikkelingen is het van belang om de 'de juiste zorg op de juiste plek' in de regio te realiseren. Dit biedt mogelijkheden voor zorg op maat, dichtbij de patiënt.

De juiste zorg op de juiste plek bestaat uit een aantal belangrijke bewegingen:

1. Van 'professional in the lead' naar 'patiënt in the lead'
2. Van 2e lijnszorg naar wijknetwerk
3. Van ziekte en beperking naar positieve gezondheid
4. Van acute inzet zorg naar preventie en vroeg signalering
5. Van chronische zorg in ziekenhuis of GGZ-instelling naar chronische zorg dichtbij huis
6. Van versnippering van informatie in de keten naar integrale informatie

In de addenda Hoofdlijnenakkoorden 2018 hebben de verzekeraars met de diverse branches afgesproken zich gezamenlijk in te spannen om substitutie te bevorderen waarbij ketensamenwerking en de inzet van ICT/E-Health belangrijke onderdelen vormen.

Binnen STZ willen wij op basis van de inhoudelijke ontwikkelingen in de regio inspelen op bovenstaande trends. Daartoe zullen diverse projecten die in 2018 zijn opgestart binnen de thema's Vitaal Thuis, acute zorg/KDV, medicatieoverdracht en Zorg/ICT worden vervolgd/worden uitgebreid, zoals bijvoorbeeld de transmurale zorgbrug en verbreding van de coördinatie ELV. Binnen de programma's dementie en palliatieve zorg wordt het accent verlegd naar preventie en zorg/steun zo dicht mogelijk bij de bewoner/cliënt waarbij o.a. samenwerking tussen sociaal domein en het medisch domein van belang is.

Toepassingen die op basis van de inhoudelijke ontwikkelingen regionaal gewenst zijn, kunnen worden toegepast via de RSO.

2. St. Transmurale Zorg (STZ) in aansluiting op de toekomst van de zorg

Vanaf 2018 heeft STZ, in aansluiting op de ontwikkelingen in zorg en welzijn, haar visie en missie geherformuleerd.

Visie:

STZ is een ondersteuningsorganisatie voor zorgaanbieders in de regio en stimuleert efficiënte steunen zorgnetwerken in de regio Haaglanden zonder merkbare schotten zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van de patiënt, afgestemd op de behoefte van patiënt en mantelzorger, 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 mantelzorger 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.

STZ komt in actie bij:

Verbeteringsvraagstukken:

1. Wanneer er tijdens transfermomenten in de zorg of in samenwerkingsituaties rond de zelfstandig wonende patiënt waardeverlies of risico's (dreigen te) ontstaan voor de patiënt en zijn omgeving op grond van afstemming, kwaliteit van zorg, zorg op verkeerde plek of moment, informatieoverdracht en onvoldoende mogelijkheden zelfmanagement.
2. Hierbij minimaal 3 ketenpartners betrokken zijn.

Vernieuwing aanjagen:

3. Wanneer STZ in haar verkennende en inspirerende rol innovaties signaleert met betrekking tot transfer, samenwerking in zorg/welzijn en preventie die een toegevoegde waarde voor de patiënt/mantelzorger kunnen hebben.

Het besluit over wel/niet op te pakken vraagstukken ligt bij het bestuur van STZ.

STZ streeft samen met haar stakeholders naar bevordering van:

1. Zorg en ondersteuning in juiste fase op juiste plek.
2. Structurele aandacht voor preventie en verbetering van de kwaliteit van zorg en welzijn in de regio.
3. Optimale verbinding en samenwerking tussen zorg en welzijn. Een integrale aanpak leidt tot goed op elkaar afgestemde dienstverlening voor de burger.
4. Efficiënte transfer in de keten met waarde toevoeging voor de cliënt.
5. Organische afgestemde netwerken van hulpverleners (zorg /welzijn) rond de patiënt indien mogelijk in zijn directe woonomgeving.
6. Juiste tools en goede informatievoorziening ten behoeve van afgestemde zorg met juiste informatie ten behoeve van zelfmanagement patiënt en omgeving.
7. Toegankelijke, beschikbare en betaalbare regionale gezondheidszorg; basiszorg vindt plaats dicht bij huis en gespecialiseerde zorg gecentreerd.
8. Aandacht voor positieve gezondheid, waarbij naast de zorg ook andere leefgebieden (b.v. sociaal netwerk, bewegen, zingeving) worden meegenomen in oplossingsrichtingen.
9. Bewustwording en kennisdeling over transmurale thema's, resultaten en afspraken onder stakeholders.

STZ is in de regio Haaglanden:

1. Het platform voor resultaat- en toekomstgerichte samenwerking in de keten van zorg en welzijn.
2. Het platform waar gezamenlijke werkafspraken worden gemaakt rond ketenthema's.
3. De ontmoetings- en ontwikkelingsplek met betrekking tot ketenthema's met ruimte voor debat en visieontwikkeling.
4. De verbindende schakel en het aanspreekpunt voor stakeholders in zorg en welzijn.
5. Het platform met gebundelde kennis en expertise o.g.v. ketenthema's.

STZ heeft de rol van facilitator, verbinder en aanjager.

Unique Selling Points STZ:

1. Alle ketenpartners zijn vertegenwoordigd die noodzakelijk zijn voor afstemming
2. Verbindend
3. Onafhankelijk
4. Gericht op regionale verbetering van samenwerking/eenheid en op innovatie

3. Regionale Samenwerking Organisatie (RSO)

RSO is een beheerorganisatie op het gebied van digitale overdracht tools die regionaal draagvlak kennen. Voor een goede overdracht en samenwerking in de keten zijn digitale tools die breed in de keten worden gebruikt van groot belang.

RSO is verantwoordelijk voor het beheer van twee tools: 1) POINT en 2) Edifact/Zorgmail. Beheer heeft betrekking op incidenten, problemen, benodigde wijzigingen, onderhoud, service level beheer, klantrelatie, financiën, rapportage (POINT).

- 1) E-transfer: POINT (Linkassist) staat voor Punt voor Overdracht, Informatie en Naslag Transfers. POINT is een web toepassing 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, Basalt Revalidatie (voorheen 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.

2) Edifact en Zorgmail: E.Novation (voor zorginstellingen, apothekers en huisartsen).

In de regio Haaglanden wordt door de regionale zorgverleners gebruikgemaakt van ZorgMail voor het veilig elektronisch uitwisselen van ongestructureerd berichtenverkeer 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 huisarts heeft met ZorgMail snel en eenvoudig toegang tot een uitgebreid netwerk van zorgverleners. ZorgMail voorziet hiermee in de behoefte aan veilige en betrouwbare communicatiemiddelen. ZorgMail is direct toepasbaar in het werkproces zonder ingewikkelde aanpassingen aan ICT-middelen. Er kan snel en effectief elektronisch gecommuniceerd worden met ketenpartners. Hierdoor komt de zorg voor de cliënt of patiënt op een hoger peil. Dit resulteert in een hogere mate van 'klanttevredenheid' en lagere kosten.

Daarnaast is het van belang om de gebruikersgroep voor POINT te continueren, zodat breed gedragen wensen vanuit de gebruikers, maar ook verstoringen centraal worden gemeld en vanuit een punt worden doorgespeeld aan de leverancier. Deze gebruikersgroep valt onder STZ en is vertegenwoordigd in de Transfer kennisgroep. De leverancier van POINT zal vanaf 2019 aansluiten bij dit overleg.

Signalen vanuit STZ worden doorgespeeld aan RSO en vice versa. Ook worden binnen STZ-signalen opgepakt met betrekking tot behoeften en kansen ten aanzien van nieuwe overdrachtstools en inzet van E-Health. Andersom signaleert RSO nieuwe ontwikkelingen in de markt op grond van digitale tools en applicaties en informeert/adviseert hierover STZ (agendacommissie Zorg en ICT).

Collectief onderhandelen en afsluiten van contracten vanuit een centraal punt levert financieel voordeel op. Nieuwe contracten voor POINT en Edifact/Zorgmail worden afgesloten vanuit een centraal punt (RSO), in heel nauw contact met stakeholders (ICT hoofden), zowel op inhoud als op model financiën, waarbij de grootste betalers in de lead zijn. Voor eventuele nieuwe tools geldt hetzelfde principe.

Onder het contract tussen RSO en leverancier ligt altijd een contract met aangesloten stakeholders (eindgebruikers) waarin helder wordt:

1. Wat de inkoopprijs is van het product.
2. Wie de betaler is (eindgebruiker) en voor welk bedrag deze verantwoordelijk is.
3. Welke diensten RSO per product precies levert in het kader van beheer.
4. Welke administratieve handelingen RSO verricht.

5. Dat de verantwoordelijkheid op grond van privacy en het voorkomen van datalekken bij de eindgebruiker ligt.

Indien er in STZ-verband op basis van regionale ontwikkelingen op inhoud wordt gesignaleerd dat er in de keten nieuwe digitale ketentools en E-Health toepassingen noodzakelijk zijn en stakeholders dit wensen, zal er door RSO nagegaan worden wat in de ICT-markt de beste mogelijkheden zijn. Vervolgens zal RSO hierover, samen met ICT-hoofden van stakeholders, een advies uitbrengen.

Bij voldoende draagvlak onder stakeholders om het beheer van een nieuwe tool/toepassing bij RSO te beleggen zal RSO deze rol op zich nemen. Voor wat betreft contractering gelden eerder genoemde punten.

4. Thema's 2019 STZ

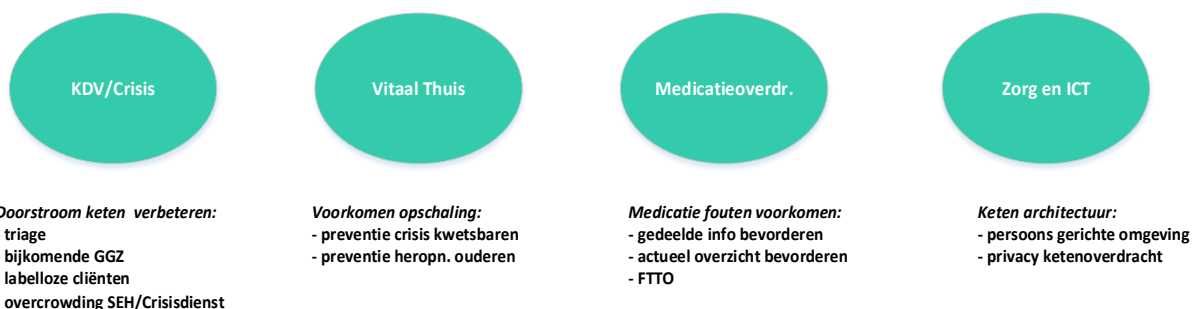
Diverse thema's spelen een belangrijke rol in de regio Haaglanden. Ten opzichte van 2017 en de jaren ervoor heeft deels een verschuiving plaatsgevonden in thema's. In 2019 gaat STZ zich richten op thema's:

1. Waarop in de samenwerking en overdracht knelpunten worden ervaren.
2. Waarbij er sprake is van waardeverlies voor de patiënt.
3. Waarbij meerdere stakeholders betrokken zijn.

De thema's voor 2019 zijn tot stand gekomen op basis van gesprekken met stakeholders en het bestuur van STZ.

De thema's voor 2019 betreffen:

Projecten (financiering door stakeholders):



Netwerken:

Programma dementie

- Meerjarenplan publieksversie
- Netwerkzorg in niet-pluis- en diagnose fase
- Heldere informatie over rollen en werkwijze CM
- Migranten en dementie (ZONMW)
- Netwerkbijeenkomsten
- Informeren netwerk (landelijke regels en ontwikkelingen/ infomateriaal)

Programma palliatieve zorg

- Informeren netwerk over landelijke ontwikkelingen
- Palliarts/capaciteit
- Zelfevaluatie kwaliteitskader
- Kennisdelen binnen netwerk
- Geestelijke verzorging
- Palliatief Cafe
- PATZ
- Deskundigheid en onderwijs (propallia verband)

Om de problematiek rond deze thema's op te kunnen lossen is zowel de betrokkenheid van de zorgverzekeraar als de gemeente nodig. Veel problematiek in overdracht ligt op het snijvlak van de WLZ, ZWV en WMO. Samenwerking met zowel stakeholders als financiers om problemen op te kunnen lossen is van essentieel belang.

De genoemde thema's zijn organisch, op het moment dat oplossingen zijn gerealiseerd, geïmplementeerd en monitoring heeft plaatsgevonden, is het betreffende thema afgerond en is er ruimte voor nieuwe vraagstukken. Mocht zich een nieuw thema in een jaar voordoen in 2018 dat nog niet op de agenda staat en hoge prioriteit heeft, dan zal een ander thema tijdelijk "on hold" gaan. Het bestuur geeft de prioritering aan.

Naast bovenstaande thema's kent STZ een kennisgroep Transfer waarin kennis met elkaar wordt uitgewisseld ten aanzien van problemen rond overdracht. Dit is de plek waarop STZ signaleert wat mogelijke onderwerpen zijn die in projectvorm dienen te worden opgepakt. In deze kennisgroep wordt ook aangegeven wanneer bestaande werkafspraken aangepast dienen te worden dan wel nieuwe werkafspraken ontwikkeld dienen te worden. Aan het bestuur wordt voorgelegd wat de prioriteiten zijn binnen de bestaande formatie.

5. Werkwijze STZ-projecten

LEAN methodiek

1. Define, measure, analyse

STZ werkt op diverse vraagstukken volgens de methodiek van LEAN. Dit houdt in dat voor thema's waarop problemen worden ervaren eerst een uitgebreide analyse plaatsvindt door STZ waarbij een nadere analyse plaatsvindt van het probleem en de omvang ervan (define, measure, analyse).

Om tot deze analyse te komen is het noodzakelijk dat stakeholders data beschikbaar stellen op grond waarvan een analyse kan plaatsvinden. Daarnaast zullen regionale gegevens uit POINT gebruikt worden en zullen beschikbare data elders in het land (indien van toepassing) worden verzameld.

Aanvullende informatie en interpretatie van data zal afgestemd worden met stakeholders. Hieruit volgt een startdocument. Zoveel mogelijk wordt hierin ook het perspectief van de patiënt in meegenomen. Hiertoe wordt in 2019 een patiëntenpanel opgericht.

2. Improve

- Prioritering en grondoorzaken bepalen (5 times why)

In een projectgroep zal samen met stakeholders nagegaan worden welke onderdelen/problemen binnen het startdocument prioriteit hebben en wat de precieze oorzaken zijn van de (deel) problematiek. Op deze oorzaken worden op hoofdpijnen oplossingsrichtingen geformuleerd.

- Uitwerken van oplossing per deelprobleem

Vervolgens zal in kleinere projectgroepen samen met stakeholders gewerkt worden aan het verder uitwerken van de oplossingsrichting voor een deelprobleem. Vanwege het vaak groot aantal betrokken stakeholders is lastig van tevoren te voorspellen hoeveel tijd de Improve fase in beslag neemt. E.e.a. is mede afhankelijk van de input van stakeholders, bestuurlijk draagvlak en het zich houden aan gemaakte afspraken.

- Implementatie

Afspraken worden gemaakt over implementatie van de oplossing. Stakeholders zijn zelf verantwoordelijk voor implementatie, financiering en uitvoering binnen de eigen organisatie. Implementatie van oplossingen buiten organisaties kunnen indien gewenst gefaciliteerd worden door STZ.

- Control

Om na te gaan of de gekozen oplossing geïmplementeerd is en effectief is in de oplossing van het probleem vindt monitoring plaats. Hierna wordt de gekozen oplossing zo nodig aangepast/verbeterd.

Ook deze fase vraagt data van de betrokken stakeholders.

3. Besluitvorming projecten

Voor wat betreft de projecten wordt niet gewerkt met een programmacommissie. Per fase wordt direct gerapporteerd aan het bestuur. Dit vraagt een sterkere inhoudelijke betrokkenheid van bestuurders opdat er in elke fase gedragen vervolgstappen gemaakt kunnen worden.

4. Organisch jaarplan

Diverse knelpunten dienen eerst verkend te worden alvorens tot concrete projecten gekomen kan worden. De snelheid van de DMA en Improve fase hangt sterk af van de medewerking van stakeholders. Er wordt daarom gewerkt met een flexibel jaarplan waarin de projectfasen verschoven kunnen worden in de tijd.

6. Werkwijze STZ netwerken/programma's: Palliatieve zorg, dementie

Enkele thema's van STZ zijn niet alleen gericht op het realiseren van oplossingen voor bepaalde problemen (LEAN-werkwijze) maar vooral op netwerkvorming en kennisdeling. In 2019 zijn palliatieve zorg (VWS) en dementie (zorgaanbieders) belangrijke netwerken

Als coördinator van deze netwerken zijn de taken van STZ als volgt:

- Coördineren
 - Coördineren van een eenduidige werkwijze, overzichtelijke en goed afgestemde zorg.
- Informeren
 - Informatievoorziening voor de leden over regionale en landelijke ontwikkelingen op het gebied van het netwerk.
- Signaleren
 - Verkennen van knelpunten in het huidige en toekomstige zorglandschap op het gebied van het netwerk en voorstellen van verbeterplannen.
 - Voorbereiden van een startdocument met input vanuit partijen binnen en buiten het netwerk. Vanuit dit startdocument volgen de projectvoorstellen aan de programmacommissie.
- Faciliteren
 - Bevorderen van de kwaliteit van zorg door projecten te faciliteren die gericht zijn op samenhang in de zorg.
 - Indien van toepassing zal op onderdelen (afgebakende problematiek) de LEAN-werkwijze worden toegepast binnen deze netwerken.

Voor een gedetailleerde beschrijving en fasering van de thema's zie bijlage.

7. RSO Haaglanden

RSO beheert de tools POINT en Edifact/Zorgmail in 2019, ondersteunt gebruikers, voert wijzigingen door in POINT op verzoek van gebruikers en signaleert problemen met betrekking tot POINT die zich voordoen of voor dreigen te doen. RSO brengt in 2019 een regionale POINT-rapportage uit en duidt de ontwikkelingen die zichtbaar worden uit de rapportage.

RSO signaleert ontwikkelingen op digitaal gebied in de markt die aansluiten op de inhoudelijke ontwikkelingen in de regio en brengt hierover advies uit aan STZ. RSO neemt samen met ICT-hoofden van stakeholders als adviseur zitting in de programmacommissie Zorg en ICT.

Er is nauw contact tussen STZ en RSO. Vraagstukken worden vanuit de inhoud bepaald en opgelost. RSO is volgend en adviserend.

8. Kennisdeling en implementatie

STZ deelt haar kennis over gemaakte analyses en oplossingen kort en bondig middels de nieuwsbrief, websites van stakeholders, sociale media en via (geaccrediteerde) kennisbijeenkomsten. Voor de kennisbijeenkomsten wordt van bezoekers vanaf 2019 een deelnemersbijdrage gevraagd.

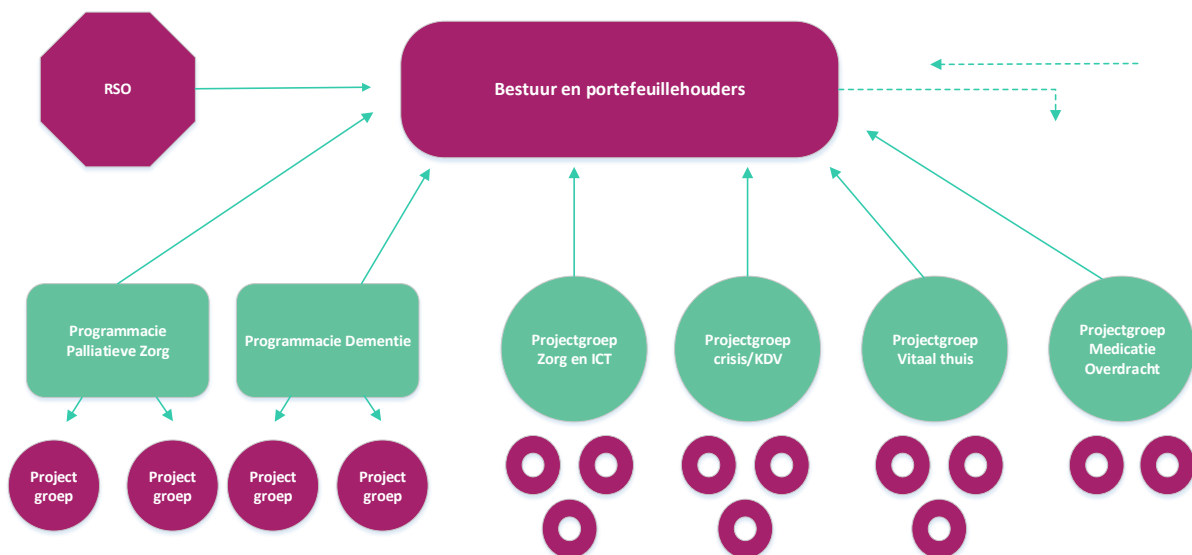
STZ zal in 2019 het verspreiden van korte en bondige deelresultaten, welke door stakeholders makkelijk via de eigen communicatiekanalen verspreid kan worden, continueren.

10. Inrichting van de overlegstructuur en wijze van besluitvorming

Overlegstructuur

Om tot een werkende netwerkstructuur met een resultaatgerichte werkwijze te komen, wordt de volgende structuur gehanteerd:

In de kennisgroep Transfer worden problemen met betrekking tot overdracht besproken (inclusief POINT) en werkafspraken aangepast. STZ blijft op deze wijze signaleren waar zich problemen (gaan) voordoen in de keten. Daar waar de problematiek zodanig is dat deze vraagt om een transmurale projectmatige aanpak wordt deze aan het bestuur voorgelegd.



In het proces van probleem tot oplossing/resultaat zijn drie lagen essentieel:

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.

Met stakeholders zijn de volgende afspraken gemaakt 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 ketenthema'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.

11. Voorwaarden voor deelname aan thema's/netwerken

Deelnemers die wensen deel te nemen aan het netwerk palliatieve zorg of dementie of dan wel zich wensen aan te sluiten bij een ander thema in het jaarplan dienen in 2019 te voldoen aan de volgende toetredingscriteria:

1. De organisatie is lid van Stichting Transmurale Zorg via bestuurlijke vertegenwoordiging óf de organisatie/rechtspersoon draagt € 2.500 per jaar bij aan het netwerk.
2. De organisatie ondertekent het huishoudelijk reglement.
3. De organisatie
 - heeft een eigen klachtenregeling;
 - is actief in kwaliteitsontwikkeling en volgt landelijke richtlijnen;
 - levert enig volume zorg op het gebied van het netwerk;
 - heeft in het eigen jaarplan specifiek beleid ten aanzien van het gebied van het netwerk benoemd.

De leden zorgen voor een adequate en actieve vertegenwoordiging in de ketens op uitnodiging van de netwerkcoördinator. Projectgroepleden bieden tijd en commitment om aan een specifiek probleem in de keten te werken en hebben een actieve, verantwoordelijke houding (zie ook procesafspraken).

Organisaties die lid willen worden van een netwerk kunnen zich aanmelden bij de daartoe aangewezen Netwerkcoördinator die zal toetsen op bovengenoemde criteria.

Bijlage 1: Nadere uitwerking van projecten en programma's 2019

Crisis/KDV: In de driehoek huisarts/SEH, ziekenhuis/KDV loopt de keten vast door het toegenomen aantal kwetsbare ouderen. In 2018 heeft STZ de eerste stappen gefaciliteerd richting deeloplossingen. Rond triage, doelgroep met bijkomende GGZ-problematiek, cliënten met een onduidelijke indicatie die lang in het ziekenhuis verblijven, de SEH overcrowding en de uitstroom KDV naar WMO worden de gemaakte stappen gemonitord en/of verder uitgebreid.

THEMA Algemeen

Thema	Huidige situatie	Doel
Symposium 20-jarig bestaan STZ	Eerdere lustrumvieringen zijn ook gepaard gegaan met een symposium. Voor het 20-jarig bestaan is het ook van belang om vooruit te kijken: waar gaan de grootste veranderingen in de samenwerking zich voordoen?	Symposium gerealiseerd
Opzet patiëntenpanel STZ	Als STZ stellen we het belang van de patiënt voorop: samenwerking moet altijd de patiënt dienen. Op dit moment kunnen wij echter niet toetsen of projecten en programma's aansluiten bij het belang van de patiënt/burger/cliënt/bewoner. Daarvoor missen we de infrastructuur.	Doel: inrichten van een patiëntenpanel waar projecten getoetst worden.

THEMA CRISIS/ELV (ZKH, VVT, HA, GGZ, gemeentelijke voorzieningen)

Thema	Huidige situatie	Doel
Triage vanuit thuissituatie: Werkwijze aanmelding crisisdienst en ELV laag (HA, Zkh, VVT)	Patiënt met vermeende crisisproblematiek wordt door HA onterecht doorverwezen naar SEH en crisisdienst. Oorzaak Door onvoldoende kennis indicatie KDV en geen inzicht in beschikbare bedden	Doel Patiënt direct op juiste plek. Monitoring van werkwijze en advies t.a.v. verbeterpunten.
Triage vanuit thuissituatie: Coördinatie ELV uitbreiden	Patiënt met vermeende crisisproblematiek wordt door HA onterecht doorverwezen naar SEH en crisisdienst. Oorzaak Door onvoldoende kennis indicatie KDV en geen inzicht in beschikbare bedden	Doel Patiënt direct op juiste plek. Advies dat aansluit bij de landelijke eisen die worden gesteld aan coördinatiepunt.
GGZ problematiek: GGZ bedden	Patiënt met bijkomende GGZ-problematiek stroomt onvoldoende door vanuit ziekenhuis/SEH en krijgt hierdoor te laat de juiste zorg.	Doel Patiënt krijgt juiste zorg op juiste plek.

<p>(Zkh, GGZ, VVT)</p>	<p>Oorzaken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende financiering voor deze cliënt op ELV bed • Onvoldoende expertise in VVT • Lastig cliënt uit te plaatsen naar WMO • Tekort aan personeel 	<p>Opnieuw bekijken financiering GGZ bedden volgens bussinesscase 2018.</p> <p>Analyse uitstroom GGZ cliënten van KDV naar WMO voorzieningen.</p>
<p>Patiënten met onheldere KDV indicatie (langliggers ziekenhuis) Triagebedden</p> <p>(Zkh, VVT)</p>	<p>Patiënt met complexe problematiek lange ligduur in ziekenhuis door moeilijke uitplaatsing</p> <p>Oorzaak Onzekerheid over indicatie en financiering</p>	<p>Doel Patiënt sneller op juiste plek. Monitoring triagebedden en advies t.a.v. verbeteringen in keten.</p>
<p>SEH overcrowding</p> <p>(Zkh, VVT)</p>	<p>SEH problematiek, patiënten met sociaal problematiek kunnen niet worden uitgeplaatst (meestal buiten kantooruren) waardoor opname in ziekenhuis volgt.</p> <p>Oorzaken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toename kwetsbare ouderen die langer thuis verblijven • Geen actueel overzicht in POINT beschikbare bedden • Divers beleid SO over indicatie • Te weinig capaciteit in off hours crisisbedden (24/7 probleem) • Geen mogelijkheden naar huis in off hours • Vervoer naar KDV niet georganiseerd buiten kantooruren • Medicatie niet op voorraad 	<p>Doel Patiënt sneller op juiste plek.</p> <p>Data beschikbaar vanuit SEH. N.a.v. data nadere analyse en advies (aanvullend op eerder advies 2018).</p>

Vitaal thuis: In het vierkant ziekenhuis, huisarts, thuiszorg, welzijn stromen er onnodig veel patiënten van eerste lijn naar de SEH/ziekenhuis, daar waar lichtere zorg in een eerdere fase opname kan voorkomen (onnodige opschaling). Er springen hierbij 3 groepen in het oog: de draaideurpatiënt bij de SEH (crisis), heropname van kwetsbare ouderen, kwetsbare ouderen algemeen. Door meer inzicht in deze groepen, belemmeringen in de keten (grondoorzaken) en benodigde interventies te bepalen kan opname in de tweede lijn vaker voorkomen worden.

THEMA: <i>Vitaal thuis</i> (Zkh/HA/VVT/Apo/Welzijn/Reva)		
Thema	Huidige situatie	Doel
Preventie van crisis/SEH opname Zorgen voor Welzijn (Zkh, HA, VVT, welzijn, GGZ)	<p>Kwetsbare groepen komen relatief vaak op de SEH. Dit is vaak niet de juiste plek voor deze doelgroep om de juiste zorg of hulp te ontvangen.</p> <p>In een eerder stadium wordt nu niet de juiste hulp/zorg ontvangen.</p> <p>Het project Zorgen voor Welzijn is ingericht om hen door te verwijzen naar welzijnsorganisatie Xtra.</p>	<p>In 2018 is een route ingericht om patiënten van de SEH van het HMC rechtstreeks aan te melden bij Xtra.</p> <p>In 2019 wordt deze route onderdeel van het normale werkproces, komt er meer aandacht voor Zorgen voor Welzijn in de regionale en landelijke pers en wordt het project waar mogelijk uitgebreid naar andere afdelingen in het HMC of naar het Hagaziekenhuis.</p>
Transmurale Zorgbrug (Zkh, HA, VVT, APO, welzijn, reva)	<p>Kwetsbare ouderen worden na ontslag uit het ziekenhuis vaak opnieuw opgenomen.</p> <p>In de overdracht naar huis van deze groep lijkt hulp/zorg thuis onvoldoende geregeld en/of zijn er problemen met de medicatie waardoor de situatie opnieuw escaleert.</p> <p>Grondoorzaken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontbreken CGA • Onvoldoende overdracht tussen tweede en eerste lijn • Gebrek aan continuïteit van zorg voor kwetsbare mensen die geen thuiszorg krijgen na een ziekenhuisopname. 	<p>Voorkomen heropnames kwetsbare doelgroepen door betere transmurale overdracht tussen tweede en eerste lijn. Dit wordt gerealiseerd door de Transmurale Zorgbrug: een wijkverpleegkundige komt in het ziekenhuis al kennis maken met de kwetsbare oudere die binnenkort naar huis gaat en komt thuis nog een aantal keer op bezoek. Zo is er een aanspreekpunt voor de patiënt tijdens de overgang naar huis.</p> <p>In 2019 gaat de Zorgbrug van start tussen het Hagaziekenhuis, Florence en HWW zorg. In de loop van het jaar wordt onderzocht hoe ook andere organisaties kunnen aansluiten.</p>
Vorbereiding Hospital at Home	<p>In 2018 is in de regio Groningen "Hospital at Home" gestart voor mensen met dementie die zich op de SEH van het ziekenhuis presenteren met een medisch specialistische zorgvraag (bijvoorbeeld gecompliceerde urineweginfectie). Deze patiënten en hun mantelzorgers krijgen de mogelijkheid om de behandeling (bijvoorbeeld een infuus met antibiotica) thuis te ondergaan.</p> <p>Naar verwachting introduceert de NZa in 2019 een zorgproduct om deze zorg vanaf 2020 ook in andere regio's te stimuleren</p>	<p>Met de betrokken partijen inspelen op deze ontwikkelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onderzoeken of het zorgproduct (of andere) inderdaad wordt aangekondigd - Onderzoeken of er draagvlak is om hospital at home in de Haagse regio in te voeren en zo ja, voor welke doelgroep - Uitwerken plan van aanpak.

Medicatieoverdracht: Door onvoldoende delen van gegevens in de keten en het ontbreken van een actueel medicatieoverzicht ontstaan risico's voor de gezondheid van de patiënt in verband met medicatiefouten. In 2019 wordt verder gewerkt aan het beperken van dit risico middels digitale informatieoverdracht, werkafspraken en wordt er een regionale bijeenkomst met als thema knelpunten in de medicatieoverdracht in de keten georganiseerd. Daarnaast wordt er in de FTTO werkgroep vastgesteld welke twee specifieke diagnosegroepen dit jaar extra aandacht moeten krijgen in de regio zodat huisarts, apotheek en specialist de regionale afspraken hierover met elkaar kunnen bespreken in het farmacotherapie overleg. Indien nog niet aanwezig benadert de FTTO werkgroep deskundigen om de regionale afspraken rondom diagnosegroepen in een werkafpraak vast te leggen.

THEMA: <i>Medicatieoverdracht</i> (HA, Zkh, Apo, VVT)		
Thema	Huidige situatie	Doel
Medicatieoverdracht (HA, APO, ZKH, VVT)	Informatie over gebruikte medicatie komt niet goed mee of is niet actueel als een patiënt zich verplaatst van thuissituatie naar ziekenhuis of VVT of van ziekenhuis naar VVT en thuissituatie of van VVT naar ziekenhuis en thuissituatie. Dit leidt tot dubbel werk (opnieuw uitvragen en controleren) maar ook tot gevaarlijke situaties als bijvoorbeeld de patiënt medicatie niet (op tijd) krijgt of als een nieuw medicijn niet gecombineerd kan worden met medicatie die al gebruikt wordt.	Voorkomen medicatiefouten/ gezondheidsrisico's bij de patiënt. LSP gebruik bevorderen bij ZKH, APO HA (RSO). Pilot elektronische verzending recepten vanuit ZKH naar APO. Werkafspraken medicatieoverdracht uit 2011 herzien. Regionale bijeenkomst voor hele keten met als thema medicatieoverdracht in de keten.
FTTO (HA, APO, ZKH)	Regionale afspraken rondom diagnosegroepen zijn niet of onvoldoende bekend bij de zorgverleners.	Regionaal onderwerpen voor FTO's vaststellen en diagnosegroepen bepalen waarvoor regionaal afspraken gemaakt moeten worden. Overzicht van diagnosegroepen en stimuleren werkafspraken rondom medicatieoverdracht.

Zorg en ICT: Op zorg- en ICT-vlak gaat er een aantal belangrijke thema's spelen op het gebied van digitale overdracht. Van belang is hierop als regio te acteren. Samen met ICT-hoofden en inhoudelijk betrokkenen worden de veranderende privacywet en de persoonlijke gezondheidsomgeving onder de loep genomen. Daarnaast worden benodigde wijzigingen in POINT doorgevoerd indien de inhoud (gebruikers) daarom vraagt.

THEMA : <i>ZORG EN ICT</i> (Alle stakeholders)		
Thema	Huidige situatie	Doel
Afspraken maken over privacy bij informatie overdracht	Privacy bij informatieoverdracht tussen applicaties even goed op orde. Verkennen en inventariseren wat de gewenste te gebruiken applicaties zijn in de regio wat betreft gegevensoverdracht. Dit vanuit een informatiebeveiligingsperspectief.	Doel Informatie overdracht voldoet aan nieuwe privacy wetgeving. Vaststellen richtlijn en evalueren, vaststellen verbetering en gebruik.
POINT verbetering	Verkennen met gebruikers wat nodig is m.b.t. verbetering POINT en welke alternatieven er evt. voorhanden zijn.	Doel Overdracht in de keten tussen ziekenhuis en VVT verbeteren. Innovatie bestand systeem.

Palliatieve Zorg: Het programma palliatieve zorg is onderdeel van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het doel van het programma is het bieden van kwalitatief goede palliatieve zorg aan alle patiënten en naasten, waarbij de toegankelijkheid tot palliatieve zorg en deskundigheid gelijk is ongeacht de woonsituatie van de patiënt of het moment waarop de zorgvraag wordt gesteld. Zorg wordt verleend volgens de professionele standaarden en sluit aan op de wensen en behoeften van de zorgvrager. De zorg omvat de vier verschillende aspecten van palliatieve zorg (Lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel), zoals in het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg staat beschreven.

Stichting Transmurale Zorg verbindt zorgorganisaties, vrijwilligers en mantelzorgers in de regio Haaglanden met elkaar. Daartoe heeft de organisatie een rol in het coördineren, informeren, signaleren en faciliteren van het netwerk palliatieve zorg Haaglanden.

THEMA: Palliatieve Zorg (Alle stakeholders)

Thema	Huidige situatie	Doel
Signaleren <i>Het signaleren van lokale verbeterpunten voor de kwaliteit en kwantiteit van palliatieve zorg</i>	Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Netwerkleiden wensen op de hoogte te zijn van de inhoud van het kwaliteitskader en wat dit betekent op organisatie- en netwerkniveau.	Inventariseren en uitvoeren van een zelfevaluatie door netwerkleiden met ondersteuning vanuit Stichting Transmurale Zorg. Het doel is dat netwerkleiden de inhoud van het kwaliteitskader kennen en deze toepassen als richtinggevend instrument in het verlenen van palliatieve zorg. Daarnaast krijgen zij inzicht in (eventuele) mogelijkheden van kwaliteitsverbetering van de door hen geleverde zorg.
	Capaciteitsoverzicht Er is inzicht nodig in vraag en aanbod van palliatieve bedden in de regio.	Capaciteitsonderzoek en jaarlijks overzicht opstellen met als doel inzicht krijgen in het aantal palliatieve bedden in de regio en of dit aantal volstaat, zodat patiënten de mogelijkheid hebben om te overlijden op de plek van voorkeur.
Faciliteren <i>Het faciliteren van bevordering van kwaliteit van palliatieve zorg</i>	PaTz Er zou meer samengewerkt en geleerd kunnen worden van elkaar door huisartsen, wijkverpleging, apothekers en vrijwilligers terminale zorg rond de palliatief thuiswonende patiënt. Hierdoor ontvangt de patiënt niet de optimale kwaliteit van zorg.	Oprichting van drie nieuwe PaTz-groepen in de regio Haaglanden met als doel de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en vrijwilligers terminale zorg te bevorderen en hun deskundigheid met betrekking tot de zorg aan de palliatieve thuiswonende patiënt te vergroten.
	Symposium Er is behoefte aan contact tussen zorgprofessionals en het verbreden van kennis.	Het organiseren van een symposium palliatieve zorg (c.q. 80 man) met als doel het verbreden van kennis onder professionals in de regio m.b.t. palliatieve zorg en het bijeenbrengen van netwerkleiden om te netwerken.
	Palliatief café Hulpverleners en vrijwilligers zouden meer kennis over en mogelijkheden van palliatieve zorg met elkaar kunnen uitwisselen.	Het faciliteren van de organisatie van zes palliatieve cafés in de regio Haaglanden met als doel kennisdeling tussen hulpverleners en vrijwilligers op basis van de vier thema's uit het kwaliteitskader. Hierdoor zal de zorg aansluiten

		<p>op richtlijnen uit het kwaliteitskader en de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten.</p> <p>Netwerkleiden organiseren zelf de bijeenkomsten als een verantwoordelijkheid voor netwerkdeelname.</p>
	<p>Scholing Er zou meer kennis beschikbaar kunnen zijn bij verzorgenden en verpleegkundigen over het bereiken van essentiële doelen uit het kwaliteitskader. Hierdoor worden bij palliatieve patiënten problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard niet tijdig herkend en/of behandeld.</p>	<p>Het faciliteren van de organisatie van drie basisscholingen PZ voor verpleegkundigen, twee basisscholingen PZ voor verzorgenden, één nascholing PZ voor verpleegkundigen en vier casuïstiekbesprekingen voor verpleegkundigen. Het doel is dat door scholing de zorg beter afgestemd wordt op de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten en dat dit voldoet aan de richtlijnen uit het kwaliteitskader.</p>
<p>Coördineren <i>Coördinatie van de samenstelling en de daadwerkelijke uitvoering van het netwerk</i></p>	<p>Programmacommissie Er is behoefte aan input vanuit het lokale veld via vertegenwoordigers in de programmacommissie.</p>	<p>Het ophalen van input en het creëren van draagvlak voor de uitvoering van activiteiten, welke o.a. voortkomen uit dit jaarplan en tot doel hebben de samenwerking en de kwaliteit van de palliatieve zorg in de regio te bevorderen. T.b.v. dit doel wordt er drie keer per jaar een bijeenkomst voor de programmacommissie georganiseerd.</p>
	<p>Bovenregionale bijeenkomsten (Propallia) Er bestaan (gemeenschappelijke) knelpunten in de palliatieve zorg voor patiënten en naasten. Er is dan ook behoefte aan samenhang tussen de netwerken, onderzoekers en onderwijs op bovenregionaal niveau in het consortium Propallia.</p>	<p>Het deelnemen aan bijeenkomsten op bovenregionaal niveau (Propallia) met als doel knelpunten in de palliatieve zorg voor patiënten, naasten en zorgverleners zichtbaar te verminderen of op te lossen door onderzoekers te betrekken, geleerde lessen te verspreiden en inzichten te integreren in het onderwijs.</p>
	<p>Landelijke bijeenkomsten Het IKNL, Fibula en Stichting PaTz zijn verenigd in de Coöperatie Palliatieve Zorg Nederland. Zij zetten zich op landelijk niveau in om zorgdomeinen op elkaar aan te laten sluiten en de kwaliteit van palliatieve zorg continu te verbeteren.</p>	<p>Landelijke kennis ophalen die kan worden vertaald naar regionaal niveau en verbinding op landelijk niveau met andere netwerken palliatieve zorg, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ZonMW en Agora.</p>
<p>Informereren <i>Communicatie over ontwikkelingen die het netwerk en de palliatieve zorg landelijk doormaakt</i></p>	<p>PalliArts Er is behoefte aan digitaal inzicht in regionale en landelijke richtlijnen, organisaties in de regio, formularia en checklists.</p>	<p>Informatievoorziening middels de digitale app PalliArts met als doel dat professionals uit de regio de beschikbare palliatieve bedden kunnen inzien en de richtlijnen, organisaties in de regio, formularia en checklists kunnen raadplegen voor passende kwalitatieve zorg.</p>
	<p>Informatievoorziening Er is communicatie nodig richting professionals, patiënten en naasten over het aanbod en de ontwikkelingen die regionaal, bovenregionaal en landelijk plaatsvinden.</p>	<p>Informatievoorziening middels diverse media (Website STZ, LinkedIn, Twitter, nieuwsbrief STZ, website netwerk palliatieve zorg Haaglanden). Hierdoor zijn zowel zorgprofessionals als patiënten en hun naasten op de hoogte van de ontwikkelingen.</p>

Aangekondigde financiering door VWS (Nog niet toegezegd)

Geestelijke verzorging en levensbegeleiding

Er zijn onvoldoende mogelijkheden om geestelijke verzorging/levensbegeleiding in de thuissituatie te ontvangen. Daarnaast is er onvoldoende kennis bij zorgprofessionals over alle aspecten en mogelijkheden van geestelijke verzorging/levensbegeleiding.

Het in kaart brengen en opzetten van faciliteiten en het vergroten van de bekendheid en kwaliteit (Onderzoek en onderwijs) van geestelijke verzorging/levensbegeleiding met als doel het beschikbaar stellen van kwalitatief goede geestelijke zorg in de eerste lijn.

Vertegenwoordiging van patiënten is essentieel.

Dementie: Onderstaand jaarplan is tot stand gekomen op basis van het meerjarenplan dementie (vastgesteld in juni 2018), signalen uit de regio en de landelijke kaders en trends. Daarnaast is het jaarplan voorgelegd aan de programma commissie dementie. Belangrijk uitgangspunt is ‘the patient in the lead’. In het jaarplan 2019 wordt met name ingezet op de verbetering van vroeg signalering en de diagnosefase omdat dit past in de huidige beweging naar de juiste zorg op de juiste plek. Van belang is bij de zorg voor mensen met dementie naar de hele keten van zorg te kijken, in plaats van naar losse onderdelen van de zorg. De juiste zorg op de juiste plek kan voor deze doelgroep alleen door integraal naar de hele keten van zorg te kijken. Belangrijk is onder andere netwerkvorming tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders stemmen onderling af waar de zorg op dat moment voor een specifieke patiënt het best geleverd kan worden en leggen dit bijvoorbeeld vast in een transmurale zorgpad. Daarnaast stimuleert de CZ groep samenwerking door middel van specifieke contractafspraken die betrekking hebben op de gehele keten. STZ heeft een signalerende (knelpunten), informerende (netwerk informeren over landelijke ontwikkelingen) en coördinerende rol (komen tot verbetering in samenwerking). Stichting Transmurale Zorg verbindt zorgorganisaties, vrijwilligers en mantelzorgers in de regio Haaglanden met elkaar. Daartoe heeft de organisatie een rol in het coördineren, informeren, signaleren en faciliteren van het netwerk palliatieve zorg Haaglanden.

THEMA: Dementie (Alle stakeholders)

Thema /rol	Huidige situatie	Doel
Signaleren <i>Het signaleren van lokale verbeterpunten voor de kwaliteit en kwantiteit van dementiezorg</i>	Ketensamenwerking en overdracht signalering na diagnose Regio signaal: er is behoefte aan afstemming tussen ouderenconsulent, POH, wijkverpleegkundige en casemanager over samenwerking en afspraken, bij mensen met een vermoeden van dementie of mensen waarbij net een diagnose dementie is gesteld (niet-pluis-fase en diagnostische fase).	Versterking van de ketensamenwerking en overdracht tijdens de signalering en rond de diagnose van dementie. Versterken van de keten is ook gewenst in relatie tot schaarste van casemanagement (wachlijsten). Advies hierover voorbereiden aan de hand van focusgroepgesprekken.
	Uniforme overdracht van diagnostiek naar begeleiding Regio signaal: casemanagers dementie krijgen vanuit verschillende verwijzers (huisarts, GGZ, ziekenhuis poli, specialist ouderengeneeskunde) vaak niet de volledige informatie om een compleet dossier op te stellen waarmee zij aan de slag kunnen met een cliënt.	Efficiënter maken van de start van het ondersteuningstraject voor de cliënt door meer duidelijkheid te verschaffen aan verwijzers over de wijze van toeleiding. Advies hierover voorbereiden aan de hand van focusgroepgesprekken.

<p>Faciliteren <i>Het faciliteren van bevordering van kwaliteit van dementiezorg</i></p>	<p>Symposium Dementie & Culturele Diversiteit Er is behoefte aan contact tussen zorgprofessionals en het verbreden van kennis m.b.t. dementie & culturele diversiteit.</p>	<p>Het organiseren van een symposium Dementie & Culturele Diversiteit (c.q. 80 man) met als doel het verbreden van kennis onder professionals in de regio m.b.t. dementie en culturele diversiteit en het bijeenbrengen van netwerkleden om te netwerken en kennis/ideeën uit te wisselen m.b.t. dementiezorg. Hierdoor zal de diagnosestelling voor migranten met dementie worden verbeterend en zullen professionals beter op de hoogte zijn.</p>
<p>Coördineren <i>Coördinatie van de samenstelling en de daadwerkelijke uitvoering van het netwerk</i></p>	<p>Dementiezorg voor Elkaar (DvE) & Dementie Netwerk Nederland (DNN) Voldoende zicht op de landelijke veranderingen en initiatieven is belangrijk voor de ontwikkeling van regionale kaders, projecten en initiatieven en bij het ondersteunen/informereren van het regionale netwerk.</p>	<p>Landelijke kennis ophalen die kan worden vertaald naar regionaal niveau, meewerken aan landelijke pilots en initiatieven en verbinding op landelijk niveau met andere dementienetwerken en betrokken instellingen.</p>
	<p>Regionaal netwerk casemanagers & leidinggevenden casemanagers Onder de casemanagers en leidinggevenden van de casemanagers is er behoefte aan uitwisseling en terugkoppeling. Daarnaast is er vanuit het netwerk behoefte aan het ophalen van signalen uit het veld.</p>	<p>Kennis delen, interventie stimuleren, knelpunten vanuit het veld ophalen en werken aan goede en uniforme dementiezorg in de regio. T.b.v. dit doel wordt er 3 keer per jaar een netwerkbijeenkomst voor de casemanagers georganiseerd en 3 keer per jaar een netwerkbijeenkomst voor de leidinggevenden van de casemanagers.</p>
	<p>Programmacommissie Er is behoefte aan input vanuit het lokale veld via vertegenwoordigers in de programmacommissie.</p>	<p>Het ophalen van input en het creëren van draagvlak voor de uitvoering van activiteiten, welke o.a. voortkomen uit dit jaarplan en tot doel hebben de samenwerking en de kwaliteit van de dementiezorg in de regio te bevorderen. T.b.v. dit doel wordt er 3 keer per jaar een bijeenkomst voor de programmacommissie georganiseerd.</p>
<p>Informereren <i>Communicatie over ontwikkelingen die het netwerk en de dementiezorg landelijk doormaakt</i></p>	<p>Regionaal meerjarenplan Het regionale meerjarenplan is gereed voor verspreiding. Er is behoefte aan een overzichtelijk (en begrijpelijke) publieksversie.</p>	<p>Zichtbaarheid, draagvlak en betrokkenheid vergroten, door het meerjarenplan leesbaar en gebruiksvriendelijk te maken voor het veld. Er wordt dus een publieksversie van het meerjarenplan ontwikkeld en verspreid.</p>
	<p>Informatiefolder CM dementie Verwijzing naar casemanagement wordt verbeterd door informatiemateriaal. De bestaande informatiefolder casemanagement dementie is echter niet actueel.</p>	<p>De bestaande informatiefolder casemanagement actualiseren en verspreiden, zodat mensen met dementie en hun naasten de juiste zorg op de juiste plek kunnen inzetten.</p>

	<p>Informatievoorzieningen Er is communicatie nodig richting 1) de professionals en 2) de mensen met dementie en hun mantelzorgers over de ontwikkelingen die het netwerk en de dementiezorg doormaken.</p>	<p>Informatievoorziening middels diverse media (website STZ, LinkedIn, Twitter, nieuwsbrief STZ, website Geheugensteunpunt). Hierdoor zijn zowel zorgprofessionals als mensen met dementie en hun naasten op de hoogte van ontwikkelingen.</p>
--	--	--

Extern gefinancierde projecten:

<p>ZonMw Superdivers Dementievriendelijk Mensen met dementie en een migrantenachtergrond worden niet op tijd ondersteund, waardoor mogelijk crisis ontstaat en de mantelzorgers worden overbelast. (niet-pluifase)</p>	<p>Via aanvraag ZonMw: 1) Meer bekendheid creëren onder mensen met dementie en een migrantenachtergrond en hun mantelzorgers over de aandoening dementie en 2) vraag en aanbod op elkaar laten aansluiten.</p>
---	--