ZORGMARKTEN
Consultancy en interim-management



Regionale coördinatie **tijdelijk verblijf**

Verslag van 6 goede voorbeelden

In opdracht van:
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

juni 2018

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Kenmerken per coördinatiepunt	4
Het Aanmeldportaal	5
Regionaal Transferpunt Salland	7
Spoed- & Herstelbedden	10
Verwijshulp GooiVecht & Eemland	12
ZorgNazorg	14
Zorgschakel Enschede	16
Bijlage 1: Lijst gesprekspartners	19
Bijlage 2: Vragenlijst ‘regionale coördinatie tijdelijk verblijf’	20

Voorwoord

Kwetsbare ouderen die tijdelijk moeten worden opgenomen moeten snel op de juiste plaats terecht kunnen. In het hele land zijn daarom regionale coördinatiepunten ingericht die helpen de juiste – vrije – plek te vinden. Sommige coördinatiepunten richten zich enkel op het eerstelijns verblijf. Andere werken breder en coördineren bijvoorbeeld ook geriatrische revalidatie en langdurige zorg.

Het ministerie van VWS heeft ons gevraagd om een aantal goede voorbeelden van coördinatiepunten met een brede dienstverlening in kaart te brengen, als inspiratie voor coördinatiepunten die nu nog een smal aanbod hebben. Dit is één van de stappen die worden gezet op weg naar een landelijke 'brede' coördinatie voor alle zorgvormen met tijdelijk verblijf. De voorbeelden zijn geselecteerd uit inventarisaties van Zorgverzekeraars Nederland, ActiZ en het praktijkteam van VWS.

Wij hebben vertegenwoordigers (bijlage 1) van zes coördinatiepunten geïnterviewd. In dit document doen wij verslag van die interviews. In de interviews zijn steeds dezelfde vragen (bijlage 2) aan de orde geweest. In de samenvattingen van de gesprekken hierna hebben wij echter de lijn van het gesprek gevolgd. De ervaringen en ideeën in de zes regio's bleken divers, en die diversiteit hebben wij willen behouden.

Wij hebben gezien dat bij onze gesprekspartners niet alleen de breedte van het aanbod varieert, maar ook de aanpak, en de aard van de dienstverlening. Er zijn coördinatiepunten die de plaatsing van A tot Z uit handen nemen. Ook zijn er coördinatiepunten waar juist de triage centraal staat en de daadwerkelijke plaatsing bij actoren zelf blijft. De belangrijkste 'kenmerken' per coördinatiepunt hebben wij op een rij gezet in de tabel op de volgende pagina.

Wij hebben de interviews zonder uitzondering als inspirerend ervaren. De drive waarmee onze gesprekspartners de coördinatiefunctie hebben opgezet en uitgebouwd is indrukwekkend. Het gaat met recht om 'best practices'. Het viel ons op dat zij elk naar een groter doel toewerken, en de coördinatiefunctie zien als een middel om dat doel te bereiken. Geen coördinatie omdat het moet, maar omdat het iets oplevert.

Alle gesprekspartners zijn het erover eens dat coördinatie voor enkel ELV-bedden onvoldoende is om ervoor te zorgen dat iedere patiënt op de juiste plek terecht komt.

Een brede coördinatie stimuleert de samenwerkende partijen ook om het zorg*aanbod* goed af te stemmen op vraag, en te kijken naar inrichting en ontwikkeling van het zorgaanbod in de regio.

Wij willen dit verslag niet uitbrengen zonder te wijzen op een aantal onderwerpen die naar ons idee aandacht behoeven als het gaat om de ontwikkeling van 'tijdelijke verblijf' en de coördinatiefunctie.

De verschillende zorgvormen die onder de coördinatiefunctie kunnen vallen hebben hun eigenschappen meegekregen uit verschillende zorgaanspraken en bekostigingssystemen. De patiënt moet 'in één van die hokjes worden geplaatst'. Onze gesprekspartners geven aan dat dat niet altijd past. Een flexibelere bekostiging zal volgens hen de doorstroming van patiënten bevorderen. Ze pleiten daarom bijvoorbeeld voor (experimenten met) indicatievrije bedden en populatiebekostiging.

De coördinatiepunten moeten op dit moment worden bekostigd uit te onderhandelen tarieven per plaats. Of de kosten en investeringen kunnen worden terugverdiend is daardoor onzeker – wordt het bed ook daadwerkelijk bezet? – en afhankelijk van zorgverzekeraars. Wij hoorden in verschillende interviews dat nu voortrekkers nog de kosten voor hun rekening nemen. Dat biedt volgens hen geen oplossing voor de langere termijn. Ook kwam aan de orde dat de regionale aanpak het delen van informatie tússen de regio's soms bemoeilijkt, doordat verschillende systemen worden gebruikt. Deze beide problemen kunnen mogelijk worden opgelost door triage afzonderlijk te bekostigen, en door een landelijke, centraal gefinancierde netwerkvoorziening voor het delen van 'beschikbare bedden'.

Elk van de geïnterviewde regio's meldt dat de samenwerking met gemeenten beter kan. De samenwerking met de thuiszorg wordt in het algemeen als complex ervaren, door het grote aantal aanbieders. Dit maakt het lastig om goede regionale afspraken te maken.

Waar men samen *wil* werken is soms onduidelijk of de mededingingsregels dat toestaan. Dit zou verduidelijkt kunnen worden.

Zorgmarkten
Cornelis Jan Diepeveen
Fred Landwaart

Kenmerken per coördinatiepunt

Coördinatiepunt	Het AanmeldPortaal	Regionaal Transferpunt Salland	Spoed & Herstelbedden	Verwijshulp GooiVecht / Eemland	Zorgschakel Enschede	ZorgnaZorg
Regio	Breda e.o.	Salland (Deventer e.o.)	Noord-Holland-Noord, West-Friesland	GooiVecht & Eemland	Enschede e.o.	Noord-Nederland
Bovenliggend doel	Soepele doorstroom naar juiste bed.	Kwaliteit van zorg door goede plaatsing.	Samenwerking en verbreding in plaats van concurrentie.	Voor iedere patiënt de juiste zorg op de juiste plek.	Betere zorg door gelijkwaardige samenwerking aanbieders.	Organiseer patiëntenstroom in de hele regio.
Centraal thema	Samenwerking faciliteren en nieuwe initiatieven ontwikkelen.	Volledig ontzorgen van inzender en ontvanger met ketenregie.	Verantwoordelijkheid nemen en zorgen voor onafhankelijke triage.	Triage door specialist ouderengeneeskunde, kennis en inzicht ontwikkelen.	Efficiënte zorgverlening door samenwerking.	Ontwikkeling van binnenuit door groeiend draagvlak in de hele regio.
Zorg	ELV, GRZ, Wlz	ELV, GRZ, Wlz Respijt (incl. Wmo-spoed)	ELV, GRZ, Wlz Respijt (incl. Wmo-spoed)	ELV, GRZ, Wlz Respijt (incl. Wmo-spoed)	ELV, GRZ, Wlz	ELV, GRZ, Wlz Ggz
Triage	Inschatting door inzender, toetsing door ontvangende instelling	Aanbieder-onafhankelijk, onderdeel coördinatie door transfer-verpleegkundigen ziekenhuis.	Aanbieder-onafhankelijk, onderdeel coördinatie, vast team van verpleegkundigen (niveau 5).	Door specialist ouderengeneeskunde, centraal onderdeel van coördinatie.	Inschatting door inzender, toetsing door ontvangende instelling, samenwerking voor triage GRZ.	Inschatting door inzender, toetsing door ontvangende instelling.
Vorm	Overeenkomst, geen entiteit.	Overeenkomst, geen entiteit.	Overeenkomst, geen entiteit.	Werkafspraken, geen entiteit.	Coöperatie van Wlz-zorgaanbieders (levert ook zorg).	Coöperatie van ziekenhuizen en andere zorgaanbieders.
Financiering	Ieder betaalt eigen kosten personeel.	50% door ziekenhuis, 50% door bedrag per dossier. Voor huisartsen financiering o.b.v. inzet personeel.	Triageteam vooralsnog door enkele aanbieder.	Specialist ouderengeneeskunde door Wlz-aanbieders, alleen ziekenhuis betaalt voor triage.	Bijdrage deelnemende zorgaanbieders, o.b.v. marktaandeel plaatsingen.	Inzender betaalt per aanvraag, ontvanger per bemiddeling.
Tips	Organiseer de processen, zo min mogelijk institutionaliseren. Samenwerking huisartsen essentieel.	Zorg dat je het eerst eens bent over de inhoud. Houd het hogere doel in de gaten. Zorg voor een aanjager.	Sluit aan bij regionale dynamiek. Elke regio heeft unieke eigenschappen en behoeften.	Neem de tijd om elkaar goed te leren kennen. Verzamel en vergelijk gegevens. Zet triage centraal.	Zorg eerst voor commitment bestuurders, daarna kan uitwerking snel gaan.	Zorg eerst voor onderlinge transparantie. Laat de kwaliteit voor zich spreken.
Website	**hetaanmeld-portaal.nl**	**regionaaltransfer-punt.nl**	**herstelbedden.nu**	**verwijshulp.nl**	**Zorgschakel-enschede.nl**	**zorgnazorg.nl**

Het AanmeldPortaal
Regio: Breda e.o.

Samenwerken moet meerwaarde hebben
De ouderenzorg denkt door haar geschiedenis vooral vanuit wonen en minder vanuit doorstroming naar huis. Tijdens de transitie in de AWBZ hadden Avoord, Elisabeth en Surplus al een coöperatie - De MARQ - opgericht voor levering van Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ). Vanuit deze samenwerking zijn de drie partners begonnen met het aanpakken van het doorstromingsprobleem. Het organiseren van kortdurende spoedzorg in de ouderenzorg is daarbij gekomen en voor dat doel is het AanmeldPortaal opgezet. Elisabeth en Surplus zijn per 2018 gefuseerd met deBreedonk. Het AanmeldPortaal loopt nu drie jaar en inmiddels hebben zich nog drie andere organisaties bij het AanmeldPortaal aangesloten, zodat het nu gaat om vijf organisaties: Avoord, Elisabeth, Surplus, De Riethorst Stromenland, Thebe en Volckaert. Dit zijn allemaal VVT-instellingen met een eigen behandeldienst. Door de extramuralisering van de afgelopen jaren is het kortdurende verblijf voor iedereen steeds belangrijker geworden.

Het AanmeldPortaal regelt GRZ, ELV en Wlz-zorg. Tijdens kantooruren worden telefonische aanmeldingen doorgeleid naar het cliëntenservicebureau van een van de deelnemende instellingen. Buiten kantooruren en tijdens weekenden en feestdagen wordt de aanmelding centraal afgehandeld. Het AanmeldPortaal wil op termijn ook voor ggz bemiddelen, en de samenwerking met gemeenten verder uitbreiden. Dat is lastig omdat die zorg vaak alleen overdag kan worden geregeld. De grote uitdaging is om de mensen thuis te houden. Daarvoor is samenwerking met thuiszorg cruciaal. Alleen al in Breda zijn er 30 aanbieders van thuiszorg. Dat maakt het samenwerken niet makkelijker.

Werkgebied
Het werkgebied van Het AanmeldPortaal reikt van Etten-Leur tot Den Bosch en van Breda tot Gorinchem. Dit is ook het adherentiegebied van het Amphia ziekenhuis. Het gaat om ongeveer 1 miljoen inwoners. Er wordt samengewerkt met het Amphia ziekenhuis, HAP's, huisartsendiensten en achttien instellingen voor ouderenzorg in de regio, maar deze nemen niet deel in het AanmeldPortaal. In de regio is CZ de grootste zorgverzekeraar (60%), op afstand gevolgd door VGZ (25%).

Het AanmeldPortaal exploiteert inmiddels ook een afdeling voor GRZ en ELV in het Amphia ziekenhuis. Hier kunnen patiënten worden geobserveerd, wat leidt tot een betere diagnostiek en triage. De samenwerkingspartners beslissen samen met het ziekenhuis over de terugkeer naar huis of het type opname.

Aanleiding voor het opzetten van een 'breed' coördinatiepunt?
De samenwerking komt voort uit gedeelde doelen: het voorkomen dat kwetsbare ouderen onnodig in het ziekenhuis worden opgenomen én het regelen van de juiste zorg op de juiste plaats. Marktwerking helpt daar niet bij, samenwerking wel. Het ziekenhuis en de HAP waren direct enthousiast en de huisartsen zijn inmiddels ook van het nut overtuigd. Vanuit logistiek gezien is het belangrijk om centraal te coördineren.

Het AanmeldPortaal is bewust geen aparte organisatie
Over de samenwerking in het AanmeldPortaal hebben de betrokken partijen een intentieovereenkomst getekend, maar er is bewust geen juridische entiteit opgericht. Het gevaar voor institutionaliseren ligt op de loer. 'Wij werken samen op basis van vertrouwen en spreken elkaar aan als het nodig is. Het gaat ook om de overtuiging dat we een gezamenlijke maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben.' Dat moet misschien wel veranderen als het AanmeldPortaal ook 'overdag' gaat werken en er meer verplichtingen komen. Binnen het AanmeldPortaal hebben de verantwoordelijken veel vrijheid. De ervaring heeft geleerd dat de menselijke factor en het elkaar kunnen vinden erg belangrijk zijn.

Financiering
Ieder betaalt tot op heden de kosten uit de eigen omzet, er is geen extra financiering. De extra kosten bovenop de personele inzet zijn beperkt, het gaat om ongeveer € 100.000. Daar tegenover staat een forse besparing van ligdagen in het ziekenhuis.

Doelen en resultaten

Het doel is om de patiënten op de juiste plek te krijgen. Er is op dit moment nog onvoldoende managementinformatie over plaatsing en doorstroming. De zorgverzekeraars vragen hier wel om. Er is bijvoorbeeld een stijging in ELV-dagen, en zonder managementinformatie is lastig te beoordelen wat de oorzaak is. In de GRZ stagneert de groei. Uit de cijfers zou ook kunnen blijken of de toename in beschikbare ELV-bedden betekent dat er Wlz-plaatsen verdwijnen.
Burenhulp over de regiogrenzen is sporadisch, 'in principe lossen we het allemaal zelf op en dat is ook goed'.

Wat zijn succesfactoren?

De belangrijkste succesfactor is inhoudelijke samenwerking op basis van vertrouwen! Verder is goede triage cruciaal. Het is van belang dat er samengewerkt wordt en dat er alles aan gedaan wordt om de patiënt op het juiste moment op juiste plek te krijgen. Bestuurlijk draagvlak creëren is ook wezenlijk. Ga met elkaar om tafel zitten om er gezamenlijk uit te komen.

Zorg dat de logistiek goed geregeld is, en dat capaciteit inzichtelijk is. Zorg er ook voor dat je kunt opschalen, bijvoorbeeld in de Influenza-periode. Als er dan een tijdelijk tekort aan bedden is, moet je bijvoorbeeld de capaciteit van een zorghotel kunnen betrekken.

Verbreding

Wij zijn bezig om een transmuraal centrum op te zetten in het oude ziekenhuisgebouw. Dit staat tegen het nieuwe ziekenhuis aan. Zo kan de zorg goed op elkaar aangesloten worden en kan er zorgvuldig triage plaatsvinden.
Of een verdere verbreding lukt, hangt ook af van het arbeidsmarktprobleem. Er is gewoon onvoldoende personeel.

Verbeterpunten voor het eigen coördinatiepunt

Het eerste doel is 7 * 24 uur centrale aanmelding te organiseren, en dat te doen zonder aparte organisatie. Daarnaast moet elk van de deelnemers meer inzicht krijgen in de eigen cijfers, en moeten die cijfers over en weer gedeeld worden, zodat er managementinformatie ontstaat. Er moet worden gewerkt aan betere afstemming met de huisartsen.
Voor de toekomst zullen we waarschijnlijk meer samenwerking tussen medisch-specialistische revalidatie en GRZ zien. Laat de specialist ouderengeneeskunde en de revalidatiearts maar samen de goede afweging maken voor de patiënt.

Advies voor andere coördinatiepunten?

Alles moet erop gericht zijn om de mensen weer thuis te krijgen. Daarbij moet je zo min mogelijk institutionaliseren en zo veel mogelijk rond processen organiseren. En heel belangrijk: een goede triage. Samenwerken met de huisartsen is essentieel. Het begint en eindigt vaak bij de huisarts.

Landelijke verbetermogelijkheden

Het hele proces zou gebaat zijn bij meer gezamenlijke sturingsinformatie, zoals gegevens over doorstroming, aantallen bedden en bezettingsgraad. Er is een soort angst voor de ACM. Het zou helpen als duidelijker is wat wel en wat niet mag worden gedeeld.
Goede en voldoende thuiszorg kan de druk op ELV en Wlz verminderen.
Verder moet de versnippering worden aangepakt. Die is een groot probleem in de thuiszorg en de ouderenzorg. In de medisch-specialistische revalidatie gaat € 600 miljoen om in ongeveer 40 instellingen. In GRZ gaat het om € 800 miljoen en 180 instellingen.

De financiering is een aandachtspunt. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zouden zich meer kunnen inspannen bij het oplossen van de problematiek. We hebben met elkaar de verplichting tegenover ouderen om dit gewoon goed te regelen.

Er lijkt sprake van een capaciteitstekort in steden, en een overschot in het buitengebied. Daar moet naar gekeken worden.

Op denieuwepraktijk.nl staat ook informatie over Het Aanmeldportaal.

Regionaal Transferpunt Salland
Regio: Salland

Algemeen
Het Regionaal Transferpunt Salland (RTP) coördineert alle vormen van vervolgzorg waarbij een verblijfsvraag speelt, zoals eerstelijnsverblijf, crisisopname langdurige zorg, geriatrische revalidatiezorg, Wmo-spoedzorg of respijtzorg. Soms blijkt bij verkenning van de zorgvraag dat die opgelost kan worden met extra zorg in de eigen omgeving van de cliënt, zodat verblijf thuis mogelijk blijft. RTP levert alle ondersteuning die nodig is om de verblijfvraag op te lossen. Dit omvat advies, indicatiestelling, logistiek en administratieve afwikkeling.

Organisatie
RTP is een virtueel netwerk. Elk van de netwerkpartners heeft toegang tot dezelfde informatie, en kan de verblijfsvraag afhandelen. Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid en iedere partner heeft daar een aandeel in. De deelnemer die een bed 'beschikbaar' meldt, moet ook daadwerkelijk leveren als het coördinatiepunt er aanspraak op maakt. Er is voor gekozen de regievoering op een centrale plek te organiseren, zodat faciliteiten zoals IT goed worden geregeld en de professionals zich volledig kunnen richten op de cliënten en het zoeken naar de best passende plek. Deze centrale regie ligt bij de transferverpleegkundigen van het transmuraal logistiek bureau van het Deventer Ziekenhuis. De applicatie POINT ondersteunt het capaciteitsoverzicht van de bedden in de regio en de transfer en overdracht van patiënten.

Historie en aanleiding
Het coördinatiepunt komt voort uit een al bestaande regionale samenwerking: Vereniging Zorg en Innovatie in Salland en omgeving (Ziso). Het is als project in januari 2017 gestart. De knelpunten rond de ELV-bedden hebben een stimulerend effect gehad op de realisatie van het project.

Omvang
RTP bedient een regio met ongeveer 220.000 inwoners, het gecombineerde adherentiegebied van het Deventer Ziekenhuis en samenwerkingspartners zoals Huisartsencoöperatie Deventer en Omstreken (ongeveer 80 praktijken, 140 huisartsen) en nog 17 VVT-instellingen. RTP heeft direct inzicht in de beschikbare capaciteit van ongeveer 40 intramurale locaties. Overige partijen waarmee wordt samengewerkt zijn gemeenten, Tactus verslavingszorg, Dimence Groep, Zozijn en ENO zorgverzekeraar.

Financiering
De kosten van het POINT-systeem en faciliteiten worden gefinancierd uit een vaste bijdrage vanuit partijen plus een bedrag per gerealiseerde transfer. De vaste bijdrage wordt volgens een vaste verdeelsleutel in rekening gebracht. De helft is voor rekening van het Deventer Ziekenhuis. Carinova (25%) en Zorggroep Solis (15%) nemen met elkaar ongeveer 40% voor hun rekening. De resterende 10% wordt naar rato verrekend met de overige zorgaanbieders. De kosten zijn zo'n € 11 per gerealiseerde transfer. Huisartsen worden voor de werkzaamheden van transferverpleegkundigen gefactureerd op basis van bestede tijd. Maar daarmee hebben de huisartsen er zelf nauwelijks werk meer aan: de patiënten komen met de juiste papieren (indicatie, afwegingsinstrument en triage) op de afgesproken tijd bij de juiste instelling binnen. De huisarts moet alleen de medische overdracht nog realiseren.

Waarom een 'breed' coördinatiepunt?
De belangrijkste drijfveer is 'kwaliteit'. Als je de juiste zorg op het juiste moment op de op juiste plek wilt kunnen leveren, dan vraagt dat om een breed inzicht in de gehele keten. Alleen op die manier krijg je de knelpunten van capaciteit en in- en doorstroom binnen de regio écht in zicht. Je moet kunnen bieden wat de patiënt nodig heeft. Er zijn bovendien grijze gebieden tussen verschillende domeinen (bijvoorbeeld tussen GRZ en ELV-hoog, of ELV-laag en respijtzorg), en dat vraagt om zorgvuldige afweging van de opties. Een beperkt aanbod zou leiden tot versnippering, opnames op 'verkeerde' bedden en meermaals verhuizen van patiënten door de regio. Dat maakt de zorg uiteindelijk duurder. En voor de patiënt en familie een onaangename situatie. Verhuizen uit je eigen huis is een traumatische ervaring. Daar willen we zorgvuldig mee omgaan.

Welke voordelen heeft dit opgeleverd?

De samenwerking in RTP levert veel voordelen op voor alle betrokkenen. De patiënt staat centraal en alles wordt voor hem/haar geregeld. De patiënt komt direct op het juiste bed met de juiste zorg en/of behandeling. De ontvangende aanbieder staat een patiënt al op te wachten en heeft alle benodigde informatie direct tot zijn beschikking om te kunnen starten met zorg. Verder wordt de zorgaanbieders veel werk uit handen genomen. Zij kunnen zich richten op de zorg voor de patiënt. Voor de centrale transferverpleegkundigen is het een verrijking van de werkzaamheden, met veel eigen verantwoordelijkheid. Voor de zorgverzekeraars en gemeente biedt het RTP inzicht in de ingekochte capaciteit en doorstroming.

Succesfactoren

Er is veel geïnvesteerd om samen het probleem onder ogen te zien. Inmiddels zijn alle betrokkenen overtuigd van nut en noodzaak van een brede coördinatie. De win-win situatie is voor iedereen duidelijk. Gedeeld eigenaarschap is belangrijk: iedereen voelt zich (mede) verantwoordelijk om volledig in het belang van de patiënt te kunnen handelen. De patiënt wil 'gewoon' naar de juiste plek geholpen worden. Hoe we dit achter de schermen regelen is ondergeschikt aan het belang van de patiënt.

Het is cruciaal om achter de schermen randvoorwaarden als een faciliterend systeem goed te regelen. In deze regio is gekozen voor POINT. En bijvoorbeeld het geven van vertrouwen aan de transferverpleegkundigen door de artsen. Zij hebben een zelfstandige verantwoordelijkheid om besluiten te nemen. Dit maakt het vak inhoudelijk leuker en zorgt bovendien voor een efficiënte en effectieve organisatie. Men kan elkaar aanspreken op gemaakte afspraken. Voorbeeld is: 'Wie aangeeft een plek vrij te hebben, neemt de patiënt aan. Discussie of een patiënt wel of niet kan komen wordt niet gevoerd. Wel hoe laat de patiënt welkom is'. Betrokken partners houden elkaar scherp hierin. Dat moet ook wel, want de patiënt merkt pas dat wij er zijn als deze randvoorwaarden niet goed werken.

Zijn er doelen gesteld? Hoe worden die gemeten?

Het belangrijkste doel is: in deze regio krijgt iedereen de gewenste ondersteuning en de juiste zorg op het juiste moment op de juist plek door de juiste (non-)professionaal. De infrastructuur is dus geen doel op zich. Voor de nabije toekomst streeft RTP naar meer inzicht in de doorstroming van patiënten. Die blijkt voor ELV-bedden nog niet goed te verlopen. 'Men komt het ELV-bed niet uit'. De start van RTP wordt gezien als nulmeting. Over de periode daarvoor zijn geen (vergelijkbare) gegevens beschikbaar. Nu worden de cases gemonitord en ieder kwartaal geëvalueerd met de regionale partners.

Afstemming met de andere regio's

Over de regio's heen wordt ook samengewerkt. Hierbij geldt wel dat bij beperkte capaciteit plaatsing binnen de regio voorgaat. Degene die de telefoon opneemt heeft mandaat om dit te bepalen. Wanneer er ruimte is mag het. Voor de Wlz is wel eerst toestemming nodig van het zorgkantoor. De beschikbaarheidsfunctie voor crisisbedden Wlz wordt ook betaald, dus dat betekent dat er altijd plekken vrij moeten zijn. Er is regelmatig contact met de transferpunten in andere ziekenhuizen.

Hoe toekomstbestendig is de organisatie?

Er wordt hard gewerkt aan toekomstbestendigheid, bijvoorbeeld door het organiseren van structurele financiering. Huisartsen betalen de kosten nu nog uit kwaliteitsgelden. De gemeente hanteert lage tarieven voor respijtzorg waardoor die niet kostendekkend is voor de verpleeghuizen. Kortom, genoeg te bespreken. Er wordt gewerkt aan een regionale lange-termijn visie. Hoe voorkomen we onnodige opnames en transfers? Kunnen we met elkaar zorg achter de voordeur regelen als het kan en alleen verhuizen als het moet? De toekomstbestendigheid zit ook in het erkennen van wat de inspanningen hebben opgeleverd: er is in deze regio geen opstopping van kwetsbare ouderen op de SEH en er is meer lucht voor de eerste lijn. 'Ons brede aanbod en het voorzien in een duidelijke behoefte is de basis voor ons bestaan'.

Advies voor andere coördinatiepunten die willen verbreden?

Ga in gesprek met alle betrokkenen. Er zijn regio's waar de verschillende zorgdomeinen niet met elkaar praten. Dat kan niet het geval zijn. Maak het niet te ingewikkeld. Gesprekken gaan heel snel over infrastructuur en financiering, maar je moet er juist op inhoud uit komen. Als je het eens bent over wat het beste is voor de cliënt, kun je daarna vanuit een gezamenlijke visie de randvoorwaarden scheppen. Blijf het hogere doel benadrukken: de juiste zorg op juiste plek op juiste moment.
Er zijn wel kartrekkers nodig. Dit kan bijvoorbeeld een neutraal persoon zijn. Er is geen concurrentie ten aanzien van dit onderwerp. We willen uiteindelijk allemaal goede zorg leveren.

Ontwikkelpunten regio

In de toekomst willen we meer de verbinding zoeken met de GGZ en de VG. Het ultieme doel is om de patiënt alleen te verplaatsen als het moet en de zorg thuis te organiseren waar het kan. Daar ligt een mooie uitdaging. In praktische zin kan het aanvragen van een Wlz-indicatie door de eerste lijn worden verbeterd: dat gebeurt vaak te laat door de zorgval, waardoor tijdelijk verblijf nodig wordt. Kunnen we dit met elkaar anders organiseren? En verder onderzoeken we in de regio of we ook patiënten kunnen opnemen zonder indicatie. Omdat soms bij opname simpelweg niet helder is welke zorg nodig is.

Ontwikkelpunten landelijk

De financiering zou moeten worden losgekoppeld van de indicatie, en in plaats daarvan moeten worden gebaseerd op de vraag van de patiënt. Financiering van de diensten voor al je inwoners is eigenlijk meer van toepassing in deze tijd van integrale financiering dan de prestatiebekostiging en indicatiestelling. En de uitdaging aan VWS/ zorgkantoren om waakzaam te zijn voor weer een versnippering. Misschien zouden minder regio's (nu 31) en stimuleren van de ketenbrede coördinatie beter zijn.

Spoed- & Herstelbedden
Regio: Noord-Holland-Noord, West-Friesland

Onafhankelijke triage als sleutel tot goede plaatsing

Als grootste zorginstelling in de regio Noord-Holland-Noord is Omring initiatiefnemer geweest van een coördinatiefunctie voor ELV. De naam van de website (herstelbedden.nu) verwijst daar nog naar. Door goede chemie tussen de samenwerkende partijen is de coördinatiefunctie gaandeweg verbreed, naar alle vormen van zorg. Een centrale onafhankelijke triage vormt de kern van het werkproces.

Het werkgebied beslaat Noord-Holland-Noord en West-Friesland. Naast Omring nemen een aantal andere aanbieders van ouderenzorg deel: Samen woonzorggroep, zorggroep Tellus, Vrijwaard en Wilgaerden. De ziekenhuispartners zijn de Noordwest Ziekenhuisgroep en het Westfriesgasthuis (inmiddels gefuseerd met het Waterlandziekenhuis). Vanuit de eerste lijn zijn Zorgkoepel West-Friesland, Huisartsenorganisatie Kop van Noord-Holland (HKN) en de Westfriese Huisartsenorganisatie (WFHO) betrokken. Met de regio Noord-Kennemerland (Alkmaar en omgeving) wordt steeds meer samengewerkt, onder meer met de Huisartsenorganisatie Noord Kennemerland (HONK). De werkwijze is daar wel anders: de triage rouleert er per week over de deelnemende organisaties.

Het triageteam wordt gevormd door 6 fte verpleegkundigen met niveau 5 die – vanuit de hoofdvestiging van Omring – aanbieder-onafhankelijk werken. Als het gaat om een spoedopname of psychogeriatrische problematiek en bij twijfel wordt een specialist ouderengeneeskunde (SO) ingeschakeld. Zowel de triage als de SO zijn 7*24 uur bereikbaar. Het triageteam wordt ook ingeschakeld voor kwetsbare patiënten die van de SEH van het Westfriesgasthuis naar een gewoon (verpleeghuis)bed kunnen, zodat de behoefte aan vervolgzorg vroegtijdig kan worden beoordeeld. Als dat nodig is kunnen Geriant (aanbieder van zorg bij dementie) en de regionale Vitaal teams (paramedici) bij de triage worden geconsulteerd. ‘De triage is de sleutel tot een goede plaatsing’, stelt Omring.

Overeenkomst tussen gelijkwaardige partners

Alle betrokken partijen hebben een samenwerkingsovereenkomst getekend. In de praktijk vindt de samenwerking op alle niveaus plaats: tussen behandelaren, bestuurders, directie, projectgroepen enzovoorts. Stuurgroepen zijn verantwoordelijk voor uitwerking en uitbreiding van de samenwerking. Omring beschouwt zichzelf wel als aanjager van de samenwerking, maar geeft ook aan dat alle deelnemers gelijkwaardig zijn. De kosten (triageteam, automatisering) drukken tot nu toe vooral op Omring: er wordt in principe met gesloten beurzen gewerkt. Men is in gesprek met zorgverzekeraars (met name VGZ, Univé), maar er zijn nog geen financiële afspraken gemaakt. In de tarieven voor ELV is wel een klein bedrag voor coördinatie verdisconteerd, maar de met verzekeraars afgesproken tarieven liggen flink onder het maximum zodat er van de opslag per saldo niets overblijft. Er zijn daardoor aanbieders gestopt met het aanbieden van ELV. Omring is gecontracteerd voor een aantal bedden voor respijtzorg, maar samenwerking met gemeenten komt nog niet goed van de grond. Gemeenten zouden volgens Omring meer verantwoordelijkheid moeten voelen. De vergoeding die de gemeenten bieden, is ver van kostendekkend.

Aanleiding

Opzet en verbreding van de coördinatie zijn gestimuleerd door de strategie en visie van Omring: niet denken vanuit concurrentie, maar vanuit verbinding en samenhang. Herstel en revalidatie worden als verschillende disciplines gezien. Daarom wordt naar een divers aanbod gestreefd. ‘We hebben een gezamenlijk probleem en gaan dat ook gezamenlijk oplossen. Ziekenhuizen werden blij, huisartsen blij. En we gingen dit ook echt gelijkwaardig doen. Ook de kleinere instellingen zijn volwaardige partners.’ De ziekenhuisfusies in de regio hebben de samenwerking niet belemmerd; de samenwerking wordt stap voor stap ook bij de toetreders ingevoerd.

Goede triage leidt ook tot besparing

Tot nu toe hebben vooral de ziekenhuizen baat bij de coördinatiefunctie. Het aantal verkeerde-bed dagen is sterk gedaald. In het Westfriesgasthuis exploiteert Omring een herstelafdeling met 15 ELV-hoogcomplex bedden. Na een gemiddelde opnameduur van 21 dagen gaat 80 tot 90 procent van de patiënten naar huis. De capaciteit zou gezien de vraag moeten worden uitgebreid naar 25 tot 30 bedden. Het Waterlandziekenhuis en de NoordWest ziekenhuisgroep willen ook zo'n afdeling.
Voor huisartsen zit het voordeel vooral in het feit dat zij veel minder tijd kwijt zijn aan het regelen van een ELV-bed of (extra) thuiszorg.

Wat werkt?

De belangrijkste succesfactor is een goede triage. Als die ontbreekt is de kans groot dat een patiënt op de verkeerde plek terecht komt, en dat belemmert de doorstroming. Verder heeft volgens Omring zeker de goede mindset meegewerkt: op alle niveaus kan iedereen het goed met elkaar vinden en wordt er oplossingsgericht gewerkt. 'We zijn het gewoon gaan doen.' Het is belangrijk dat er wel een gedeelde verantwoordelijkheid is.

Wat werkt niet?

De coördinatiefunctie moet aansluiten bij de regionale dynamiek, anders werkt het niet. In deze regio geldt bijvoorbeeld dat er één relatief grote aanbieder is, voor een groot werkgebied. Dat leidt bijna automatisch tot een voortrekkersrol. In een regio met meerdere aanbieders van gelijke omvang werkt dat waarschijnlijk anders.

Toekomstplannen

Extra inspanningen zijn nodig om de zorgvraag op te kunnen blijven vangen. Voor de nabije toekomst denkt het coördinatiepunt aan ziekenhuiszorg thuis en aan het opzetten van zorgketens, bijvoorbeeld voor COPD of oncologische zorg. Technologische middelen kunnen daarbij helpen: er wordt geëxperimenteerd met de Hololens, waarmee een specialist met de verpleegkundige die bij de patiënt thuis is, kan meekijken. Verder zal worden gewerkt aan het verbeteren van de samenwerking met gemeenten. Er moet worden gekeken naar de capaciteit in de regio: herstelbedden gaan steeds vaker ten koste van Wlz-capaciteit in dezelfde instelling. Uiteindelijk zal daardoor een tekort aan Wlz-bedden ontstaan. Door gezamenlijk de patiëntenstromen in kaart te brengen zal de capaciteit beter op de vraag afgestemd moeten worden.

Hoe kan de coördinatiefuncties verbeteren?

Soms is het voor zorgaanbieders onduidelijk wat wel en niet mag volgens de mededelingsregels. Dat staat dan samenwerking in de weg, terwijl die in het belang van de patiënt wel nodig is. Uitleg over die regels kan dit verhelpen.
Er zou een aparte bekostiging moeten komen voor de triage. Het is krom dat die in het tarief van een ligdag is verdisconteerd. Goede triage leidt tot kostenbesparing. Gemeenten zouden moeten worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid: zij zijn nodig voor een sluitende aanpak.

Verwijshulp GooiVecht & Eemland
Regio: GooiVecht en Eemland

Triage voorop
Het coördinatiepunt regelt alle vormen van zorg (ELV, GRZ, Wlz, respijtzorg, Wmo-spoedzorg) behalve ggz. De focus ligt op kwetsbare ouderen.

De triage staat centraal. Een goede triage zorgt ervoor dat de patiënt op de juiste plek komt. Er is bewust gekozen om de triage te laten doen door specialisten ouderengeneeskunde (SO). Die hebben de deskundigheid om ook onder tijdsdruk de vaak diffuse situatie van de patiënt te kunnen beoordelen. De triage vindt altijd plaats in overleg met de behandelaar of de insturende of verwijzende arts. Als de triage is afgerond wordt via Verwijshulp.nl het juiste bed gezocht. Om goed aan te kunnen sluiten bij de zorgvraag is het belangrijk dat in die fase uit een breed aanbod kan worden gekozen.

De specialisten ouderengeneeskunde van het coördinatiepunt nemen ook de triage in het Tergooi ziekenhuis voor hun rekening. Op dit moment wordt de SO-capaciteit geleverd door zorgaanbieders Vivium Naarderheem en Amaris, maar het is de bedoeling dat op termijn ook andere deelnemende instellingen triagecapaciteit gaan leveren. De SO's van Vivium Naarderheem doen via de VU wetenschappelijk onderzoek naar triage, en geven regelmatig opleidingen.

Regio en organisatie
Het werkgebied (GooiVecht/Eemland) valt samen met het adherentiegebied van het Tergooi ziekenhuis. Het Eemland-gebied is deels gericht op het Meander ziekenhuis in Amersfoort. Dat ziekenhuis regelt vervolgzorg zelf. Met vier zorgorganisaties in de regio (Amaris Zorggroep, HilverZorg, Inovum, Vivium Zorggroep) zijn werkafspraken gemaakt, samen met Tergooi en de huisartsen (Gho-Go). Met zorggroep Almere wordt gesproken over samenwerking.

Er is bewust geen aparte entiteit opgericht, om de organisatie zo plat mogelijk te houden. De focus is ligt meer op 'slim organiseren' dan op het overnemen van activiteiten. Er is bijvoorbeeld wel één telefoonnummer, maar daarachter zit geen aparte organisatie. Dit is ook de reden dat Verwijshulp wordt gebruikt: dit was een al bestaande oplossing. Die biedt overigens niet altijd voldoende informatie: je wilt niet alleen weten of een bed beschikbaar is, maar ook of er bijvoorbeeld gespecialiseerde wondzorg beschikbaar is. Dit zou overigens wel op Verwijshulp kunnen worden aangegeven, in 'extra informatie'.

Financiering
De financiering sluit nu niet aan bij praktijk. De SO's van Naarderheem en Amaris hebben een bereikbaarheidsdienst, maar de telefonische consulten zijn niet declarabel. Er ligt wel een verzoek bij de NZa om een prestatie te maken. Aan de spoedtriages wordt door de SO (voor de hele regio, 7*24 uur) op dit moment gemiddeld zo'n 10 uur per week besteed. De bekostiging daarvan komt indirect uit het ELV-tarief. Tergooi betaalt voor de triages die de specialisten ouderengeneeskunde in het ziekenhuis doen een uurtarief.

Doelen
Het doel van de samenwerking is 'geen mensen meer op het verkeerde bed' en geen onnodige verhuizingen van patiënten. Daarvoor heb je de goede triage nodig, maar ook de input van de professional die de patiënt goed kent. Samenwerken is dus een randvoorwaarde. Van de patiënten die bij het Coördinatiepunt worden aangemeld, wordt 85% binnen 24 uur opgenomen en 90-95% van de aanvragen worden naar het juiste bed geleid. Bij spoedpatiënten is dat 80%.
Uiteindelijk gaat 80% van de patiënten die via de triage in een GRZ-bed komt, terug naar huis, en ongeveer 8% gaat naar de Wlz. Als je dat afzet tegen het gegeven dat landelijk ongeveer 50% van de ELV-patiënten naar de Wlz doorstroomt, zie je dat ELV nog niet goed wordt ingezet. In de regio van het Coördinatiepunt gaat ongeveer 80% van de ELV-patiënten naar huis, en 12% naar de Wlz. Dit toont aan dat de goede triage werkt.

Waarom verbreding?

Dit is eigenlijk nooit een vraag geweest. Zoals gezegd heb je een brede aanpak nodig om iedereen op de juiste plaats te krijgen. Het is voor de patiënt goed om meteen op de juiste plek terecht te komen, en voor de omgeving goed als de zorg snel geregeld kan worden. Dan zou het raar zijn als we maar één vorm van zorg coördineren.

Succesfactoren

Informele contacten tussen de verschillende zorgprofessionals (SOs, geriaters, huisartsen) zijn erg belangrijk. Wij hebben elkaar opgezocht om te spreken over hoe het verder zou moeten met de ouderenzorg in de regio. Uiteindelijk is daar een informeel 'genootschap' van gekomen dat nog steeds bijeenkomt. Vervolgens moet je gewoon aan de slag gaan. Daar heb je geen formele organisatie voor nodig: mailen en bellen werkt ook.
Zorg dat je de juiste informatie bij elkaar hebt om de patiënt naar juiste bed te indiceren op basis van een deskundige triage door de SO. Neem alle partijen in de regio goed mee! Creëer een goed inzicht in wat voor soort bedden waar vrij zijn. Eigenlijk is het te gek dat elke regio dat nu zelf uitzoekt. Een landelijke 'verwijshulp' zou zeker een stap voorwaarts zijn. Alleen ELV coördineren is te beperkt. Als patiënten zonder goede triage onterecht in de ELV komen kan dit juist tot opstoppingen leiden.

Toekomstplannen in de eigen regio?

De samenwerking met de gemeenten moet worden uitgebreid. Er mag nu respijtzorg worden geïndiceerd voor maximaal 2 weken. In die tijd gaat de gemeente zelf indiceren, waardoor een patiënt soms weer moet verhuizen. Verder moet er meer inzicht komen in de beschikbaarheid van thuiszorg. Die wordt verleend door een groot aantal kleine aanbieders. Verwijshulp geeft dat inzicht niet. De contacten met andere regio's willen wij aanhalen, zodat we nog beter zicht krijgen op beschikbaarheid. Landelijk inzicht zou als gezegd het doel moeten zijn. Wij zouden graag de beschikking hebben over 'ongelabelde' triagebedden, om ook de 10-20% complexe triages goed te kunnen doen.

Hoe kan de landelijke coördinatiefunctie verbeterd worden?

Onderzoek van triage en meten van doorstroming zijn heel belangrijk. Als gezegd stroomt in de regio maar 15% van de ELV-patiënten door naar de Wlz. Dat getal zou landelijk ook haalbaar moeten zijn.
Het denken in hokjes en zorgsoorten moet minder: zorg voor een goede, flexibele bekostiging. Het tarief voor een ELV-bed is in de praktijk erg laag.
Beschikbaarheidsgegevens zouden beter landelijk georganiseerd kunnen worden, in plaats van per regio. Verder is het belangrijk om nu al te gaan proefdraaien met de multidisciplinaire ambulante zorg die in 2020 naar de Zvw gaat. In de eerdere proeftuinen rond GRZ is in de regio veel kennis opgedaan.

Op denieuwepraktijk.nl staat ook informatie over Verwijshulp GooiVecht & Eemland

ZorgNazorg
Regio: Groningen, Drenthe, Friesland

Algemeen
ZorgnaZorg is ontstaan uit de wens om de transfer van patiënten vanuit ziekenhuizen naar andere zorgaanbieders te verbeteren. In 2010 zijn het UMCG en Zorggroep Groningen met dit doel gaan samenwerken. Al snel haakte Martini Ziekenhuis aan, en daarna ook de Ommelander Ziekenhuisgroep en Treant. De coöperatie bestaat sinds 2015. Er zijn nu 31 instellingen aangesloten, waaronder zeven ziekenhuizen. Het bestuur wordt door de leden gekozen uit de leden.

Het werkgebied omvat Groningen, Drenthe en Friesland. Binnen Groningen gaan de werkzaamheden verder dan in de andere provincies. De huisartsen participeren alleen in de provincie Groningen.

In eerste instantie regelden we alleen de zorg voor patiënten vanuit de ziekenhuizen. Sinds januari 2017 regelen we ook zorg op verzoek van huisartsen. Dit betreft ELV, GRZ, Wlz en ook ggz, maar geen Wmo-respijtzorg. We bemiddelen nog niet voor thuiszorg. Het gaat totaal om ongeveer 5200 plaatsingen op jaarbasis, waarvan het grootste deel vanuit de ziekenhuizen wordt aangevraagd.

Dienstverlening
ZorgnaZorg heeft een frontoffice. Daar komen de aanmeldingen van de ziekenhuizen en de huisartsen via een beveiligde verbinding binnen. De ziekenhuizen hebben op dat moment zelf al een triage gedaan. De huisartsen ondersteunen wij hier vaak bij. De rol van de frontoffice is op dit punt nog in ontwikkeling. Via de Zorgmonitor hebben de medewerkers van de frontoffice inzicht in de beschikbaarheid van bedden, en de zorg die bij het bed geleverd kan worden (bijvoorbeeld infuus, zuurstof). We kijken eerst naar het soort bed dat volgens de triage nodig is, en dan naar de voorkeursaanbieder van de patiënt. ZorgNazorg faciliteert de eerste aanvraag, de daadwerkelijke overdracht vindt plaats door instellingen zelf. We hanteren en ontwikkelen normen waar de overdracht aan moet voldoen. De frontoffice heeft een bezetting van 4,2 fte.

Een van de doelstellingen van de coöperatie is een goede onderlinge samenwerking in de regio.
We hebben over die samenwerking afspraken gemaakt waar de deelnemers zich aan moeten houden. Een aanvraag bijvoorbeeld, wordt binnen 2 uur opgepakt, en er moet binnen 2 uur een reactie terugkomen.

Er is geen officiële samenwerking met andere coördinatiepunten. Alle ontslagen uit de ziekenhuizen worden geregeld via ZorgNazorg, ook als deze over regiogrenzen heen gaan. Als dat nodig is nemen we direct contact op met een specifieke aanbieder in de andere regio.

Financiering
Op dit moment worden de kosten omgeslagen over de aanvragers, op basis van het aantal aanvragen. Daarnaast betalen de ziekenhuizen een bijdrage per bemiddeling. Voor de dienstverlening aan huisartsen compenseert zorgverzekeraar Menzis 1 fte. Tot nu toe is de bijdrage nog nooit verhoogd. Voor een bestendige organisatie en voor doorontwikkeling zijn eigenlijk wel structureel extra middelen nodig.

Breed coördinatiepunt
De aanleiding voor het opzetten van een ‘breed’ coördinatiepunt waren lange wachttijden in ziekenhuizen. Uit een inventarisatie bleek dat de bedden voor vervolgzorg er wel waren, maar dat het logistieke proces niet goed was ingericht. Daarom zijn UMCG, het Martini Ziekenhuis en Zorggroep Groningen gaan samenwerken. De coöperatie zorgt voor een goede onderlinge afstemming, maar vooral een verbeterde transfer. Efficiënte en optimale inrichting staat centraal.
Vanaf begin af aan hebben wij ons op een breed aanbod gericht.

Succesfactoren

Een goede voorbereiding met openheid naar elkaar toe en gezamenlijke doelen waren de sleutel.
Intussen komt het succes ook doordat de samenwerking zich heeft bewezen. Partijen vroegen na verloop van tijd zelf of zij zich konden aansluiten bij de coöperatie. Door gezamenlijk op te trekken, zijn we samen veel krachtiger geworden. De kracht is dat het vanuit de leden zelf georganiseerd is en dat samenwerking centraal staat. We hebben een gezamenlijk belang. Het resultaat is dat het onnodig verblijf in het ziekenhuis is gedaald. De patiënt wordt eerder ontslagen en komt sneller op de juiste plek terecht. De overdracht is ook verbeterd. Soms is er nog wel een tekort aan bedden, bijvoorbeeld in de griepperiode, en door de brede personeelstekorten.

Gebrek aan uniformiteit kan het succes in de weg staan. Huisartsen in Groningen maken wel gebruik van onze Zorgmonitor, maar in Drenthe is voor POINT gekozen.

Wij zouden graag een brede samenwerking in Noord-Nederland verwezenlijken. We zijn in gesprek in Friesland om de samenwerking verder te verbeteren. Met elkaar kun je heel veel sturingsinformatie genereren.

Het is mooi dat de succesvolle initiatieven nu onder de aandacht worden gebracht. Daarmee kunnen we elkaar stimuleren. Er is heel veel informatie en kennis aanwezig, als je dat bundelt ben je krachtiger!

Op denieuwepraktijk.nl staat ook informatie over ZorgNazorg.

Zorgschakel Enschede
Regio: Twente - Enschede

Bemiddeling en zorg

De coöperatie Zorgschakel Enschede is opgericht door de zorgaanbieders Liberein, dePosten, Livio en Zorggroep Manna. De samenwerking is begonnen rond GRZ. In januari 2016 is gestart met een gezamenlijke frontoffice in het nieuwe ziekenhuis van Medisch Spectrum Twente (MST). Inmiddels bemiddelt Zorgschakel naast GRZ ook voor ELV, Wlz en regionale somatische crisisbedden (voor patiënten met een Wlz-indicatie die binnen 24 uur opgenomen moeten worden). Er is geen bemiddeling voor respijtzorg omdat de gemeente Enschede daar vooralsnog niet in voorziet. De thuiszorg is met zo'n 50 aanbieders te versnipperd voor een effectieve bemiddeling.

Naast bemiddeling levert de coöperatie zelf ook zorg, namelijk

- medisch-technisch handelen in de thuissituatie en binnen diverse instellingen;
- wondzorg door gespecialiseerde wondzorgverpleegkundigen, aan huis en binnen diverse instellingen, en
- nachtzorg: geplande en ongeplande nachtzorg in de thuissituatie.

De dienstverlening richt zich op het adherentiegebied van het MST. Er is een toenemende vraag vanuit de regio Hengelo, maar daar is Carintreggeland nu ook een loket aan het opzetten. Er is een goede samenwerking met de huisartsengroep Twente en de HAP. Zorgschakel bemiddelt ook voor twee GRZ-aanbieders in Oldenzaal, maar die zijn geen onderdeel van de coöperatie.

Het frontoffice is centraal in het MST gepositioneerd. Er werken twee ervaren cliëntadviseurs, een verpleegkundige, een projectmanager (4 uur/week) en een manager (8 uur/week). Zij zijn in dienst van de coöperatie. Buiten kantoortijden neemt de zorgcentrale van Livio de coördinatiefunctie over als verlengstuk van het frontoffice.

De meeste aanvragen komen van het MST en de huisartsen. MST verzorgt zelf de triage. Voor huisartsen adviseert Zorgschakel regelmatig over de triage. Volgens een roulatiesysteem is altijd een specialist ouderengeneeskunde van een van de deelnemende zorgaanbieders beschikbaar voor GRZ-triage in het ziekenhuis. Ggz-aanbieder Mediant adviseert bij psychogeriatrische- en crisisproblematiek.

In 2017 heeft Zorgschakel Enschede 1453 plaatsingen begeleid:

- 698 naar GRZ
- 524 naar ELV
- 113 naar een crisisbed
- 118 Wlz

Samenwerking en financiering

Zorgschakel heeft er bewust voor gekozen om de werkzaamheden onder te brengen in een coöperatie. Het bestuur wordt gevormd door de bestuurders van de vier zorginstellingen, het voorzitterschap rouleert per jaar. Zo wordt de gelijkwaardige positie van de deelnemers benadrukt. Als grootste aanbieder in de regio is Livio penvoerder geworden van de samenwerking. Zij doen de administratieve afhandeling. De samenwerking in de praktijk wordt nog steeds verder verbeterd. Nu wordt er bijvoorbeeld gekeken naar een uniform beheer van sleutels van cliënten, zodat uitwisseling tussen de uitvoerende teams makkelijker wordt.

De kosten van het frontoffice worden naar rato van omzet gedragen door de deelnemende zorgaanbieders.

Zorgschakel hanteert prestatie-indicatoren voor de deelnemers. Er moet bijvoorbeeld binnen een vast aantal uren op het aanmelden een cliënt worden gereageerd. Er is nog geen centrale meting van opnameduur en doorstroming. Dat doet elke instelling voor zich.

Zorgschakel Enschede
Regio: Twente - Enschede

Brede coördinatie
Het initiatief om een 'breed' coördinatiepunt op te zetten komt van de bestuurders van de vier oprichters. Men zag in dat voor efficiënte zorgverlening samenwerking nodig was. De efficiency was snel duidelijk. In de nachtzorg kon bijvoorbeeld een hele fte worden bespaard. Voor de patiënten betekent de samenwerking: zo snel mogelijk met ontslag en naar de voorkeursplek. De overdracht van de patiënt is duidelijk verbeterd. Op uitvoerend niveau wordt de samenwerking steeds verder ingevuld door 'platform-overleggen': elke drie maanden komen medewerkers van de Zorgschakel en MST bij elkaar. Daarnaast is er op bestuurlijk en tactisch niveau binnen de coöperatie Zorgschakel Enschede overleg.

Succesfactoren
Bestuurlijk commitment was cruciaal. Daarmee werd een duidelijk signaal gegeven aan de mensen die de samenwerking in de praktijk uitvoeren. Sommige coördinatiepunten zijn gestart vanuit een ziekenhuis. Hier zijn we van de andere kant begonnen: de VVT-instellingen hadden zich een doel gesteld, en zijn vervolgens naar het ziekenhuis gegaan. Die samenwerking met het ziekenhuis is wel heel belangrijk.
De keuze voor een coöperatie heeft ook bijgedragen. Die maakt duidelijk dat het gaat om samenwerking en niet om concurreren. Bovendien kon de coöperatie mensen in dienst nemen.

Toekomst
Vanaf 2019 willen we werken aan één cliëntportaal en elektronische cliëntdossiers, om de overdracht van patiëntgegevens te verbeteren. Dat is kostbaar; het zou beter zijn als niet elk coördinatiepunt daarvoor zelf het wiel moet uitvinden.

Sinds kort regelt Zorgschakel de verstrekking van hulpmiddelen. We verkennen of we nog meer specialistische zorg kunnen aanbieden, bijvoorbeeld voor COPD. En of het aantal ziekenhuisbezoeken kan worden verminderd door 'beeld' in te zetten bij ziekenhuisverplaatste zorg.

Met de zorgverzekeraar zijn wij in gesprek om in de instellingen observatiebedden te creëren. Daarmee kunnen 'complexe patiënten' decentraal worden geïndiceerd.

Advies voor andere coördinatiepunten
Zorg voor commitment van de bestuurders. Als zij er niet achter gaan staan, dan heeft uitwerking geen zin.

Wat kan beter?
De bekostiging moet beter. Iedereen is enthousiast over ons initiatief, maar we krijgen er geen geld voor. Het coördinatiepunt heeft zelf geen opbrengsten van de besparingen die het realiseert, bijvoorbeeld minder verkeerde beddagen.

Bijlagen

Bijlage 1
Lijst gesprekspartners

Naam coördinatiepunt	Gesprekspartners	Datum interview
Het AanmeldPortaal	Jan Verbaal, lid Raad van Bestuur Surplus/orthopedagoog	22 mei 2018
Regionaal Transferpunt Salland	Marjan Vroonland, regionaal programma-manager, projectleider transferpunt Karen Janssen, operationeel manager Transmuraal logistiek bureau Deventer Ziekenhuis	17 mei 2018
Spoed & Herstelbedden	Ronald van Rijn, directeur klant en marktontwikkeling Omring Anne Veldhof, directeur Advies- en Behandelcentrum Omring Maaike Lekkerkerk adviseur/projectleider Omring	28 mei 2018
Verwijshulp GooiVecht / Eemland	Ellen Vreeburg, specialist ouderengeneeskunde Vivium Naarderheem	28 mei 2018
ZorgnaZorg	Karin Borkhuis, netwerkmanager	4 juni 2018
Zorgschakel Enschede	Geertje Pasman, projectmanager Zorgschakel Enschede	4 juni 2018

Bijlage 2
Vragenlijst ‘regionale coördinatie tijdelijk verblijf’

Algemeen

1. Welke vormen van vervolgzorg regelt uw coördinatiepunt? En welke vormen (nog) niet?
2. Welke diensten levert uw coördinatiepunt bij deze vormen van zorg?
3. Wat zijn de belangrijkste kengetallen voor uw coördinatiepunt ten aanzien van:

a. Omvang regio;
b. Aantal bedden, per zorgtype;
c. Aantal zorgaanbieders, per segment;
d. Aantal plaatsingen per jaar via uw coördinatiepunt, per segment;
e. Aantal plaatsingen per jaar die niet via uw coördinatiepunt verlopen, per segment;
f. Omvang coördinatiepunt (fte voor coördinatietaak + functiebenamingen);
g. Evt. andere kengetallen die beschikbaar zijn.

4. Hoe is uw coördinatiepunt op dit moment georganiseerd (governance, aansturing, besluitvorming, etc.)
5. Hoe wordt uw coördinatiepunt op dit moment gefinancierd?
6. Zijn er bij (de inwerkingtreding van) uw coördinatiepunt doelen gesteld en in hoeverre worden deze gehaald (denk aan: juiste zorg op de juiste plek, ontlasten spoedzorgketen en/of zorgverleners)? Hoe wordt dit gemeten?
7. Hoe wordt omgegaan met interregionale zorgvragen?

Verbreding

8. Wat was de aanleiding voor het opzetten van een ‘breed’ coördinatiepunt?
9. Welke voordelen heeft dit opgeleverd voor

a. De patiënt/cliënt?
b. Betrokken zorgaanbieders?
c. Uw coördinatiepunt?

10. Wat heeft het mogelijk gemaakt dat het coördinatiepunt een breed aanbod aan vervolgzorg kan organiseren? Wat waren de succesfactoren die hierbij een rol speelden?
11. Is er afstemming met de andere regionale coördinatiepunten?
12. Herkent u randvoorwaarden die algemeen geldend zouden kunnen zijn bij deze verbreding (denk aan: bemensing, kennis en kunde, bekostiging, infrastructuur, etc.)?

Vervolg/toekomst

13. Zijn er wensen of plannen om voor nog andere zorgsoorten de vervolgzorg te coördineren?
14. Hoe bestendig is de organisatie en inrichting van het coördinatiepunt?
15. Wat zou u andere coördinatiepunten adviseren als zij ook een verbreding willen bewerkstelligen?
16. Wat is de top 3 van mogelijke verbeteringen / ontwikkelpunten voor uw coördinatiepunt?
17. Wat is de top 3 van mogelijke verbeteringen / ontwikkelpunten voor de coördinatiefunctie in het algemeen?

ZORGMARKTEN
Consultancy en interim-management

Zorgmarkten
Zorgmarkten is een bureau voor consultancy en interim-management op het gebied van organisatie, regulering en financiering van de zorg. Zorgmarkten heeft ruime ervaring met de uitvoering van complexe onderzoeken en het maken van adviezen op financieel-economisch of op organisatorisch vlak. Ook weet Zorgmarkten op efficiënte wijze en met passie en een gezonde dosis ambitie complexe projecten en programma's tot het gewenste resultaat te brengen.
De interviews zijn afgenomen en geschreven door Cornelis Jan Diepeveen en Fred Landwaart.

Website: www.zorgmarkten.nl
E-mail: info@zorgmarkten.nl