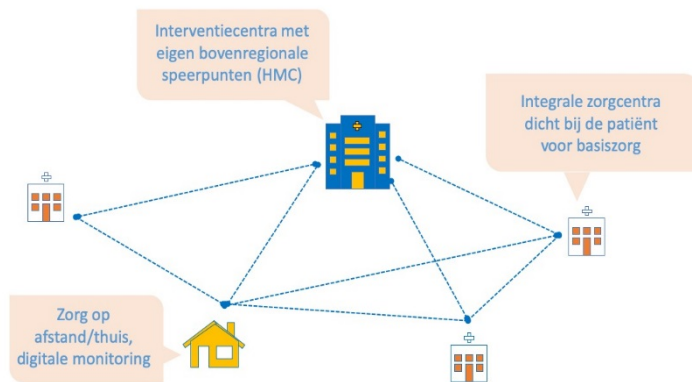


**FLAPS ZORGTAFEL
LEIDSCHENDAM-VOORBURG
13 JUNI 2019**



INTERVENTIECENTRA MET EIGEN BOVENREGIONALE SPEERPUNTEN (HMC)

- Zorg moet aantrekkelijk worden
- Personeelstekort wordt van ziekenhuis naar thuiszorg verschoven
- Zorgverzekeraar gaat nog meer knijpen op allerlei behandelingen in ziekenhuis in nieuwe situatie
- Communicatie/samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen moet anders én beter (tijdstip ontslag!)
- Overplaatsing patiënten in de regio graag in overleg en op een normaal tijdstip!
- Korte klinische opnameduur (..) stelt eisen aan de vervolgstap. Patiënt voelt zich onzeker bij een te snel ontslag. Arts zal ook graag willen weten 'hoe het verder gaat'
- Superspecialisaties zijn onvermijdelijk (interventie radiologie, technisch medicus, hartfalenspecialist, etc) Overkoepelend arts?
- Robots introduceren? Technisch geweldig, maar zijn de bedenkers zelf ooit ziek geweest?
- Zorg dichterbij is fijn, maar bereikbaarheid van ziekenhuis verder weg is moeilijk en duur → Wmo vervoer?
- Te grote afstand naar SEH

INTEGRALE ZORGCENTRA DICHTBIJ DE PATIENT VOOR BASISZORG

- Wie gaat dit regionaal vormgeven. Er is niets – hoe gaan we het van de grond tillen. Wie neemt de regie
- Zijn de functie en de mogelijkheden van de diagnostische centra zoals die o.a. in Voorschoten en Den Haag bestaan wel bekend en duidelijk?
- Groepspraktijk nieuwe stijl – verschillende disciplines, huisarts, verloskundige etc etc? Meer samen, minder losse praktijken – wijk en buurtcentra
- Goed triage nodig om juiste zorg in te zetten
- Medisch specialisten in de zorgcentra!!
- Huisartsenpraktijk mag grotere rol krijgen → hiervoor grotere praktijken of gezondheidscentra nodig
- Huisartsenpost 2 jaar Antoniushove graag blijven!
- Huisartsenpost moet in Antoniushove blijven
- Huisartsenpost kan lichte spoedeisende hulp bieden. Hiervoor is specialistische en technische ondersteuning nodig
- Spreekuren van medisch specialist en huisarts (verpleeghuisarts) ook 1,5 lijnszorg.
- Behandelaren moeten kunnen bepalen welke zorg en hoeveel zorg er nodig is (en niet zorgverzekeraars)

- Vergrijzing vraagt om andere vormen van zorg. Nu is er onderscheid tussen acute en niet-acute zorg. Er zit ook iets tussenin waar geen ziekenhuiszorg voor nodig is, maar wel zorg. Hier moeten voorzieningen voor worden gecreëerd
- Kijk of je iets voor bv groepen ouderen kunt organiseren
- Nieuwe samenwerkingsarrangementen op het gebied van ziekenhuiszorg en aanpalende zorg. Vooral ouderen hebben geavanceerde zorg nodig zonder dat dit hoogcomplexere zorg is
- Je hulpverlener kennen is voor sommige mensen belangrijk
- Meer privéklinieken voor laagcomplexere zorg – is dit doelmatig?

ZORG OP AFSTAND/THUIS, DIGITALE MONITORING

- Kan de huisarts al die extra taken erbij doen?
- Huisartsen hebben het al druk. Niet iedereen heeft veel behandelingen in het zorgpakket
- Meer digitale communicatie met huisartsen ipv telefoon. Voordeel: foto's kun je doorsturen en vaak juiste beoordeling, bij twijfel oproep om te komen
- De huisarts graag als spin in het web. Ik ken mijn huisarts 27 arts en kreeg in het ziekenhuis 5 artsen, die mij niet kenden (nu wel)
- Huisarts als spin in het web en in het ziekenhuis 1 hoofdbehandelaar die terugkoppelt aan huisarts
- Hoe komt de huisarts aan zoveel tijd om al die zorg over te nemen en goed te managen?
- Laat aan huisarts over wat 1,5 lijnszorg kan zijn (meer maatwerk) + beeldbellen
- Veiligheid oudere patiënten in het geding bij meer thuiszorg: meer 'nep' thuiszorg wordt geëntameerd
- Opticiën! Prima!!
- Zorg thuis (bijv chemo) moet goed begeleid plaatsvinden. Grenzen stellen wie waar voor wat verantwoordelijk is.
- Zorgverzekeraars: Wijkverpleging: zorg voor goede zorg → continuïteit qua personeel → tijd voor de mensen → veel te veel administratie
- Nog meer vereenzaming bij nog meer (korte) thuiszorg
- Menselijk contact (met medicus) is ook belangrijk – rol huisarts? Of POH-er
- Bejaardentehuis (gezamenlijk wonen) moet terug, is veel efficiënter.
- ¾ van de mantelzorgers is nu al overbelast. Hoe gaat dat bij nog meer mantelzorgtaken?
- Mantelzorg is voor oudere heel zwaar
- Het is belangrijk dat de zorg goed bereikbaar is maar ook dat het voor de partners haalbaar is dus voldoende ondersteuning van de mantelzorger
- Hoe houden we de mantelzorger in de lucht (administratie ontlasten).
- Mantelzorg, hoe willen jullie dat inrichten? Moet daar iets tegenover staan (benzinegeld → teruggave belasting)
- Waarom kunnen die vrijwilligers die een paar jaar geleden massaal ontslagen zijn geen simpele taken overnemen om het personeel te ontlasten. Zij doen het met heel veel liefde en de professionals kunnen belangrijke taken behartigen
- Niet iedereen heeft familie/mantelzorgers. Wie helpt dan?
- Keuze voor kunnen verzorgen (niet dwingend). Keuzen + hulp om het te kunnen
- Ik mis de rol van de verpleeghuizen en verzorgingshuizen
- Waarom is de rol van dagbehandeling in verpleeghuizen gemarginaliseerd. Het was een prima optie om mensen zo lang mogelijk thuis en zelfredzaam te houden
- Waarom zijn de verzorgingshuizen wegbezuinigd? Zij zouden veel mantelzorg kunnen leveren want daar is voor veel mensen behoefte aan. Niet iedereen heeft kinderen, familie of welwillende burens

- Verpleeghuiszorg terug
- Overgang van ziekenhuis naar thuis(zorg). Zorg moet continu zijn
- Huishoudelijke zorg is moeilijk te krijgen!!
- Thuiszorg (anders dan basiszorg) vanuit ziekenhuis (niet eerst keukentafelgesprek)
- Chronische patiënten: MS, Parkinson, na beroerte die thuis geen opvang hebben, waar wordt deze groep ondergebracht? Op een locatie bereikbaar voor partner
- Link met Wmo (iemand wordt ontslagen uit ziekenhuis, kan ziekenhuis dan ook de regie nemen op wat voor zorg er nodig is)
- Bepaalde taken kunnen weer belegd worden bij bijvoorbeeld wijkverpleging (wondverzorging). Korte lijnen, maar ook met bevoegdheden
- Minder concurrentie, meer regionaal organiseren (geldt mn voor thuiszorg)
- Netwerken beter organiseren; nu is de ene organisatie niet bekend met het werk van de andere organisatie
- Leren omgaan met medische instrumenten
- Opleiding tav medische handeling
- Is die digitalisering betaalbaar? Apparatuur in huisartsenpraktijk? Heeft de huisarts voldoende kennis?
- Digitalisering: medisch specialisten moeten ook wel beschikbaar blijven (tijd) voor de patiënt → goede afspraken
- Informatievoorziening en -deling: AVG erg streng (privacy) / verschillende systemen/leveranciers
- Meer beeldbellen; ingrepen die regelmatig terugkeren kunnen via beeldbellen.
- Telemedicine: zal voor zeer beperkt aantal patiënten mogelijk zijn. Huisarts is misschien mooiste voorbeeld. Bij veel specialismen is menselijk contact van belang
- Niet iedereen is digitaal actief
- Verhaal van de patiënt ontbreekt; gevoel is er niet. Kan niet alleen via beeld
- Hoe wordt dit ondersteund? Let op: zwakkeren, ouderen, laaggeletterden. Duidelijkheid nodig en vooral: logica
- Digitalisering moet verder ontwikkelen (..) te hoge kosten om thuis te plaatsen
- Digitalisering is van deze tijd maar vaak nodeloos ingewikkeld zeker voor ouderen. Bijvoorbeeld voor het maken van afspraken moet je van de ene site naar de andere. DigiD is daarbij vaak lastig

DIVERSEN

- Integrale zorg:
#kost ook veel capaciteit
#bereikbaar
#een (volks)verzekering
- Hoe worden de geldstromen geregeld als er werk naar een ander/lager niveau gaat?
- Er wordt gesproken over innovatie. Het hele proces duurt 100%. Er is aandacht voor het directe proces. Het ondersteunende proces krijgt geen aandacht of belangstelling
- Ik heb de indruk dat de zorgverzekeraar bepaalt wat goed is voor een patiënt waarbij de indruk bestaat dat geld alles bepaalt
- Hoe de zorg (..nu..) is ingericht is te ingewikkeld; het liefst basisverzekering
- Zorgverzekering: wat wel en wat niet
- Uniforme polissen. Graag in normale taal! Vb zie het pensioenoverzicht
- Waarom is het aantal behandelingen fysiotherapie beperkt in de basispakketten terwijl veel aandoeningen (rug, heup, knie) daarheen verwezen worden
- De rol van de zorgverzekeraar. Patiënten willen meer vertrouwen v/d zorgverzekeraar
- Kostenbewust maken; patiënten inzicht geven in kosten b.v. rekening naar of kopie naar patiënt

- Focus op controle, ipv zorgverlening (dat moet worden omgedraaid)
- Minder bureaucratie bespaart ook geld plus meer tijd beschikbaar voor zorg
- Administratieve last / wondzorg → waarom zo moeilijk
- Botsing systemen WLZ/WMO + Zorgverzekeringswet mag niet afgewenteld worden op patiënten (oud formulier, niet de goede wel)
- Verwijsbriefjes voor dingen die geen verwijzing nodig hebben (evidente zorg). Verwijsbrief als hindernis/goedkeuringsstempel
- Mensen die in de zorg willen werken moeten ook in randvoorwaarden worden (.. onleesbaar..) → huizen etc
- Te veel hokjes; WMO, WML – de patiënt snapt het niet meer
- Bureaucratie weg!
- Bereikbaarheid!
- Vervoer naar ziekenhuis of huisartsenpraktijk!?
- Er is al geregeld dat houders van een gehandicapten parkeerkaart een uitrij-kaart krijgen. Is het wellicht een optie om dat uit te breiden naar iedereen die in het ziekenhuis moet zijn voor een bezoek aan de poli, specialist, bloedafname e.d.?