netwerk acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

# Top 20 Ingangsklachten acute zorg

## Van vraagkant naar flexibele personeelsinzet en modulair opleiden



# Doel Project B - Personeel

**Aanleiding**

- De acute zorg in Kennemerland staat onder druk door structurele personeelstekorten, hoge werkdruk en een groeiende zorgvraag.
- Goede zorgcoördinatie vraagt niet alleen om de juiste patiënt op de juiste plek, maar ook om **de juiste medewerker, met de juiste competenties, op het juiste moment**.

**Doel**

- Modulair opleiden:
  De subregio Kennemerland wil de eerste regio zijn waar voor acute zorgfuncties **maximaal competentiegericht en modulair wordt opgeleid** (opleidingsduur verkorten / omscholing makkelijker maken).

- Verbreden personeelsinzet:
  De subregio Kennemerland streeft naar een **sectoroverstijgende flexibele en efficiënte inzet van personeel,** waarmee het werken in de zorg blijvend aantrekkelijk wordt (behoud zorgprofessionals voor de zorg / voorkomen onnodige concurrentie).

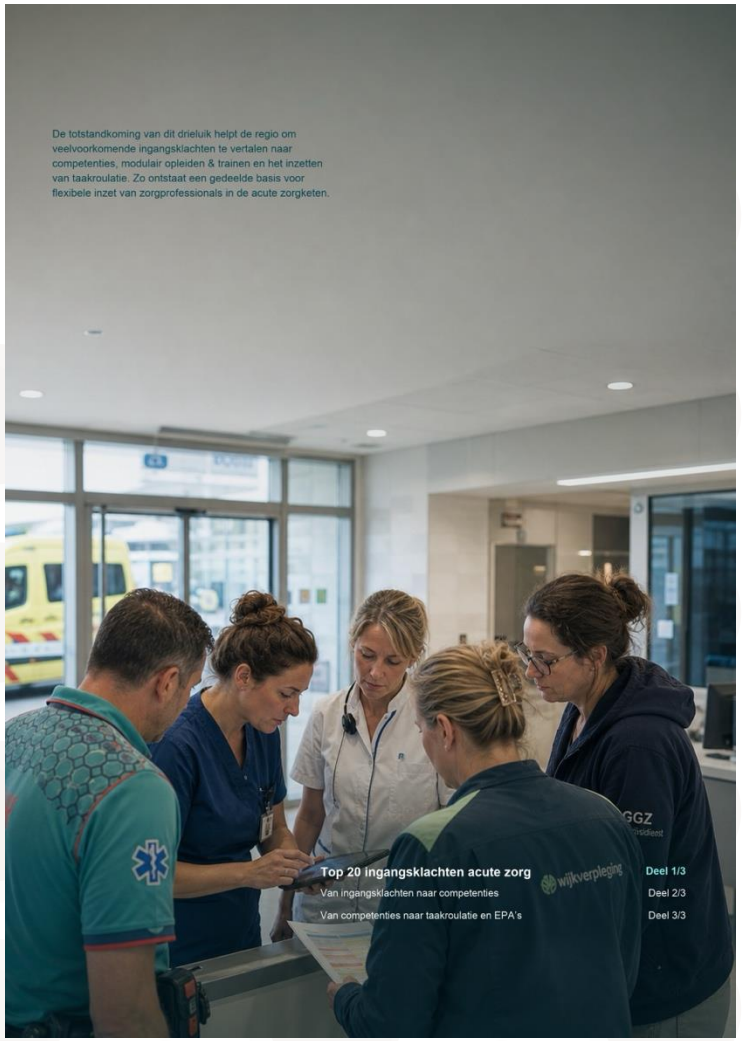


# Drie rapporten bouwen voort op dezelfde basis

**Deel 1 - Top 20 Ingangsklachten**
Brengt de vraagkant, het volume en de complexiteitsprofielen in beeld.

**Deel 2 - Van ingangsklacht naar competenties**
Ontleedt kansrijke zorgvragen naar taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en benodigde competenties.

**Deel 3 - Van competenties naar taakroulatie en EPA's**
Matcht met bestaand aanbod, bepaalt gaps en kiest tussen werkafspraak, bijscholing of een nieuwe modulaire bouwsteen.



# ZoCo B: van acute zorgvraag via beroepsactiviteiten naar passende netwerkinzet

Ingangsklacht, patiëntcomplexiteit en de acute patiëntenreis vormen het vertrekpunt voor passende taakverdeling.

**OUDE ROUTE**

**Beroep** — vertrekpunt → **Volledige opleiding** — vast curriculum → **Functiegrenzen** — bepalen de ruimte → **Begrensde inzet** — binnen bestaande rol

AANBODGESTUURD

**NIEUWE ROUTE**

**Acute zorgvraag** — ingangsklacht → **Beroepsactiviteiten** — takenbundels → **Skillsmatch** — met de activiteit → **Passende inzet** — eerder of elders

VRAAGGESTUURD

### 1 Acute zorgvraag

- Ingangsklacht en patiëntgroep
- Volume, complexiteit en afbakening
- Overlap tussen domeinen

### 2 Ontleden tot activiteiten

- Taken in de acute patiëntenreis
- Verantwoordelijkheden en grenzen
- Bundelen tot beroepsactiviteiten

### 3 Skillsmatch voor taakroulatie

- Benodigde kennis, vaardigheden en houding
- Match met huidige en mogelijke professional
- Praktijkbewijs en toevertrouwing

### 4 Match met bestaand aanbod

- Beroepen en functies
- EPA's, modules en trainingen
- Mandaten, protocollen en supervisie

### 5 Benodigde ontwikkelroute bepalen

Wat is nodig om deze beroepsactiviteit veilig eerder of elders in de keten uit te voeren?

**A — Bestaande bekwaamheid anders inzetten**

Werkproces, protocol, inzetplaats, supervisie of mandaat aanpassen.

**B — Gericht aanvullen**

Beperkte gap: maximaal 1–2 dagen oefenen of trainen. Daarna bekwaamheid toetsen.

**C — Substantieel ontwikkelen**

Meer dan 2 dagen. Bestaand aanbod benutten of een nieuwe module of EPA ontwikkelen.

**Toevertrouwbaar in de nieuwe context?**

| A | B | C |
|---|---|---|
| JA | JA, ONDER VOORWAARDEN | NOG NIET |

netwerk acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

# De route naar de goedgekeurde KPI - Top 20 Ingangsklachten

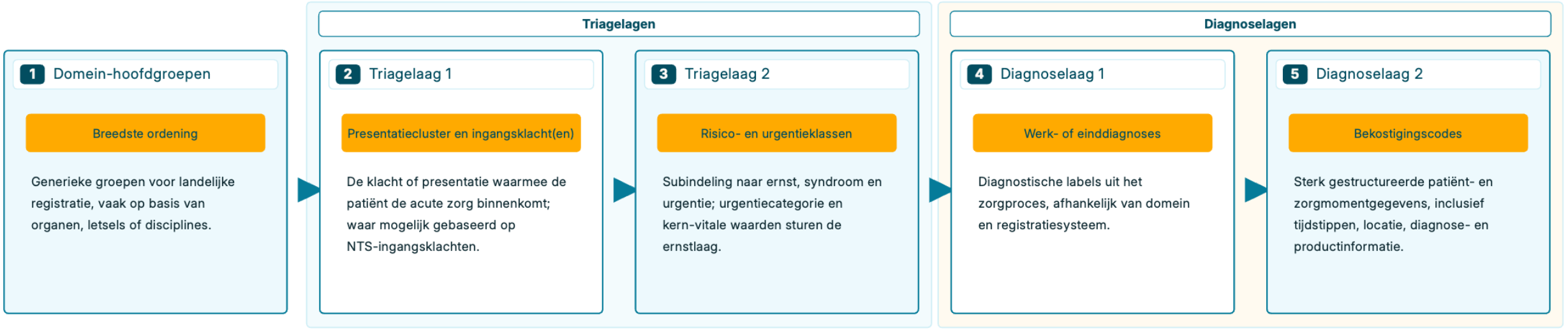
# Top 20: de vraagkant is nu per domein zichtbaar

**Waar gaat het rapport over?**

- De grootste acute zorgvragen binnen HAP, SEH, RAV, VVT en GGZ
- Waar mogelijk geduid op volume, urgentie, complexiteit en kosten
- Per domein een praktisch bruikbaar aggregatieniveau

**Wat levert het op?**

- Bewijslast voor KPI 4.3B1
- Een domein-gedeelde inhoudelijke basis voor vervolgkeuzes
- Eerste aanknopingspunten voor opleiding, taakverschuiving en samenwerking




*Vijf aggregatieniveaus: van brede domeingroep tot diagnose- en bekostigingscode.*

# Kijkje in de keuken:
## *Van taaie KPI naar een werkbare basis voor vervolg*

### KPI
Top 20 Ingangsklachten per domein, inclusief analyse op frequentie, urgentie, complexiteit en kosten.

### Aanpak
1. Deskresearch van landelijke en regionale bronnen
2. Data-uitvraag bij organisaties en dataspecialisten
3. Expert opinion, verdieping en validatie in de praktijk

(geen opvolgend proces, maar heen en weer tussen stap 1,2 en 3)

### Resultaat
Een **werkbare** top 20 of een zo goed mogelijk onderbouwd overzicht per domein, aangevuld met urgentie- en complexiteitsduiding.



# Duiding complexiteit

- Eigen werkwijze ontwikkeld voor duiding van complexiteit *(wáár zit complexiteit?)*.

- Per ingangsklacht 5 dimensies:
  - Tijdkritiek/urgentie
  - Diagnostische onzekerheid
  - Patiëntcomplexiteit
  - Zorgcoördinatie/zorgcontext
  - Zorgexpertise/opschaling

- De complexiteits-duiding helpt ons sub-groepen te onderscheiden en een brug te slaan tussen ingangsklacht en wat er straks nodig is bij taakdifferentiatie en opleiden.

- 'Complexiteit = complex'

| | Dimensie | Definitie | Complexiteitsdimensie en voorbeelden |
|---|---|---|---|
| T | Tijdkritiek / urgentie | **Er is sprake van bedreigde vitale functies, alarmsymptomen of een reëel risico op schade bij uitstel.** | Tijd en risico op schade maken complex. **Voorbeelden: ABCD-problemen, ernstige benauwdheid, bewustzijnsdaling, neurologische uitval, collaps, sepsisverdenking, hevige pijn, ernstige dehydratie, acute verwardheid of snelle functionele achteruitgang (VVT), acute suïcidaliteit of gevaar voor anderen (GGZ).** |
| D | Diagnostische onzekerheid | **De klacht, het gedrag of het beloop past niet goed in één standaardprotocol of één duidelijke diagnose.** | Onzekerheid over oorzaak of ernst maakt **complex. Voorbeelden: algehele malaise, vallen zonder duidelijke oorzaak, koorts zonder focus, verminderde intake, onbegrepen pijn, buikpijn bij kwetsbare ouderen, functionele achteruitgang, onrust of verwardheid waarbij somatiek, delier, medicatie, middelengebruik en psychiatrie door elkaar kunnen lopen.** |
| P | Patiëntcomplexiteit | **De patiënt heeft kenmerken waardoor een relatief gewone klacht meer risico geeft, moeilijker te beoordelen is of lastiger veilig op te volgen is.** | De patiënt als geheel maakt complex. **Voorbeelden: multimorbiditeit, polyfarmacie, antistolling, insuline, nierfunctiestoornis, hartfalen, COPD, kwetsbaarheid, dementie, delier-risico, ondervoeding, immobiliteit, valrisico, ernstige psychiatrische aandoening, verslaving, beperkt ziekte-inzicht, zorgmijding, taalbarrière of verminderde communicatie.** |
| Z | Zorgcoördinatie / zorgcontext | **De zorgvraag is verweven met meerdere zorg- of welzijnsdomeinen, of de huidige omgeving kan de benodigde zorg niet veilig dragen.** | Regie, continuïteit en zorgomgeving maken **complex. Voorbeelden: meerdere betrokken domeinen, onduidelijke hoofdbehandelaar, onvolledige overdracht, overbelaste mantelzorg, onvoldoende toezicht, medicatie niet veilig uitvoerbaar, VVT-locatie die benodigde observatie niet kan leveren, of onduidelijke regie tussen huisarts, HAP, crisisdienst, FACT/IHT en naasten.** |
| O | Zorgexpertise / opschaling | **De patiënt heeft expertise, diagnostiek, behandeling, toezicht of besluitvorming nodig buiten de gebruikelijke routine of het standaardprotocol.** | Benodigde expertise, voorzieningen of **besluitvorming maken complex. Voorbeelden: spoedlab, ECG-beoordeling, beeldvorming, monitoring, intraveneuze behandeling, opname, specialistische beoordeling, medische diagnose, voorschrift, behandelgrens, wilsbekwaamheid, crisisdienst, psychiater, Wvggz-afweging of opname-indicatie.** |

# Grote patiëntstromen, verschillende kansen

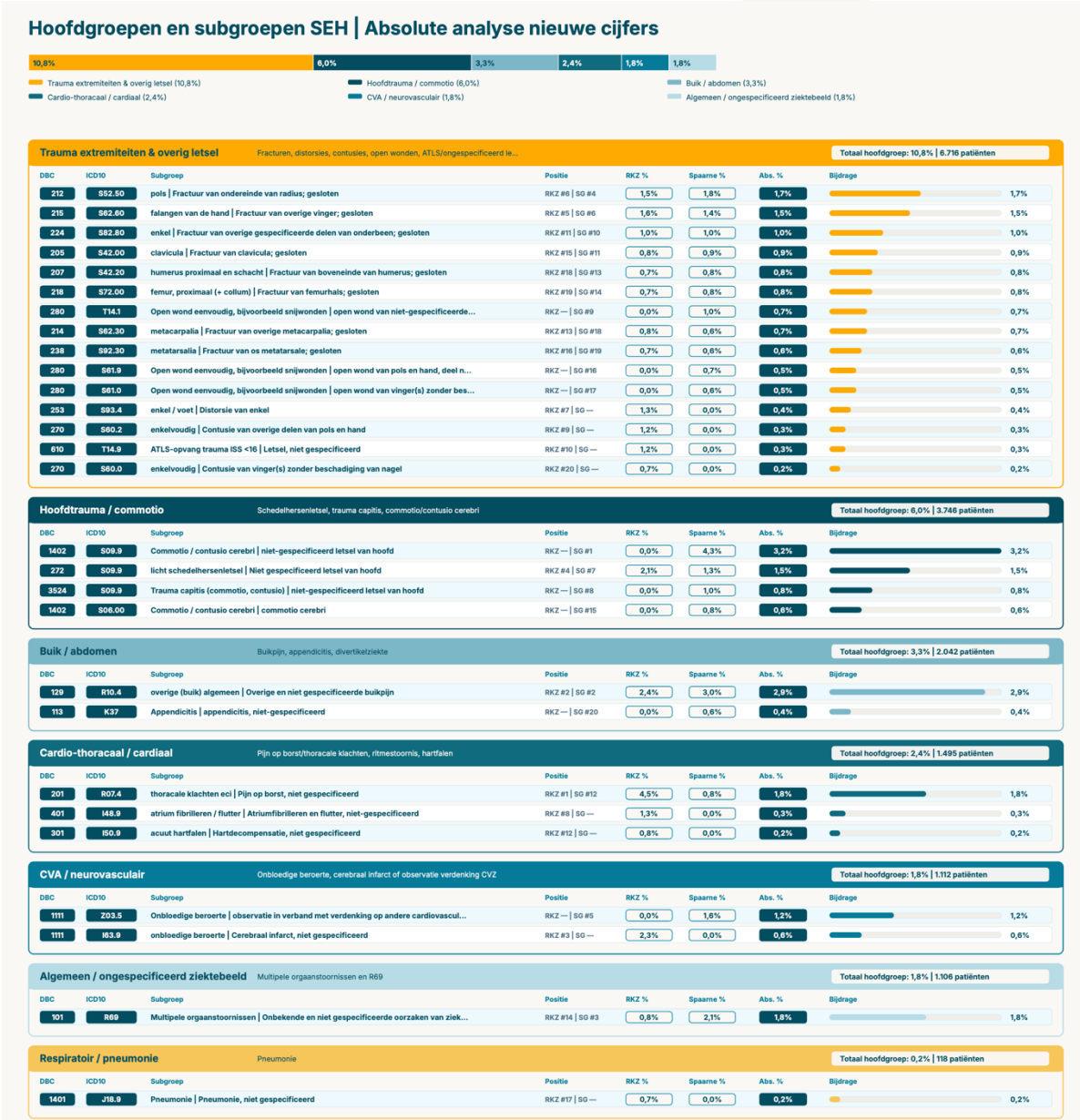
**HAP**
Buikpijn, snijwonden, koorts, luchtweg- en thoracale klachten domineren.
Nb: *registratieverschillen bieden ook proceskansen tussen de HAP's.*

**SEH**
Trauma en hoofdletsel zijn kansrijk voor differentiatie, mits veilige opschaling is georganiseerd.

**RAV**
Kansen liggen vooral bij mobiel zorgconsult en patiënten die na beoordeling thuisblijven.

**VVT**
Val/trauma, wondzorg en technische vragen; complexiteit zit vaak in kwetsbaarheid en context.

**GGZ**
Suïcidaliteit en verward gedrag zijn verweven en meestal hoogcomplex.



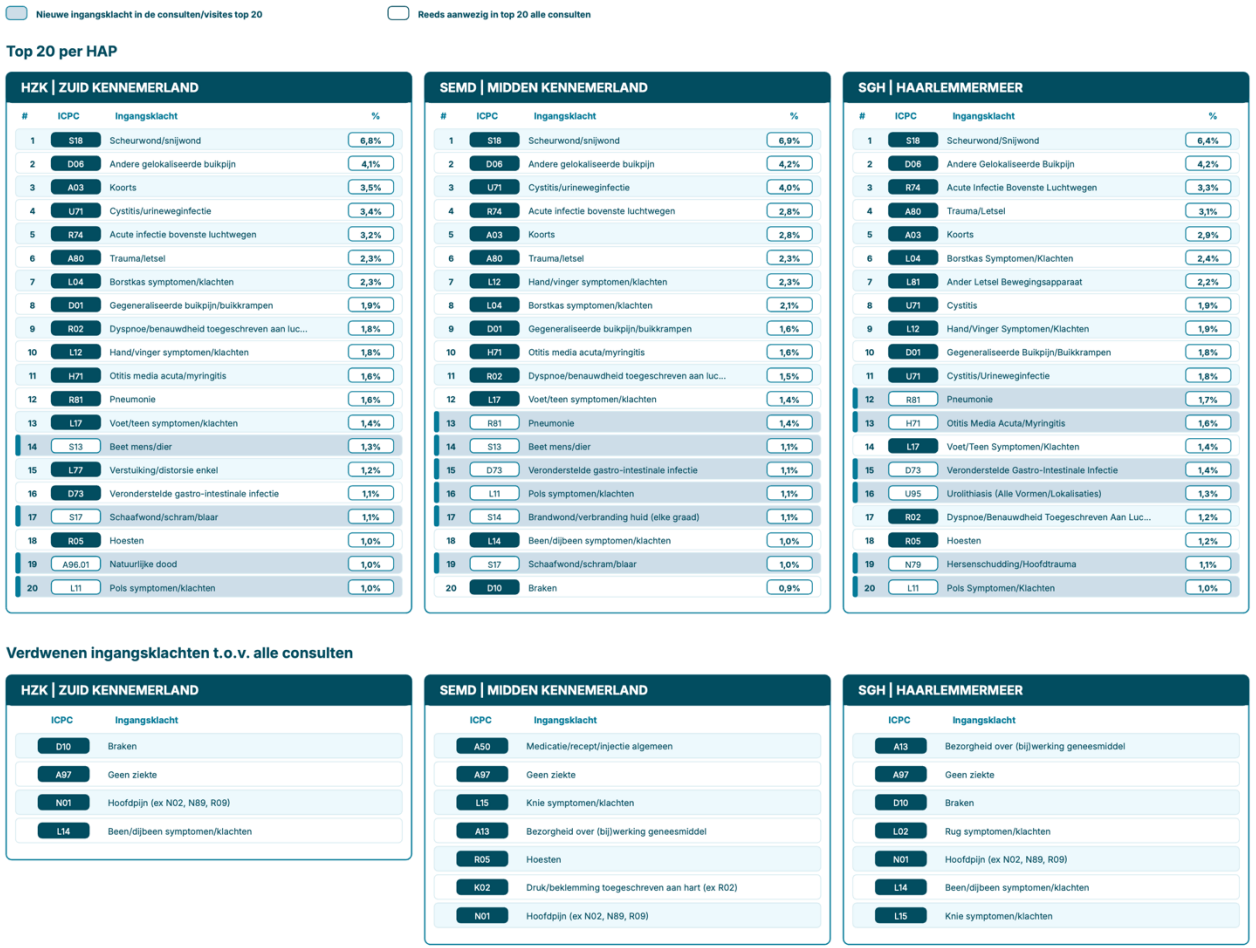

*Voorbeeld SEH: trauma-extremiteiten en hoofdtrauma behoren tot de grootste herkenbare groepen.*

De analyse maakt zichtbaar waar standaardisatie kansrijk is en waar klinische onzekerheid, patiëntcontext of opschaling zwaarder wegen.

# Vergelijking richtinggevend voor dwarsverbanden

## Belangrijkste lessen en aandachtspunten

- ‘Ingangsklacht’ is geen uniforme registratie-eenheid.
- Datakwaliteit en aggregatieniveau verschillen hevig per domein.
- Expertduiding was altijd noodzakelijk, vooral bij VVT en GGZ.
- Urgentie was niet altijd te koppelen aan de gekozen klachtgroep.
- Kosten beperkt bruikbaar als sturende bril.
- Uitkomsten zijn een onderbouwde inschatting, geen wetenschap.




*Voorbeeld HAP: sterke inhoudelijke overlap tussen locaties, naast lokale registratieverschillen.*

# Vervolg: NTS de toegang tot brug naar TVB's / 3 brainstormsessies

- *Hoewel de SEH data het meest rijk aan data was geeft de HAP data en de NTS triage (HAP, SEH, AMBU, onderligger VVT) ons de meest aangrijpingspunten voor het vervolg.*
- *Onder die brede Ingangsklachten voor de poortwachter / 1e lijn liggen exact de achterliggende NTS-triagevragen die niet alleen urgentie, maar ook complexiteit, opvolgende domeinen en handelingen bepalen (bv VVT, SEH, AMVU, GGZ).*




- *Dit geeft verdieping voor de brainstormsessies over beroepsactiviteiten, met zes groepen om op voort te bouwen:*
  - *Sessie 1: val trauma || wonden || hoofdtrauma*
  - *Sessie 2: verward gedrag || POB/Cardiaal || UW/Blaas*
  - *Sessie 3: brengt alles samen.*

netwerk acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

# Samen het rapport breder benutten

# Brainstorm: waar voegt deze basis waarde toe?

**1. Andere ZoCo projecten**
Waar helpen klachtvolumes, urgentieprofielen of complexiteitsdimensies jou?
- Bv bij triage, zorgpaden, acute wijkzorg, capaciteit of gegevensuitwisseling?
- Bv bij kansen bij mobiele zorgconsulten i.r.t. Brede Triage

**2. Andere ZoCo vraagstukken**
Welke vraagstukken binnen zorgcoördinatie kunnen profiteren van deze inzichten (processen harmoniseren, overdrachten verbeteren, etc)?
- Bv verschillen tussen de HAP's of SEH's in registratie

**3. Samen organiseren & delen**
- Moet dit een slag verder gebracht worden (op zichzelf, bv nut per domein)?
- Wie heeft buiten ZoCo nut om dit verder te gebruiken?
- Hoe gaan we dit verspreiden?



netwerk acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

# ACTIES:

# Hoe kunnen we dit samen goed benutten?

# Vragen / contact?

## Projectteam project B – Personeel:

- **Peter van Felius – programmamanager SEMD**
  peter@vanfelius.com
- **Mindy Stevenhaagen – projectleider SEMD**
  mstevenhaagen@rkz.nl
- **Annelien Wendrich – senior beleidsadviseur Sigra**
  awendrich@sigra.nl
- **Steffi Wendriks – beleidsadviseur Sigra**
  swendriks@sigra.nl