



netwerk
acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

Zorgcoördinatie Noord-Holland / Flevoland

Regionale visie



Leeswijzer

Beste lezer,

Dit document bevat de richting van de regionale visie op zorgcoördinatie vanuit het ROAZ-regio NH-FL. Het document start met een aanleiding, doel en het doorlopen proces. Daarna volgt een beschrijving van de huidige situatie in de regio waarin de bestaande initiatieven en coördinatiepunten staan beschreven. Vervolgens bevat het document de visie op zorgcoördinatie vanuit de deelnemende partijen langs de bouwstenen van zorgcoördinatie (*framework*). Daarna staat per regio beschreven wat het vertrekpunt is, de eerste stappen die zijn verkend en mogelijk toekomstige doorontwikkeling. Tot slot zijn op het niveau van landelijk, ROAZ-regio, zorgcoördinatie-regio en lokaal veranderopgaven geïdentificeerd inclusief een indicatieve planning.



Inhoudsopgave

Aanleiding en achtergrond	<i>Pagina 4</i>
Doel en scope	<i>Pagina 8</i>
Proces	<i>Pagina 11</i>
Huidige situatie	<i>Pagina 14</i>
Visie zorgcoördinatie	<i>Pagina 16</i>
Verdieping per zorgcoördinatie regio	<i>Pagina 24</i>
Veranderopgaven	<i>Pagina 30</i>



Aanleiding en achtergrond



Achtergrond

Afgelopen jaren veel aandacht voor het uitrollen van het concept zorgcoördinatie binnen de acute zorg

Sinds 2019 is zorgcoördinatie middels pilots in diverse regio's in Nederland beproefd. Deze pilots zijn ontstaan uit het Actieplan Ambulancezorg (2018). Uit de pilots bleek dat op verschillende onderdelen van zorgcoördinatie landelijke regie gewenst is. De minister van VWS heeft daarom aan partijen de opdracht gegeven om het concept zorgcoördinatie verder uit te werken om te komen tot een landelijk advies.

Landelijk programma pilots zorgcoördinatie¹

In 2019 is het programma voor zorgcoördinatiepilots van start gegaan in tien pilotregio's. Doelstelling van het programma was om vorm en inhoud te geven aan zorgcoördinatie in de praktijk, leren van inzichten en op basis hiervan te verbeteren en toegevoegde waarde kwalitatief en kwantitatief onderbouwen.

Belangrijkste bevindingen



Brede erkenning vanuit alle pilots van de meerwaarde van zorgcoördinatie



Een operationeel model dat gebruikt kan worden als handvat om zorgcoördinatie in te richten



Veel aanwijzingen dat zorgcoördinatie substantieel bijdraagt aan efficiënter gebruik van zorgcapaciteit en leidt tot juiste zorg

Advies Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie²

In 2022 hebben LNAZ, AZN, InEen, Actiz en ZN van de minister van VWS de opdracht gekregen om een advies uit te brengen over zorgcoördinatie. Op basis daarvan heeft de minister middels een kamerbrief een inhoudelijke visie en uitwerking gegeven op het concept van zorgcoördinatie. In deze brief geeft de minister de opdracht aan elke ROAZ-regio om zorgcoördinatie uit te rollen. Om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van zorgcoördinatie zijn zeven veranderopgaven geïdentificeerd waarmee de regio's aan de slag dienen te gaan. Parallel zal VWS op landelijk niveau de uitrol van zorgcoördinatie faciliteren, hiervoor wordt een implementatieplan opgesteld.



Inrichting zorgcoördinatie processen



Inrichting relevante capaciteitsgegevens



Personeel, competenties en opleiding



Infrastructuur zorgcoördinatie



Inrichting relevante patiëntgegevens



Governance



Bekostiging en financiering

¹ Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie (2022)

² Kamerbrief Inrichting van zorgcoördinatie (12 mei 2023) en brief vervolgproces implementatie zorgcoördinatie (23 oktober 2023).



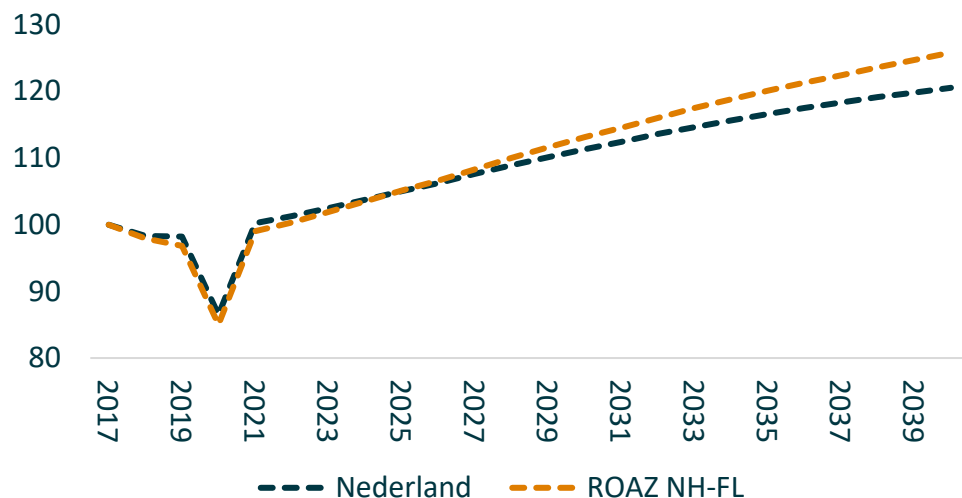
Urgentie

De (acute) zorgvraag stijgt en schaarste in personeel kan deze vraag niet opvangen

De stijgende vraag naar (acute)zorg creëert een groeiende noodzaak om de organisatie van de acute zorg zodanig te verbeteren dat deze in de toekomst voor iedereen beschikbaar blijft.

Zorgvraag – De acute zorgvraag stijgt komende jaren met een verwachte toename van 20% in 2035

Spoedeisende zorgvragen in een ziekenhuis per jaar



- Door een toename van de zorgvraag en de complexiteit van de vraag naar zorg neemt de druk op de acute zorg toe.
- Bovenstaande grafiek toont de groei van de spoedeisende zorgvragen in een ziekenhuis, naar verwachting stijgen de acute zorgvragen buiten het ziekenhuis op een gelijkwaardige manier.

Zorgaanbod – Stijgende zorgvraag leidt ertoe dat (bij ongewijzigd beleid) in 2040 1 op de 4 mensen in zorg moeten werken

2022 | 1 op de 6 mensen
werkzaam in de zorg



2040 | 1 op de 4 mensen
werkzaam in de zorg



- Een krappe arbeidsmarkt draagt bij aan de uitdagingen rond toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg. Deze druk wordt zowel door zorgverleners als burgers gevoeld. Ook zien we versnippering van acute zorg over verschillende zorgaanbieders.
- Om de verwachte groei in zorgvraag te kunnen bemensen zou bij ongewijzigd beleid in 2040 1 op de 4 mensen in de moeten zorg werken (nu: 1 op 6)³, dit is onrealistisch en niet wenselijk gezien de betaalbaarheid van de zorg en continuïteit van andere sectoren⁴.
- Zorgverleners besteden veel tijd aan het zoeken naar passende vervolgzorg voor patiënten, terwijl spoedeisende hulpafdelingen noodgedwongen patiëntenstops afkondigen. Burgers worden geconfronteerd met lange wachttijden.

³ Zorggebruik | Regiobeeld

⁴ Arbeidsmarkt zorg en welzijn, CBS (geraadpleegd oktober 2022)



Zorgcoördinatie als onderdeel van de oplossing

Urgentie bevindt zich in de gehele acute zorgketen; alleen door samen te werken worden knelpunten opgelost

Knelpunten zichtbaar in de gehele acute zorgketen

De kwaliteit en de toegankelijkheid van de acute zorg staat onder druk. Diverse knelpunten dragen bij aan deze druk en doen zich voor in de gehele zorgketen. Vanuit het IZA hebben ketenpartijen afspraken gemaakt waaronder het voorkomen van acute zorg, de kwaliteit van acute zorg, differentiatie, concentratie en spreiding, delen van informatie en bekostiging⁵.



Loketten

- Meerdere loketten waar burger terecht kan met een acute zorgvraag
- Bereikbaarheid staat onder druk (bijv. lange wachttijden bij de HAP)

Acute zorgverlening

- Lange wachttijden voor zorgverlening (bijv. op de SEH)
- Onnodig en stijgend gebruik van capaciteit

Vervolgzorg

- Vervolgzorg vinden kost (zorgverlener) veel tijd
- Weinig zicht op beschikbare capaciteit in de gehele keten

Zorgcoördinatie als onderdeel van de oplossing

Zorgcoördinatie wordt gezien als één van de oplossingen om de schaarse capaciteit het hoofd te bieden. Het realiseren van zorgcoördinatie neemt niet alle uitdagingen weg, daarvoor zijn ook de andere maatregelen vanuit het IZA voor nodig. Zorgcoördinatie dient twee doelstellingen:



Juiste Zorg op de Juiste Plek
door patiënt in één keer en zo snel
als mogelijk naar de juiste
zorgverlener te begeleiden



**Effectieve inzet schaarse
capaciteit**
door coördinatie van passende
zorginzet beter in te zetten

Zorgcoördinatie wordt voornamelijk als oplossing gezien voor patiëntgroepen waarvan de zorgvraag niet monodisciplinair kunnen worden beantwoord (door bijv. de HAP-triagist). In deze gevallen is de zorgvraag complex en vraagt het om een **multidisciplinaire samenwerking** om patiënt te kunnen helpen. De verwachting is dat dit een relatief klein deel is van de gehele acute zorgvraag. Naar inschatting ongeveer 5-10%⁶ van de zorgvragen die binnenkomen op de huisartsenpost.

Zorgvragen die monodisciplinair
beantwoord kunnen worden
Naar inschatting 90-95%

Zorgvragen die om een
multidisciplinaire
aankpak vragen
Naar inschatting 5-10%

⁵ Integraal Zorg Akkoord, 2022

⁶ Inschatting door de betrokken ketenpartners, hier ligt nog geen analyse aan ten grondslag



Doel en scope





Opdracht vanuit de minister

Minister van VWS geeft op basis van landelijke advies opdracht aan ROAZ-regio's om zorgcoördinatie verder in te richten



Op basis van het landelijke advies zorgcoördinatie⁷ geeft de minister van VWS opdracht aan de ROAZ-regio's om zorgcoördinatie verder uit te rollen met als doel een regionaal dekkende netwerk van zorgcoördinatie⁸ per 1 januari 2025

Landelijke kaders vanuit de opdracht

- Zorgcoördinatie bestaat uit de volgende functies:
 - eenduidige **urgentiebepaling**;
 - bepalen van **passende zorginzet**;
 - in samenspraak met de patiënt **coördineren van zorginzet** binnen de ROAZ-regio en zo nodig in **buurregio's**, op basis van inzicht in **capaciteitsinformatie** en een **planningssysteem**;
 - zorgverleners helpen bij het bepalen van urgentie, passende zorginzet of indicatiestelling voor een bed voor **kortdurend verblijf** en coördineren van de inzet van **vervolgzorg** in samenspraak met de patiënt.
- De deelnemende partijen zijn minimaal de **RAV, HAP en VVT (o.a. ELV, acute wijkverpleging en WLZ crisis)**. De GGZ mag later aansluiten.
- Het **ZCC is 24/7 bereikbaar** voor zorgprofessionals, met een goede samenwerkingsovereenkomst met de meldkamer(s).

Fase 1 voor ROAZ NH-FL

Opstellen van een visie met de betrokken ketenpartijen:

- Waarin wordt beschreven wat de visie van de regio is op zorgcoördinatie en welke stappen er vanaf 2024 genomen dienen te worden
- Die kan worden opgenomen in het ROAZ-plan voor de regio Noord-Holland/Flevoland
- Bijdraagt aan de bestaande en toekomstige knelpunten in de acute zorg in de regio
- Voldoet aan de voorwaarden die zijn gesteld door de minister in de opdracht aan het ROAZ over zorgcoördinatie
- Passend bij de regionale dynamiek en aansluit op bestaande initiatieven binnen de subregio's

De visie dient te leiden tot de eerste vervolgstappen en implementatieplannen in de verschillende zorgcoördinatieregio's

⁷ Kamerbrief Inrichting van zorgcoördinatie (12 mei 2023).

⁸ Op 19 oktober 2023 heeft de minister het vervolgproces van de implementatie zorgcoördinatie verder toegelicht. Hierin geeft de minister aan dat de geschetste structurele inrichting een stip op de horizon is. Dat betekent dat dit niet gezien moet worden als blauwdruk die in zijn geheel in 2025 geïmplementeerd moet zijn, maar dient als een toekomstbeeld.



Doel en scope van het huidige document

Een regionale visie voor zorgcoördinatie met duidelijke veranderopgaven voor de regio

Regionale visie zorgcoördinatie

Het Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland is vanuit de opdracht in het IZA en het eerder opgestelde ROAZ-beeld met ketenpartijen aan de slag gegaan om tot een ontwerp voor zorgcoördinatie in de gehele ROAZ-regio te komen. Gezien de omvang van zorgcoördinatie, de uitgestrektheid van en de dynamieken binnen de subregio's heeft het ROAZ ervoor gekozen om voor zorgcoördinatie een apart programma te starten.

In de verschillende subregio's bestaan veel initiatieven die passend lijken binnen het concept zorgcoördinatie. Om zorgcoördinatie succesvol uit te rollen binnen de subregio's is het noodzakelijk om alle perspectieven, wensen en behoeftes van de gehele keten inzichtelijk te hebben. Daarmee ontstaat er een gedragen beeld over het concept zorgcoördinatie en worden de benodigde veranderopgaven kenbaar.

Voor u ligt de regionale visie voor zorgcoördinatie die:



Scope van de regionale visie op semi-acute zorg in gehele ROAZ-regio

Om snel te kunnen starten met de implementatie van zorgcoördinatie is een scope aangebracht die in lijn is met de kaders vanuit de minister.



Semi-acute zorg: zorgcoördinatie gaat over zorgvragen die geen spoedzorg vereisen. Voor levensbedreigende spoedzorg blijft '112' de bestaande ingang.



Ketenpartners: binnen de acute zorgketen kan zorgcoördinatie voor meerdere zorgsoorten relevant zijn. In eerste instantie wordt gestart met de HAP, VVT, RAV, GGZ en ziekenhuizen (SEH) als ketenpartners die betrokken zijn bij zorgcoördinatie. De geboortezorg is voor nu buiten scope, maar kan in de toekomst onderdeel worden als blijkt dat zorgcoördinatie ook relevant is voor deze zorgvraag.



ROAZ NH-FL: zorgcoördinatie dient in zijn geheel in de ROAZ-regio geïmplementeerd te worden. Zo realiseren we een dekkend netwerk voor de gehele regio.

Zorgcoördinatie kent raakvlakken en afhankelijkheden met het ROAZ- en regioplan Noord-Holland/Flevoland. In het ROAZ-plan Noord-Holland/Flevoland is de visie op zorgcoördinatie opgenomen en wordt naar dit document verwezen.



Proces





Aanpak

Visie is opgesteld a.d.h.v. interviews en werksessies met ketenpartners in de (sub)regio



⁹ Subregio Amsterdam Amstelland was vanwege een parallel traject niet aangesloten bij de subregionale sessies.



Betrokken partijen

Dit document is tot stand gekomen met partijen vanuit de verschillende subregio's

De mate van betrokkenheid verschilt per partij. Afgevaardigde deelnemers varieerde tussen reviewen van document en/of interviews en/of deelname aan werksessies.

Noord-Holland Noord



Zaanstreek-Waterland



Kennemerland



Gooi & Vechtstreek / Flevoland

In deze subregio is aansluiting gezocht bij een sessie over het ROAZ-regioplan met vertegenwoordiging vanuit onderstaande organisaties.



Amsterdam Amstelland

Heeft een parallel traject doorlopen waarbij Theo Karsten (projectleider zorgcoördinatie) betrokken is geweest. Bij het traject in Amsterdam Amstelland zijn de volgende partijen betrokken geweest. Een afvaardiging is aanwezig geweest bij de regionale werksessie zorgcoördinatie.



Ondersteund door:





Huidige situatie



Bestaande initiatieven en coördinatiepunten

Naast coördinatie voor de VVT en GGZ; eerste multidisciplinaire initiatieven gestart



VVT coördinatiepunten

De reeds bestaande VVT coördinatiepunten bieden ondersteuning voor de zorgverlener in de **triage, coördinatie, monitoring**. Alle coördinatiepunten doen coördinatie van **eerstelijnsverblijf** bedden. **Acute wijkzorg** wordt nog niet in alle regio's gecoördineerd.



GGZ Crisisdienst

Dekkend netwerk voor acute psychiatrie (crisisdiensten) ingericht waarbij duidelijke afspraken zijn gemaakt is welke partij welke regio als verzorgingsgebied heeft. De dienst is bereikbaar voor verwijzers en cliënten, en kan diverse interventies inzetten.



Multidisciplinaire initiatieven

Er bestaan enkele **multidisciplinaire initiatieven** in de regio die aansluiten bij het concept zorgcoördinatie. Deze centra bieden ondersteuning bij de inzet van (semi-) acute zorg over verschillende ketenpartners.

NHN¹⁰

- Coördinatiepunt Ouderenzorg Noord Holland/Waterland¹¹

- Crisisdienst Noord Holland Noord (GGZ NHN)

- Regioplatform Noord Holland
- Spoedplein Den Helder
- SEH Dijklander met coördinatiepunt ouderenzorg

ZW

- Coördinatiepunt Ouderenzorg Noord Holland
- Aanmeldportaal (sub-)acute ouderenzorg Zaanstreek

- Crisisdienst Zaanstreek Waterland en Midden Kennemerland (Parnassia)

- Regioplatform Noord Holland

KL

- Centraal Aanmeldpunt Zorginzet Haarlem En Meer (CAZHEM)
- Aanmeldportaal Tijdelijke Zorg Amsterdam, Amstelland, Meerlanden (ATZA)
- Coördinatiepunt Midden-Kennemerland (CPMK)

- Crisisdienst Zuid Kennemerland en Haarlemmermeer (GGZ Ingeest)

- In oprichting: SpoedEisende Medische Dienst IJmond
- Geïntegreerde SEH en HAP Spaarne Gasthuis

AA

- Aanmeldportaal Tijdelijke Zorg Amsterdam en omstreken (ATZA)

- Crisisdienst Amsterdam en Amstelland (GGZ Ingeest en Arkin)

- Geïntegreerde SEH en HAP BovenIJ

GV-FL

- Regionaal Transferpunt Gooi en Omstreken (enkel in het Gooi)

- Crisisdienst Gooi & Vecht / Flevoland (GGZinGeest)

¹⁰ NHN: Noord-Holland Noord, ZW: Zaanstreek-Waterland, KL: Kennemerland, AA: Amsterdam Amstelland, GV-FL: Gooi & Vechtstreek / Flevoland

¹¹ Er vindt een verkenning plaats om het coördinatiepunt ook uit te breiden naar Zaanstreek



Visie zorgcoördinatie



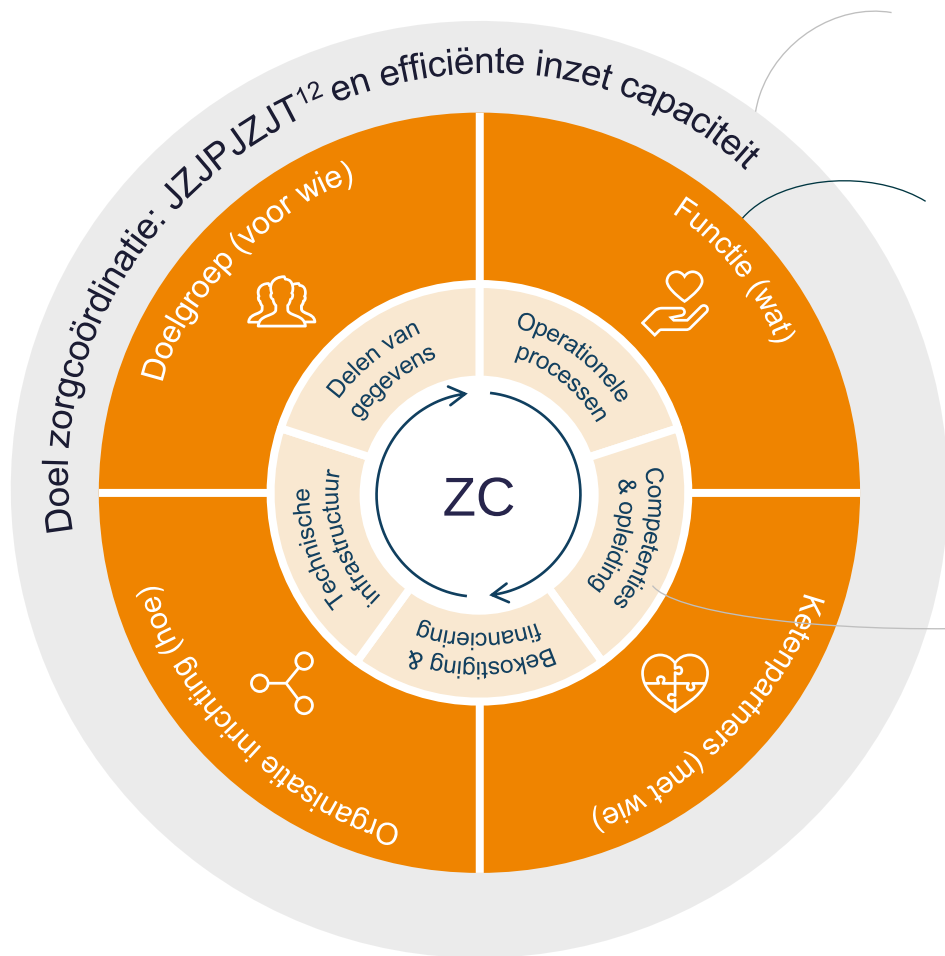
Framework zorgcoördinatie

Visie zorgcoördinatie opgebouwd aan de hand van onderstaand framework

1. Doelstelling: herbevestigen doelen en ambities zorgcoördinatie

2. Organisatiemodel: invulling geven aan bouwstenen voor zorgcoördinatie

3. Operationeel model: invulling geven aan randvoorwaarden



De visie voor zorgcoördinatie is opgesteld aan de hand van een *framework* (zie links). Op basis van de bouwstenen in het organisatiemodel hebben de ketenpartners verkend welke invulling passend is binnen de ROAZ-regio NH-FL. Op de achterliggende pagina's volgt een verdieping op deze bouwstenen (de leeswijzer voor het *framework* vindt u rechtsboven op elke pagina).

Doelgroep (pagina 18): Voor wie gaat zorgcoördinatie helpen?

Functies (pagina 19 en 20): Wat zijn de functies van zorgcoördinatie en hoe worden deze ingevuld?

Ketenpartners (pagina 21): Welke ketenpartners zijn vanuit welke rol betrokken bij de uitvoering van zorgcoördinatie?

Organisatie inrichting (pagina 22 en 23): Op welke schaal, in welke vorm, waar en wanneer opereert zorgcoördinatie?

Daarnaast hebben ketenpartners in de regio verkend welke randvoorwaarden nodig zijn. Deze randvoorwaarden zijn uitgezet in veranderopgaven op verschillende niveaus en randvoorwaarden die op landelijk niveau moeten worden ingericht (zie hoofdstuk Veranderopgaven).

¹² Juiste zorg op je juiste plek door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip



Doelgroep | voor wie gaat zorgcoördinatie helpen

Zorgcoördinatie inzetten voor patiënten met complexe casuïstiek waaronder kwetsbare ouderen



Voor welke patiënt kan zorgcoördinatie een oplossing zijn?

Zoals eerder beschreven is zorgcoördinatie relevant voor patiënten met een (acute) zorgvraag waarvoor multidisciplinaire samenwerking nodig is. We hebben het voornamelijk over patiënten met complexe casuïstiek. We verwachten dat dit een relatief klein gedeelte is van de gehele zorgvraag die terecht komt in de acute zorgketen. Desalniettemin is dit een patiëntpopulatie die zich momenteel een lange tijd in de acute zorgketen bevindt. Regelmatig worden deze patiënten doorgeschoven tussen ketenpartners (van het kastje naar de muur).

Ervaringen vanuit de zorg

Ketenpartners geven bij complexe casuïstiek te maken te hebben met:

- **Patiënten** die lang moeten wachten op zekerheid over waar zij terecht kunnen
- **Tijdrovend proces** voor zorgverleners, triagisten en zorgbemiddelaars om én de juiste zorgverlener én beschikbare capaciteit in de regio te vinden.
- **Druk op werkplezier** voor zorgverleners door minder tijd voor primaire zorgverlening; voor triagisten en zorgbemiddelaars door een gevoel van onmacht wanneer patiënt niet geholpen kan worden
- **Administratieve last** in het verzamelen van de juiste informatie en overdracht naar andere ketenpartner

Drie patiëntgroepen te onderscheiden

Vanuit de deelnemende partijen worden drie patiëntgroepen genoemd waarvan zij verwachten dat zorgcoördinatie kan bijdragen aan de oplossing voor JZJPJZJT¹³ en efficiënt gebruik van beschikbare capaciteit. In de meeste gevallen zal de zorgprofessional de persoon zijn die in contact komt met een zorgcoördinatievoorziening. De type patiënten, zorgvragen en de bijhorende zorgpaden dienen verder te worden uitgewerkt in de verschillende regio's.



Burgers met een kwetsbaarheid op fysiek, sociaal, cognitief of psychisch vlak en/of die te maken hebben met comorbiditeit of beperking. Niet in alle gevallen bekend bij de huisarts of VVT-organisaties in de regio.



Burgers met verward gedrag met of zonder somatische klachten, waarover twijfel over de vervolgzorg bestaat (SEH, GGZ of VVT) en het niet verantwoord wordt geacht om deze patiënt thuis te laten blijven (bijv. verslaafdenproblematiek).



Burgers met sluimerende en/of verslechterende WLZ-indicaties, maar onvoldoende acuut voor een crisis WLZ-plaats en geen sprake van herstel, waardoor geen aanspraak gedaan kan worden op een ELV-bed. Deze patiënten vallen nu tussen wal en schip en voor deze groep patiënten kan er weinig tot geen perspectief geboden worden.

¹³ Juiste zorg op je juiste plek door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip



Functies | waar dient zorgcoördinatie voor?

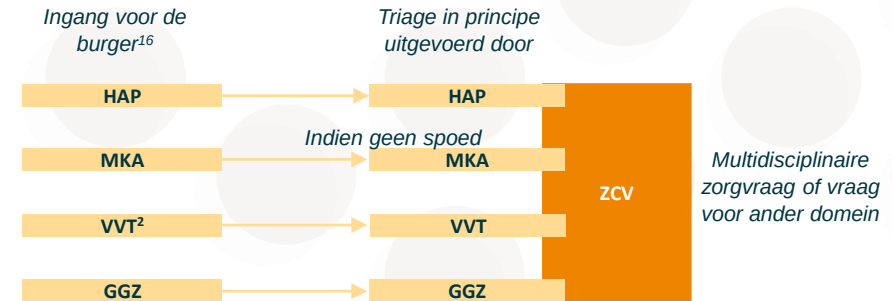
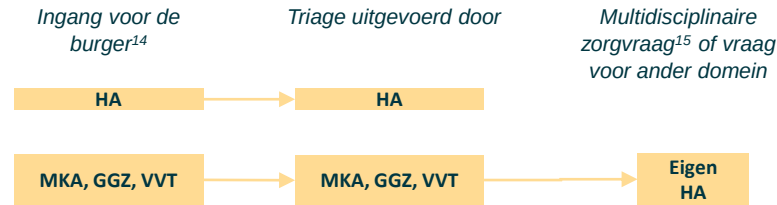
Afhankelijk van hoe en wanneer zorgvragen binnenkomen zorgcoördinatie inzetten

Ketenpartners zien een duidelijk verschil in *hoe* zorgvragen en in *wanneer* deze zorgvragen binnenkomen. Onderstaand een schets waarin deze verschillen staan uitgetekend. Hier is het belangrijk om onderscheid te maken tussen (1) triage van inkomende semi acute zorgvragen en (2) coördineren van passende zorginzet.

Tijdens **kantooruren** maken we gebruik van de reguliere loketten; ook voor complexe casuïstiek kan de patiënt terecht bij de eigen huisarts.

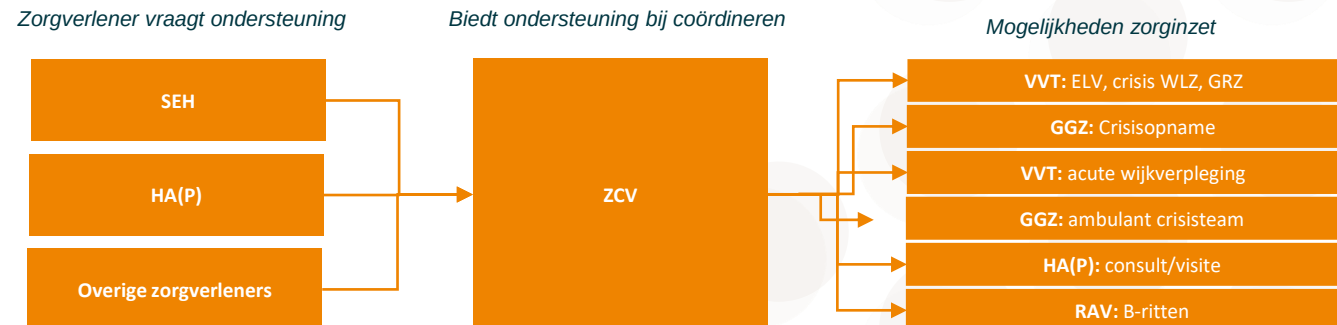
Tijdens **ANW-uren** maken we gebruik van reguliere loketten (voor inkomende zorgvragen), maar wordt in het geval van multidisciplinaire vragen gebruik gemaakt van de zorgcoördinatievoorziening (zcv)

1. Triage van inkomende semi acute zorgvragen waarvoor ondersteuning nodig is om patiënten direct van JJZPJZJT te voorzien



Zorgverleners kunnen **te allen tijde (24/7)** ondersteuning vragen bij de zorgcoördinatievoorziening

2. Coördineren van passende zorginzet ter ondersteuning van zorgverleners om patiënten direct van JJZPJZJT te voorzien



Legenda

Huidige situatie blijft gelijk

Nieuwe situatie

¹⁴ Gebruikmakend van digitale zelftriage om een deel van de zorgvragen af te kunnen vangen

¹⁵ Multidisciplinaire zorgvragen worden beantwoord via de huidige werkwijze (ketenpartner neemt contact op met andere ketenpartner)

¹⁶ In sommige regio's belt een burger nooit met een VVT loket



Functies | uitgangspunten

Triagisten met voldoende kennis en mandaat; coördinatie als gelijkwaardige partijen



Triage van complexe inkomende zorgvragen waarvoor ondersteuning nodig is om patiënten direct van JZJPJZJT te voorzien

Inzet op **hoog niveau, kennis en competenties** van triagisten/centralisten voor zorgcoördinatie van multidisciplinaire casuïstiek (de 5-10% acute zorgvragen).

Triagisten werken vanuit hun primaire domein en hebben **basiskennis van andere domeinen**, met gezamenlijk vastgelegde zorgpaden voor betere coördinatie.

Uniformiteit in triageprotocollen is bevorderlijk voor samenwerking, vooral wanneer de urgentie-uitkomst vergelijkbaar is.

Triagisten hebben een **passend mandaat** nodig om zelfstandig keuzes te maken, met de stimulans om beslissingen te durven nemen.



Coördineren van passende zorginzet ter ondersteuning van zorgverleners om patiënten direct van JZJPJZJT te voorzien

Triagisten hebben voldoende kennis van de regio en **samenwerken met ketenpartners**, met bewustzijn van elkaars werkgebied en onderlinge behoeften.

Coördinatie van passende zorginzet om zorgverleners op SEH en huisartsen te ontlasten, vooral buiten primaire zorgverleningstaken zoals administratie.

Duidelijke communicatie van benodigde **(patiënt)informatie** voor zorgverleners en ketenpartners die hulp vragen bij coördinatie, met complete aanlevering van deze informatie.

Inzicht in capaciteit is essentieel voor het coördineren van alle acute zorg, met de nadruk op identificatie van 'must have' informatie en het slim gebruik van bestaande systemen.

Patiëntgegevens dragen bij aan het coördinatieproces, waarbij bestaande initiatieven zoals Met Spoed Beschikbaar en VIPP worden benut.

Duidelijke communicatie bij het coördineren van passende zorg is cruciaal om patiënten goed te informeren, inclusief snelle terugkoppeling over de verwachte succesvolle coördinatie.

We werken samen als **gelijkwaardige partijen** dus we voorkomen dat strategische en financieel gedreven prikkels een rol kunnen spelen bij de coördinatie van zorg door transparantie te bieden voor de gemaakte keuzes (d.m.v. monitoring van afspraken)



Ketenpartners | welke partijen zijn betrokken?

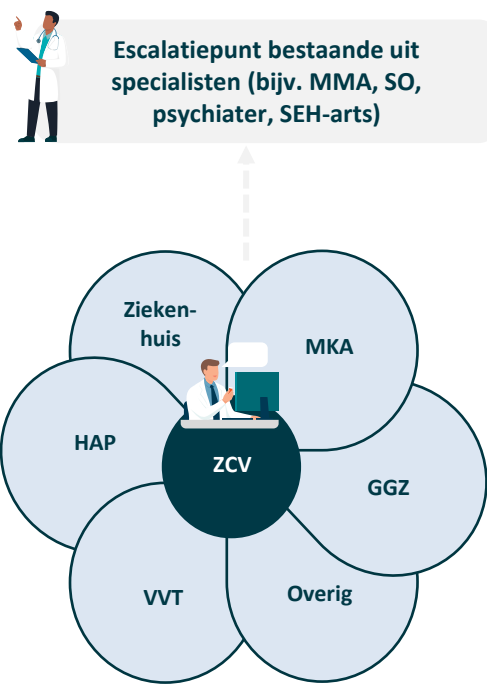


Streven naar gedeelde verantwoordelijkheid tussen ketenpartners

We werken toe naar een zorgcoördinatievoorziening waarin ketenpartners met gedeelde verantwoordelijkheid samenwerken

De ketenpartners in de regio hebben met elkaar verkend hoe een zorgcoördinatievoorziening eruit kan zien binnen de ROAZ NH-FL. Ketenpartners zijn het met elkaar eens dat binnen de zorgcoördinatievoorziening vanuit gezamenlijkheid wordt gehandeld. En er dus ook een gedeelde verantwoordelijkheid bestaat. We laten de huidige loketten / ingangen voor acute zorgvragen in tact.

Ter illustratie



Een échte multidisciplinaire voorziening¹⁷;



Waarin in ieder geval de **HAP, RAV, VVT, GGZ** en **ziekenhuizen** betrokken zijn en afhankelijk van de subregio (hierna te noemen: zorgcoördinatie regio) wordt gekozen of andere domeinen (zoals het **sociaal domein**) nu of in de toekomst ook van meerwaarde zijn;



Waarin ketenpartners een **gedeelde verantwoordelijkheid** hebben om de patiënt naar de juiste plek te begeleiden



Die met de verschillende ketenpartners binnen de subregio's² verder wordt **vormgegeven**

¹⁷ Per zorgcoördinatie voorziening openingstijden, schaal en vorm bepalen



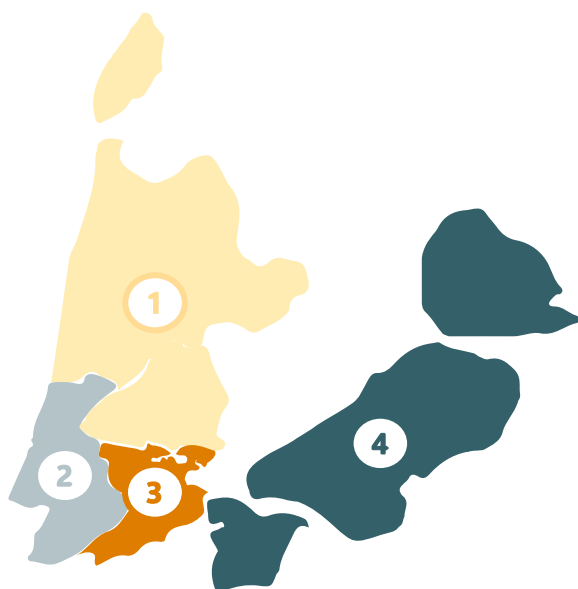
Organisatie-inrichting | startpunt regio-indeling



Binnen de ROAZ-regio NH-FL start de nadere verkenning van zorgcoördinatie in vier regio's

Vier regio's als startpunt voor verdere stappen op zorgcoördinatie

Voor de verdere verkenning en uitwerking van zorgcoördinatie gaan we uit van vier zorgcoördinatie regio's binnen de ROAZ-regio NH-FL zoals gedefinieerd in het ROAZ-programma Toekomstbestendige Acute Zorgketen (TAZK). Deze regio's dienen als startpunt om de uitrol te realiseren. Het vraagt nader onderzoek om te bepalen op welk (ROAZ) schaal een en ander georganiseerd dient worden.



- ① Noord-Holland Noord – Zaanstreek-Waterland
- ② Kennemerland
- ③ Amsterdam Amstelland
- ④ Gooi & Vechtstreek - Flevoland

De keuze voor deze vier regio's bouwt grotendeels voort op bestaande samenwerkingsverbanden. Deze keuze wil niet zeggen dat er in de ROAZ-regio NH-FL op korte termijn ook maar op vier locaties wordt samengewerkt in het kader van zorgcoördinatie. Ketenpartners willen starten met de bestaande coördinatiepunten in de regio.

Aandachtspunten voor regio-indeling:

- Elke regio-indeling kent in bepaalde mate **voor- en nadelen** wat maakt dat er geen ideale indeling te beschrijven is voor alle partijen in de regio.
- Tijdens de verdere uitwerking dient **aandacht** te worden gehouden voor de **samenwerking met andere (sub)regio's binnen en buiten de eigen ROAZ-regio** (bijv. de grensgebieden van Flevoland)
- Zorgcoördinatie regio's hebben oog voor de **schaalgrootte** waarop verdere inrichting plaatsvindt (efficiënt gebruik maken van **personeel**).

Vanuit bestuurlijk RAV is aangegeven dat zij in het kader van schaalgrootte graag zien dat regio 1 en 2 gecombineerd worden.



Organisatie-inrichting | openingstijden en vorm



Op basis van inzichten in type zorgvragen en piekmomenten **zcv** verder inrichten

Deelnemende ketenpartners zijn het over het algemeen met elkaar eens dat fysiek samenwerken tijdens de opstartfase van zorgcoördinatie veel voordelen biedt. Zo leren ketenpartners sneller elkaar, ieders processen en manier van werken kennen. Voor de verdere uitwerking op welke ketenpartners wanneer betrokken en hoe werken we samen (openingstijden en vorm) dienen een aantal zaken verder doordacht te worden.

Wanneer komen welke type zorgvragen binnen?

Op basis van inzicht in het type zorgvragen (welke patiëntengroepen en bijhorende zorgpaden) kan worden bepaald welke expertise er wanneer nodig is voor zorgcoördinatie. Bijvoorbeeld: er vanuit gaande dat 24/7 coördinatie van passende zorginzet plaatsvindt, lijkt alle expertise vanuit HAP, GGZ, VVT en RAV te allen tijde beschikbaar te moeten zijn. Daarentegen is wellicht expertise vanuit het ziekenhuis of specialist ouderengeneeskunde alleen tijdens de ANW-uren noodzakelijk. Deze overwegingen dienen per subregio gemaakt te worden (de zorgvraag kan per subregio verschillen)¹⁸

Wanneer ervaren ketenpartners 'piekmomenten' in zorgvragen?

Ook als het gaat om piekmomenten dient verder verkend te worden wanneer deze momenten plaatsvinden. Bijvoorbeeld: uit de praktijk blijkt dat vrijdag 16.00 uur veel vragen vanuit de huisarts richting de VVT instromen. Dit is mogelijk bepalend om fysiek bij elkaar te zitten om snel te kunnen schakelen of met elkaar af te spreken om beter op deze momenten te anticiperen (bijv. niet wachten tot vrijdag 15.00 uur met contact opnemen over twijfelgevallen).

¹⁸ Daarnaast geven ketenpartners aan dat het streven moet zijn om zoveel mogelijk overdag samen te doen. Door beter te anticiperen op semi-acute zorgvragen die overdag binnenkomen omdat organisaties dan beter georganiseerd zijn. Dit is verder geen onderdeel van deze uitwerking.



Verdieping per zorgcoördinatie regio



Stapsgewijs zorgcoördinatie doorontwikkelen

Regio NH-FL kiest voor een gefaseerde aanpak in de realisatie van zorgcoördinatie

Vanuit bestaande coördinatiepunten binnen de subregio's toewerken naar een volwassen en dekkend netwerk zorgcoördinatie

Binnen de ROAZ-regio NH-FL bestaan al veel coördinatiepunten. Ketenpartners in de regio zien deze coördinatiepunten als vertrekpunt (fase 0) voor de uitrol van zorgcoördinatie. Vanuit deze coördinatie is verbinding en verbreding nodig naar andere ketenpartners om een dekkend netwerk te organiseren waar alle relevante ketenpartners een rol kunnen vervullen (fase 1). In de toekomst wordt overwogen of schaal verder kan worden vergroot.

Vanaf januari 2024



Op pagina's 26 t/m 29 staat per zorgcoördinatie regio een verdieping op deze fasering



Noord-Holland Noord – Zaanstreek-Waterland

Starten vanuit spoedpleinen en samenwerking HAP-SEH rondom vijf locaties

Vertrekpunt



- Het **VVT** coördinatiepunt Ouderenzorg Noord Holland/Waterland beslaat bijna volledig de regio. Momenteel is Zaanstreek nog geen onderdeel, maar de verkennende gesprekken hiervoor zijn gestart. Het coördinatiepunt is op bepaalde momenten fysiek aanwezig op de locaties van het Dijklander ziekenhuis. De medewerkers ervaren dit als een toegevoegde waarde in het kader van het aantal vragen dat in gezamenlijkheid wordt opgepakt.
- In deze regio bevinden zich twee aanbieders voor de **acute psychiatrie** (GGZ Noord-Holland-Noord in Noord-Holland en Parnassia in Zaanstreek-Waterland)
- Er zijn vijf **ziekenhuis-** en **HAP locaties** in de subregio waarbij er op (1) twee locaties de huisartsenpost en SEH op dezelfde locatie zijn gevestigd (Purmerend en Zaandam), er is (2) één gezamenlijk spoedplein met integratie van HAP en SEH (Den Helder) en (3) In Alkmaar bevinden de HAP en de SEH zich op afzonderlijke locaties.

Eerste stap



- **Schaal** - Dit doen we op de schaal waarop ook de **spoedpleinen** en **samenwerking tussen HAP en SEH** zijn georganiseerd. Dat betekent dat we rondom vijf locaties een sterke samenwerking tussen de domeinen opzetten (Den Helder, Purmerend, Hoorn, Zaandam en Alkmaar²⁰)
- **Vorm** - Uit beschikbare data binnen de regio blijkt dat het aantal aanvragen die vanaf de SEH naar het juiste bed worden geleid hoger is bij locaties waar een triagist fysiek aanwezig is. Samenwerken doen we in ieder geval een **deel van de tijd fysiek**, we stemmen de fysieke aanwezigheid af op de momenten waarop de vraag voor multidisciplinaire samenwerking in praktijk het grootst is.
- **Ketenpartners** - Dit bedraagt een samenwerking tussen de domeinen:
 - **HAP**: de triagist van de HAP op de locaties waar de HAP en SEH samenwerken / beide zijn gevestigd
 - **VVT**: vanuit het coördinatiepunt ouderenzorg Noord Holland wordt de mogelijkheid gezien om op elk van deze locaties, een deel van de dag, een triagist fysiek aanwezig te laten zijn
 - **GGZ**: vanuit de GGZ lijkt het de verkenning waard om te bekijken of er een POH GGZ op een deel van de dag op deze locaties aanwezig kan voor aansluiting naar de GGZ en link naar de crisisteams
 - **MKA / RAV**: nader te verkennen hoe de MKA of RAV aansluit bij de samenwerking op deze locaties
 - **Spoedapotheek**: nader te verkennen hoe de spoedapotheek aansluit bij de samenwerking op deze locaties

Toekomstige doorontwikkeling



- Op basis van het monitoren van inkomende zorgvragen bekijken wat er **efficiënter op grotere schaal** (dan de vijf samenwerkingslocaties) kan / moet worden georganiseerd. Van daaruit kan worden bekeken of de verschillende samenwerkingslocaties bijvoorbeeld elk een eigen expertise gebied zouden moeten hebben.
- **Zwaan-kleef-aan-model** met andere partijen zoals bijvoorbeeld partijen uit het sociale domein of tandartsenzorg

²⁰ In Alkmaar zijn de HAP en SEH nog niet op dezelfde locatie georganiseerd, hier is aanvullende verkenning nodig hoe en waar de samenwerking mogelijk vorm te geven



Kennemerland

Vanuit de bestaande samenwerkingsverbanden starten in twee regio's

Vertrekpunt



- Binnen Kennemerland bestaan drie **VVT** coördinatiepunten waarbij Centraal Aanmeldpunt Zorginzet Haarlem En Meer (CAZHEM) het grootste gebied bestrijkt en Aanmeldportaal Tijdelijke Zorg Amsterdam en Amstelland (ATZA) het gebied Meerlanden. Daarnaast bestaat het coördinatiepunt Midden-Kennemerland (CMPK) en een geïntegreerde SEH-HAP in het Spaarne Gasthuis.
- Ook vanuit de **GGZ** bestaan twee verschillende crisisdiensten die ieder een regio voor hun rekening nemen.
- De bestaande **logische samenwerkingsverbanden** delen de regio Kennemerland in tweeën: hierdoor ontstaat een regio ten noorden en een ten zuiden van het Noordzeekanaal
- De **meldkamer** bestrijkt wel beide gebieden en wordt gedeeld met de regio's Noord-Holland Noord en Zaanstreek-Waterland.
- Vanuit het IZA-transformatieprogramma wordt de SpoedEisende Medische Dienst IJmond (SEMD) opgericht (start medio 2024). Dit is een **samenwerking tussen de HAP, ziekenhuizen, VVT, GGZ en RAV (inclusief MKA)**. Dit coördinatiepunt zal bij aanvang beschikbaar zijn voor de regio Midden-Kennemerland.
- Daarnaast fungeren de spoedposten in Zuid Kennemerland en Haarlemmermeer ook als startpunt voor zorgcoördinatie. De samenwerkingsafspraken tussen InGeest en Spoedpost Zuid Kennemerland zijn in 2023 allemaal bekrachtigd. De spoedposten onderzoeken in eerste instantie in de nacht.

Eerste stap



- **Schaal** - Dit doen we enerzijds door de huidige VVT-coördinatiepunten te verbinden (CAZHEM en ATZA) en te versterken. Anderzijds wordt de SEMD verder uitgerold waar ketenpartners in de regio veel kansen zien. Dit betekent dat we zorgcoördinatie starten vanuit twee regio's passend bij de bestaande samenwerkingsverbanden. Het streven is om tijdens deze opstartfase al nauwe afstemming tussen de regio's te borgen om bijv. triage-uitkomsten te uniformeren, samen afspraken te maken met IT-leveranciers en werkprocessen op elkaar af te stemmen.
- **Vorm** – We zien een meerwaarde om fysiek samen te werken, maar dit moet wel passend zijn bij het aantal zorgvragen dat binnenkomt. We verkennen daarom ook digitale vormen van samenwerking.
- **Ketenpartners** – Binnen het SEMD wordt samenwerking tussen relevante ketenpartners uitgewerkt. Voor het VVT-coördinatiepunt geldt dat samenwerking met de GGZ (bestaande crisisdiensten) en MKA / RAV moeten worden uitgebreid. Hiervoor moet verder verkend worden welk type samenwerking aansluit bij deze locaties. Daarnaast verkennen de spoedposten Zuid Kennemerland en Haarlemmermeer de samenwerking in de nacht en betrekken daarbij ook de MKA / RAV.

Toekomstige doorontwikkeling



- Deelnemende ketenpartijen zien voor de splitsing tussen ten noorden en ten zuiden van het Noordzeekanaal als actueel, maar voor een duurzame toekomst is een grotere schaal passender.
- Dus ook Kennemerland geldt dat op basis van de versterking van de twee initiatieven kan worden verkend of deze twee **verbinding kunnen leggen** en (bepaalde) activiteiten op grotere schaal kunnen gaan doen.



Amsterdam Amstelland

Samenwerking tussen HAP en meldkamer als vertrekpunt voor zorgcoördinatie

Vertrekpunt



- De regio is een druk bezette regio met zeven **ziekenhuizen** en 6 **HAP's** (bij een ziekenhuis). Op locatie BovenIJ bestaat een geïntegreerde spoedpost SEH-HAP. De verwachting is dat AMC en OLVG West volgend jaar geïntegreerd zijn met de HAP.
- Er bestaan twee **GGZ** aanbieders, namelijk Arkin en InGeest.
- De regio heeft zeven grote **VVT** organisaties die samenwerken in een aanmeldportaal VVT (ATZ). 12 wijkzorginstanties zijn gecontracteerd van de ruim 50 wijkzorgorganisaties in de regio.

Eerste stap



- **Doelgroep** – Binnen de regio wordt binnenkort keuze gemaakt met welke patiëntgroep wordt gestart. De voorkeur ligt bij kwetsbare ouderen met comorbiditeit en acute psychiatrie, maar moet nog verder aangescherpt worden.
- **Schaal** - Er vindt voorbereiding plaats voor een samenwerking tussen HAP en meldkamer Amsterdam Amstelland (belcentrum) op locatie Donauweg. De verwachte realisatie is in 2025. Verdere afstemming met andere regio's binnen het ROAZ is nodig om te verkennen wat gezamenlijk opgepakt kan worden bijv. het inhuren van een zorgcentrale. Ook ten aanzien van laag volume hoog complex; wat kan overdag en wat tijdens ANW uren opgepakt worden op een centraler niveau?
- **Vorm** – Deze locatie beoogd een hybride samenwerking voor zorgcoördinatie. Er wordt uitgewerkt welke andere organisaties aan kunnen sluiten (fysiek dan wel digitaal).
- **Ketenpartners** – Deelnemende ketenpartners zien een verschil tussen de dag- en ANW situatie. Uit eerder onderzoek blijkt dat (niet altijd complexe) aanmeldingen bij uitzondering na 20.00 uur 's avonds binnekomen. Het uitgangspunt is dan ook om te focussen op wat overdag geregeld kan worden om problemen tijdens de ANW te voorkomen of voorbereid te hebben. Verdere uitwerking op de acute zorgvraag en behoefte is nodig om te weten welke ketenpartners ingezet moeten worden. Een mogelijkheid is bijv. om transferverpleegkundigen die nu op de doorstroom ingezet worden ook op de voorkant in te zetten. Voor de meldkamer wordt onderzoek gedaan naar de toegevoegde waarde van een regiearts.

Toekomstige doorontwikkeling



- Naast verkenning wat op **grotere schaal** doen, ook potentie verkennen voor inzet van **digitale zelftriage** om een gedeelte van de acute zorgvragen te kunnen afvangen.



Gooi & Vechtstreek en Flevoland

Doorontwikkelen van bestaande RTP's; aanvullend extra coördinatiepunt inrichten voor Flevoland

Vertrekpunt



- Het bestaande **Regionaal Transferpunt** Gooi en omstreken (RTP) biedt al een basis voor zorgcoördinatie in de regio voor huisartsen en de spoedeisende hulp.
- De zorgcoördinatie regio beslaat een groot gebied: van 't Gooi tot de Noordoostpolder. Daarnaast zijn de ziekenhuizen binnen de zorgcoördinatie regio niet voor elke inwoner de dichtstbijzijnde zorginstelling en heeft deze regio veel grenzen met verschillende andere subregio's die binnen andere ROAZ-regio's vallen (zoals bijv. het St. Jansdal in Harderwijk).
- Op dit moment wordt alle **GGZ** geregeld via één aanbieder, wat het overzichtelijk maakt
- Er is één **meldkamer** ambulancezorg in de regio die alle ambulancezorg coördineert.

Eerste stap



- **Schaal** - Het Regionaal Transferpunt (RTP) Gooi en omstreken en Almere (die zich in de projectfase bevindt) zijn op termijn een goed vertrekpunt voor de regio.
- **Vorm** – voorkeur om te starten met (gedeeltelijk) **fysiek** samenwerken
- **Ketenpartners** – Binnen het RTP Gooi en omstreken (en later Almere) werken ziekenhuizen en VVT organisaties om patiënten in de regio te coördineren. Daarbij dient verkend te worden of ook de GGZ en MKA / RAV kunnen worden betrokken. Voor het opzetten van het nieuwe coördinatiepunt dient verkend te worden welke organisaties samen gaan starten.

Toekomstige doorontwikkeling



- In de verkenning vanuit de deelnemende partijen is het van belang om de **NOP / Urk** en **midden en oostelijk Flevoland** te betrekken binnen het zorgcoördinatievraagstuk. Deze (twee) gebieden doen een beroep op ziekenhuizen die zich buiten ROAZ NH/FL bevinden. Het is van dien belang dat er contact is tussen deze ROAZ-en, programma-/projectleiding en zorgaanbieders. Vooral over **hoe** een zorgcoördinatievoorziening er uit zal gaan zien binnen de sub-ROAZ regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek.

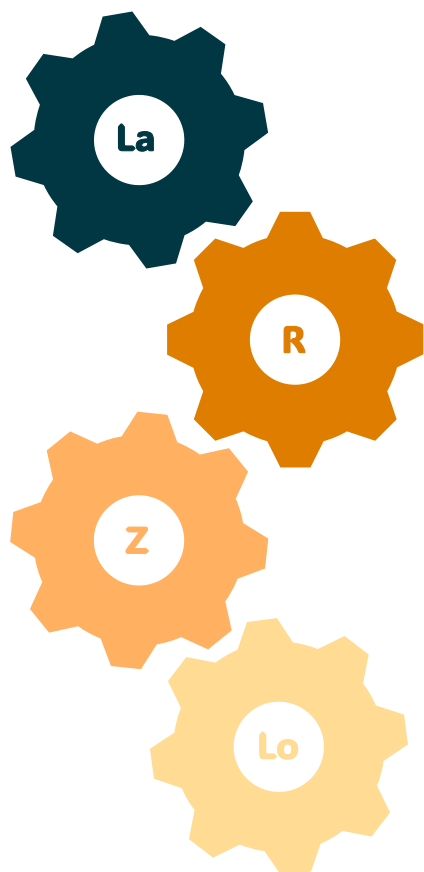


Veranderopgaven



Veranderopgaven voor zorgcoördinatie

Veranderopgaven op verschillende niveaus om in gezamenlijkheid tot volledig regio dekkende zorgcoördinatie in de ROAZ-regio NH-FL te komen



Opgaven en randvoorwaarden vanuit landelijke partijen

Voor regionale zorgcoördinatie zijn we afhankelijk van een aantal landelijke bewegingen en opgaven die door landelijke partijen opgepakt moeten worden. Dit gaat om opgaven op de thema's: bekostiging, inzicht in capaciteit en uitwisseling van patiëntgegevens

Pagina 32

Opgaven voor de ROAZ-regio

Een aantal opgaven zijn verstandig om in ROAZ-verband op te pakken en uit te werken. Dit vanwege de complexiteit, afhankelijkheid van landelijke partijen of overlap tussen de zorgcoördinatie regio's. Dit gaat bijvoorbeeld om opgaven op de thema's: creëren van draagvlak, projectorganisatie, 0-meting en monitoring, crisisstructuren en bovenregionale afspraken

Pagina 33

Opgaven voor de zorgcoördinatie regio's

Opgaven die op het niveau van de vier zorgcoördinatie regio's opgepakt dienen te worden. Dit zijn opgaven op de thema's: opstellen intentieverklaring, concretisering schets zorgcoördinatie, opstellen implementatieplan

Pagina 36

Opgaven voor lokale samenwerkingsverbanden

Eerste logische stappen die in het eerste kwartaal van 2024 gemaakt kunnen worden om te komen tot zorgcoördinatie op lokaal niveau. De eerste stap is het betrekken van andere ketenpartners.

Pagina 37

Veranderopgaven zijn op basis van een indicatieve timing weergegeven



Landelijke opgaven en randvoorwaarden

Aantal landelijke opgaven die als randvoorwaarde dienen voor zorgcoördinatie in de regio

La1

Noodzaak voor structurele bekostiging van zorgcoördinatie en wens voor verkenning van andere manier van bekostiging

- Momenteel wordt er door de NZa onderzoek gedaan op welke manier zorgcoördinatie bekostigd kan worden. Het advies hierover wordt in 2024 verwacht. Hier zijn ook de keuzes voor organisatievorm / governance deels van afhankelijk.
- De labels op bedden in met name de ouderenzorg (VVT) zijn erg rigide gefinancierd. Dit zorgt voor knelpunten in het coördineren van zorg. Bijvoorbeeld bedden die beschikbaar zijn maar niet het “juiste” label hebben. De patiënt kan hierdoor niet worden geplaatst, omdat de VVT organisatie hiervoor geen financiële vergoeding ontvangt¹.
- Volgens zorgaanbieders is het noodzakelijk dat acute VVT wordt gefinancierd op basis van beschikbaarheid. Op deze manier wordt de VVT als volwaardig partner bij de acute zorg betrokken. Per 1 januari 2024 is geregeld dat de onplanbare nachtzorg dagelijks tussen 23.00-7.00 uur wordt ingekocht op basis van coördinatie en beschikbaarheid.
- De mogelijkheid tot observatie van de patiënt voor een korte periode (bv. 48 – 72 uur), draagt bij aan het snel plaatsen van de patiënt op de juiste plek voor de juiste zorg. Observatie vanuit verschillende disciplines (bv. VVT in combinatie met GGZ), om vervolgens een betere inschatting te maken van de type zorgvraag en passende zorginzet.

La2

Landelijke verkenning capaciteitsinzicht

- In de toekomst is het inzicht in capaciteit idealiter beschikbaar in het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). De minister geeft hierbij aan dat een fasering in de tijd denkbaar is. Ketenpartners in de regio gaan eerst vanuit bestaande systemen aan de slag om capaciteitsinformatie te ontsluiten.
- Deelnemende ketenpartners geven daarbij wel aan dat het van belang is dat op korte termijn landelijk eerste stappen worden gezet. Met name op het ontwikkelen van landelijke richtlijnen, definities en standaarden voor capaciteitsinformatie door de gehele acute zorgketen.

La3

Helderheid over uitwisseling van patiëntgegevens

- De minister geeft aan dat VWS in ieder geval het mogelijk maken van uitwisseling van gegevens gaat faciliteren (inclusief het wegnemen van huidige juridische barrières daarvoor). Vanuit VWS wordt hiervoor een projectorganisatie opgezet. Daarnaast geven deelnemende partijen aan dat VWS een sleutelfunctie heeft om een impuls te geven aan deze gegevensuitwisseling.
- Deelnemende ketenpartijen vragen om duidelijke communicatie vanuit landelijke partijen om de doorvertaling naar de praktijk soepel te laten verlopen. Het is nu voor ketenpartners niet in alle gevallen helder welke informatie wel en niet gedeeld mag worden met andere ketenpartners.

¹ Dat een contract voor ELV of WLZ ontbreekt kan ook een keuze vanuit de zorgaanbieder zijn.



Opgaven ROAZ-regio (1/3)

Oppakken in ROAZ verband vanwege afhankelijkheden of efficiëntere schaal

Opgaven	Indicatieve planning
R1 Nulmeting en monitoring van KPI's De ROAZ regio doet een voorstel voor de monitoring van de acute zorgvraag (instroom/doorstroom) en helpt met het uitvoeren van de 0-meting. Deze metingen dienen op ROAZ-niveau afgesproken te worden, zodat deze onderling vergeleken kunnen worden aan de hand van hetzelfde framework. Als tijdens monitoring van KPI's blijkt dat zorgcoördinatie niet de gewenste effecten heeft, dient op basis hiervan bekeken te worden welke aspecten op grotere schaal kunnen worden uitgevoerd. Vanuit de nulmeting is het specifiek van belang dat in kaart wordt gebracht hoe groot de patiëntengroep is waarvoor het wenselijk is om een kort observatieperiode in te zetten. Op basis hiervan kan met de zorgverzekeraars verkend worden wat mogelijke oplossingen voor financiering zijn (zie ook La1).	Begin Q1 2024
R2 Creëren van bestuurlijk draagvlak voor visie op zorgcoördinatie en bijbehorende opgaven Zorgcoördinatie draait bij uitstek om samenwerking tussen de verschillende domeinen en ketenpartners. Om tot een verregaande samenwerking te komen is het van essentieel belang dat de visie op zorgcoördinatie en de beoogde opgaven breed (bestuurlijk) worden gedragen in de ROAZ-regio NH-FL	Q1 2024
R3 Opzetten projectorganisatie om zorgcoördinatie verder uit te werken en gefaseerd te implementeren Vanuit het ROAZ inrichten van projectorganisatie (zie pagina 27) waarbij een programmamanager wordt aangewezen, werkgroepen worden geformeerd (incl. projectleiders van de verschillende zorgcoördinatie regio's).	Q1 2024
R4 Regionaal plan van aanpak inzicht in capaciteit t.b.v. zorgcoördinatie Opstellen plan van aanpak met verschillende ketenpartners om, in afwachting van landelijke bewegingen rondom inzicht in capaciteit, een zo compleet mogelijk inzicht in capaciteit te verkrijgen. Hier wordt o.a. toegewerkt naar afspraken over de systemen die door de hele regio gebruikt gaan worden. Voor het opstellen van het plan van aanpak wordt optimaal gebruik gemaakt van de al bestaande focusgroepen rondom dit onderwerp binnen het ROAZ NH-FL.	Q1 2024
R5 Regionaal plan van aanpak inzicht in patiëntgegevens t.b.v. zorgcoördinatie Opstellen plan van aanpak met de verschillende ketenpartners uit de verschillende zorgcoördinatie regio's om te komen tot een eenduidige manier om patiëntgegevens uit te wisselen tussen de ketenpartners t.b.v. zorgcoördinatie. Hierbij wordt optimaal gebruik gemaakt van bestaande standaarden en programma's (bijv. Met Spoed Beschikbaar) en aangesloten bij de al bestaande focusgroepen binnen het ROAZ NH-FL op dit onderwerp.	Q1 2024



Opgaven ROAZ-regio (2/3)

Oppakken in ROAZ verband vanwege afhankelijkheden of efficiëntere schaal

Opgaven

Indicatieve planning

R6

Binnen en tussen domeinen verkennen welke zorgaanbieder waarvoor ingezet kan worden

Er is nog veel winst te behalen op de samenwerking binnen en tussen domeinen (bijv. huisartsenposten) en weten wat andere zorgaanbieders te bieden hebben. Tijdens de werksessies werd aangegeven dat dit een belangrijke stap is richting zorgcoördinatie.

Q1 2024

R7

Coördinatie op het uitwerken van zorgpaden / eenduidige uitkomsten triageprotocollen

Om goed samen te werken is het van belang om zorgpaden uit te werken o.b.v. veelvoorkomende zorgvragen. Vanuit het ROAZ ligt er een rol in het coördineren van deze uitwerkingen zodat de zorgcoördinatie regio's toewerken naar zo veel als mogelijk uniformiteit in zorgpaden en van elkaar kunnen leren. Ook is het van belang om op basis van bestaande protocollen de triage-uitkomsten te analyseren en waar nodig uitkomsten te uniformeren

Vanaf Q2 2024

R8

Potentie van digitale zelftriage binnen zorgcoördinatie verkennen

Uit recent onderzoek¹ blijkt dat digitale zelftriage bij de huisartsenposten een deel van de semi-acute zorgvragen kunnen afvangen. Binnen de regio NH-FL werken veel huisartsenposten al met digitale zelftriage tools (zoals moetiknaardedokter.nl). Vanuit ROAZ-verband al verkend moeten worden welke potentie digitale zelftriage in de zorgcoördinatie regio's kan hebben.

Vanaf Q2 2024

R9

Verkennen mogelijkheden van tijdelijke bekostiging van zorgcoördinatie in de ROAZ regio NH-FL

Over structurele en eventuele nieuwe manier van bekostiging zorgcoördinatie zal op korte termijn geen uitspraak komen. Voor in ieder geval 2024 en naar verwachting ook 2025 is het noodzakelijk om de verzekeraars te verkennen op welke manier zorgcoördinatie in de regio gefinancierd kan worden.

Vanaf Q2 2024

R10

Crisisstructuren en bovenregionale afspraken in het kader van zorgcoördinatie

Voor de ROAZ regio ligt er een verantwoordelijkheid om een koppeling te maken tussen de bestaande crisisstructuren en de schets voor zorgcoördinatie. Zodat in geval van crisis er optimaal gebruik gemaakt kan worden van de dan bestaande zorgcoördinatiestructuren. Ook zal het ROAZ NHFL met de zorgcoördinatie regio's verkennen in welke situaties en onder welke voorwaarden zorgcoördinatie buiten de grenzen van de zorgcoördinatie regio of zelfs buiten de grenzen van de ROAZ-regio kan of moet plaatsvinden. Het is aan het ROAZ om de afstemming met andere regio's hierover te zoeken.

Q3 en Q4 2024

¹ IQ Healthcare onderzoek



Opgaven ROAZ-regio (3/3)

Oppakken in ROAZ verband vanwege afhankelijkheden of efficiëntere schaal

Opgaven

Indicatieve planning

R11

Verkenning mogelijke functies op ROAZ-niveau

Tijdens de werksessies in het kader van zorgcoördinatie zijn mogelijke opties benoemd voor functies binnen zorgcoördinatie die eventueel op schaal van de ROAZ-regio ingericht kunnen worden. Zo wordt bijvoorbeeld momenteel de VVT-coördinatie in de nacht door verschillende coördinatiepunten uitbesteed aan zorgcentrales buiten de regio of bestaat er een technisch achterwacht team. De deelnemers bekijken graag op ROAZ-schaal of hier gezamenlijk in kan worden opgetrokken.

Q3 en Q4 2024

R12

Monitoren overige opgaven uit het ROAZ-plan

Om zorgcoördinatie optimaal in te kunnen richten is het van belang dat ook andere opgaven vanuit het ROAZ-plan worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld als het gaat om het verlagen van de instroom binnen de acute zorg

2024



Opgaven zorgcoördinatie regio's

De vier zorgcoördinatie regio's gaan met eigen veranderopgaven aan de slag

Opgaven		Indicatieve planning
Z1	Tekenen intentieverklaring Om tot nauwe samenwerking in het kader van zorgcoördinatie te komen tekenen de ketenpartners binnen de zorgcoördinatie regio een intentieverklaring waarin de intentie wordt uitgesproken om: 1. We omarmen zorgcoördinatie als gezamenlijke opgave en verantwoordelijkheid 2. We gaan samen aan de slag met triage en coördineren van capaciteit 3. We gaan samenwerken waarvan i.i.g. een deel fysiek	Q1 2024
Z2	Uitvoeren nulmeting Inventarisatie van de huidige situatie. Inzicht in de omvang patiëntgroepen die baat hebben bij zorgcoördinatie (~5%-10% van zorgvragen) en hoeveel patiënten worden in de huidige coördinatiepunten al succesvol geholpen. Ook inzicht in de piekmomenten van (semi) acute zorgvragen en verwachte benodigde capaciteit. Op basis hiervan kunnen KPI's worden opgesteld (aan de hand van kaders vanuit het ROAZ) en (later) worden geanalyseerd voor welke werkzaamheden of patiënten het passender is om op grotere schaal samenwerking in te richten.	Q1 2024
Z3	Concretiseren schets zorgcoördinatie Per zorgcoördinatie regio concretiseren hoe zorgcoördinatie er in de nabije toekomst uit gaat zien. Hierin wordt concreet beschreven wie, wat, waar en wanneer uitvoert t.b.v. zorgcoördinatie.	Vanaf Q1 2024
Z4	Gezamenlijk uitwerken zorgpaden en uniforme triage-uitkomsten Op basis van patiëntgroepen zorgpaden verder uitwerken en bepalen wanneer de zorgcoördinatievoorziening welke activiteiten uitvoert. Daarnaast dient op basis van de bestaande protocollen geanalyseerd in hoeverre triage-uitkomsten eenduidig zijn en uniformeren waar nodig.	Vanaf Q1 2024
Z5	Opstellen implementatieplan en inrichten projectorganisatie zcv Gezamenlijk opstellen van een implementatieplan voor komende periode met daarin heldere mijlpalen, activiteiten en rolverdeling van ketenpartners om gezamenlijk te komen tot realisatie.	Q2 2024

¹ Tijdslijnen vragen om verdere afstemming met de verschillende regio's



Lokale opgaven

Vanuit elk vertrekpunt voor zorgcoördinatievoorziening vanaf 2024 aan de slag

Vanuit de werksessies zijn de eerste stappen op lokaal niveau geformuleerd – deze dienen nog verder aangevuld te worden. Het is aan de coördinatiepunten die startpunt zijn voor een zorgcoördinatievoorziening zelf om verdere invulling te geven aan deze stappen en met elkaar aan de slag te gaan.

Eerste verkenning opgaven

Indicatieve planning

Lo1

Betrekken van andere partijen in de regio

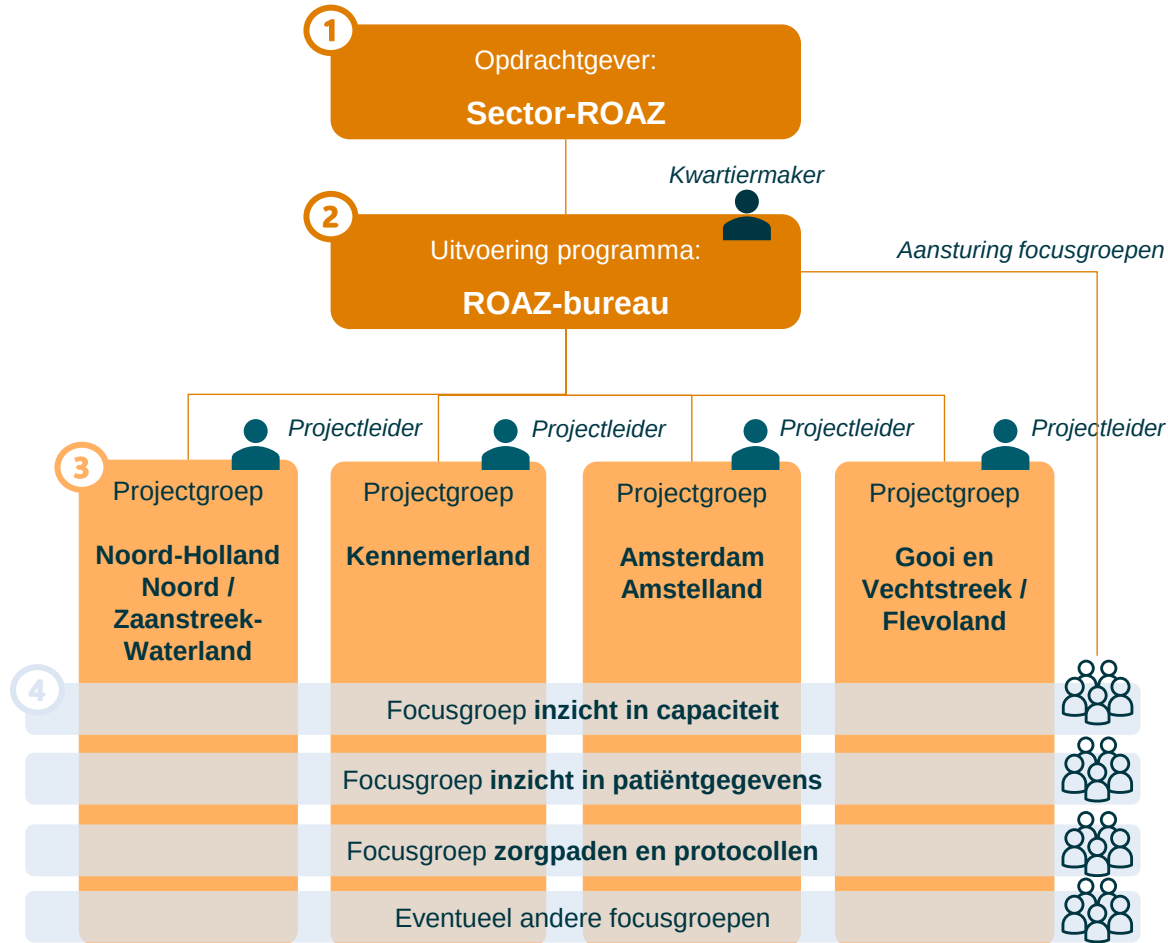
Niet elke ketenpartner heeft deelgenomen in het huidige traject. Vervolgstep is om deze ketenpartners mee te nemen in de visie en samen vervolgstappen vorm te gaan geven. Dit geldt in Noord-Holland Noord / Zaanstreek-Waterland voor de spoedapotheek. De MKA en GGZ zijn in het merendeel van de regio's nog niet betrokken.

Q1 2024



Programmaorganisatie

Met het sector-ROAZ als opdrachtgever stevig programma voor uitrol zorgcoördinatie



1

Opdrachtgever: Sector-ROAZ

- Bestuurlijk commitment en eigenaarschap voor realisatie van zorgcoördinatie in ROAZ-regio NH-FL
- Beleid en koers bepalen en bijsturen wanneer noodzakelijk

2

Uitvoering programma: ROAZ-bureau

- Kwartiermaker van zorgcoördinatie (aanjagen en betrekken van landelijke en regionale stakeholders)
- Meegeven kaders en richtlijnen aan project- en focusgroepen
- Bewaken voortgang en afhankelijkheden
- Monitoren en opvolgen van KPI's en afspraken

3

Projectgroepen zorgcoördinatie regio's

- Individuele sturing aan verdere inrichting en implementatie van zorgcoördinatie in de regio o.l.v. projectleider
- Delen van best practices met andere regio's

4

Overkoepelende focusgroepen op randvoorwaarden

- Focusgroepen (experts) waarin samen opgetrokken wordt om standaarden in te richten in het kader van o.a. gegevensuitwisseling en inzicht in capaciteit vanuit de ROAZ opgaven (zie pagina 24 en 24)
- Zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande focusgroepen in het ROAZ NH-FL