



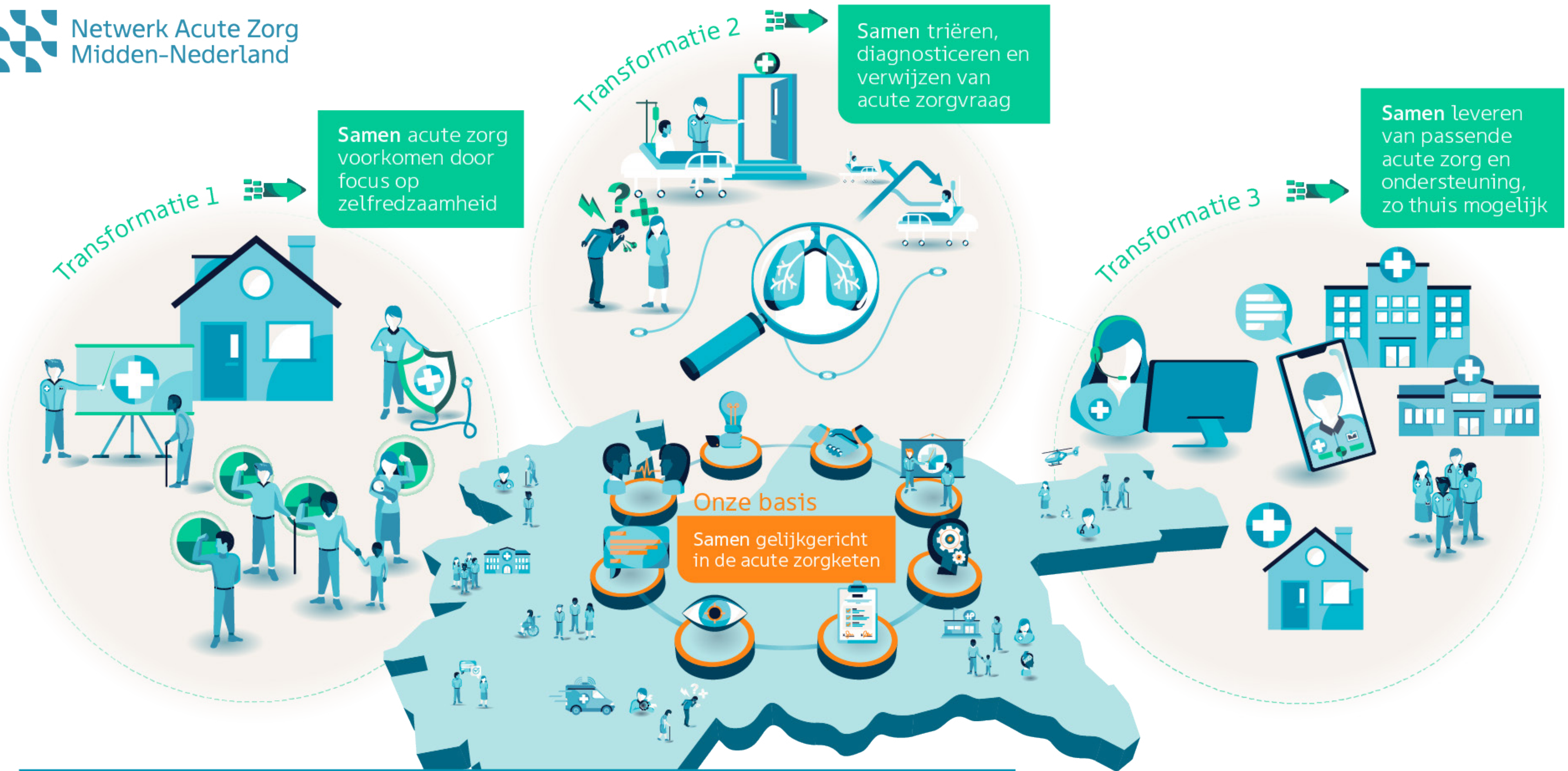
Netwerk Acute Zorg
Midden-Nederland

Regioplan Acute Zorg

12 december 2023

Visuele samenvatting





Toekomstbestendige, toegankelijke en kwalitatief goede acute zorg
Direct de juiste zorg op juiste plek door samen te werken als één in de acute zorg

Samen zorgen

Inhoud

1	Inleiding	p 5
2	Opbouw	p 14
3	Onze basis	p 18
4	Uitwerking regionale transformaties	p 21
5	Uitwerking patiëntgroepen met specifieke zorgvraag	p 36
6	Middelen en randvoorwaarden	p 45
7	Werkagenda	p 53

Inleiding

Hoofdstuk 1



Introductie

Dit Regioplan Acute Zorg Midden-Nederland beschrijft wat wij als Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland (NAMZN) de komende jaren gaan doen om de toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg in onze regio nu en in te toekomst te borgen. Het bevat onze visie op de nodige veranderingen en de stappen die wij de komende jaren met elkaar te zetten hebben. Zodat inwoners direct de juiste en kwalitatief goede zorg op de juiste plek krijgen.

Met dit Regioplan Acute Zorg geven we invulling aan de opdracht in het Integraal Zorgakkoord (IZA) om uiterlijk op 31 december 2023 een 'ROAZ-plan' te publiceren. Het Regioplan is in opdracht van de grootste zorgverzekeraar in onze regio (Zilveren Kruis) en de ROAZ-voorzitter en met betrokkenheid van het gehele netwerk tot stand gekomen.

Afbakening

Naast dit Regioplan Acute Zorg voor de ROAZ-regio is ook het Regioplan Midden-Nederland voor de zorgkantorregio Utrecht geschreven, onder verantwoordelijkheid van de grootste verzekeraar en de gemeenten. Vanwege de samenhang en wisselwerking tussen de acute en niet acute zorg en ondersteuning kunnen de plannen niet los van elkaar gezien worden. De inhoud van de plannen sluit op elkaar aan en versterkt elkaar. We hebben hierover afstemming gehad bij het opstellen van beide plannen. Dit document vormt het afgebakende stuk van het plan voor acute zorg.

Definitie acute zorg

Dit Regioplan Acute Zorg beperkt zich in principe tot de acute zorg, als volgt gedefinieerd in het IZA:

Alle mensen in Nederland moeten erop kunnen rekenen dat wanneer zij een spoedzorgvraag hebben, zij tijdig toegang krijgen tot de juiste zorg, op de juiste plek, van goede kwaliteit. Daarbij gaat het zowel om het bredere begrip van acute zorg, waarmee zorg als antwoord op een vanuit de beleving van de patiënt acute zorgvraag wordt bedoeld, en het smallere begrip van acute zorg dat zorg betreft die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, moet worden verleend om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen.

Visie en ambitie

Gezamenlijke visie NAZMN

We willen in onze regio **samen toekomstbestendige, toegankelijke en kwalitatief goede acute zorg** bieden.

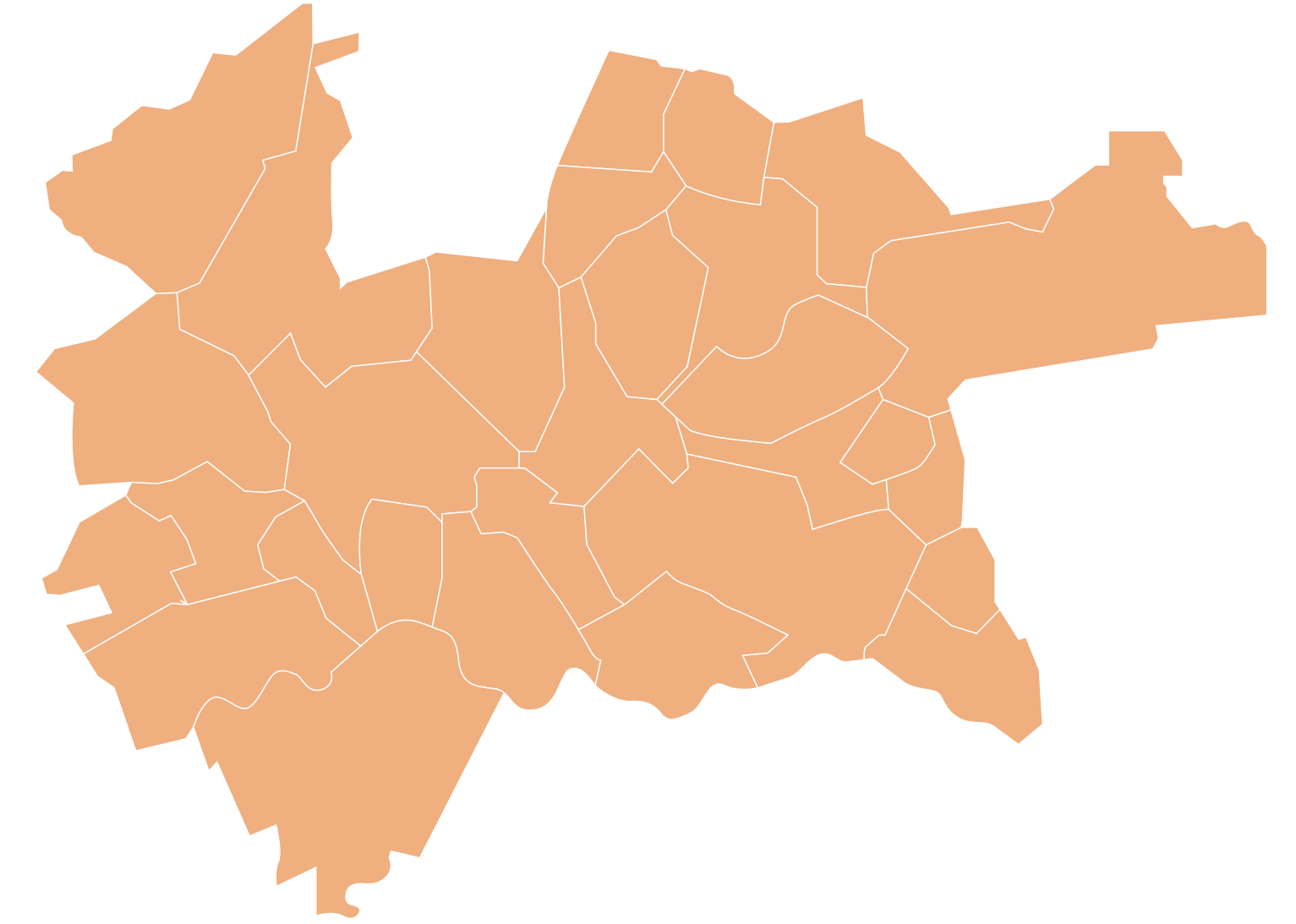
Dit gaan we doen door:

- Direct de juiste zorg op de juiste plek te leveren.
- Samen te werken als één in de acute zorg (uitkomst Project TAZK).

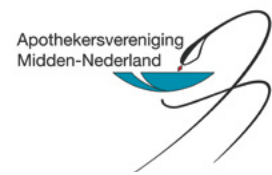
Momenteel ervaren we echter knelpunten om deze visie te bereiken en in de toekomst worden deze groter en nijpender als we de (acute) zorg niet anders organiseren. Acute zorg is ketenzorg en we hebben als ketenpartners een gezamenlijke opdracht om toekomstbestendig te worden.

Hiervoor hebben we vanuit de knelpunten en de toekomstverwachting met elkaar we onze visie waar kunnen maken. Voor nu en voor in de toekomst.

Regio NAZMN



HE HUISARTSEN
EEMLAND



LHV
Huisartsenkring
Midden-Nederland

U UMC Utrecht

**Zilveren
Kruis**

zkn ZELFSTANDIGE
KLINIEKEN
NEDERLAND

unicum huisartsenzorg

GGD
regio Utrecht

ST ANTONIUS
een santeon ziekenhuis

vgw Vereniging Gehandicaptenzorg Utrecht

De Hoogstraat
Revalidatie

meander
MEDISCH CENTRUM

**ggz
CENTraal**

Diakonessenhuis

VGZ

**SPOED
ZORG
NU**

ALTRECHT

ravv

**Veiligheidsregio
Utrecht**

HUS
MAAKT MEER MOGELIJK

i > > u

Proces om tot Regioplan Acute Zorg te komen

1.3

Het [Regiobeeld Acute Zorg](#) heeft de uitdagingen richting de toekomst blootgelegd (zie samenvatting p.9). Daarnaast hebben de zorgprofessionals vanuit het NAZMN het adviesrapport [Toekomstbestendige acute zorgketen](#) (TAZK) geschreven, met daarin een advies over hoe de acute zorg in regio Midden-Nederland er in de toekomst uit ziet, vanuit het oog van de zorgprofessional. Op basis van deze documenten hebben we als regio drie [hoofddopgaven](#) geformuleerd die ons weerbaar maken en helpen de visie te realiseren:

- Voorkomen van acute zorg
- Optimale inrichting acute zorg voorzieningen
- Multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt

Vervolgens zijn meerdere thema's geselecteerd om verder te onderzoeken en de [probleemdefinitie](#) helder te krijgen. Hiervoor zijn tijdens themasessies de knelpunten, de oorzaken en impact daarvan in kaart gebracht (zie samenvatting p.9 en 10). De probleemdefinitie heeft de basis gevormd voor de [planvorming](#) om invulling te geven aan de hoofddopgaven. Deze plannen hebben we (tijdens twee heidagen in oktober) met elkaar uitgewerkt.

Het resultaat van deze planvorming zijn [drie transformaties](#) die we als regio te maken hebben, met onderliggende [initiatieven en activiteiten](#) die de meeste impact gaan maken en de grootste knelpunten oplossen:

- **Samen** acute zorg voorkomen.
- **Samen** triëren, diagnosticeren en verwijzen van acute zorgvraag.
- **Samen** leveren van passende acute zorg en ondersteuning, zo thuis mogelijk.

We hebben tevens een stevig fundament met elkaar te leggen en te onderhouden, [onze basis](#) voor de transformaties:

Samen gelijkgericht in de acute zorgketen.

Project TAZK

Project met zorgprofessionals uit ons netwerk met als resultaat een adviesrapport voor de inrichting van de acute zorg(keten) van de toekomst in onze regio.

Advies: samenwerken als één in de acute zorg.

Context vanuit Regiobeeld Acute Zorg Midden- Nederland

1.4

Toename ouderen en geboortes

Demografische ontwikkelingen laten zien dat onze regio harder groeit dan de rest van Nederland. We groeien tot 1,63 miljoen inwoners in 2033. Dat is 8% groei, terwijl dit landelijk nog geen 6% is. Vergrijzing is ook bij ons een uitdaging, hoewel de regio jong blijft vergeleken met Nederland. De beroepsbevolking stijgt niet zo hard mee. Het aantal 65+ inwoners stijgt met 30% naar 350.000 in 2033. Het aantal inwoners van 80 jaar en ouder neemt met 58% fors toe tot ruim 100.000. Het aantal geboortes zal in onze regio naar verwachting de komende tien jaar stijgen met zo'n 18%.

Relatief gezond, maar wel toename en lokale verschillen

Midden-Nederland is gemiddeld genomen relatief gezond. Maar net als landelijk zal ook in onze regio de prevalentie van veel aandoeningen stijgen, de komende tien jaar. Daarnaast zijn er verschillen tussen gemeenten, wijken en buurten.

Gevolg: verwachte stijging acute zorgvraag

De verwachting is dan ook dat de acute zorgvraag zal stijgen. Prognoses van het RIVM voor 2030 laten een stijging zien van 20% voor de ambulancezorg, 11% voor HAP contacten en 16% voor SEH bezoeken.

Diagnosen/ zorgvragen

Voor de diagnosen heupfractuur (+29%), beroertes (+28%) en ingangsklacht 'pijn op de borst' (+22%) wordt op basis van de demografische ontwikkeling een aanzienlijke stijging verwacht tot 2033.

Huidige knelpunten in acute zorg

Naast deze toekomstverwachtingen zien we dat er op dit moment al knelpunten zijn in de acute zorg. Er zijn piekmomenten in de instroom, die in combinatie met beperkte capaciteit leiden tot 'bypasses' op SEH's en EHH's en 'weigeringen' in de geboortezorg. Ook op andere plekken in de acute zorgketen is er sprake van piekdruk in combinatie met beperkt aanbod en zijn er knelpunten in de uitstroom uit de (acute) zorg.

Het tekort aan zorgpersoneel neemt toe, hoewel cijfers op regionaal niveau specifiek voor de acute zorgberoepen maar beperkt beschikbaar zijn. Naast aandacht voor inzetbaarheid en behoud van personeel is het cruciaal om te luisteren naar wat zorgmedewerkers nodig hebben om hun werk goed te kunnen blijven doen. Vooral met het oog op de veranderende patiëntenpopulatie met toenemend complexe zorgvragen.



Ervaren knelpunten vanuit verschillende doelgroepen

1.5 (1)

Op basis van het Regiobeeld, het TAZK-adviesrapport en het IZA zijn meerdere thema's geselecteerd om verder te onderzoeken. Dit zijn doelgroepen die de komende jaren fors groeien en/of die met (urgente) problematiek kampen. De (toekomstige) problematiek rondom deze thema's is in kaart gebracht. Hieronder zijn de geformuleerde knelpunten weergegeven.



0-4 jarigen

Naar verwachting veel zorgvragen met U4/U5 op de HAP door ongeruste ouders.

Beroerte

- Niet effectief/onnodig gebruik van beroertezorg voor kwetsbare ouderen.
- Uitstroom na beroerte naar revalidatie stagneert en knelpunt neemt toe door toename patiënten.
- Toekomstige uitdaging: druk op capaciteit complexe IAT.

Geboortezorg*

- Capaciteitsproblematiek in de geboortezorgketen in combinatie met toenemend aantal bevallingen.

Pijn op de borst

- Ontoereikende capaciteit EHH/SEH.
- Op basis van huidige triage wordt te vaak een ambulance ingezet en patiënt ingestuurd naar EHH/SEH bij patiënten met pijn op de borst (overtriage).

* Lijst nog niet volledig. Ketenpartners vanuit de geboortezorg komen in januari tijdens een heidag bijeen om o.a. de knelpunten aan te scherpen, zie ook H5.3.

Ervaren knelpunten vanuit verschillende doelgroepen

1.5 (2)

GGZ

- Buiten acute klinische opname om zijn geen bedden beschikbaar waar kwetsbare mensen met psychiatrische problematiek kortdurend bij kunnen komen (respitzorg).
- Voor specialistische klinische GGZ zorg bestaan soms lange wachttijden die als knellend ervaren worden. De acute klinische GGZ-units richten zich op algemene psychiatrie en crisisinterventie en hebben geen specialistisch behandelaanbod.
- Soms wordt er een beroep op de HAP gedaan waar rechtstreekse dienstverlening vanuit de GGZ ook mogelijk is.
- Mismatch in vraag en aanbod opvang ouderen met een acute psychiatrische zorgvraag, waarbij de nabijheid van een setting van een algemeen ziekenhuis gewenst is.
- Vinden van de acute consultatieve én klinische MPU functie in regio Utrecht lukt niet goed.*

Kwetsbare ouderen

- Onterechte instroom van kwetsbare ouderen in de acute zorg (HAP/SEH) bij gebrek aan alternatief.
- Instroom van kwetsbare ouderen in de acute zorg die voorkomen had kunnen worden bij tijdig handelen (vermijdbare instroom).
- Mismatch in vraag en aanbod opvang ouderen met acute zorgbehoefte buiten het ziekenhuis.
- Oudere krijgt vaak niet-passende/zinnige acute zorg.



* Aanvulling vanuit GGZ: Ons inziens is er geen tekort aan MPU bedden maar zou er een verschuiving van bedden moeten plaatsvinden: van kort MPU naar sectoroverstijgende bedden voor ouderen met zowel somatische, psychiatrische en cognitieve problemen waar zowel diagnostiek als verblijfsmogelijkheden zijn. Dat betekent een gezamenlijke diagnostiek/behandel/verblijfssetting vanuit de 3 sectoren (VVT, GGZ en somatiek)

Aandachts- punten

1.6 (1)



Ongedifferentieerde zorgvraag en wijken met lage sociaal economische status

Voor deze doelgroepen zijn er geen specifieke knelpunten geïdentificeerd, deze groepen komen dus niet terug in de probleemdefinitie. Geadviseerd wordt om bij de oplossingsrichtingen niet alleen vanuit duidelijk afgebakende zorgpaden te redeneren maar ook vanuit ongedifferentieerde zorgvraag en om aandacht te hebben voor inwoners van wijken met een lage sociaal economische status.

Multitrauma en heupfractuur

Deze doelgroepen zijn niet meegenomen in de probleemdefinitie aangezien ketenpartners in andere regionale verbanden werken aan uitwerking van de plannen voor deze afgebakende patiëntengroepen. Deze plannen worden ook onderdeel van het Regioplan Acute Zorg.

Acute Kindergeneeskunde

Uit de knelpuntanalyse kwam naar voren dat de verwachting is dat de vraag naar acute kindergeneeskunde de komende periode niet stijgt. Om deze reden is destijds besloten kinderen met een acute zorgvraag niet als aparte doelgroep op te nemen in het Regioplan Acute Zorg. De doelgroep 0-4 jarigen (en hun ouders) is wel meegenomen in het Regioplan Acute Zorg. Vanaf Q3 merken de zorgprofessionals echter knelpunten op, gerelateerd aan het aanbod van acute kindergeneeskunde, die regionale aandacht nodig hebben. In dit kader wordt vanaf 2024 gestart met een focusgroep Acute kindergeneeskunde binnen NAZMN.

Opgeschaalde zorg

Bij de uitwerkingen van de initiatieven in dit Regioplan Acute Zorg en toekomstige plannen die impact hebben op de capaciteit voor de acute zorg, dient rekening gehouden te worden met mogelijke gevolgen voor de beschikbare capaciteit voor opgeschaalde zorg.

Kwaliteitskader Spoedzorgketen en Generieke Module Acute Psychiatrie

Naast de transformaties in dit Regioplan Acute Zorg zijn ketenpartners verantwoordelijk om de zorg die ze (samen) leveren zo in te richten dat het voldoet aan de normen die gesteld worden in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en de Generieke Module Acute psychiatrie. De plannen die de ketenpartners daarvoor maken zijn niet opgenomen in dit Regioplan Acute Zorg, maar daarom niet minder belangrijk.

Aandachts- punten

1.6 (2)



Doorontwikkeling Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland ingezet

De afgelopen jaren heeft het ZCC Midden-Nederland zich als pilotorganisatie binnen de RAVU ontwikkeld tot een voorziening ter ondersteuning van zorgaanbieders. De ketenpartners in het ROAZ hebben in hun vergadering van 12 december jl. afspraken gemaakt over doorontwikkeling van de pilotorganisatie naar een zelfstandige organisatie waarin hun betrokkenheid bij bestuurlijke besluitvorming geborgd is. Onderdeel van deze doorontwikkeling is de samenwerking met Zorg Coördinatie Eemland.

Het ROAZ heeft tevens besloten voorbereidingen te treffen om te komen tot een oprichting van een rechtspersoon. Bijvoorbeeld in de vorm van een coöperatieve vereniging, waarvan de deelnemers aan het ROAZ lid zijn. In opdracht van het ROAZ worden de benodigde stappen daartoe gezet, waaronder het uitwerken van de benodigde bestuurlijke besluitvormingsprocessen en diverse juridische, financiële en administratieve vraagstukken.

Om inhoudelijke doorontwikkeling van het ZCC mogelijk te maken, zal de transitie van de huidige pilotorganisatie naar deze nieuwe structuur zo snel mogelijk (uiterlijk eind 2024) worden afgerond. In afwachting van structurele bekostiging van regionale zorgcoördinatie wordt een aanvraag voor tijdelijke bekostiging uit de transformatiemiddelen ingediend.

Op zoek naar een oplossing

Wat nu? Welke zorg past het beste en wie kan die leveren? Na overleg tussen de HAP-triagist en de coördinerend arts ZCC komt de vraag bij de zorgbemiddelaar van het ZCC terecht. Is dit een casus voor ELV-zorg? Het antwoord is ja. De zorgbemiddelaar pakt de casus op. Zij heeft toegang tot het systeem van de HAP en kan daardoor zelf de gegevens van de patiënt ophalen. Daarna kan zij het triageformulier voor het aanvragen van een tijdelijk verblijf bed invullen. Dit scheelt veel werk voor de verwijzend huisarts en de triagist. Ook helpt het dat zij zelf via ZorgDomein en telefonisch kan schakelen met de achttien VVT-zorgaanbieders die betrokken zijn bij de zorgcoördinatie tijdelijk verblijf. Zo wordt snel duidelijk waar plek is.



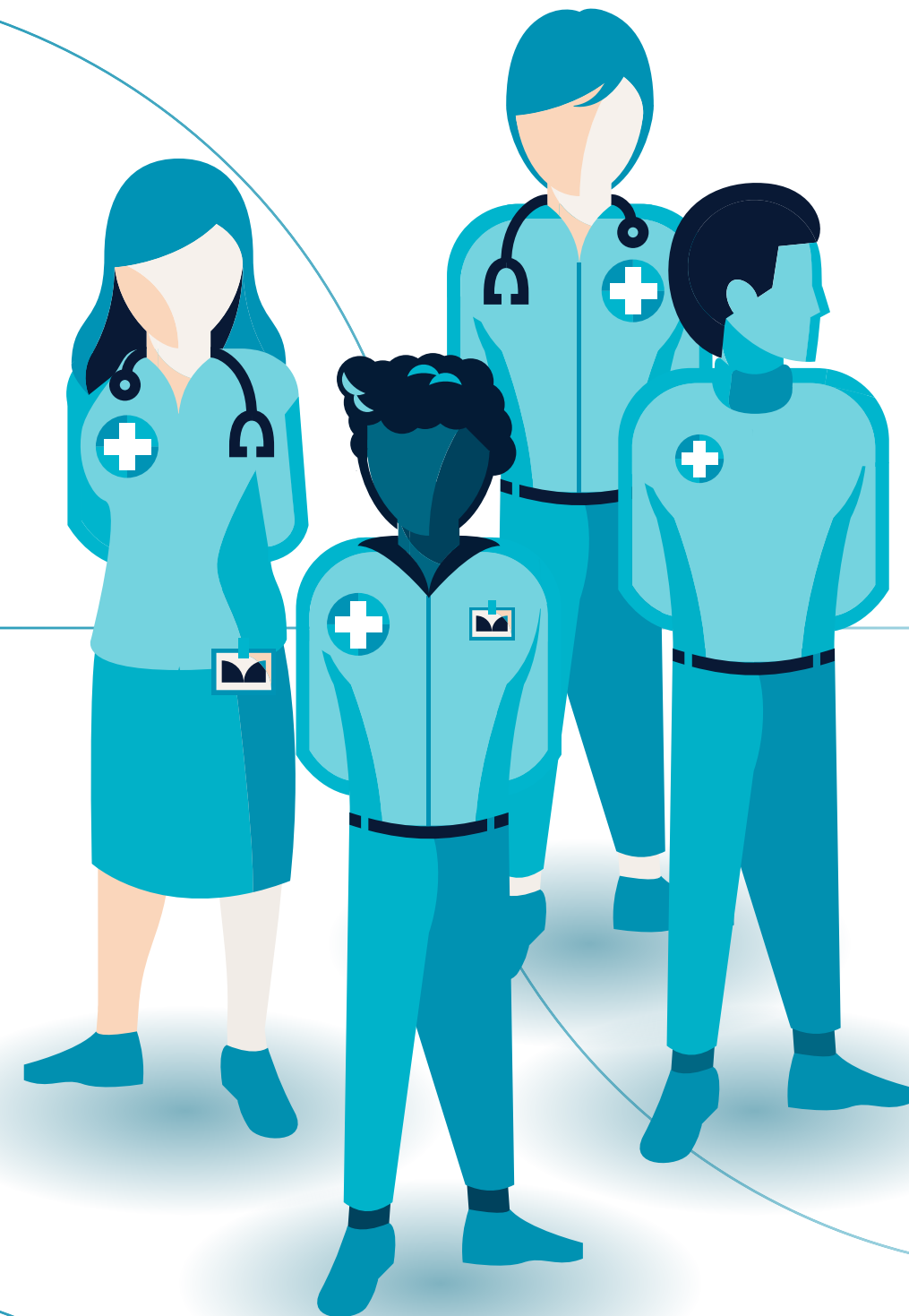
Opbouw

Hoofdstuk 2



Opbouw

2.1



Het Regioplan Acute Zorg bestaat uit verschillende onderdelen. Het begint bij hoofdstuk 3 met de beschrijving van **onze basis**: de intentie om als regio intensiever te gaan samenwerken en welke afspraken we daar als regio over maken. Deze afspraken lopen door alle andere transformaties heen.

Na de basis volgen in hoofdstuk 4 de drie **transformaties** die nodig zijn in onze regio en waar we ons als NAZMN voor gaan inzetten. Deze transformaties krijgen concrete invulling door de **initiatieven** die we als regio opgesteld hebben. Omdat we niet alles tegelijkertijd kunnen doen, hebben we de initiatieven geprioriteerd. Als een initiatief geprioriteerd is, betekent dit dat we hier als netwerk tussen 2024-2026 mee aan de slag gaan. Deze initiatieven worden in dit regioplan dan ook verder uitgewerkt aan de hand van **activiteiten**. De initiatieven die we niet geprioriteerd hebben, dragen ook bij aan de transformaties, echter worden deze niet verder uitgewerkt in dit Regioplan Acute Zorg. Hiervoor geldt dat ze op een andere plek zijn belegd (bijv. Regioplan Zorgkantoor, zie p. 17) of dat zorgaanbieders in ons netwerk individueel of onderling de nodige activiteiten kunnen uitwerken en/of doorontwikkelen.

Naast de uitgewerkte initiatieven en activiteiten bevat dit regioplan in hoofdstuk 5 een uitwerking voor **patiëntgroepen met een specifieke, afgebakende zorgvraag**. Deze uitwerking is tot stand gekomen door een beperkt aantal ketenpartners uit het netwerk, met specifieke expertise rondom deze zorgvragen. De initiatieven waar deze groepen mee aan de slag gaan, sluiten aan bij de grote transformaties die we als Netwerk Acute Zorg Midden-Nederland gaan maken.

Voor het realiseren van de initiatieven en activiteiten zijn meerdere regionale en/of landelijke **middelen en randvoorwaarden** nodig. Deze worden in hoofdstuk 6 beschreven.

Tot slot staat in hoofdstuk 7 de opzet en aanpak van onze **werkagenda**.

Visie en ambitie

Duurzaam toegankelijke, bereikbare en kwalitatief goede acute zorg

Direct de juiste zorg op juiste plek

Hoofdoopgaven

Voorkomen van acute zorg

Multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt

Optimale inrichtingen acute zorg voorzieningen

Knelpunten

Belangrijkste knelpunten (scope: 0-4 jarigen, ouderen, ggz):

- Naar verwachting veel zorgvragen met U4/U5 op de HAP door **ongeruste ouders van 0-4 jarigen**
- Onterechte en vermijdbare instroom van **kwetsbare ouderen** in de acute zorg

Belangrijkste knelpunten (scope: 0-4 jarigen, ouderen, ggz):

- **Kwetsbare oudere** krijgt vaak niet-passende/ zinnige acute zorg
- Onvoldoende verantwoordelijkheid en continuïteit van zorg en ondersteuning bij **personen met psychische klachten**

Belangrijkste knelpunten (scope: 0-4 jarigen, ouderen, ggz):

- Mismatch in vraag en aanbod opvang **kwetsbare ouderen** met acute zorgbehoefte buiten het ziekenhuis
- Vinden van de juiste zorg voor specifieke/ complexe **psychische acute zorgvraag** lukt niet goed

Onze basis

Samen gelijkgericht in de acute zorgketen: intentie én commitment om intensiever met elkaar samen te werken in de acute zorgketen

Transformaties en initiatieven

1

Samen acute zorg voorkomen door focus op zelfredzaamheid

2

Samen triëren, diagnosticeren en verwijzen van acute zorgvraag

3

Samen leveren van passende acute zorg en ondersteuning, zo thuis mogelijk

1a

Voorlichting en communicatie over bewustwording en zelfredzaamheid

1b

Gerichte preventie interventies

2a

Efficiënte en passende triage

2b

Coördinatie patiëntstromen

2c

Beschikbaarheid van (thuis/1e lijns) diagnostiek

3a

Bevorderen doorstroom vanuit de spoedzorglocatie

3b

24/7 direct inzetbare wijkverpleging

3c

24/7 thuismonitoring in acute zorg

3d

Combifunctie (in ANW), flexibel personeel acute zorgketen

Specifieke patiëntgroepen



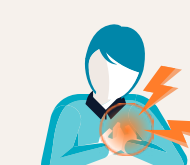
Multitrauma



Heupfracturen



Geboortezorg



Pijn op de borst



Beroertezorg

Middelen en randvoorwaarden

Goed werkgeverschap

Inzicht in capaciteit

Inzicht in inwoner- en patiëntperspectief

Inzicht in relevante patiëntgegevens

Maatschappelijk bewustzijn acute zorg

Financiering transformaties & structurele bekostiging

Regiomonitor Acute Zorg

Samenhang met Regioplan Midden-Nederland

2.2

In het Regioplan Midden-Nederland wordt een viertal bewegingen met achterliggende transformaties beschreven die aansluiten bij de transformaties van het Regioplan Acute Zorg. De hieronder beschreven initiatieven zijn niet uitgewerkt in het Regioplan Acute Zorg vanwege benodigde afstemming met zorgkantoor domeinen. Het is van belang dat deze onderwerpen vanaf 2024 in samenhang en o.b.v. heldere verantwoordelijkheid en eenduidige aansturing worden uitgewerkt.

Bewegingen en transformaties
Regioplan Midden-Nederland



- Focus op welbevinden en bewustwording
- Gerichte preventie



- Gemeenschapskracht
- Zelfredzaamheid



- Passende ondersteuning en zorg dichtbij in de wijk beschikbaar
- Netwerkorganisatie waarin formele en informele (zorg)partijen samenwerken



- Inzicht en beschikbaarheid juiste capaciteit
- Passende zorg implementeren

Belangrijke initiatieven vanuit
deze transformaties voor NAZMN

- Maatschappelijke bewustwording (landelijk en regionaal).
- Campagne over wanneer wel/niet contact opnemen met acute zorg.
- Gerichte preventie interventies en vroeg signalering (voorkomen acute zorg).

- Versterken van zelfredzaamheid (met name voor ouderen).

- Zelfredzaamheid (professionele) mantelzorgers.
- Zorg in de wijk t.b.v. voorkomen acute zorg.
- Beschikbaarheid van (thuis/eerste lijns) diagnostiek.

- (Concentratie) en 24/7 direct inzetbare wijkverpleging (Gezond ouder worden).
- 24/7 thuismonitoring, ook in acute setting (Passende MSZ).
- Verbetering trauma geriatrische zorg (heupfracturen) met o.a. verdere concentratie, betere logistiek en doorstroming, vermindering van ligdagen en aandacht voor preventie (Passende MSZ).

Onze basis



Hoofdstuk 3



Onze basis

Samen gelijkgericht in de acute zorgketen

Gewenste situatie

In onze regio kennen we elkaar, weten we elkaar te vinden en werken we samen om de acute zorg toegankelijk, toekomstbestendig en kwalitatief goed te maken en te houden. De zorgverleners /professionals in ons netwerk **werken en denken vanuit het collectief en vanuit de keten** in plaats van enkel vanuit de eigen positie of eigen organisatie. Zij worden daartoe gefaciliteerd vanuit de eigen organisatie en vanuit het netwerk(bureau). De zorgprofessionals die in de acute zorgketen werken in onze regio hebben gezamenlijk **één doel en één taal** om acute zorg te leveren.

In de nacht meldt zich een patiënt bij de huisartsenpost met pijn aan zijn enkel. De dienstdoende huisarts vermoedt een verstuiking en adviseert patiënt naar huis te gaan, een paracetamol te nemen en morgen een foto van zijn enkel te laten maken in het ziekenhuis. De volgende dag blijkt de enkel toch gebroken te zijn. De gipskamer vraagt de patiënt waarom zijn huisarts hem niet 's nachts heeft ingestuurd, terwijl de huisarts – volgens de richtlijnen – de zorg 's nachts probeerde te ontlasten.



Wat hebben we nodig en wat hebben we te doen

...delen kennis en expertise tijdens verlenen

acute zorg, tijdens overleggen en bijeenkomsten

...weten wat we van elkaar verwachten en spreken elkaar

erop aan door en tijdens overleggen, bijeenkomsten en evaluaties

...ontwikkelen en gebruiken 1 taal naar elkaar en naar patiënten

door afspraken en het vastleggen hiervan, ontwikkelen en delen van specifieke lexicon en scholing

...kennen allemaal onze gedeelde visie en ons doel

door positionering en delen van visie

...kennen elkaar

door overleggen, bijeenkomsten, meeloopdagen; dit geldt voor iedereen: zorgprofessionals, leidinggevendenden, managers en bestuurders

...leren van en met elkaar en houden elkaar scherp

door delen van best practices, casuïstiekbesprekingen

...begrijpen allemaal hoe de acute zorgketen functioneert

door scholing

...maken duidelijke werkafspraken

tijdens overleggen en bijeenkomsten, leggen de afspraken vast, evalueren, scherpen aan en gebruiken een systeem voor inzicht in de werkafspraken



Daarbij nemen we ieder onze eigen verantwoordelijkheid voor het aanbieden van de eigen acute zorg.

We zorgen dat we zelf onze zaken goed georganiseerd, afgesproken en ingeregeld hebben, met name tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW).

Uitwerking regionale transformaties

Hoofdstuk 4



Samen acute zorg voorkomen



Huidige situatie

Er zijn op dit moment al piekmomenten in de instroom in de acute zorg. Hierdoor zijn bijvoorbeeld SEH's regelmatig genooddaakt om een bypass af te geven, waarmee ze een beroep doen op SEH's in de regio om bij te springen. Tegelijkertijd wordt er regelmatig een beroep gedaan op de acute zorg terwijl die niet noodzakelijk is. Bijvoorbeeld door bezorgde ouders van kinderen van 0 tot 4 jaar. De verwachting is dat de instroom in de acute zorg zal toenemen met 20% voor de ambulancezorg, 11% voor HAP contacten en 16% voor SEH.* De uitdaging voor de toekomst is kortom om een deel van de instroom in de acute zorg af te buigen door preventie.

Gewenste situatie

Inwoners weten wat ze van de acute zorgketen kunnen verwachten en kunnen zelf een inschatting maken of hun zorgvraag acuut is. Zorgverleners wisselen onderling relevante informatie uit over behandelwensen en gaan daarover het gesprek aan met patiënten. Daarnaast hebben we een aantal concrete preventieve maatregelen gericht op specifieke doelgroepen, zoals sporters en ouderen met hoog medicatiegebruik. Dit zal leiden tot een reductie van de instroom in de acute zorg doordat er minder onnodig beroep gedaan wordt op de acute zorg en door afname van de acute zorgvraag.

*Bron: Regiobeeld Acute Zorg, juni 2023



Een huisarts meldt bij een ziekenhuis de komst van een instabiele patiënt, maar geeft aan dat het nog wel even kan duren. De patiënt woont op de vijftiende verdieping van een flatgebouw en haar huis staat overvol met spullen. Volgens de huisarts zijn brandweer en ambulance nog wel even bezig om de obese, niet aanspreekbare patiënt uit haar huis te halen. Als patiënte medisch gezien weer is opgeknapt, vraagt de behandelend arts zich af waarom er niet eerder alarmsignalen over deze patiënt zijn afgegeven (door huisarts, gemeente, woningcorporatie) waardoor zij zo lange tijd buiten de zorgketen heeft kunnen blijven.



Initiatieven

Om deze transformatie te bereiken hebben we de volgende initiatieven geformuleerd:

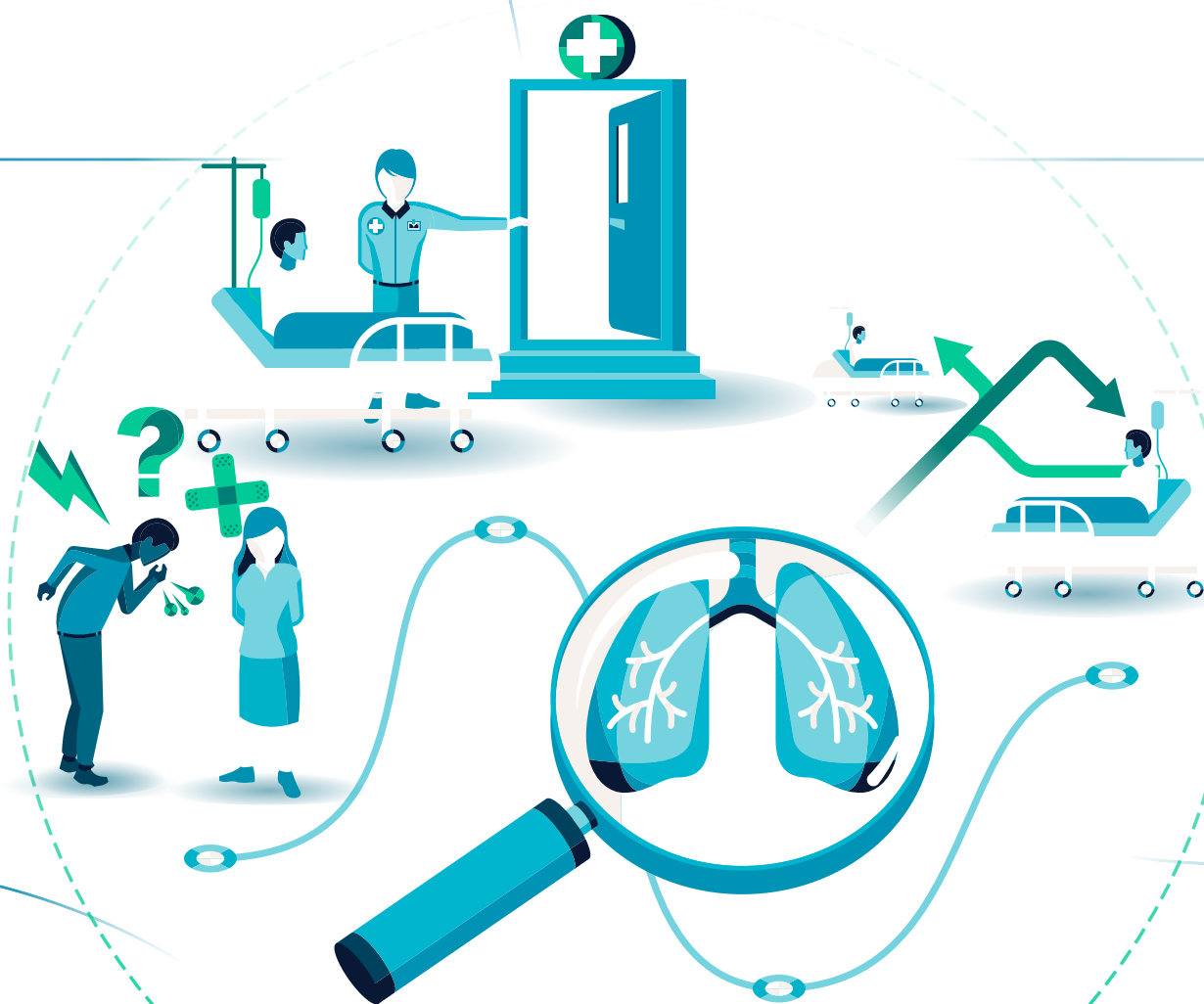
- **Voorlichting en communicatie over bewustwording en zelfredzaamheid.** Gericht op specifieke doelgroepen (bijv. ouders van kinderen 0-4 jaar, oudere patiënt met mantelzorg, 'digivaardige' groep ouderen tussen 65 en 80 jaar). Doel is bewustwording over wanneer een zorgvraag acuut is (en gewenst gezien proactieve zorgplanning), waar je terecht kunt en wat je ervan kunt verwachten. En ook om zelfredzaamheid waar mogelijk te vergroten, om een hulpvraag zelf of samen met de omgeving te kunnen oplossen.
- **Gerichte preventie interventies.** Op basis van een analyse selecteren we een aantal doelgroepen die een relatief groot beroep doen op de acute keten, waarbij preventie kansrijk lijkt. Denk aan valpreventie, voorkomen van medicatie gerelateerde zorgvraag en voorkomen van beroep op acute zorg n.a.v. sportongevallen.

Vervolg

Deze initiatieven zijn niet geprioriteerd als onderdeel van het Regioplan Acute Zorg. Dit betekent dat wij als acute zorg partners, in lijn met de koers die in de zorgkantoorregio's ingezet wordt, ons (individueel) inzetten op het bevorderen van voorlichting en bewustwording en het inzetten van gerichte preventie. Er wordt daarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande middelen (bijvoorbeeld 'Mijn kind heeft koorts

stoplichtboekje'). Hierin volgen wij de regionale koers maar voeren wij geen apart beleid in ROAZ verband. Tevens onderstrepen wij het belang van landelijke ondersteuning hierop.

Samen triëren, diagnosticeren en verwijzen van acute zorgvraag



Huidige situatie

Een melding van een acute zorgvraag wordt door de ketenpartner waar de melding terecht komt meestal monodisciplinair beoordeeld. Naar inschatting functioneert dit bij 90% van de HAP meldingen goed. Momenteel komen er echter veel meldingen binnen op de HAP met een lage urgentie (U4/ U5), waarbij niet direct zorg nodig is en onnodig beroep op de professionals in de acute zorg wordt gedaan. In 2022 was dit 41% van alle consulten (visite, telefonisch consult, consult) bij de HAP's in onze regio.*

In sommige gevallen is monodisciplinaire expertise onvoldoende toereikend voor een zorgvraag en komt de patiënt niet altijd direct op de juiste plek terecht. In deze gevallen kan het triageproces efficiënter worden ingericht.

Na de triage vindt wanneer nodig diagnostiek plaats. Sommige vormen van diagnostiek zijn nu niet of beperkt beschikbaar in de eerstelijnszorg of thuis bij de patiënt, waardoor de patiënt vaker moet verplaatsen.

Het verwijzen naar een andere zorgverlener gaat nu nog niet op basis van inzicht in capaciteit en wachttijd, waardoor piekmomenten ontstaan op o.a. de SEH en patiënten vaak moeten wachten.

*Bron: Regiobeeld Acute Zorg, juni 2023



Een patiënt met psychiatrische problematiek wordt acut opgenomen. Na eerste afwending van de crisis heeft patiënt ambulante vervolgzorg nodig. De reguliere wachtlijst hiervoor bedraagt acht maanden. Met veel kunst- en vliegwerk wordt de wachtlijst voor deze patiënt verkort tot vijf weken (wat inhoudt dat andere patiënten nóg langer moeten wachten). Het is onmogelijk de patiënt vijf weken opgenomen te houden op een crisisbed. Na het ontslag van patiënt moet de crisisdienst de wachttijd tot de start van de ambulante zorg overbruggen. Maar deze patiënt is niet de enige waarvoor de crisisdienst dat moet doen. Hierdoor komt óf de spoedcapaciteit in de knel óf de GGZ-organisatie kan haar taak in de overbruggingszorg niet waarmaken. Voorkomen moet worden dat patiënt in de tussentijd op zoek gaat naar andere manieren om geholpen te worden en daarvoor bij verschillende partijen aanklopt. Die weten dat doorgaans niet van elkaar en doen ieder afzonderlijk veel dezelfde dingen. Een voor alle zorgverleners toegankelijk (spoed)dossier voorkomt dubbel werk waardoor patiënt uiteindelijk sneller de juiste behandeling krijgt.



Transformatie 2

Gewenste situatie

Als patiënt word je efficiënt en doelmatig geholpen ongeacht wie je aan de lijn krijgt. Patiënten (en zorgverleners) hebben 24/7 toegang tot goede en passende triage: zelf als het kan, monodisciplinair waar mogelijk, multidisciplinair wanneer nodig. Voor zorgverleners is er toegang tot (thuis/eerstelijns) diagnostiek. Ook wordt de zorgverlener middels zorgcoördinatie ondersteund in het verwijsp proces. Daarvoor is inzicht in capaciteit en zijn patiëntgegevens beschikbaar. Met het inzicht in capaciteit wordt de instroom in de acute zorg gecoördineerd zodat piekmomenten voorkomen worden.

Initiatieven

Om deze transformatie in te zetten, hebben we als NAZMN de volgende initiatieven geselecteerd:

- **Efficiënte en passende triage**
- **Coördinatie patiëntenstromen**

Vervolg

Bovenstaande initiatieven worden door het NAZMN opgepakt en zijn op de volgende pagina's uitgewerkt.

Ook **beschikbaarheid van (thuis/eerstelijns) diagnostiek** is belangrijk voor het slagen van de transformatie. Dit kan (op termijn) opgepakt worden door individuele ketenpartners of in onderlinge samenwerking. Dit kan o.a. door het organiseren van een regionale consultatiefunctie tijdens diagnostiek, specialistische verpleegkundigen voor uitgebreidere diagnostiek en beschikking over point of care test/digitale diagnostiek bij mobiele teams/HAP's.

Impact

Minder onnodige meldingen binnen de acute zorg en een sneller proces, daardoor verminderde wachttijden en verhoogde toegankelijkheid van acute zorg.

Ondersteuning van zorgverleners tijdens triage en verwijzing van de patiënt, waardoor hun expertise effectief en efficiënt wordt benut.

Een patiënt komt met hartritmestoornissen op de huisartsenpost. Daar wordt een hartfilmpje gemaakt. De dienstdoende huisarts belt met het lokale ziekenhuis om het filmpje te laten beoordelen. Als het ziekenhuis hoort dat de patiënt een inwendige defibrillator heeft dat in Leiden is geïmplant, is beoordelen van het hartfilmpje plots onmogelijk. Het ziekenhuis verwijst de huisarts hiervoor naar Leiden. De huisarts neemt contact op met het ziekenhuis in Leiden. Ook daar wil men het filmpje niet beoordelen en vraagt men de huisarts de patiënt in te sturen. De huisarts belt een ambulancediende patiënt uiteindelijk vanuit de regio Utrecht naar Leiden vervoert. Het hele consult duurt twee-en-een-half uur. Daarna roept de huisarts de volgende patiënt uit de – inmiddels overvolle – wachtkamer.





Efficiënte en passende triage

Beschrijving

In de regio wordt op een efficiënte en passende manier getrieerd, waardoor de patiënt altijd op de juiste plek terecht komt en de zorgverlener ondersteund wordt tijdens het verwijzproces. Dit wordt bereikt door middel van een triage trap. De eerste trede is (digitale) zelftriage (waar nodig doelgroep gericht) met als uitkomst een automatisch consult of een volledige automatische zelftriage. Aan de eerste categorie komt geen zorgverlener te pas, voor de tweede categorie is na de triage inzet van een zorgverlener nodig om te bepalen wat passende vervolgzorg is. Deze eventuele tweede trede wordt (waar mogelijk) monodisciplinair uitgevoerd. Als laatste trede, indien monodisciplinaire expertise onvoldoende toereikend is voor de zorgvraag, is er 24/7 een regionale voorziening voor multidisciplinaire afstemming om gezamenlijk passende zorginzet te bepalen.

Doelstelling (over 3-5 jaar)

- Van de hulpvragen in de ANW wordt 3% volledig automatisch afgehandeld op basis van (digitale) zelftriage.
 - **Indicator:** aantal telefonische consulten bij de HAP en aandeel U4/U5.
 - **Impact:** verminderde druk op de triage. Ter indicatie: 3% minder betekent in onze regio jaarlijks circa 9.600 telefonische consulten minder.*
- Van de hulpvragen in de ANW wordt 10% middels automatische (digitale) zelftriage getrieerd.
 - **Indicator:** aantal automatische (digitale) zelftrriages.
 - **Impact:** kortere telefonische triage duur HAP, vermindering wachttijden (moet nog gekwantificeerd worden a.d.h.v. cijfers HAP).
- Wanneer nodig kan triagist/zorgverlener de juiste expertise inschakelen voor multidisciplinaire beoordeling.
 - **Indicator:** aantal multidisciplinaire triages.
 - **Impact:** patiënt sneller op de juiste plek, naar inschatting bij 10% van de HAP meldingen.

- 10% vermindering van 'verkeerde' inzet ambulance door verbeterde afschalingsmogelijkheden centralist.
 - **Indicator:** aantal 'verkeerde' inzetten ambulance.
 - **Impact:** minder ambulanceritten en patiënt beter geholpen (nog kwantificeren).

Knelpunten die worden aangepakt met dit initiatief:

- Naar verwachting veel zorgvragen met U4/U5 op de HAP door **ongeruste ouders van 0-4 jarigen**.
- Onterechte en vermijdbare instroom van **kwetsbare ouderen** in de acute zorg.
- Soms wordt er een beroep op de HAP gedaan daar waar rechtstreekse dienstverlening vanuit de **GGZ** ook mogelijk is.

(Landelijke) randvoorwaarden:

- Inzicht in relevante patiëntgegevens.
- Passende bekostiging (consultatiefunctie).
- Maatschappelijke bewustwording acute zorg.

*Bron: Regiobeeld Acute Zorg, juni 2023



Efficiënte en passende triage

Activiteit

Onderzoek naar best practices op het gebied van (digitale) zelftriage en uitwerken van een regionale aanpak en voorlichting, waar nodig doelgroepspecifiek

Doelgroep: alle inwoners en mantelzorgers met een zorgvraag. Bij het uitwerken van (digitale) zelftriage is specifiek aandacht voor de grote en digivaardige groep 20-60 jarigen en ouders van kinderen van 0-4 jaar.

Mijlpalen:

1. Inzicht in en selectie van doelgroepen met hoog percentage laag urgente meldingen bij HAP en 112.
2. In de hele regio wordt naar dezelfde (digitale) zelftriage tool verwezen en deze tool wordt breed gebruikt.
3. Er is eenduidige en doelgroepgerichte communicatie over (digitale) zelftriage.

Eerste stap: analyse van laag urgente meldingen bij HAP en 112 en inventarisatie van de bestaande oplossingen in de markt voor digitale zelftriage.

Betrokken ketenpartners: HA(P), RAVU.

Activiteit

Versterken van monodisciplinaire triage, o.a. ondersteuning huisartsenspoedzorg in de regio en verbeterde afschalingsmogelijkheden centralisten

Doelgroep: HAP's en RAVU.

Mijlpalen:

1. Er is inzicht in telefonische drukte en capaciteit van HAP's.
2. Er zijn afspraken over afschalingsmogelijkheden en samenwerking bij monodisciplinaire triage in ten minste de nacht.
3. Er is inzicht in relevante patiëntgegevens, ongeacht de HAP die de (afgeschaalde) melding beoordeelt.

Eerste stap: analyseren van vraag en aanbod in de nachten bij HAP en RAVU.

Betrokken ketenpartners: HAP, RAVU, ZCC Midden-Nederland.

Activiteit

Organiseren van een regionale voorziening voor multidisciplinaire en laagdrempelige afstemming om zorgvraag te beoordelen, voor de hele ROAZ-regio

Doelgroep: zorgverlener die zorgvraag niet monodisciplinair kan oplossen en multidisciplinaire afstemming zoekt (bijv. SOG, SPV, internist, psychiater, POH-GGZ).

Mijlpalen:

1. Er zijn concrete afspraken over welke zorgverleners beschikbaar zijn en wanneer.
2. Er zijn afspraken over gezamenlijke verantwoordelijkheid bij gedeelde triage.
3. Er is 24/7 regionale beschikbaarheid van consultatiefunctie/afstemming.

Eerste stap: inventarisatie (onder triagisten en huisartsen) welke expertise waar beschikbaar moet zijn en op welke manier dit ingeregeld kan worden.

Betrokken ketenpartners: ZCV, HA(P), ziekenhuizen, GGZ, VVT.



Coördinatie patiëntenstromen

Beschrijving

De stroom aan acute zorgpatiënten wordt middels zorgcoördinatie optimaal gecoördineerd m.b.v. 24/7 inzicht in elkaars actuele beschikbare capaciteit. In de regio worden zorgcoördinatieprocessen ingericht ter realisatie van de juiste zorg op de juiste plek in de acute zorgketen. Het Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland (ZCC MN) biedt hiertoe 24/7 een loket voor zorgverleners/verwijzers uit de gehele ROAZ regio. Daarnaast is er voor de stroom tussen het Meander Medisch Centrum en tijdelijk verblijf in regio Eemland ook Zorg Coördinatie Eemland. Acute zorg is voor een groot deel op korte termijn planbaar en vertoont vaak een voorspelbaar patroon. Door gebruik te maken van data wordt voldoende acute zorg capaciteit beschikbaar gesteld. Daarnaast wordt planbare acute zorg, waar mogelijk, buiten de piekmomenten om gepland.

Doelstelling (over 3-5 jaar)

- Minder tijd kwijt aan regelen van de juiste zorg voor de patiënt.
- Afname van aantal kwetsbare patiënten zonder medische opname-indicatie in het ziekenhuis.
 - **Indicator:** wordt in het eerste kwartaal 2024 nader uitgewerkt.
 - **Impact:** Moet nog worden berekend a.d.h.v. cijfers ziekenhuizen.
- Een deel van de acute zorg is planbaar ingeregeld. Minder piekmomenten in acute zorg.
 - **Indicator:** wachttijd op de SEH.
 - **Impact:** Moet nog worden berekend a.d.h.v. cijfers ziekenhuizen.

Knelpunten die worden aangepakt met dit initiatief:

- **Kwetsbare oudere** krijgt vaak niet-passende/zinnige acute zorg.
- Soms wordt er een beroep op de HAP gedaan waar rechtstreekse dienstverlening vanuit de **GGZ** ook mogelijk is.

(Landelijke) randvoorwaarden:

- Inzicht in capaciteit
- Passende bekostiging (bijv. koppeling systemen en ZCV)



Coördinatie patiëntenstromen

Activiteit

Uitwerken en realiseren regionaal inzicht in capaciteit HAP's, VVT en GGZ

Doelgroep: alle partners (capaciteitsmedewerkers) in de acute zorgketen.

Mijlpalen

1. Er zijn afspraken over welke capaciteit van HAP's, VVT en GGZ inzichtelijk moet zijn.
2. Regionale afspraak over minimaal aantal beschikbare bedden in de VVT voor crisis-situaties (24/7) in de thuissituatie, ongeacht ZZP-indicatie.
3. De beschikbare capaciteit van VVT en HAP en GGZ is inzichtelijk.

Eerste stap: inventarisatie van welke capaciteit centraal toegankelijk moet zijn.

Betrokken ketenpartners: ziekenhuizen, RAVU, GGZ, HA(P), VVT, verzekeraars, ZC Eemland, ZCC Midden-Nederland.

NB de activiteit "ontwikkelen van (een visie voor) een regionaal elektronisch capaciteitssysteem t.b.v. regionaal kunnen inplannen van afspraken" is ook beschreven onder het initiatief Coördinatie patiëntenstromen. Deze activiteit is niet geprioriteerd en wordt daarom niet direct door de regio opgepakt.

Activiteit

Gezamenlijk opstellen van visie op en doorontwikkelen van regionale zorgcoördinatie

Doelgroep: zorgverleners/verwijzers die voor hun patiënten gebruik maken van de functionaliteiten van zorgcoördinatie.

Mijlpalen

Er is een onderzoeker voor inrichting governance ZCV aangesteld (er loopt nu een onderzoek waarvan het advies nog in 2023 wordt verwacht).

1. Er is een regiobrede visie op doorontwikkeling zorgcoördinatie (o.a. governance en aantal locaties in de regio).
2. Er is 24/7 beschikbaarheid van zorgcoördinatie.

Eerste stap: samenbrengen (van de coördinatiefuncties) van de regio voor het opstellen van visie zorgcoördinatie.

Betrokken ketenpartners: ZC Eemland, ZCC Midden-Nederland, HAP, RAVU, GGZ, VVT, ziekenhuizen.

NB In 2020 is een kwartiermaker voor het ZCC Midden-Nederland aangesteld, deze rol wordt gecontinueerd.

Samen leveren van passende acute zorg en ondersteuning, zo thuis mogelijk



Huidige situatie

In de huidige situatie belanden onder andere kwetsbare ouderen en personen met psychische klachten onnodig in de spoedzorgketen, terwijl zorg en ondersteuning op een andere plek gewenst is. Kwetsbare ouderen krijgen te vaak niet passende/zinnige zorg. Dit zorgt voor een onterechte en vermijdbare instroom in de acute zorgketen. Het vinden van juiste zorg voor kwetsbare ouderen en personen met specifieke/complexere psychische acute zorgvraag lukt niet goed.

Gewenste situatie

Om de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorgketen toekomstbestendig te maken, dient de regio te transformeren naar het leveren van passende acute zorg zo 'thuis mogelijk'. Dit wordt bereikt door zinnige zorg te leveren op de juiste plek met de juiste expertise. Voor kwetsbare ouderen en patiënten met psychische problematiek is, waar nodig, de SEH het 'laatste redmiddel'. Deze specifieke groepen gaan ook zo snel mogelijk weer weg van de SEH, naar huis of naar een plek die passender is.

Het leveren van deze zorg wordt regionaal gecoördineerd op basis van feiten en data, waarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van lokale oplossingen. Daarnaast is er voldoende personeel beschikbaar in de ANW-uren, doordat gebruik gemaakt wordt van combifuncties.

Het is weekend. Een oude mevrouw heeft ernstige obstipatie. Orale middelen helpen niet. Een Colex klysma is geïndiceerd. Normaal gesproken geeft de thuiszorg een klysma, maar mevrouw heeft geen thuiszorg. De huisarts belt met het ziekenhuis of ze mevrouw op de SEH een klysma kunnen geven. Dat kan niet. De huisarts belt met de dienstdoende MDL-arts. Hij adviseert contact op te nemen met de verpleegafdeling of iemand beschikbaar is die een klysma kan geven. Volgens de verpleegafdeling kunnen ze alleen een klysma geven als mevrouw wordt opgenomen. Hetgeen uiteindelijk geschiedt. De huisarts is gefrustreerd. Hij is uren zoet geweest met een handeling van een paar minuten.



Transformatie 3

Initiatieven

Om deze transformatie in te zetten, gaan we als NAZMN de komende drie jaar in onze regio aan de slag met de volgende initiatieven:

- **Bevorderen doorstroom vanuit de spoedzorglocatie**
- **24/7 direct inzetbare wijkverpleging**
- **24/7 thuismonitoring acute situaties**

Vervolg

Bovenstaande initiatieven worden door het NAZMN opgepakt en zijn op de volgende pagina's uitgewerkt.

Ook het initiatief **combifunctie (in ANW) en flexibel personeel acute zorgketen** draagt bij aan het succes van deze transformatie. Dit initiatief kan (op termijn) opgepakt worden door individuele ketenpartners of in onderlinge samenwerking. Dit kan o.a. door ontwikkeling van combifuncties en passende (bij)scholing en het inrichten van een flexibele personeelspan (in ANW).

Impact

Lagere instroom van kwetsbare ouderen met een onterechte en vermijdbare acute zorgvraag in de spoedzorgketen.

Uitstroom vanaf een spoedzorglocatie wordt bevorderd, hierdoor wordt spoedzorgcapaciteit vrij gespeeld. Kwetsbare ouderen en personen met een specifieke psychische acute zorgvraag ontvangen de juiste zorg op de juiste plek.

Een aan GHB verslaafde man veroorzaakt op zaterdagmiddag overlast. De buren bellen de politie. Die wil de man niet meenemen en schakelt de crisisdienst in. De man is naast GHB-gebruik ook bekend met psychotische episodes, al dan niet onder invloed van zijn verslaving, en lijkt ook nu in een psychose te geraken. Opname dicht in de buurt van een somatische IC is geïndiceerd. Het ziekenhuis vindt de opname spannend omdat patiënt gewelddadig kan worden en (fysieke) bewaking nodig is. Ook kan patiënt plots zo snel verslechteren dat hij overlijdt. Na veel gedoe wordt patiënt uiteindelijk opgenomen.



Familie van een patiënt belt de huisartsenpost: het gaat thuis echt niet meer. Meneer heeft buikgriep en doordat zijn echtgenote nu ook buikgriep heeft, kan zij niet meer voor hem zorgen. Het gaat om een zelfstandige man, dus thuiszorg is niet van toepassing. Met het wegvallen van zijn partner als verzorger, heeft hij tijdelijk onplanbare zorg nodig. De huisarts was op vrijdag geweest en zag geen reden om meneer op te nemen in het ziekenhuis.





Bevorderen doorstroom vanuit spoedzorglocatie

Beschrijving

In de regio zijn tijdelijke voorzieningen met 24/7 toegang waar ouderen en personen met een psychische complexe zorgvraag opgevangen kunnen worden (maximaal 3-5 werkdagen) voor een multidisciplinair assessment, waarna een structurele oplossing gevonden kan worden. Zoveel mogelijk wordt vanuit huis doorverwezen naar deze tijdelijke voorziening. Indien eerst diagnostiek plaats vindt kan ook vanuit de spoedzorglocatie worden doorverwezen naar de tijdelijke voorziening.

Doelstelling (over 3-5 jaar)

- Zoveel mogelijk thuis houden van de patiënt met een acute zorgvraag. Als dat echt niet gaat, dan moet er een bed zijn (niet-zijnde het ziekenhuis). Geen kwetsbare ouderen meer onnodig in het ziekenhuis.
 - **Indicator:** wordt in het eerste kwartaal 2024 nader uitgewerkt.
 - **Impact:** onbekend om hoeveel SEH bezoeken het op dit moment gaat.

- Reductie instroom van ouderen in de kliniek na SEH bezoek zonder medische opname indicatie.
 - **Indicator:** aantal ouderen na de SEH in ziekenhuis opgenomen zonder medische indicatie.
 - **Impact:** 562 traumapatiënten van 65+ zijn in 2022 waarschijnlijk zonder medische indicatie opgenomen.*
Ter indicatie: een halvering van alleen al deze groep betekent dus 281 minder opnames en bijna 2.000 minder verpleegdagen in het ziekenhuis.
- Recidiverende ouderen op spoedzorglocatie verminderen.
 - **Indicator:** aantal patiënten van 65 jaar en ouder dat binnen 2 weken na acute zorg, weer in acute zorg terechtkomt (o.b.v. declaratiedata).
 - **Impact:** 13% van de patiënten van 65 jaar en ouder komt nu binnen 2 weken opnieuw in acute zorg; het gaat om ruim 8.000 patiënten.** Ter indicatie: een reductie van 10% daarvan komt dus neer op ruim 800 minder acute zorgevents.

- Patiënten met psychiatrische problematiek stromen sneller door vanaf de spoedzorglocatie.
 - **Indicator:** wordt in het eerste kwartaal 2024 nader uitgewerkt.
 - **Impact:** onbekend om hoeveel patiënten het gaat.

Knelpunten die worden aangepakt met dit initiatief:

- Mismatch in vraag en aanbod opvang **kwetsbare ouderen** met acute zorgbehoefte buiten het ziekenhuis.
- Voor specialistische klinische **GGZ** zorg bestaan soms lange wachttijden die als knellend ervaren worden.

(Landelijke) randvoorwaarden:

- Passende bekostiging (regionale tijdelijke voorziening).
- Inzicht in relevante patiëntengegevens.
- Inzicht in beschikbare capaciteit van de tijdelijke voorziening.

* Bron: Traumaregistratie Midden-Nederland o.b.v. methode: Ned Tijdschr Geneesk. 2023;167:D7608

** Bron: Regiobeeld Acute Zorg, juni 2023



Bevorderen doorstroom vanuit spoedzorglocatie

Activiteit

Onderzoeken en uitwerken van generieke of doelgroep specifieke regionale tijdelijke voorziening(en) voor opvang van patiënten in ANW uren en/of na HAP/SEH bezoek

Doelgroepen:

1. Ouderen waarbij het thuis niet meer gaat, met acute zorgvraag.
2. Ouderen met psychiatrische achtergrond of dementieel beeld, verward, al dan niet in combinatie met somatische problematiek.
3. Patiënten met acute GGZ problematiek (inclusief acute verslaving).

Mijlpalen:

1. Er is 24/7 toegang tot tijdelijk verblijf bedden voor de patiënten uit bovenstaande doelgroepen.
2. Tijdelijk verblijf bedden voor deze patiënten zijn geconcentreerd op ~3 locaties.
3. Er zijn standaard, doelgroep specifieke zorgpaden voor de patiëntenstroom van deze patiënten.

Eerste stap: inventariseren huidige en toekomstige vraag en aanbod opvangplekken.

Betrokken ketenpartners: Ziekenhuizen, RAVU, ZCC MN, HA(P), VVT, GGZ, zorgverzekeraar.



24/7 direct inzetbare wijkverpleging

Beschrijving

In de regio is een dekkend netwerk van 24/7 direct inzetbare wijkverpleging. De huisarts kan, in overleg met de wijkverpleging, op ieder moment van de dag en van de week een wijkverpleegkundige inzetten om de hulp- of zorgvraag van een oudere patiënt thuis of dichtbij huis op te lossen. Een oudere komt alleen nog op de SEH als dat echt nodig is. Ook kan 24/7 direct inzetbare wijkverpleging ingezet worden om uitstroom vanaf de SEH te faciliteren/versnellen.

Doelstelling (over 3-5 jaar)

- Er is een dekkend netwerk van 24/7 direct inzetbare wijkverpleging dat de instroom van ouderen met een acute zorgvraag verlaagt.
 - **Indicator:** wordt in het eerste kwartaal 2024 nader uitgewerkt .
 - **Impact:** Jaarlijks zijn er zo'n 18.000 HAP visites en 32.500 SEH bezoeken van patiënten van 70 jaar en ouder.* Ter indicatie: een reductie van 10% komt dus neer op zo'n 1.800 HAP visites en 3.250 SEH bezoeken minder.

* Bron: Regiobeeld Acute Zorg, juni 2023

Aanpak

Concentratie en coördinatie van 24/7 direct inzetbare wijkverpleging is ook vanuit het domein Gezond Ouder Worden in het Regioplan Midden-Nederland geprioriteerd. Een aanpak voor het regionaal uitwerken en implementeren van 24/7 direct inzetbare wijkverpleging wordt in 2024 in samenwerking met 'Gezond Ouder Worden' opgesteld. Hierbij is ook aandacht voor de (sub)acute zorg.

Knelpunten die worden aangepakt met dit initiatief:

- **Kwetsbare oudere** krijgt vaak niet-passende/zinnige acute zorg.
- Onterechte en vermijdbare instroom van **kwetsbare ouderen** in de acute zorg.

(Landelijke) randvoorwaarden:

- Regionaal inzicht in beschikbare capaciteit.
- Inzicht in relevante patiënt-/cliëntinformatie.
- Passende bekostiging.



24/7 thuismonitoring in acute zorg

Beschrijving

De patiënt kan veilig en comfortabel herstellen in de thuissituatie (lees: meerdaags of ter overbrugging van de eerste 24 uur), door gecoördineerde inzet van continue (24/7) monitoring van vitale parameters en begeleiding op afstand (door (het regionaal) medisch servicecentrum). Daarmee willen wij een deel van de acute zorg ombuigen naar de thuissituatie (COVERED@home project). Dit zou een besparing kunnen opleveren van 56.000 verpleegdagen en 26.000 consulten. Daarnaast kan 1.000 fte anders worden ingezet.*

Doelstelling (over 3-5 jaar):

- Reductie van verpleegdagen in het ziekenhuis bij specifieke patiëntgroepen.
 - **Indicator:** wordt in het eerste kwartaal 2024 nader uitgewerkt.
 - **Impact:** nader te specificeren.

Aanpak

In het Regioplan Midden-Nederland is, door de opgave Passende Medisch Specialistische Zorg, het doel gesteld een regionaal Medisch Service Centrum voor ziekenhuizen en ketenpartners op te zetten. Het uitwerken van een visie en aanpak voor 24/7 thuismonitoring in de acute zorg is hier onderdeel van. In 2024 wordt een aanpak hiervoor samen met de betrokken professionals opgepakt.

Voor de acute zorg is het daarin in ieder geval belangrijk dat er een zorgpad(protocol) komt voor 'continue (24/7) monitoring van vitale parameters in de thuissituatie' met een passende aanpak om dit logistiek en organisatorisch mogelijk te maken.

Knelpunten die worden aangepakt met dit initiatief:

- **Kwetsbare oudere** krijgt vaak niet-passende/zinnige acute zorg.

(Landelijke) randvoorwaarden:

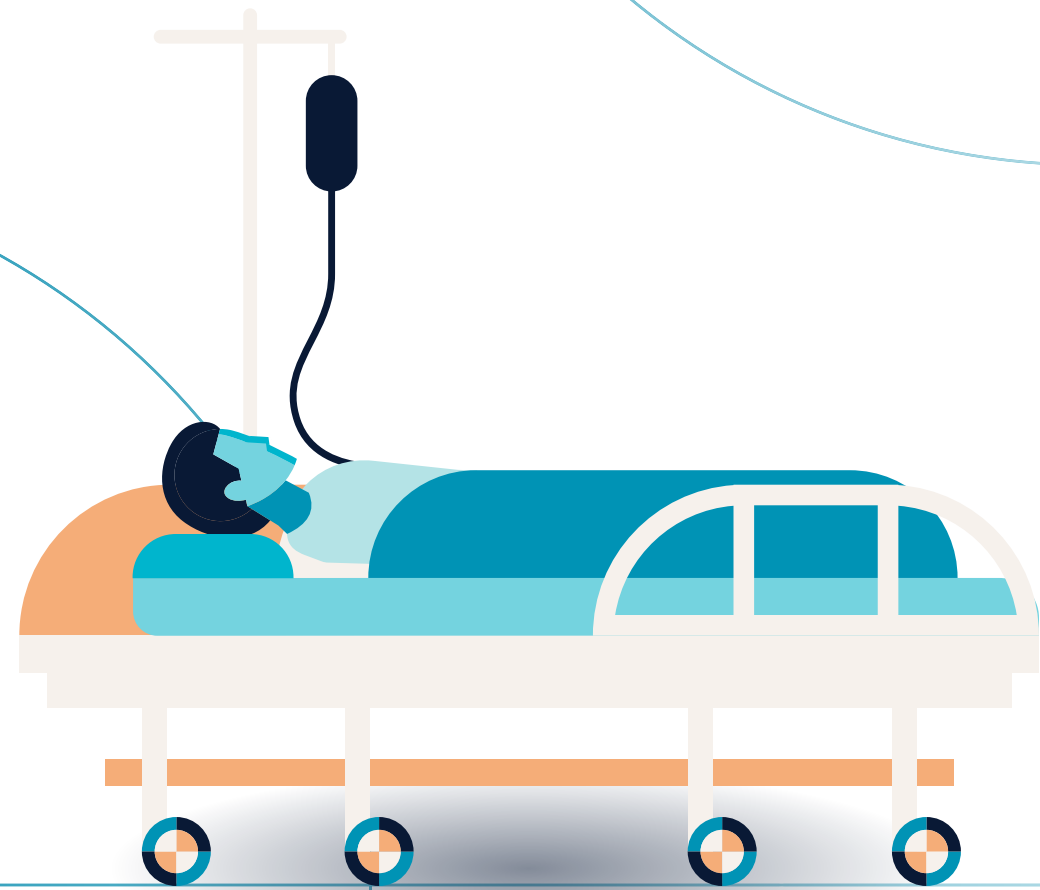
- Goed werkgeverschap: gezamenlijk opleiden.
- Structurele (keten)bekostiging.

* Bron: o.b.v. berekening UMC Utrecht

Uitwerking patiëntgroepen met specifieke zorgvraag

Multitrauma

5.1



Huidige situatie en knelpunten/toekomstige uitdagingen:

Adequate triage en correcte presentatie is een uitdaging, omdat het lastig is om de multitrauma patiënt op straat te herkennen. Deels doordat de prehospitalale zorg snel ter plaatse is en deels doordat de symptomen niet direct duidelijk zijn. Aan de **volumenorm** voor multitraumapatiënten wordt in onze regio voldaan. Voor de **concentratienorm** is het officiële percentage voor onze regio 75%.*

* Bron: Zorginstituut Nederland

Ambitie

De ambitie is om in 3 jaar naar de 90% concentratie toe te groeien.

Aanpak op hoofdlijnen

In onze regio is een lang bestaande concentratie gaande, zijn de onderlinge contacten goed en kort en draagt de geografische indeling bij aan een presentatie van de juiste patiënt op de juiste plek. De grote stappen daarin hebben we al gezet. De komende jaren zetten we de puntjes op de i en zorgen we dat ook de resterende multitrauma patiënten zo veel mogelijk primair in het level 1 centrum gepresenteerd worden.

Primair ligt hier een taak voor de prehospitalale zorgverleners (RAV's en MMT). Er zijn in de regio al goede **gesprekken op hoofdlijnen en afspraken**. Daarnaast is er een terugkoppeling ingericht om casuïstiek aan te kunnen dragen van patiënten die primair op een andere locatie beter af zouden zijn geweest. Tot slot wordt deze zelfde terugkoppeling ook met de afgevaardigde traumachirurgen in de regio besproken. Zo is een ieder doelgericht bezig om te streven naar 90% adequate triage van de multitrauma patiënt.

Daarnaast is het voornemen om de **Trauma Triage App (TTapp)** te gaan gebruiken. Deze app voorspelt of een traumapatiënt ernstig gewond is. De app kan ambulanceverpleegkundigen helpen bij de keuze van het ziekenhuis, om zo de juiste patiënt naar het juiste ziekenhuis te kunnen brengen.

(Landelijke) randvoorwaarden

- Passende bekostiging (landelijke financiering Trauma Triage App).
- Inzicht in relevante patiëntengegevens (met name Feedbackbericht SEH – RAV).

Normen voor multitraumazorg

Zorg Instituut Nederland (ZIN):

1. **Volumenorm:** een level 1 traumacentrum moet minimaal 240 multitraumapatiënten (Injury Severity Score ≥ 16) opvangen.
2. **Concentratienorm:** 90% van alle multitraumapatiënten (Injury Severity Score ≥ 16) moeten direct in het regionale level 1 traumacentrum gepresenteerd worden.

Link met transformaties

- Transformatie 2: Samen triëren, diagnosticeren en verwijzen van acute zorgvraag.

Heupfractuur

5.2

Huidige situatie en knelpunten/toekomstige uitdagingen

Heupfracturen komen veel voor bij oudere (65+) patiënten. De typische behandeling voor deze patiënten bestaat uit opname in een ziekenhuis voor diagnostiek en behandeling. Veelal bestaat de behandeling uit een operatie, hoewel een groeiende groep kiest voor een conservatieve behandeling. De typische ligduur is ongeveer 8 dagen, al varieert deze sterk, mede door het niet altijd voldoende beschikbaar zijn van vervolgzorg (o.a. geriatrische revalidatie). In de regio Utrecht gaat het om 1.239 heupfracturen op jaarbasis, waarvan 1.038 geïsoleerde heupfracturen en een groot deel bij ouderen boven de 65, de gemiddelde leeftijd is namelijk 76.*

Het aantal heupfracturen onder ouderen kent een sterke stijging (met name door vergrijzing) en deze stijging zal de komende 10 jaar, naar verwachting met 29%, doorzetten.** Deze prognose is gebaseerd op de leeftijdsverdeling van de huidige patiëntgroep, in combinatie met de demografische ontwikkelingen in onze regio. Al langere tijd is duidelijk dat bij kwetsbare ouderen de opgelopen fractuur slechts een uiting is van een groter onderliggend probleem, waar de huidige inrichting van de ziekenhuiszorg niet optimaal bij aansluit.

Ambitie

Concentratie van opvang en expertise om behandeling en begeleiding van patiënten met een heupfractuur zo goed mogelijk bij de behandelwensen van de patiënt te laten aansluiten.

Aanpak op hoofdlijnen

Zoals in de opgave 'Passende Medisch specialistische zorg' uit het Regioplan Midden-Nederland beschreven werken het Meander MC, St. Antonius en Diakonessenhuis samen met VVT partners en in afstemming met het UMC Utrecht toe naar het verbeteren van trauma geriatrische zorg (heupfracturen) met o.a. aandacht voor verdere concentratie van deze zorg, betere logistiek en doorstroming en vermindering van ligdagen. Ook is er aandacht voor structurele preventiemaatregelen zoals valpreventie, preventie gericht op patiënten met osteoporose en het verder uitdragen van proactieve zorgplanning en samen beslissen.

Vanuit de acute zorg zijn met name de plannen die de instroom optimaal inrichten van belang. Dit wordt in samenhang met de 'Passende MSZ'- plannen uit het Regioplan Midden-Nederland uitgewerkt.

* Bron: Traumaregistratie Midden-Nederland

** Bron: Regiobeeld acute zorg, juni 2023



Geboortezorg

5.3

Huidige situatie en knelpunten/toekomstige uitdagingen

Het aantal geboortes in onze regio neemt de komende 10 jaar naar verwachting met 18% toe ten opzichte van het gemiddeld aantal geboortes in de periode 2020-2022.* Dit is richting de toekomst een grote uitdaging, o.a. doordat er nu al capaciteitsproblematiek in de geboortezorgketen is.

Ambitie

De geboortezorg in de regio is toegankelijk, van goede kwaliteit en kostenbewust georganiseerd, nu en in de toekomst.

Aanpak op hoofdlijnen

In januari komen ketenpartners vanuit de geboortezorg (eerste lijn, ziekenhuizen, kraamzorg, ambulancezorg en verzekeraar) tijdens een **heidag** bij elkaar. Tijdens deze heidag worden de ervaren knelpunten en oorzaken besproken, worden knelpunten geprioriteerd, wordt de ambitie aangescherpt en worden oplossingsrichtingen verkend. Op basis van de heidag worden specifieke initiatieven en activiteiten vanuit de geboortezorg verder uitgewerkt.

Daarnaast lopen in de geboortezorg al verscheidene initiatieven die bijdragen aan het behalen van de ambitie zoals LPZ (inzicht in beschikbare capaciteit), Digitale gegevensuitwisseling, Geboortezorg Consortium Midden-Nederland. Implementatie en monitoring van deze initiatieven is belegd bij verschillende overleggrems binnen de Acute Verloskunde.

* Bron: Regiobeeld acute zorg, juni 2023



Pijn op de borst

(Acute cardiologie)

5.4 (1)

Huidige situatie en knelpunten/toekomstige uitdagingen

Het aantal patiënten met pijn borst neemt, op basis van demografische ontwikkeling, de komende 10 jaar met 22% toe.* Door deze toenemende zorgvraag komt de toegankelijkheid en werkdruk van de acute cardiologische zorg onder druk.



Daarnaast worden nu twee grote knelpunten ervaren:

Knelpunt	Oorzaak	Impact
Op basis van huidige triage criteria wordt te vaak een ambulance ingezet en patiënten ingestuurd naar SEH/EHH bij de ingangsklacht pijn op de borst (overtrriage)**.	<ul style="list-style-type: none">▪ Triage (HAP/MKA/ambulance) is te breed/risicomijdend en niet eenduidig.▪ Ontbreken van feedbackloop / aanscherping triageproces (geen terugkoppeling achteraf richting HAP en ambulance).▪ Prehospitala diagnostiek ontbreekt.	<ul style="list-style-type: none">▪ Onnodige inzet van ambulance (17% acute ambulance ritten voor cardiologie).*▪ Onnodige druk in ziekenhuizen/EHH (12%patiënten in ziekenhuis met PoB, verwachte toename van 22% in 10 jaar tijd).*
Ontoereikende capaciteit acute cardiologie.	<ul style="list-style-type: none">▪ Personeelstekorten.▪ Toename complexe patiëntcasuïstiek.▪ Stokkende doorstroom door onvoldoende capaciteit CCU en verpleegafdeling.	<ul style="list-style-type: none">▪ Bypasses EHH.▪ Ambulance kan patiënt niet kwijt, daardoor veel niet-effectieve tijd ambulance (wachtijd).▪ Patiëntveiligheid in het geding.

* Bron: Regiobeeld acute zorg, juni 2023

** Vanuit het Julius Centrum wordt onderzoek gedaan naar implementatie van aangescherpte HAP triage.

Pijn op de borst

(Acute cardiologie)

5.4 (2)

Ambitie

De samenwerking in de regionale cardiale spoedzorgketen is versterkt. Ketenpartners uit de cardiale spoedzorgketen delen actief kennis met elkaar t.b.v. het verbeteren van de cardiale spoedzorgketen. In de regio is er eenduidig beleid en zijn er werkafspraken tussen organisaties in de regio over de cardiale spoedzorgketen. Daarnaast is er voldoende capaciteit in de cardiale spoedzorgketen om de toegenomen zorgvraag op te kunnen vangen.

Aanpak op hoofdlijnen

1. Aanscherpen HAP triage (implementatie-onderzoek Julius Centrum).
2. Opbasis van een **regionale data-analyse** wordt het knelpunt ontoereikende capaciteit EHH aangescherpt.
3. In 2024 scherpt de focusgroep Acute Cardiologie de **ambitie en aanpak** verder aan.
4. **Werkafspraken** rondom afstemming in de keten bij beperkte opvangcapaciteit acute cardiologie.
5. Ziekenhuizen maken afspraken en bieden **inzicht in de beschikbare klinische capaciteit** die nodig is voor opname na opvang acute cardiologische patiënt.



Link met transformaties

- Transformatie 2: Samen triëren, diagnosticeren en verwijzen van acute zorgvraag.
- Transformatie 3: Samen leveren van passende acute zorg en ondersteuning, zo thuis mogelijk.

Beroerte

(Acute neurologie)

5.5 (1)

Huidige situatie en knelpunten/toekomstige uitdagingen

Voor beroerte is de inschatting dat het aantal patiënten in onze regio de komende 10 jaar gaat stijgen met 28%.* Deze toekomstverkenning is alleen gebaseerd op de demografische ontwikkeling. Overige ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en beleid zijn daarin dus niet meegenomen.

Daarnaast worden nu drie grote knelpunten ervaren:



Knelpunt	Oorzaak	Impact
Niet effectief/onnodig gebruik van beroertezorg voor kwetsbare ouderen.	<ul style="list-style-type: none">▪ Niet altijd duidelijk wanneer een behandeling bij kwetsbare ouderen nog zin heeft.▪ En/of een oudere nog wel behandeld wil worden.	<ul style="list-style-type: none">▪ Onnodige druk op capaciteit (IAT/revalidatie).▪ Draagt niet bij aan kwaliteit voor patiënt.
Toekomstige uitdaging: druk op capaciteit complexe IAT.	<ul style="list-style-type: none">▪ Toename patiënten met beroerte (+28% tot 2033).▪ Beperkte IAT capaciteit door tekort aan radiologen die interventiebehandeling kunnen doen.	<ul style="list-style-type: none">▪ Patiëntveiligheid onder druk door lange wachttijd behandeling.
Uitstroom van patiënten met beroerte naar revalidatie stagneert, en knelpunt neemt toe door toename patiënten.	<ul style="list-style-type: none">▪ Toename patiënten met beroerte (+28% tot 2033).▪ Ontoereikende capaciteit medisch specialistische revalidatie.	<ul style="list-style-type: none">▪ Beddencapaciteit ziekenhuis onder druk (verkeerde beddagen).▪ Kwaliteit van zorg voor patiënt suboptimaal.

* Bron: Regiobeeld acute zorg, juni 2023

Beroerte

(Acute neurologie)

5.5 (2)

Ambitie

Optimalisatie van in- door- en uitstroom van patiënten met beroerte, zodat de zorg toegankelijk is, ook bij een toenemend aantal patiënten.

Aanpak op hoofdlijnen

De urgentie en de verwachte toename van de instroom wordt niet direct herkend vanuit de ziekenhuizen. De uitstroom naar revalidatie is niet direct een oplossing die binnen de acute zorg ligt. Een stagnatie van de uitstroom kan echter wel impact hebben op de hele zorgketen, dus ook aan de kant van de (acute) instroom. Het bureau NAZMN zal de **instroom, doorstroom en uitstroom van beroerte patiënten in de regio monitoren**. Daarnaast is voor de acute zorg bij deze patiëntgroep proactieve zorgplanning een belangrijk onderwerp om (ongewenste) instroom te voorkomen, dit is geprioriteerd in het Regioplan Midden-Nederland. Daarnaast wordt gekeken waar een plan voor de problematiek rond de uitstroom kan worden opgepakt.

Link met transformaties

- Transformatie 1: Samen acute zorg voorkomen.
- Transformatie 3: Samen leveren van passende acute zorg en ondersteuning, zo thuis mogelijk.



Totaaloverzicht prioritaire activiteiten ter realisatie van transformaties 5.6

De activiteiten vanuit de patiëntgroepen met specifieke zorgvraag vormen een aanvulling op de activiteiten onder generieke initiatieven uit hoofdstuk 4. Zo zetten deze activiteiten kracht bij aan de drie transformaties binnen de acute zorg. Onderstaand het totaaloverzicht van de activiteiten die het NAZMN de komende jaren met prioriteit gaat oppakken.

Onze basis: Samen gelijkgericht in de acute zorgketen

1

Samen acute zorg voorkomen door focus op zelfredzaamheid

Aansluiten bij transformaties gericht op preventie en zelfredzaamheid vanuit Regioplan Midden-Nederland, o.a.:

- Proactieve zorgplanning.
- Valpreventie.
- Maatschappelijke bewustwording.
- Campagne over wanneer wel/niet contact opnemen met acute zorg.
- Gerichte preventie interventies en vroeg signalering (voorkomen acute zorg).

2

Samen triëren, diagnosticeren en verwijzen van acute zorgvraag

2a Efficiënte en passende triage

(Digitale) zelftriage.

Versterken van monodisciplinaire triage.

Multidisciplinaire en laagdrempelige afstemming.



Doorontwikkelen afspraken prehospitala zorgverleners m.b.t. multitrauma.



Implementeren TraumaTriageApp.



Aanscherpen HAP triage.

2b

Coördinatie patiëntstromen

Realiseren inzicht in capaciteit HAP's en VVT.

Doorontwikkelen regionale zorgcoördinatie.

Multidisciplinaire en laagdrempelige afstemming.



Inzicht in beschikbare klinische capaciteit.



Werkafspraken bij beperkte opvangcapaciteit.



Monitoren in-, door- en uitstroom.

3

Samen leveren van passende acute zorg en ondersteuning, zo thuis mogelijk

3a

Bevorderen doorstroom vanuit de spoedzorglocatie

Regionale tijdelijke voorziening(en) voor opvang van patiënten in ANW uren en/of na HAP/SEH bezoek.



Beleggen van aanpak rondom problematiek uitstroom beroertezorg.

3b

24/7 direct inzetbare wijkverpleging

Aanpak i.s.m. betrokkenen Regioplan Midden-NL.

3c

24/7 thuismonitoring in acute zorg

Aanpak i.s.m. betrokkenen Regioplan Midden-NL.

	Multitrauma
	Heupfracturen
	Geboortezorg
	Pijn op de borst
	Beroertezorg

Aanvullende opmerkingen

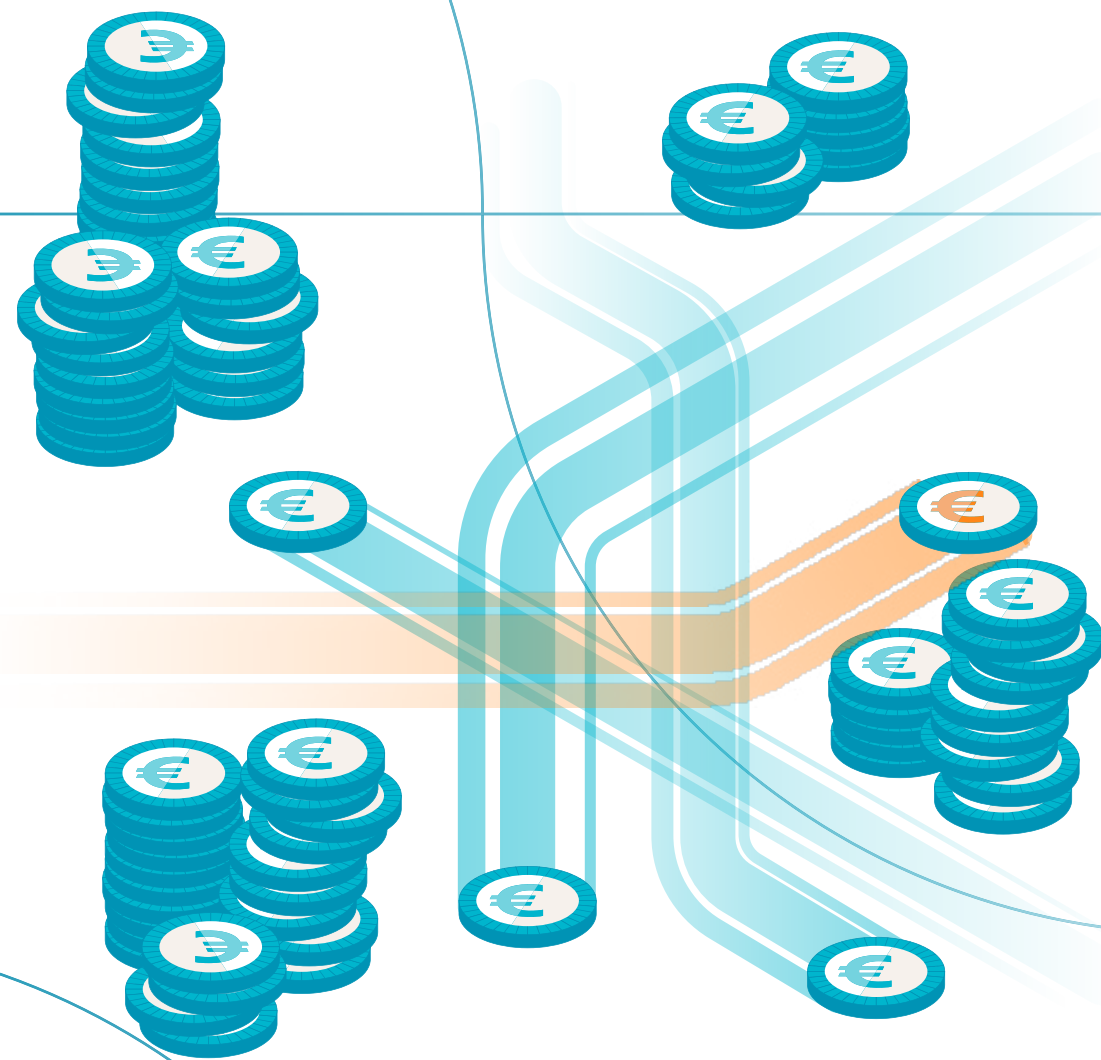
- De activiteiten voor **geboortezorg** worden aangevuld na de heidag in januari.
- De activiteiten voor **heupfracturen** worden i.s.m. betrokkenen van het Regioplan Midden-Nederland uitgewerkt.

Middelen en randvoorwaarden

Hoofdstuk 6

Financiering transformaties en structurele bekostiging

6.1



Beschrijving randvoorwaarde

Voor het realiseren van de transformaties is er passende bekostiging. Hierbij zien we onderscheid tussen de financiering van concrete initiatieven en activiteiten onder de transformaties en bekostiging van de acute zorg als stelsel.

Financiering transformaties

Voor de benoemde initiatieven en activiteiten is tijdelijke bekostiging nodig om de transformatie te kunnen realiseren. Hierbij moet ook gedacht worden aan financiering voor projectleiders van initiatieven en activiteiten. Voor de geprioriteerde initiatieven zullen we in Q1 2024 starten met het in kaart brengen van de benodigde financiering en waar van toepassing zullen we starten met het proces rondom het aanvragen van IZA transformatiemiddelen. Dat betekent dat we vanuit ROAZ-verband werken aan het opstellen van een snelle toets en vervolgens een transformatieplan.

Bekostiging van de zorg als stelsel

Om samen te werken en om zorg op de juiste plaats te bieden zijn er naast tijdelijke financiering voor het realiseren van de transformaties soms ook structurele verschuivingen nodig in de bekostiging van het zorgstelsel (voor acute zorg) of zijn bijvoorbeeld nieuwe betaaltitels nodig. Bijvoorbeeld bekostiging van voorzieningen waar beschikbaarheid voor nodig is. Hiervoor is het nodig dat we samen met de zorgverzekeraars de mogelijkheden onderzoeken hoe de financiële stromen anders en beter ingericht kunnen worden om financiële belemmeringen voor samenwerking op te lossen. Daarbij zullen in veel gevallen ook landelijke maatregelen nodig zijn.

Link met transformaties

- Transformatie 1: Samen acute zorg voorkomen.
- Transformatie 3: Samen leveren van passende acute zorg en ondersteuning, zo thuis mogelijk.

Landelijke randvoorwaarden

Wijzigingen in de bekostiging van de zorg als stelsel zullen landelijk opgepakt moeten worden. Hierbij gaat het ten minste om:

- Ontwikkelen van betaaltitels oor 24/7 direct inzetbare wijkverpleging.
- Structurele bekostiging van zorgcoördinatie
- Bekostiging voor voorzieningen met beschikbaarheidsfunctie.
- Bekostiging uitvoering projecten.

Goed werkgeverschap - Arbeidsmarkt acute zorg

6.2



Beschrijving randvoorwaarde

In onze regio zorgen we samen voor onze zorgprofessionals in de acute zorg; de zorgprofessionals vormen de basis voor het leveren van de acute zorg. We zorgen ieder voor zich voor goed werkgeverschap. Waar we elkaar kunnen helpen en versterken, werken we samen. Dit doen we op het gebied van werven, opleiden en behouden van zorgprofessionals.

- We stemmen af en **werken samen in opleiden** in de acute zorgketen. We creëren diversiteit in loopbaan mogelijkheden.
- We zorgen voor **interessant werk en werkplezier** van zorgprofessionals. We kijken telkens naar wat nodig is, wat de behoeften en wensen van de medewerkers zijn en wat we hierin regionaal kunnen organiseren.
- We zetten in op het **verminderen van administratieve druk**, zodat meer ruimte ontstaat voor de zorg voor de patiënt.

Uitvoering vanuit fundament arbeidsmarkt in Regioplan Midden-Nederland

Voor het creëren van een gezonde arbeidsmarkt sluiten we daarnaast aan bij wat er in het fundament arbeidsmarkt in het Regioplan Midden-Nederland is opgenomen. Hierbij wordt ingezet op drie thema's:

- 1. Innovatie en anders werken** met als belangrijkste transformaties 'het faciliteren van de beweging naar eigen regie en zelfredzaamheid door ruimte te geven aan de veranderbereidheid en innovatievaardigheden', 'implementatie van

technologie tenzij', 'alle inwoners vaardig en voldoende toegerust om zelf mantelzorg en welzijn te verlenen'.

- 2. Behoud van medewerkers** met als belangrijkste transformaties 'het investeren in aantrekkelijk werkgeverschap met strategisch HR beleid en leiderschap', 'organiseren van dialoog en zeggenschap', 'optimaal gebruik maken van schaarse zorgmedewerkers' en 'regionaal werkgeverschap'.
- 3. Leven lang ontwikkelen** met als belangrijkste transformaties de ontwikkeling naar 'bekwaam inzetbaar in de regio' (met onderliggend ondersteuning bij taakherschikking, branche-overstijgend onderwijs en regionaal ontsluiten van interne opleidingsaanbod) en 'het verbeteren van de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt'.

Randvoorwaardelijk voor initiatief:

Belangrijk voor succesvolle realisatie van alle initiatieven.

Landelijke randvoorwaarden

Verminderen van administratie- en regeldruk – meer vertrouwen in de zorgprofessionals.

Inzicht in capaciteit

6.3



Beschrijving randvoorwaarde

Ketenpartners uit het NAZMN hebben digitaal inzicht in de beschikbare capaciteit, waar mogelijk realtime, om de doorstroom binnen de acute zorgketen te bevorderen. Beschikbare capaciteit dient tenminste inzichtelijk gemaakt te worden voor geboortezorg, acute opvangcapaciteit in de ziekenhuizen, HAP capaciteit en VVT.

Inzicht beschikbare acute zorgketen capaciteit ziekenhuizen

Om de beschikbare acute zorgcapaciteit optimaal benutten is het noodzakelijk om hier digitaal inzicht in te geven. Hiervoor sluiten we als regio aan op het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Op dit platform wordt inzicht geboden in de beschikbare acute zorgcapaciteit van ziekenhuizen. De SEH capaciteit wordt daar nu al weergegeven. De regio zet in op aansluiting van LPZ voor tenminste de geboortezorg en acute opvangcapaciteit ziekenhuizen (o.a. kindergeneeskunde en cardiologie). In de regio worden duidelijke werkafspraken gemaakt over hoe het inzicht in acute zorgcapaciteit gebruikt wordt.

LPZ wordt landelijk verder doorontwikkeld en functionaliteiten worden toegevoegd. De regio volgt de ontwikkelingen en zoekt aansluiting waar dat wenselijk is.

Inzicht in beschikbare capaciteit van o.a. VVT en HAP

Om zorgcoördinatie efficiënt in te zetten is inzicht in de beschikbare capaciteit nodig. Dit is een activiteit die onder het [initiatief Coördinatie Patiëntstromen](#) valt en daar verder is uitgewerkt als activiteit (zie p. 29).

Randvoorwaardelijk voor initiatief:

- 4.2B Coördinatie patiëntstromen.
- 4.3A Bevorderen doorstroom spoedzorglocatie.
- Pijn op de borst.
- Geboortezorg.

Regionale randvoorwaarde

Om de aansluiting op LPZ te realiseren is ICT capaciteit nodig van de betrokken organisaties. Het is van belang dat dit wordt meegenomen in de jaarplanning van de ICT afdelingen.

Inzicht in inwoner- en patiënten-perspectief

6.4



* Bron: ZorgMentality van Motivaction

Beschrijving randvoorwaarde

Bij alle transformaties waarop we de komende tijd inzetten, wordt het perspectief van de inwoner/patiënt meegenomen. Dit is van cruciaal belang. Alleen een goede aansluiting op wensen, behoeften en mogelijkheden van inwoners zal tot succesvolle transformaties leiden.

Inzicht in drijfveren inwoners/patiënten m.b.t. zorg

Onderzoek laat zien dat de ontwikkeling dat een groter beroep wordt gedaan op zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid aansluit bij wat mensen willen: zo veel en zo lang mogelijk alles zelf doen en de controle houden over het eigen leven, ondanks aandoeningen, beperkingen of gebreken*. Dit inzicht biedt een belangrijke basis voor de transformaties in dit Regioplan.

Aanpak

Om inzichten in drijfveren van inwoners/patiënten specifiek voor onze regio te verkrijgen, is de eerste stap om Motivaction een analyse voor onze regio te laten uitvoeren. Op basis hiervan wordt gekeken hoe de transformaties het beste aansluiten op de verschillende doelgroepen door:

- Focusgroepen en tests met patiënten uit te voeren om oplossingsrichtingen te toetsen en aan te scherpen.
- Taal en communicatie te toetsen en te laten aansluiten bij de verschillende doelgroepen.

We maken een plan waarin wordt uitgewerkt hoe we dit kunnen realiseren.

Randvoorwaardelijk voor initiatief:

Belangrijk voor succesvolle realisatie van alle initiatieven.

Inzicht in relevante patiëntgegevens

6.5



Beschrijving randvoorwaarde

In de regio worden actuele medische en andere relevante gegevens van de patiënt elektronisch gedeeld tussen de ketenpartners uit de acute zorgketen (Conform Kwaliteitskader Spoedzorgketen).

Digitale uitwisseling van relevante patiëntgegevens in de gehele acute zorgketen

In de gehele acute zorgketen is digitale gegevensuitwisseling van relevante patiëntgegevens noodzakelijk. Het uitwisselen van digitale gegevens ondersteunt het samenwerken in de acute zorgketen en leveren van passende zorg. Digitale gegevensuitwisseling dient tenminste gerealiseerd te worden voor direct inzetbare wijkverpleegkunde, tussen HAP's, overdracht RAV – SEH en HAP – SEH en terugkoppeling SEH – RAV en HAP -SEH.

Behandelbeleid en -wens inzichtelijk

Om passende en zinnige zorg te kunnen leveren is het noodzakelijk om inzicht te hebben in het behandelbeleid (proactieve zorgplanning). Om deze data uit te wisselen is een regionale data architectuur nodig die deze gestandaardiseerde gegevensuitwisseling mogelijk maakt. In de tussentijd dient de regio werkafspraken te maken over inzicht in behandelbeleid- en wens als tijdelijke oplossing.

Inzicht actueel medicatiegebruik

Inzicht in complete en actuele medicatiegegevens voor iedere zorgverlener en patiënt is voorwaardelijk voor het leveren van passende acute zorg. De richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' en de informatiestandaarden 'Medicatie-

proces 9.0, labwaarden en contra-indicaties en overgevoeligheid' dient geïmplementeerd te worden in de regio.

Voor de aanpak voor het realiseren van het inzicht in de relevante patiëntgegevens sluit het NAZMN aan bij het fundament digitalisering vanuit het Regioplan Midden-Nederland.

Randvoorwaardelijk voor initiatief:

- 4.2A Efficiënte en passende triage.
- 4.3A Bevordering doorstroom vanuit spoedzorglocatie.
- 4.3B 24/7 Direct inzetbare wijkverpleging.

Landelijk randvoorwaarden

Om digitale gegevensuitwisseling te realiseren is financiering voor het ontwikkelen van (regionale) ICT architectuur noodzakelijk.

Kennis en kunde over het ontwikkelen van een dergelijke architectuur moet op landelijk niveau met elkaar worden gedeeld, waarbij begrip is voor de regionale en organisatie specifieke verschillen.

Daarnaast moet het delen van patiëntgegevens bevorderd worden via een 'opt-out' regeling.

Maatschappelijk bewustzijn acute zorg

6.6



Beschrijving randvoorwaarde

Om instroom in de acute zorg om te buigen is maatschappelijk bewustzijn over de mogelijkheden en onmogelijkheden van acute zorg nodig. Hierbij maken we onderscheid tussen bewustwording van inwoners over wat ze wel/niet kunnen verwachten van acute zorg en risico-acceptatie rondom triage in combinatie met vertrouwen in de zorgprofessionals.

Bewustwording (on)mogelijkheden acute zorg

De verwachtingen van inwoners over acute zorg zijn niet altijd juist, wat o.a. leidt tot onnodig beroep op de acute zorg. Met de stijgende zorgvraag en de arbeidsmarktkrapte dient de beschikbare capaciteit te worden gericht op het verlenen van acute zorg en is er tijdens ANW-uren geen plaats voor niet-acute zorgvragen. Dit moeten we met elkaar accepteren en verdient maatschappelijke aandacht. Zelfredzaamheid is ook onderdeel van dit bewustzijn.

Hier is zowel regionaal als landelijk aandacht voor nodig. Regionaal bestaan al enkele goede initiatieven zoals het gebruik van het 'Help mijn kind heeft koortsboekje' voor ouders, die breder uitgedragen kunnen worden. Landelijk is een campagne nodig rondom zelfredzaamheid en verwachtingen van zorg.

Risico-acceptatie rondom triage

De huidige triage criteria zijn strak ingesteld en in veel gevallen gericht op een risicomijdende aanpak. Hierdoor vindt vaak overtriage plaats en stromen patiënten onnodig de acute zorg in. Triagisten en (huis)artsen realiseren zich dit en volgen vaak tegen hun gevoel in toch de triage criteria vanwege de (tuchtrechtelijke) risico's bij afwijking van het protocol. Met de toenemende zorgvraag is dit echter onhoudbaar. Zorgprofessionals pleiten voor meer vertrouwen in hun kennis en expertise, i.p.v. de focus op protocollen. Hiervoor is een landelijke discussie over risico-acceptatie nodig.

Randvoorwaardelijk voor initiatief:

- 4.2A Efficiënte en passende triage.

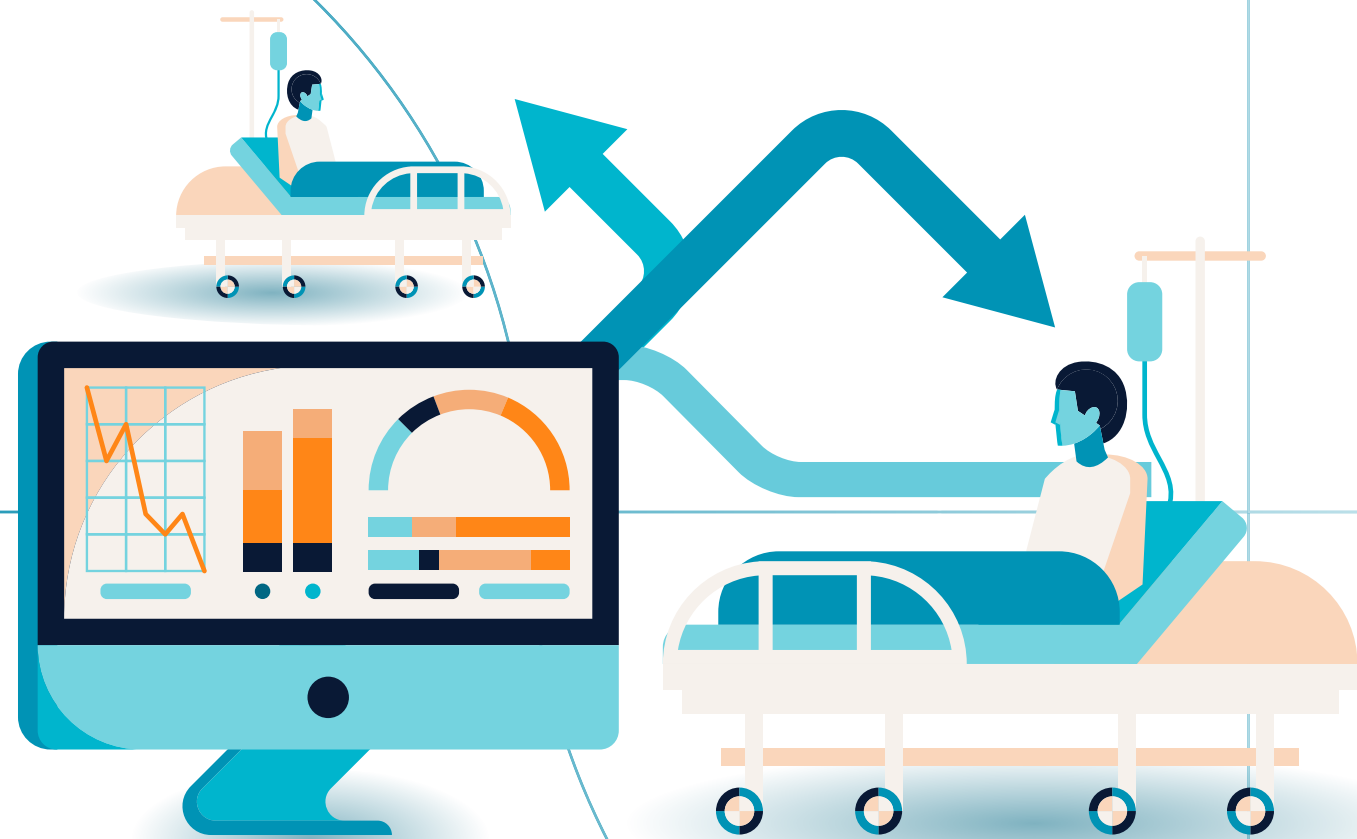
Daarnaast ook randvoorwaardelijk voor voorkomen van acute zorg (transformatie 1).

Landelijke randvoorwaarden

- Campagne over zelfredzaamheid en verwachtingen (acute) zorg.
- Discussie over risico-acceptatie en vertrouwen in de expertise van de zorgprofessional.

Regiomonitor Acute Zorg

6.7



Beschrijving randvoorwaarde

De regio heeft inzicht in patiëntenstromen in de acute zorgketen waarmee trends, patronen en onderliggende knelpunten worden geanalyseerd. Daarnaast wordt inzicht in de patiëntenstromen benut voor advies over beleidsveranderingen t.b.v. knelpunten dan wel het monitoren van beleidsveranderingen rondom patiëntenstromen. De Regiomonitor maakt zo de impact van de initiatieven inzichtelijk en daarmee het effect van de transformaties in dit Regioplan.

Dashboard ontwikkeling

Bij het opstellen van het Regiobeeld Acute Zorg is direct ingezet op het periodiek kunnen monitoren van de instroom in de acute zorg. Daarmee bouwen we voort op de Acute Zorgrapportage die we sinds 2016 zijn gestart. De data over bypasses op o.a. de SEH, de instroom op de SEH en de urgente ambulanceritten wordt uitgebreid met de instroom op de HAP's in de regio. Hiervoor wordt op dit moment een juridische overeenkomst afgerond, waarna de data door de ketenpartners kan worden aangeleverd. Om trends tijdig te kunnen signaleren en analyseren, wordt maandelijks een update gedaan. Het bureau NAZMN is coördinator van de regiomonitor en verzamelt en analyseert de data en rapporteert hierover. Er wordt hiervoor een dashboard ontwikkeld. Het Tactisch ROAZ fungeert als Stuurgroep van de Regiomonitor.

Indicatoren Regiomonitor Acute Zorg

Als onderdeel van het dashboard dat wordt ontwikkeld, worden indicatoren meegenomen om het resultaat van de transformaties te kunnen monitoren. Deze indicatoren worden waar nodig en mogelijk nog verder aangevuld aan de hand van de verdere uitwerking van de interventies. De aanpak is verder uitgewerkt in het projectplan Regiomonitor Acute Zorgketen Midden-Nederland.

Randvoorwaardelijk voor onze basis:

- Inzicht in de impact van de initiatieven en het effect van de transformaties.
- Monitoren van effecten van de werkafspraken en waar nodig aanpassen.

Werkagenda

Hoofdstuk 7



Werkagenda

Structuur uitvoering Regioplan Acute Zorg

De werkagenda geeft het totale overzicht van activiteiten weer waar het NAZMN tijdens de looptijd van het IZA (ten minste) mee aan de slag gaat, om de transformaties uit dit Regioplan Acute Zorg te realiseren. In de werkagenda zijn per transformatie verschillende werkstromen (de initiatieven uit dit Regioplan) opgenomen. De werkagenda werken we in Q1 verder uit aan de hand van onderstaande punten.

Werkstromen en projecten

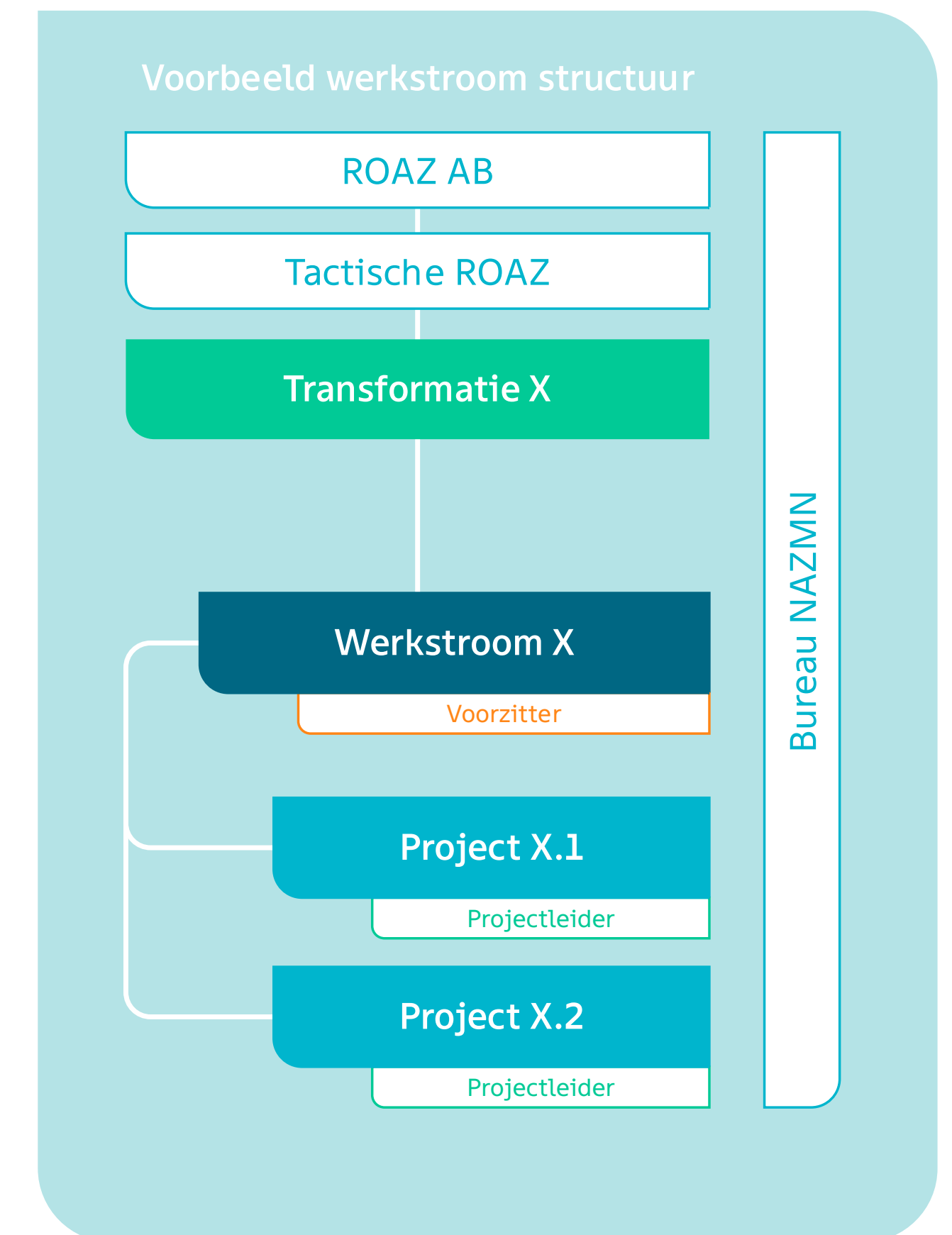
Elke werkstroom krijgt een voorzitter vanuit de ketenpartners (Q1). Binnen een werkstroom werken we een initiatief aan de hand van verschillende projecten, die bestaan uit de beschreven activiteiten in het Regioplan Acute zorg. Op basis van voortschrijdend inzicht kunnen werkstromen en/of projecten worden toegevoegd. In Q1 2024 wordt aan de werkagenda een globale kwartaalplanning toegevoegd op basis van mijlpalen per project.

Rol Bureau NAZMN

Het bureau NAZMN ondersteunt de werkstroomvoorzitters en projectleiders. Het zorgt dat de realisatie van de regionale randvoorwaarden op de juiste manier geadresseerd wordt, door deze zelf op te pakken of te beleggen binnen werkstromen. Daarnaast bereidt het bureau NAZMN onder meer voortgangsrapportages voor en organiseert het netwerkbijeenkomsten.

Samenhang met Regioplan Midden Nederland

Voor projecten die overlappen met activiteiten uit het Regioplan Midden-Nederland stemmen we in Q1 waar de regie en monitoring wordt belegd om eenduidige aansturing te borgen.



Samen zorgen

Samen werken we aan een toekomstbestendige acute zorgketen.

We hebben elkaar nodig om te zorgen dat we in onze regio iedereen acute zorg kunnen bieden.



NAZMN.nl