

# Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie

September 2022



# Managementsamenvatting (1/2)

## Aanleiding en opzet programma

In 2019 is het programma pilots zorgcoördinatie gestart. De pilots zorgcoördinatie zijn ontstaan uit het Actieplan Ambulancezorg (2018). Zorgcoördinatie gaat over het garanderen dat patiënten snel en op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener geholpen worden en de acute zorg toegankelijk blijft. Zorgcoördinatie wordt gezien als één van de oplossingen voor achterliggende knelpunten zoals de toenemende krapte op de arbeidsmarkt bij alle netwerkpartijen, een stijgende en steeds complexere zorgvraag, vergrijzing en de specialisatie en extramuralisering van de zorg. Met deze punten in het achterhoofd zijn tien pilots aan de slag gegaan met het beproeven van zorgcoördinatie op verschillende manieren.

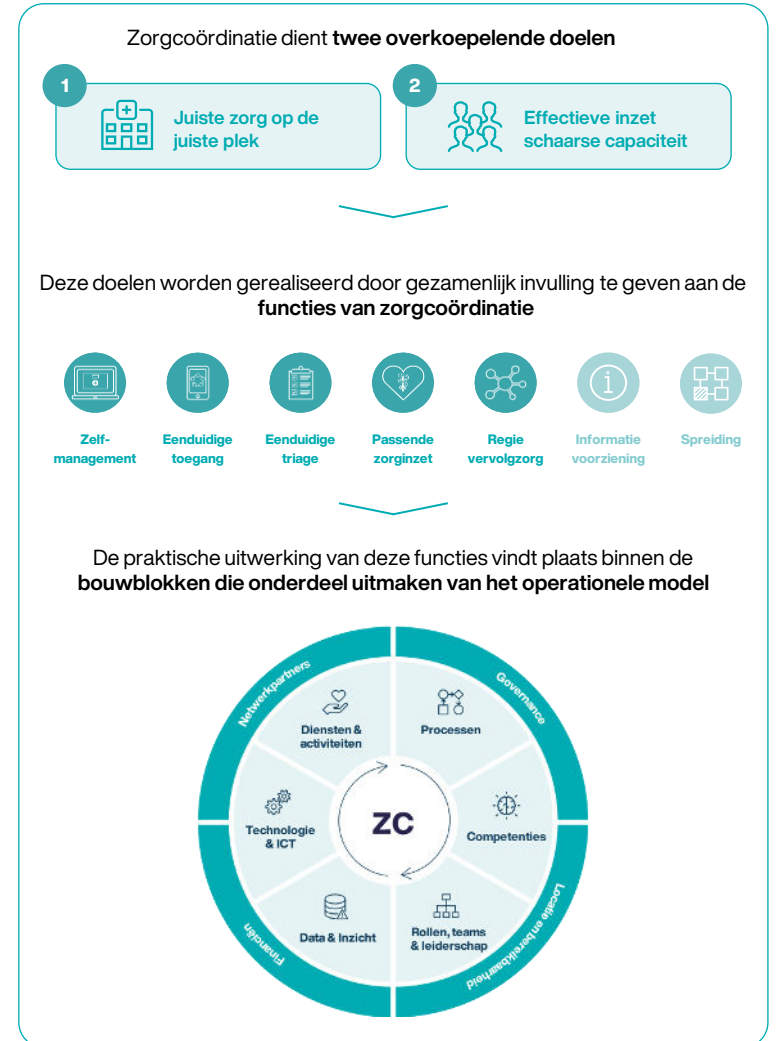
## Doelstelling programma

Het programma pilots zorgcoördinatie heeft drie doelstellingen:

- 1 **Vorm en inhoud geven aan zorgcoördinatie in de praktijk, beproeven of het werkt**
- 2 **Leren van inzichten en op basis hiervan verbeteren**
- 3 **Toegevoegde waarde kwalitatief en kwantitatief onderbouwen**

## Belangrijkste bevindingen en conclusies

Het programma heeft geleid tot brede erkenning (alle pilots) van de meerwaarde van zorgcoördinatie. Een zorgcoördinatiecentrum (ZCC) is een middel om invulling te geven aan het concept zorgcoördinatie en is in 7 pilots beproefd. Uit de bevindingen en inzichten van de pilots is een operationeel model voor zorgcoördinatie ontwikkeld, dat gebruikt kan worden als handvat om zorgcoördinatie in te richten. Hoewel een fysiek ZCC bij de meeste pilots de voorkeur heeft voor de toekomst, kan zorgcoördinatie zowel een fysieke samenwerking als een virtuele samenwerking zijn. De algemene conclusie vanuit de pilots is dat er veel aanwijzingen zijn dat zorgcoördinatie substantieel bijdraagt aan efficiënter gebruik van zorgcapaciteit en leidt tot juiste zorg en dat er in de toekomst blijvend op zorgcoördinatie ingezet moet worden. Desondanks is dit vanuit de kwantitatieve resultaten van de pilots lastig kwantitatief te onderbouwen. Een andere conclusie is dat op verschillende onderdelen binnen het operationele model landelijke regie gewenst is. Dit geldt o.a. voor duidelijkheid over de financiering en hoe gegevensuitwisseling tussen de netwerkpartners te faciliteren. Deze punten zijn cruciaal voor het goed uitvoeren van zorgcoördinatie. Tegelijkertijd moet er wel voldoende ruimte binnen de landelijke kaders blijven voor invulling die past bij behoeften van een specifieke regio.



# Managementsamenvatting (2/2) – aanbevelingen

Vanuit de bevindingen en resultaten van de pilots zijn de volgende aanbevelingen voor het vervolg tot stand gekomen, onderverdeeld in landelijke aanbevelingen (met name aan VWS) en regionale aanbevelingen aan partijen uit de pilots of partijen die zorgcoördinatie willen inrichten.

## Landelijke aanbevelingen

- **Algemeen:** Zet in op doorontwikkeling van zorgcoördinatie, stel landelijke normen en kaders op m.b.t. regionale zorgcoördinatie. Creëer hiermee externe druk, maar houd ruimte voor regionale invulling. Zet in op campagnes voor de burger voor het ontlasten van de acute zorg en focus op het efficiënter inzetten van schaarse zorg- en triagecapaciteit, inclusief digitale triage.
- **Governance:** Denk na over richtlijnen voor de governance (afspraken, verantwoordelijkheden, mandaat, etc.) van zorgcoördinatie, afhankelijk van invulling (wel/geen ZCC) om er o.a. voor te zorgen dat altijd gegevensuitwisseling tussen partners kan plaatsvinden.
- **Financiën:** Neem landelijke regie over hoe zorgcoördinatie structureel te financieren. Faciliteer verschuivingen door zorgcoördinatie met evt. verschuivingen van budget en zo nodig aanpassen van zorgprestaties.
- **Locatie en bereikbaarheid:** Onderzoek of één landelijk nummer voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen, naast het 112-nummer, van meerwaarde is.
- **Competenties:** Ontwikkel een landelijk competentieprofiel voor zorgprofessionals van een ZCC die de multidisciplinaire triage eenduidig kunnen uitvoeren.
- **Data en inzicht:** Zorg voor landelijke regie en afspraken om operationele capaciteitsinformatie te delen tussen netwerkpartners. Zorg er daarnaast voor dat KPI's van regio's omtrent zorgcoördinatie uniform zijn.
- **Technologie en ICT:** Maak het mogelijk om gegevensuitwisseling tussen netwerkpartners te bewerkstelligen en zorg voor een goede koppeling tussen verschillende applicaties. Onderzoek de mogelijkheden om te komen tot een leveranciersonafhankelijke applicatie voor zorgcoördinatie, inclusief digitale zelftriage.

## Regionale aanbevelingen

- **Algemeen:** Borg minimaal alle vijf initiële functies bij inrichten van zorgcoördinatie, trek gezamenlijk op als regio mét de verzekeraars en zet grootser in op digitale zelftriage. Zorg ervoor dat de basis op orde is.
- **Netwerkpartners:** Betrek ten minste de HAP, RAV en VVT bij zorgcoördinatie en betrek alle partijen in de ontwikkeling en inrichting. Zorg daarmee voor voldoende schaalgrootte in de regio. Onderzoek daarnaast binnen de eigen regio of ook het betrekken van de GGZ van meerwaarde is.
- **Locatie en bereikbaarheid:** Realiseer (indien gekozen wordt voor een fysieke ZCC) passende huisvesting met uitbreidmogelijkheid. Zorg voor toegang tot het ZCC vanuit patiënten én zorgprofessionals. Onderzoek de wenselijkheid en mogelijkheid van 24/7 uitvoeren van zorgcoördinatie, maar start in de tussentijd tenminste met het uitvoeren van zorgcoördinatie in de ANW-uren.
- **Diensten en activiteiten:** Zet in op multidisciplinaire triage (gezamenlijke afstemming of vanuit één triagist) en regie vervolgzorg, inclusief tijdelijk verblijf.
- **Processen:** Sluit aan bij reguliere processen en benut de in de pilots ontwikkelde netwerkbrede zorgpaden en blijf deze doorontwikkelen. Investeer in het opleiden en verbinden van (multidisciplinaire) professionals.
- **Rollen, teams & leiderschap:** Zorg voor een toegewijd team van professionals.
- **Data en inzicht:** Definieer heldere KPI's om te meten en bij te sturen en creëer inzicht via een dashboard.



## Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Zorgcoördinatie en het pilotprogramma
3. Resultaten
4. Operationeel model zorgcoördinatie
5. Inrichting van zorgcoördinatie
6. Veranderkundige inzichten
7. Conclusies en aanbevelingen
8. Bijlage

# Totstandkoming van deze eindrapportage

## Totstandkoming eindrapportage

Dit rapport is geschreven onder verantwoordelijkheid van de landelijke stuurgroep van het programma pilots zorgcoördinatie. Deze stuurgroep bestaat uit afgevaardigden van Ambulance Zorg Nederland (AZN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en InEen. De stuurgroep is ondersteund door IG&H.

De inhoud van dit rapport is tot stand gekomen door middel van de tussenrapportage, de eindrapportages van de pilots en interviews met de pilots en betrokken sleutelpersonen.

In deze rapportage worden meerdere afkortingen gebruikt. Een overzicht van veelgebruikte afkortingen en hun betekenis is hiernaast weergegeven.

## Veelgebruikte afkortingen

<b>ANW</b>	Avond, Nacht- en Weekend
<b>AZN</b>	Ambulancezorg Nederland
<b>EHGV</b>	Eerste Hulp Geen Vervoer
<b>ELV</b>	Eerstelijnsverblijf
<b>HAP</b>	Huisartsenpost
<b>HDS</b>	Huisartsendienstenstructuur
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheidszorg
<b>JZOJP</b>	Juiste Zorg op de Juiste Plek
<b>KPI</b>	Key Performance Indicator
<b>LCPS</b>	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
<b>LMS</b>	Landelijke Meldkamer Samenwerking
<b>LSP</b>	Landelijk Schakelpunt
<b>MKA</b>	Meldkamer Ambulancezorg
<b>OOV</b>	Openbare Orde en Veiligheid
<b>Rapid HAG</b>	Rapid huisartsgeneeskunde
<b>RAV</b>	Regionale Ambulancevoorziening
<b>RCPS</b>	Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
<b>SEH</b>	Spoedeisende Hulp
<b>V&amp;V</b>	Verpleeg- en Verzorgingshuizen
<b>VVT</b>	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
<b>VWS</b>	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
<b>VZVZ</b>	De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
<b>ZCC</b>	Zorgcoördinatiecentrum
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland

# 1

## Inleiding



# Inleiding

## Pilots zorgcoördinatie om knelpunten in de acute zorg op te lossen

In 2019 is het programma pilots zorgcoördinatie gestart. De pilots zorgcoördinatie zijn ontstaan uit het Actieplan Ambulancezorg (2018). Het Actieplan heeft een aantal doelstellingen waaronder een optimale inzet van ambulances, het verbeteren van de responstijden en borgen van voldoende personeel.

Zorgcoördinatie<sup>1</sup> wordt gezien als één van de oplossingen voor achterliggende knelpunten, zoals de toenemende arbeidskrachte bij alle ketenpartijen, een stijgende en steeds complexere zorgvraag, vergrijzing en de specialisatie en extramuralisering van de zorg. Daarnaast moet het garanderen dat de patiënt snel en op de juiste plaats door de juiste zorgverlener geholpen wordt en de acute zorg toegankelijk blijft. Met deze punten in het achterhoofd zijn tien pilots aan de slag gegaan, waarbij zorgcoördinatie op verschillende manieren in de praktijk is gebracht. Het doel is om te beproeven of het concept zorgcoördinatie werkt in de praktijk en of het toegevoegde waarde heeft.

## Einde van het programma

Formeel loopt het pilot programma tot eind 2022 maar sommige regio's hebben hun pilotperiode al afgerond. Voor alle regio's geldt dat men aan het onderzoeken is hoe zorgcoördinatie in de regio, als vervolg op de pilot, structureel vorm kan krijgen. Voor het programma geldt daarom dat het tijd is om de resultaten en bevindingen van de pilots op te halen en te bundelen in een overkoepelend rapport.

## Vershil met de tussenrapportage

In november 2021 is de tussenrapportage<sup>2</sup> van het programma uitgekomen. Deze had als doel om inzicht te geven in de status van het programma op dat moment, het beschrijven van de eerste inzichten en uitdagingen en het in kaart brengen van de randvoorwaarden die op orde moeten worden gebracht om regionale zorgcoördinatie structureel in te richten, nadat de pilots zijn afgerond. Voor de uitwerking van deze en eventuele aanvullende randvoorwaarden is inmiddels een landelijk traject gestart, waarin partijen samen de opdracht vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben gekregen om hier invulling aan te geven<sup>3</sup>.

Dit eindrapport is een vervolg op de tussenrapportage en betreft een optekening van alle kennis en ervaring die is opgedaan in het programma pilots zorgcoördinatie als geheel. Kapstok voor deze beschrijving zijn de bouwblokken waaruit een zorgcoördinatie bestaat en welke verplichtingen en/of keuzes daarbinnen mogelijk zijn. Daarmee betreft dit rapport in zekere zin een advies vanuit de regionale pilots en lijst van aandachtspunten voor zorgcoördinatie in de toekomst.

1) Waar in deze rapportage gesproken wordt van zorgcoördinatie, wordt zorgcoördinatie van acute zorg (niet levensbedreigend) bedoeld

2) Voor de tussenrapportage klik hier: [LINK](#)

3) Voor meer informatie over dit landelijke traject, zie dit artikel: [LINK](#)

## Tijdslijn van belangrijke mijlpalen



1) Voor meer informatie over de Springplankprojecten, klik hier: [LINK](#)

2) Voor meer informatie over het Actieplan Ambulancezorg, klik hier: [LINK](#)



# 2

## Zorgcoördinatie en het pilotprogramma



## Het concept zorgcoördinatie

In het programma pilots zorgcoördinatie staat het concept zorgcoördinatie centraal. Onder de vlag van zorgcoördinatie<sup>1</sup> werken verschillende regionale zorgpartners nauw samen, zoals huisartsenposten, ambulancezorg, ziekenhuizen, VVT en vaak ook de acute GGZ. Samen organiseren en coördineren zij de zorgverlening aan de patiënt, zodat patiënten op het juiste moment en door de juiste zorgverlener op de juiste plek geholpen worden en schaarse (personele) capaciteit zo effectief mogelijk wordt ingezet.

Bij een inkomende zorgvraag wordt gezamenlijk en op basis van eenduidige triage duidelijk óf en zo ja, welke zorg door welke zorgverlener op welk moment nodig is. Hiervoor is het van belang dat men de beschikking heeft over de meest actuele informatie over de patiënt én over de beschikbare capaciteit binnen de spoedzorg (zoals specialismen, beschikbare capaciteit en hulpmiddelen). Hierbinnen valt ook regie op vervolgzorg, zoals regie op eerstelijnsverblijf. Regie op vervolgzorg is immers van belang om onder andere de drukte op de verpleegafdelingen van het ziekenhuis te reguleren en die is weer van belang voor de drukte op de spoedeisende hulp. Hiermee bevordert zorgcoördinatie de doorstroom en uitstroom binnen de keten.

### Het doel van zorgcoördinatie

Het doel van zorgcoördinatie is dat patiënten met een spoedzorgvraag snel worden geholpen en op de juiste plek de juiste zorg krijgen, dat er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio, 'crowding' wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert. Door slimmer te werken kan zorgcoördinatie ook een bijdrage leveren aan het omgaan met schaarste op de arbeidsmarkt. Het uitgangspunt is dat spoedzorgvragen worden beantwoord door de juiste zorgverlener met passende bevoegdheid en bekwaamheid en rekening houdend met de beschikbaarheid van

zorgaanbod in de regio. Er mag niemand tussen wal en schip vallen. Dat vergt een effectieve sturing op wat in individuele gevallen de juiste zorg op de juiste plek is. Zorgcoördinatie draagt eraan bij dat de kwaliteit van de acute zorg<sup>2</sup> voor de patiënten verbetert en dat iedereen, ongeacht zijn/haar woonplaats tijdig toegang heeft tot de juiste zorg.



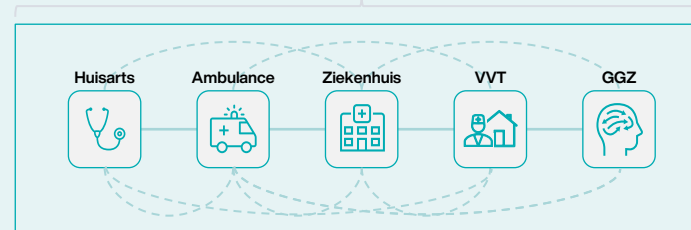
- **Patiënten** met een acute zorgvraag worden snel, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener geholpen.
  - Optimaal benutten van **schaarse capaciteit** (mensen en middelen).
- ⇒ **Toegankelijk** houden van de (acute) zorg.



Doorstroom optimaliseren



Instroom  
afbuigen



Uitstroom  
bevorderen

1) Voor de animatie over zorgcoördinatie, zie: [LINK](#)

2) Waar in dit rapport in de context van zorgcoördinatie wordt gesproken van acute zorg wordt acute niet-levensbedreigende zorg bedoeld

## Functies van zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie is bij de start van het programma pilots zorgcoördinatie gedefinieerd aan de hand van vijf functies. Het gezamenlijk organiseren van deze functies draagt eraan bij dat patiënten snel de juiste zorg<sup>1</sup> ontvangen en schaarse (personele) capaciteit zo goed mogelijk wordt ingezet. De pilots hebben vorm en inhoud gegeven aan de vijf functies en ze in de praktijk beproefd in verschillende samenstellingen<sup>2</sup>. Ten tijde van Covid en het uitvoeren van de pilots is gebleken dat twee andere functies een aanvulling op het concept zorgcoördinatie kunnen zijn, namelijk informatievoorziening en een spreidingsfunctie. Deze twee functies zijn uitsluitend in de pilot Midden Nederland beproefd.



### Zelfmanagement<sup>3</sup>

Zorgcoördinatie ondersteunt zelfmanagement van patiënten met informatie, advies en techniek. Zo hoeven zorgaanbieders alleen in actie te komen als dat echt nodig is.



### Eenduidige toegang

Patiënten met een acute zorgvraag kunnen op eenduidige wijze terecht op de juiste plek (dit kan fysiek of virtueel) waar verschillende zorgaanbieders samenwerken. Zij zorgen ervoor dat de patiënt de best passende zorg krijgt.



### (Eenduidige) Triage

Alle samenwerkende zorgaanbieders binnen het concept zorgcoördinatie spreken dezelfde taal, ondersteund door een (te ontwikkelen) gezamenlijk basis triageprotocol.



### Passende zorginzet

Professionals met netwerkbrede expertise of samenwerkende professionals met eigen expertise bepalen de passende zorginzet. Dit kan resulteren in direct contact tussen zorgverlener en patiënt, inzet naar planbare zorg of zelfzorgadvies.



### Regie vervolgzorg

Met zorgcoördinatie is er regie vanaf de eerste zorgvraag tot er goede zorgopvolging is. Dan gaat de regie over naar andere zorgaanbieders óf naar de patiënt zelf.



### Informatievoorziening

Voor optimale zorgcoördinatie is er een actueel beeld van de capaciteit en bezetting van de zorgpartners in de regio voor de meest optimale inzet van mensen en middelen op dat moment. Ook vindt gegevensuitwisseling plaats tussen de netwerkpartners.



### Spreiding

Ten tijde van schaarste speelt regionale zorgcoördinatie een rol in het zorgen voor evenredige druk op de (acute) zorg door bij te dragen aan het (boven)regionaal spreiden van patiënten en/of middelen<sup>4</sup>.

*Toegevoegd gedurende de pilotperiode, alleen in Midden Nederland beproefd.  
Geen onderdeel van de originele functies van zorgcoördinatie*

1) Met juiste zorg wordt in deze gehele rapportage de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener op het juiste moment bedoeld

2) Zie de managementsamenvattingen in bijlage 1 voor welke functies welke pilot heeft beproefd

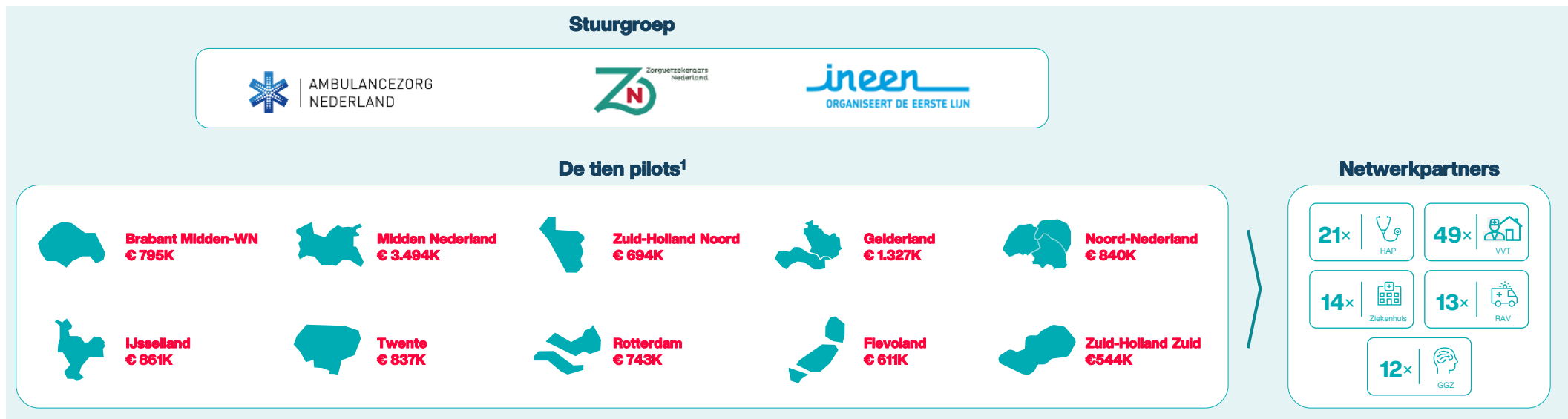
3) In de pilots is voor de functie zelfmanagement naast de vorm van digitale triage weinig ervaring opgedaan. Daarom is er in deze rapportage minder aandacht voor zelfmanagement.

4) Hiermee vervult het ZCC de rol van Regionaal Coördinatiecentrum Patiëntenspreiding (RCPS) zoals die ten tijde van Covid is ingericht. Deze functie zal vooral van toepassing zijn op het moment dat de druk op de zorg onevenredig hoog is

## Opzet van het programma

Binnen het programma zijn tien verschillende pilots gestart met het beproeven van het concept zorgcoördinatie. Elke pilot vond plaats in een andere regio. In totaal zijn ruim 100 netwerkpartners betrokken. Het programma is gecoördineerd door de stuurgroep, die bestaat uit de branchepartijen Ambulancezorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en InEen. Voor het programma is door de zorgverzekeraars een budget van €15 miljoen beschikbaar gesteld. Hiervan is in totaal ~€11 miljoen aan de pilots toegekend. De bedragen in onderstaand figuur betreffen toegekend budget, dit betekent niet dat ook het gehele budget uiteindelijk is gebruikt. Zie voor een grove inschatting voor uitgaven van het budget de volgende pagina.

De looptijd van het programma was oorspronkelijk 2 jaar. In verband met de Covid-19 pandemie is dit verlengd met een jaar, waardoor de totale looptijd van het programma 3 jaar betreft. Het feit dat de pilots dus grotendeels hebben plaatsgevonden in de bijzondere coronatijd heeft zowel positieve als negatieve punten met zich meegebracht. De situatie heeft de resultaten beïnvloed, doordat de reguliere zorg ruime tijd heeft stilgelegen en de zorg grotendeels om Covid patiënten draaide. Daarnaast zijn diensten binnen de pilots lastig in te vullen geweest door de schaarste aan personeel. Desondanks heeft deze schaarste nog te meer aangetoond dat de noodzaak voor samenwerking hoog is.



1) Voor meer informatie over de pilots, raadpleeg de folder via deze [LINK](#)

## Inschatting realisatie van het toegekende budget

Het toegekende budget van ~11 miljoen euro is niet volledig gespendeerd door de pilots. Vier pilots hebben in hun eindrapportage aangegeven (de prognose te hebben) nog budget over te hebben na afronding van het programma. Dit gaat om ca. 1,1 miljoen euro. Hieronder staat een overzicht waar het budget grofweg aan is uitgegeven. Niet alle pilots hebben een realisatie van hun budget ingediend. Ook verschillen de kostenposten van elkaar door de verschillende interventies die de pilots hebben beproefd, zie pagina 15. Daarom is onderstaande verdeling een grove inschatting o.b.v. de realisaties die ontvangen zijn i.c.m. de begrotingen die de pilots voorafgaand hebben ingediend. De daadwerkelijke realisatie kan hierdoor afwijken. Het is vanuit de pilots nog niet helemaal

vast te stellen of de kostenposten incidentele of structurele kosten zijn. De inschatting is dat bij de projectkosten een groot deel van de kosten incidenteel is welke na structurele inbedding van zorgcoördinatie minder van toepassing zijn. De uitgegeven personeelskosten gedurende de pilot zijn boven formatie geweest. De verwachting is dat er bij structurele inbedding van zorgcoördinatie schaalvoordelen in de keten optreden, waardoor de kosten voor personeel niet volledig aanvullend zijn t.o.v. de huidige situatie. Voor facilitair zijn zowel structurele als incidentele kosten gemoeid geweest in de pilots. Bij de inrichting van een fysiek ZCC zijn er structurele kosten nodig voor o.a. huur van de locatie.

Kostenpost	Verdeling t.o.v. totaal budget
<b>Projectkosten</b> Projectleiding, programmamanagement	30%
<b>Personeelskosten diensten</b> Verpleegkundigen, triagisten, regieartsen, etc.	40%
<b>Systemen</b> Implementatiekosten ICT, telefonie, licenties, projectkosten ICT traject	10%
<b>Facilitair</b> Huisvesting, werkplekken	5%
<b>Opleiding en training medewerkers</b>	1%
<b>Onderzoek</b>	4%
<b>Overige kosten</b> O.a. juridisch advies, opstellen protocollen, rapportages, KPI's, ingangsklachten, onvoorzien	10%

Gebaseerd op

Pilot	Kosten gebaseerd op
Brabant	Financiële uitputting eindrapportage pilot
Flevoland	Begroting uit eindrapportage pilot
Gelderland	Prognose uit eindrapportage pilot
IJsselland	Realisatie uit eindrapportage pilot
Midden Nederland	Begroting uit projectplan
Noord Nederland	Prognose uit eindrapportage pilot
Rotterdam Rijnmond	Begroting uit eindrapportage pilot
Twente	Begroting uit projectplan
Zuid-Holland Noord	Realisatie uit eindrapportage pilot
Zuid-Holland Zuid	Begroting uit projectplan

## Doelstellingen van het programma

Het programma pilots zorgcoördinatie had de onderstaande drie doelstellingen. In het volgende hoofdstuk staat per doelstelling een beschrijving van de resultaten van het programma op die doelstelling.

1



### Vorm en inhoud geven aan zorgcoördinatie in de praktijk, beproeven of het werkt

Vorm en inhoud geven aan zorgcoördinatie en in de praktijk beproeven of het gezamenlijk coördineren van acute zorg mogelijk is. Daarbij wordt praktisch invulling gegeven aan de functies door het toepassen van verschillende interventies. De bevindingen en geleerde lessen worden gebruikt om het gezamenlijk coördineren van acute zorg vorm te geven.

2



### Leren van inzichten en op basis hiervan verbeteren

Living-lab benadering; op basis van nieuwe inzichten processen en werkwijzen aanscherpen, toevoegen of juist stopzetten. Hierdoor wordt op basis van wat wel en niet werkt gaandeweg geleerd en bijgestuurd. De uitkomsten van deze lessen en de vertaling naar de inrichting van een toekomstige zorgcoördinatie staan in deze rapportage beschreven.

3



### Toegevoegde waarde kwalitatief en kwantitatief onderbouwen

Resultaten kwalitatief én kwantitatief onderbouwen en daardoor de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie aantonen. Dit kan gaan om het verbeteren van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg en de tevredenheid van medewerkers.

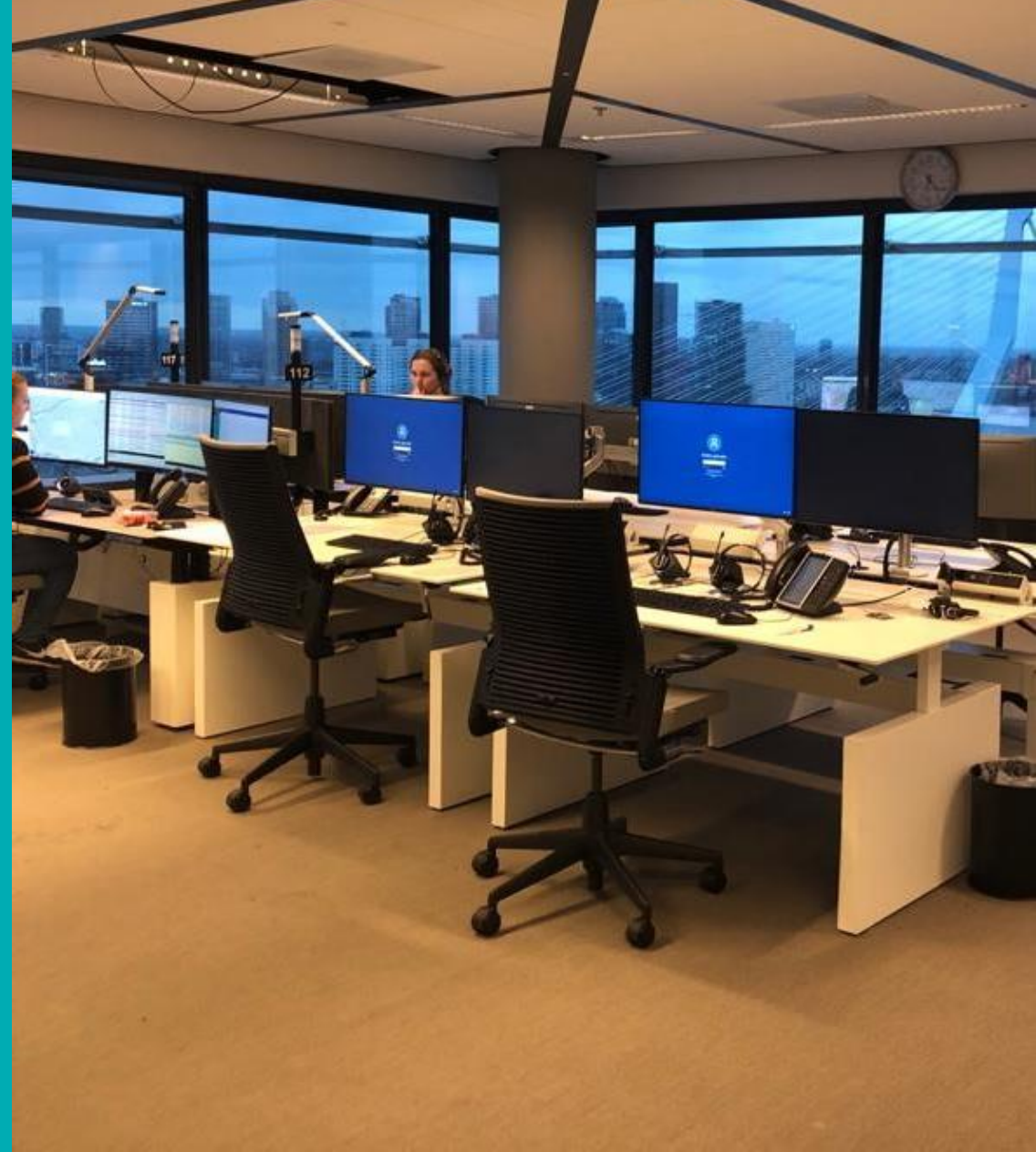
## Interventies die per pilot beproefd zijn

De pilots hebben zorgcoördinatie beproefd door verschillende interventies uit te voeren. Hieronder is een overzicht weergegeven van de interventies die per pilot is beproefd. Dit geeft een beeld waar de resultaten en het model in de volgende hoofdstukken op gebaseerd zijn.

	Brabant	IJsseland	Midden NL	Twente	ZH-Noord	Rotterdam	Gelderland	Flevoland	Noord-NL	ZH-Zuid
<b>A</b> Zelftriage via digitale applicatie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Terugbelfunctie na digitale zelftriage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Multidisciplinaire werkplekken op één fysieke locatie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Virtuele verbinding met netwerkpartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Ontwikkelen ketenbrede zorgpaden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b> Gezamenlijke operationele werkprocessen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b> Inzet van regiearts voor multidisciplinaire triage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b> Ketenbrede opleiding/training voor medewerkers	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I</b> Eén nummer/ loket voor acute zorgvragen VVT	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>J</b> Eén nummer / loket voor regie vervolgzorg V&V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>K</b> Gezamenlijke aanname van telefonie MKA en HAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>L</b> Verrijkte triage - Gezamenlijke fysieke triage SEH/HAP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M</b> Inzet Rapid HAG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

# 3

## Resultaten





## Alle pilots erkennen de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie

De eerste twee doelstellingen van het programma zijn beproeven of zorgcoördinatie werkt in de praktijk en het leren van inzichten. Het uitvoeren van de verschillende interventies in de pilots leidde tot meerdere resultaten. Zo is er meer afstemming tussen netwerkpartners en is er ook tevredenheid bij zorgprofessionals over het concept. Dit leidt tot erkenning van de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie.



### Meer afstemming tussen netwerkpartners

Door de pilots is er meer afstemming tussen netwerkpartners over het opvolgen van zorgvragen. Waar het voorheen bijna vanzelfsprekend was dat de opvolging van een hulpvraag door de partij werd uitgevoerd waar de vraag binnenkwam, wordt er nu samen nagedacht welke partij de vraag het beste kan opvolgen.

Daarnaast geven alle pilots aan dat door de pilots de samenwerking op meerdere vlakken in de regio's tussen de netwerkpartners is geïntensiveerd. Er is meer kennis over elkaars werkzaamheden, processen, cultuur, competenties en vaardigheden.



### Tevredenheid en dynamiek medewerkers

9 pilots geven aan dat de pilot geleid heeft tot tevreden zorgprofessionals over de samenwerking. Over dynamiek rondom uitgiftetafels en reizen voor medewerkers wordt in de pilots, bijvoorbeeld in IJsselland, Midden Nederland en Rotterdam, minder tevredenheid ervaren.

De pilot Midden Nederland geeft aan dat er gezamenlijk aantrekkelijke banen gecreëerd kunnen worden. Dit zorgt voor meer uitdaging, doorgroeiperspectief, een 24/7 rooster en een gezonde werk/privé balans. Dit is nodig om ook in de toekomst voldoende zorgprofessionals te behouden en te werven voor het triage-vak.



### Toegevoegde waarde erkend

Alle pilots geven aan dat ze zorgcoördinatie als grote toegevoegde waarde zien voor de toekomst. Aangegeven wordt dat alleen samen met de netwerkpartners de grote vraagstukken rondom knelpunten in de zorg opgepakt kunnen worden om de acute zorg toekomstbestendig te maken. Dit geldt o.a. voor de toenemende en steeds complexer wordende zorgvraag en het tekort aan zorgprofessionals.

9 van de 10 pilots geven aan door te willen gaan met zorgcoördinatie in de toekomst en zijn bezig dit te operationaliseren.

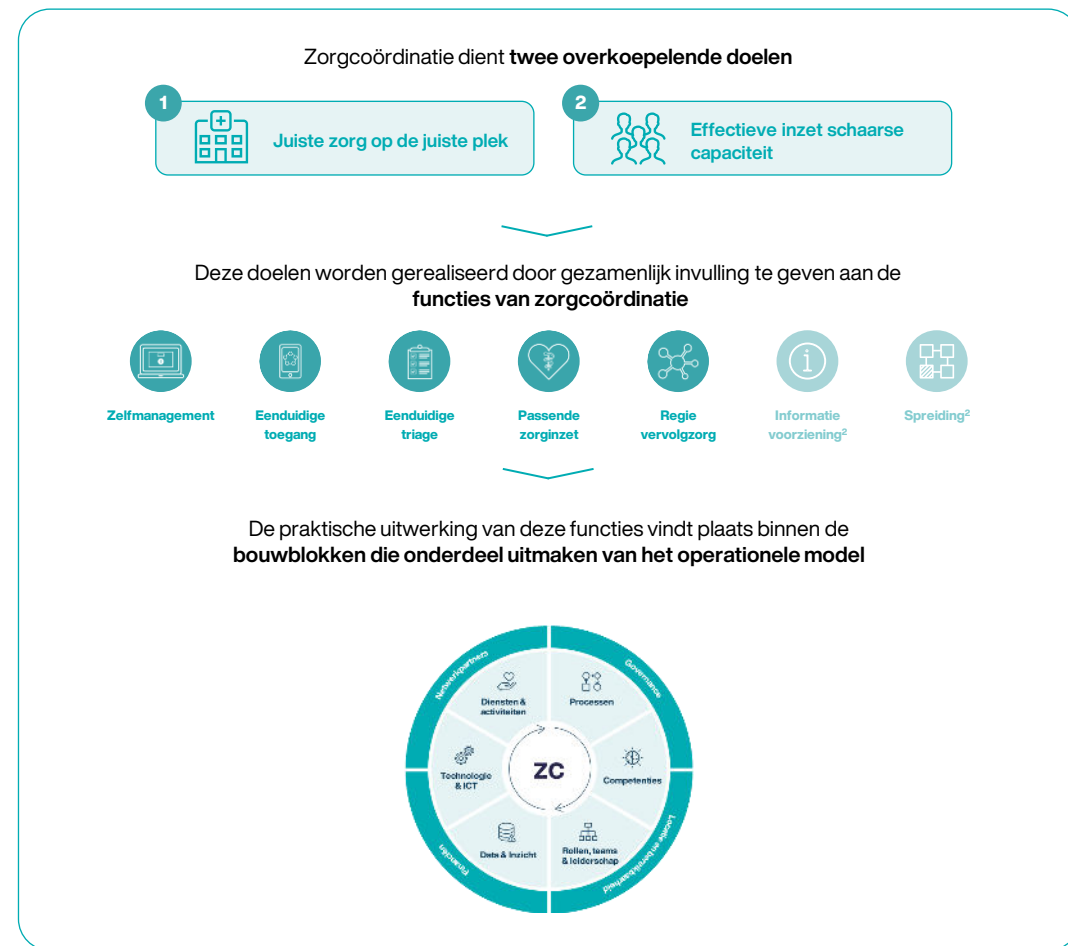
## Operationeel model ontwikkeld op basis van alle ervaringen in de pilots

Het beproeven van de pilotinterventies en leren van de inzichten heeft daarnaast geleid tot veel kennis en ervaring over hoe zorgcoördinatie, al dan niet in de vorm van een zorgcoördinatiecentrum, geïmplementeerd kan worden. Vanuit deze kennis en ervaring is binnen het pilotprogramma een operationeel model voor zorgcoördinatie ontwikkeld.

Het model biedt handvatten aan regio's die zorgcoördinatie willen inrichten met punten waar de regio idealiter invulling aan zou moeten geven. De diverse bouwblokken uit het model, zoals activiteiten, processen en systemen, geven praktische invulling aan de eerder beschreven functies van zorgcoördinatie in de praktijk.

Een zorgcoördinatiecentrum (ZCC) is een middel om zorgcoördinatie in te richten. Een ZCC is de plek<sup>1</sup> van waaruit de acute zorg voor de regio gezamenlijk door de netwerkpartners wordt gecoördineerd. De partijen werken hier samen om het spoedzorgproces zo goed mogelijk in te richten en te optimaliseren, waardoor patiënten zo snel mogelijk de juiste zorg ontvangen en schaarse capaciteit zo effectief mogelijk wordt ingezet. In 7 van de 10 pilots is, in ieder geval initieel, sprake geweest van een ZCC als middel om zorgcoördinatie in te richten, waardoor het model hier grotendeels op is gebaseerd.

Verdere toelichting op het model, de individuele blokken en onderlinge samenhang is te vinden in hoofdstuk 4. De mogelijke invulling van de bouwblokken van zorgcoördinatie o.b.v. lessen uit de pilots is te lezen in hoofdstuk 5.



1) Dit kan zowel een fysieke locatie zijn, als virtueel. Zie voor meer toelichting pagina 33 over bouwblok locatie en bereikbaarheid

2) Toegevoegd gedurende de pilotperiode, alleen Midden Nederland heeft deze functies beproefd. Geen onderdeel van de originele functies van zorgcoördinatie

## Effect losse interventies op doelstellingen zorgcoördinatie

In aanvulling op het beproeven van zorgcoördinatie in de praktijk, is het programma gericht op het onderzoeken of zorgcoördinatie daadwerkelijk leidt tot betere kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg. Naast de vraag hoe in de toekomst invulling kan worden gegeven aan het concept, is het namelijk belangrijk om te weten of dit concept überhaupt zinvol is.

Het antwoord op deze vraag moet gelinkt zijn aan het beoogde effect van zorgcoördinatie en dit is zoals eerder beschreven tweeledig. Enerzijds is de verwachting dat het gezamenlijk coördineren van zorg ertoe leidt dat patiënten sneller de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Daarnaast bestaat de hypothese dat door deze multidisciplinaire benadering schaarse capaciteit zo effectief mogelijk wordt benut. Zo is bijvoorbeeld personeel in de acute zorg dusdanig schaars dat het de vraag is of dit überhaupt nog binnen de muren van de eigen organisatie opgelost kan worden. Het kan echter vanuit de pilots niet bewezen worden dat zorgcoördinatie een oplossing is voor schaarste, omdat de pilots zorgcoördinatie hebben vormgegeven bovenop de normale activiteiten.

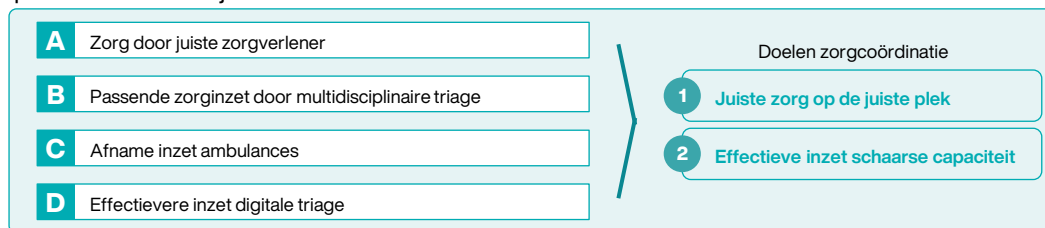
### Toegevoegde waarde in algemeen kwantitatief beschrijven uit pilotresultaten lastig

Om de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie te meten zijn bij de start van het programma landelijke KPI's geformuleerd die aansluiten op het Actieplan Ambulancezorg. Deze KPI's hebben betrekking op het effect op de responstijd van ambulances en mobiel zorgconsult (voorheen EHGv). Tijdens de pilotperiode bleek dat landelijke KPI's inzake de prestaties van de ambulancezorg onvoldoende inzicht geven in de effecten van zorgcoördinatie op de gehele acute zorgketen. De landelijke KPI's bieden geen inzicht in het effect van zorgcoördinatie op de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid bij andere zorgverleners binnen de acute zorgketen. Daarnaast maakte de komst van Covid

het extra complex om conclusies te kunnen verbinden aan deze KPI's, waardoor ze niet langer passend zijn. Wat dan wel een goede benadering is, is een complex vraagstuk kijkend naar de insteek en context van de pilots. Zorgcoördinatie is niet één begrip en bestaat uit verschillende onderdelen die elkaar deels overlappen. Hierdoor kunnen resultaten niet zomaar opgeteld of geëxtrapoleerd worden. In aanvulling hierop geldt dat een (capaciteits)voordeel op een bepaalde plek in de keten mogelijk negatieve effecten heeft verderop in de keten, omdat (een deel van) het probleem wordt verplaatst. Het meewegen van de samenhang tussen de netwerkpartners en de doorstroom binnen de keten is dan ook essentieel voor het geven van een volwaardig beeld om het beleid ten aanzien van zorgcoördinatie in de toekomst goed te kunnen evalueren.

### Toegevoegde waarde uit interventies die bijdragen aan zorgcoördinatie

Op de volgende pagina's trachten we een beeld te schetsen van toegevoegde waarde van zorgcoördinatie door de resultaten op zorgcoördinatie niet vanuit zijn geheel te bekijken, maar te beschrijven vanuit de verschillende perspectieven van de pilots. Dit doen we door te beschrijven hoe bepaalde activiteiten of interventies uit de pilots bijdragen aan één of beide doelstellingen van zorgcoördinatie. Deze lijst van resultaten is niet uitputtend voor alle mogelijke interventies, maar is een opsomming van interventies waarop binnen de pilots resultaten zijn behaald<sup>1</sup>.



1) Kanttekening hierbij is dat de resultaten onder andere afhankelijk zijn van de openingstijden van de ZCC's, die wisselend zijn geweest per pilot. Zie bijlage 2 voor een overzicht.

## Zorg door juiste zorgverlener

### Toegevoegde waarde van zorgpaden

5 pilots hebben zich o.a. gericht op het uitwerken en implementeren van ketenbrede zorgpaden. Onderzocht is bij welke ingangsklachten van de NTS (Nederlandse Triage Standaard) vaak problemen optreden bij het beoordelen van de juiste urgentie en het kiezen voor de juiste zorginzet. De zorgpaden zijn opgezet om op een gezamenlijke en gestandaardiseerde wijze een patiënt te triëren en vervolgens de juiste zorginzet te bepalen. De pilots vinden dat het implementeren van netwerkbrede zorgpaden<sup>1</sup> ketenvoordelen oplevert op het gebied van **samenwerking, kwaliteit van zorg, werkdruk** en dat het ook bijdraagt aan **positieve financiële resultaten**.

*Ervaring pilot*

#### Voorkomen van presentatie op de SEH

“De familie van een patiënt was volledig in paniek en belde 112. Ze wilden naar de SEH. Via de MKA kwam de melding terecht bij de HAP. De wijkverpleegkundige zorgcoördinatie is langs gegaan en heeft i.s.m. de regiearts de familie gerustgesteld en medicatie voorgeschreven.”

- Pilot regio Almere -

### Resultaten pilots

- De pilot Noord-Nederland heeft een ketenanalyse gedaan o.a. gefocust op de katheterzorg vanuit de HAP. Conclusie is dat bij 25% van de HAP-inzetten bij katheterzorgvragen in de regio de zorgcentrale/wijkverpleging kan worden ingezet i.p.v. de HAP. Het verschil in kostprijs in de regio is hierdoor ~€35k door verschil in inzetkosten HAP vs. VVT.
- Ook de pilot Rotterdam heeft voor bepaalde ingangsklachten<sup>1</sup> en urgentie-codes gekeken of er een verschuiving van inzet vanuit HAP naar VVT kan plaatsvinden. In 13 maanden tijd zijn er tijdens de openingstijden van het ZCC 145 patiënten door de acute VVT<sup>2</sup> geholpen i.p.v. door de HAP. In ten minste 71% van deze gevallen was na de inzet van de VVT geen aanvullende inzet meer nodig. De verwachting is dat bij het doortrekken van deze lijn in potentie op jaarbasis 894 HAP-inzetten in de regio kunnen overgenomen door de VVT. De pilot heeft berekend dat deze verschuiving leidt tot een potentiële jaarlijkse kostenbesparing van ca. €65k –€100k voor de regio. Dit komt door een verschil in kostprijs van ca. 36% tussen een HAP- en VVT visite.
- De pilot Almere richt zich op het inzetten van een ‘wijkverpleegkundige zorgcoördinatie’ in de spoedketen voor opvolging van acute niet-levensbedreigende verpleegkundige zorgvragen (o.a. injecties, katheter-, sonde- en wondzorg)<sup>1</sup>. In de pilot is in totaal 237 keer de inzet van een netwerkpartner voorkomen in 8 maanden tijd. De pilot heeft berekend dat dit leidt tot een kostenbesparing van ca. €50k, m.n. door het voorkomen van een ziekenhuis- of SEH opname.

25%

**Inzet HAP  
katheterzorg  
verplaatst naar  
wijkverpleging**

36%

**Verskil in  
kostprijs door  
inzet HAP en  
VVT**

€50k

**Besparing door  
inzet wijk-  
verpleegkundige  
zorgcoördinatie**

1) Zie de bijlage 3 voor een overzicht van ontwikkelde ketenbrede zorgpaden per ingangsklacht per pilot

2) Met de acute VVT wordt vrijwel altijd onplanbare wijkverpleging bedoeld

# Positieve ervaringen bij de wijkverpleging

## Voorbeelden vanuit pilots die wijkverpleging hebben ingezet

### Voorbeelden



Een wijkverpleegkundige zorgcoördinatie wordt ingezet om inzetten van netwerkpartners te voorkomen.

*Zorgcoördinatie Almere (pilot Flevoland)*



Op verschillende zorgpaden (U3/U4 urgenties) wordt de acute VVT ingezet in plaats van een visite van de HAP.

*Zorgcoördinatie Rotterdam-Rijnmond*



Op de zorgpaden katheterzorg, en "het gaat niet langer thuis" krijgt wijkverpleging een uitvoeringsverzoek i.p.v. HAP.

*Zorgcoördinatie Noord-Nederland*

In de pilots is het verschuiven van zorg vanuit de HAP naar de (onplanbare) wijkverpleging als zeer positief ervaren door de wijkverpleegkundigen. Het betrekken van de wijkverpleegkundigen in het acute zorgproces en hen als expert aan tafel zetten verbreedt het vak van een wijkverpleegkundige. Het is een aanvulling op hun huidige competentie- en taakprofiel. Dit maakt het vak van wijkverpleegkundige aantrekkelijker en dit maakt dat wijkverpleegkundigen graag werkzaam blijven in het team. De nieuwe functie trekt daarnaast pionierende mensen aan die het leuk vinden om te experimenteren en als zelfsturend team te opereren. Daarnaast heeft het als voordeel dat er minder verandermanagement nodig is bij het aantrekken van nieuwe pionierende mensen.



**Let op**

In meerdere regio's is de zorgverschuiving als prettig ervaren door de wijkverpleegkundigen in die regio. Daarnaast was er in deze regio's voldoende capaciteit bij de wijkverpleging om deze zorgvragen op te pakken. Het is echter niet vanzelfsprekend dat dit in alle regio's het geval is.

Bij verhoging van het aantal zorgvragen voor een netwerkpartner door zorgcoördinatie dient voldoende aandacht te zijn of de betreffende netwerkpartner hier voldoende capaciteit voor heeft.

## Passende zorginzet door multidisciplinaire triage

### Toegevoegde waarde multidisciplinaire triage

Multidisciplinaire triage is triage met expertise vanuit meerdere netwerkpartners. Dit kan ingevuld worden door ofwel afstemming tussen triagisten van verschillende netwerkpartners ofwel door één of meer multidisciplinaire triagist(en). Dit heeft voordelen:

- Enerzijds leidt het tot de juiste zorg doordat de kennis over het inzetten van de juiste zorg voor elke zorgvraag beschikbaar is. Dit zorgt ervoor dat de patiënten met een acute zorgvraag snel, op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener geholpen worden.
- De multidisciplinaire triagist uit een ZCC biedt ook een oplossing voor de arbeidsmarktproblematiek. Door zorgprofessionals van een ZCC multidisciplinair op te leiden zijn er netto minder triagisten nodig.

#### Passende zorginzet

'In totaal zijn er 407 intercollegiale overleggen en/of overdrachten geregistreerd tijdens de pilot: 262 tussen de HAP en MKA en 145 tussen HAP en VVT. We weten dat daarnaast nog veel informeel overleg heeft plaatsgevonden. Veel van de casuïstiek die multidisciplinair was besproken, zorgde ook voor een overdracht naar de acute spoedzorgpartner waarmee overleg werd gevoerd.'

- Pilot Rotterdam-

Ervaring pilot

### Resultaten pilots

- Midden Nederland heeft in een retrospectieve contactanalyse met een multidisciplinair regieteam (HAP, RAVU en GGZ) 445 telefoontjes teruggeluisterd van de HAP en RAVU. Hierin hebben zij met de kennis opgedaan door de pilot bekeken of bij deze casussen de juiste vervolgzorg is geleverd om zo de potentie van zorgcoördinatie te bepalen. Bij 23% van de gesprekken (omgerekend ca. 46.000 patiënten op jaarbasis) blijkt multidisciplinaire triage van toegevoegde waarde door betere kwaliteit van triage en/of (beter passende) vervolgzorg.
- In Rotterdam is met debriefingsformulieren bij professionals nagevraagd of de zorginzet na multidisciplinair overleg (tussen de zorgverleners van de huisartsenposten, acute wijkverpleging, acute GGZ en MKA) anders (passender), of sneller is geweest dan zonder zorgcoördinatie. Bij 78% van de 407 behandelde casussen bleek dit het geval. Multidisciplinair overleg zorgt daarmee voor beter passende of snellere zorginzet.
- Midden Nederland bracht het effect van multidisciplinaire triagisten op de personeelsproblematiek in kaart. Als alle HAP's in de ROAZ regio Midden Nederland en de RAVU (tijdens ANW uren) samenwerken wat betreft aanname en triage van de acute zorgvragen kan in potentie een besparing van ca. 20% FTE<sup>1</sup> triagist worden gerealiseerd in de regio.

23%

Multidisciplinaire aansturing in 23% van toegevoegde waarde

78%

In 78% van de gevallen beter passende of snellere zorginzet

20%

Besparing van ca. 20% FTE triagist mogelijk

1) Berekend door Customer Contact Company. In de huidige praktijk wordt de benodigde formatie niet gevuld. Met de besparing wordt dus de werkdruk voor zorgprofessionals gereduceerd wat leidt tot reductie in wachttijd voor de patiënt.

## Afname ambulance inzet (door o.a. Rapid Huisartsgeneeskunde)

### Toegevoegde waarde voor ambulancezorg

De vraag naar ambulancezorg neemt toe. De inzet van een Rapid HAG (Rapid Huisartsgeneeskunde) kan leiden tot het verbeteren van de prestaties van de ambulancezorg waarbij door multidisciplinaire expertise bepaald wordt of het nodig is dat een ambulance uitrijdt of dat de zorgvraag beter door netwerkpartners (o.a. HAP en VVT) opgepakt kan worden. De Rapid HAG is een ambulanceverpleegkundige.

**Ervaring pilot**

#### Lagere druk visites huisartsen

“Het was vooral heel fijn om de Rapid HAG in te kunnen zetten bij het beoordelen van patiënten met pijn op de borst of andere acute klachten. Het zorgde ook regelmatig voor een lagere druk op de visites van de huisartsen. Daarnaast is de proeftuinperiode heel goed geweest voor de samenwerking met de ambulancedienst in het algemeen. Je weet meer van elkaars werkwijze. Ook is er veel (medische) kennisoverdracht geweest, waar we op de HAP veel van hebben geleerd! Leuk!”

**- Triagist Pilot Zuid Holland Zuid -**

### Resultaten pilots

- De pilot Zuid Holland Zuid beproefde de inzet van een Rapid Huisartsgeneeskunde (HAG). De Rapid HAG neemt acute zorgvragen van de huisartsenpost (HAP) over die normaliter doorgezet worden naar de MKA. Deze specifiek opgeleide ambulancezorgprofessional verleent snel de juiste zorg voor acute zorgvragen aan patiënten in hun thuishouding, op aanvraag en onder regie van de huisarts op de HAP. Dit voorkomt de inzet van een volledige uitgeruste ambulance. Van alle U1- en U2-urgenties op de HAP kan de Rapid HAG naar schatting ongeveer 28% van de visites overnemen.
- Zuid Holland Zuid berekende het besparingspotentieel bij toepassing van de Rapid HAG in heel Nederland. Volgens Zuid Holland Zuid kan de inzet van de Rapid HAG een behoorlijke besparing opleveren wanneer inzet van een reguliere ambulance uitblijft. Volgens de berekening is een jaarlijkse besparing van ca. €7k mogelijk<sup>1</sup>. De besparing komt vooral door het feit dat de Rapid HAG een deel van de spoedzorg kan overnemen, waardoor er minder reguliere ambulances direct vanuit de HAP worden opgeroepen.
- Daarnaast is in overige pilots ook de ambulance-inzet voorkomen door zorgcoördinatie. In de pilot Almere is in 8 maanden tijd 38 keer een ambulance-inzet voorkomen op een totaal van 116 aanvragen door de inzet van de “wijkverpleegkundige zorgcoördinatie”. In Gelderland-Midden en -Zuid hebben er 43 overdrachten plaatsgevonden in een maand tijd vanuit het MKA naar de HAP.

**28%**

**De Rapid HAG kan 28% van de U1- en U2-urgenties van de HAP overnemen**

**€700k**

**Jaarlijks besparingspotentieel van ca. €700k door inzet Rapid HAG in NL**

1) Voor deze berekening heeft Zuid Holland Zuid een aantal aannames gedaan, die mogelijk een vertekend beeld opleveren ten opzichte van de werkelijke situatie.

## Effectievere inzet digitale zelftriage

### Toegevoegde waarde digitale zelftriage

Digitale zelftriage heeft als doel om zelfzorg te stimuleren en medisch onnodige zorgconsumptie te verminderen. Met digitale zelftriage kunnen burgers via een op de Nederlandse Triage Standaard (NTS) gebaseerde app/website zelf inschatten of contact met de huisarts(enpost) nodig is. Huisartsenposten worden zo ontlast van laagurgente meldingen. Dit zorgt voor een lagere werkdruk bij huisartsenposten en bespaart kosten. Daarnaast draagt dit bij aan de juiste zorg op de juiste plek.

### Inzet digitale zelftriage

'De toegang tot de HAP is verbeterd door middel van digitale zelftriage waardoor laag-urgente zorgvragen niet oneigenlijk in het systeem komen en belasting veroorzaken'

- Pilot Brabant-

Ervaring pilot

### Resultaten pilots

- De retrospectieve contactanalyse van Midden Nederland toont aan dat in 41% van de zorgvragen (circa 111.000 patiënten op jaarbasis) digitale zelftriage of een digitaal consult mogelijk is in plaats van telefonische triage. Deze mogelijkheid is vooral aanwezig bij de huisartsenposten en betreft met name gesprekken met urgentie 3, 4 of 5.
- Brabant heeft gewerkt met een zelftriage applicatie (*Moet ik naar de Dokter?*) op de website van HAP Oost-Brabant. Daaruit blijkt dat er aanleiding is om aan te nemen dat hoe meer de digitale zelftriage applicatie gebruikt wordt, hoe hoger het percentage patiënten met een laag urgente vraag dat geen contact opneemt met de huisartsenpost. Op de huisartsenpost, waar de applicatie het meeste werd gebruikt was een afname van 9,9% op het aantal verrichtingen. Dit leidde in de interventieperiode van twee weken tot een kostenbesparing van €57.497<sup>1</sup>. De besparing kan vergroot worden door meer aandacht te besteden aan deze toegangsweg (bijv. met een publiekscampagne en gerichte patiëntinformatie).
- De resultaten van de pilots zijn in lijn met uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek naar *Moet ik naar de dokter?*<sup>2</sup> waarbij o.a. is aangetoond dat het aantal contacten met de huisarts(enpost) vermindert (in het onderzoek 11%) door digitale zelftriage. Het percentage fout-negatieve adviezen van de zelftriage was met 3% laag, dus de afname van het aantal contacten heeft geen beduidende negatieve invloed op de veiligheid voor de patiënt. Bovendien wordt de telefonische triagetijd met gemiddeld een halve minuut per gesprek verkort, wanneer de patiënt eerst zelftriage heeft gedaan.

41%

Bij 41% van de zorgvragen is digitale zelftriage mogelijk

9,9%

9,9% minder verrichtingen door digitale zelftriage op de HAP Oost-Brabant

1) Gekeken is naar het totaal verrichtingen (consult, telefonisch consult, advies) en de kosten daarvan in de interventieperiode vs. controleperiode. Daarnaast zijn de kosten voor het gebruik van MINDD meegenomen

2) Bron: IQ Scientific Center for Quality of Healthcare, Digitale zelftriage op de huisartsenpost 2022



## Landelijke KPI's

Bij de start van het programma zijn vanuit de doelen van het Actieplan Ambulancezorg ook landelijke KPI's opgesteld voor de pilots. Gedurende het programma zijn we tot het inzicht gekomen dat deze KPI's en de resultaten niet langer passend zijn om de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie aan te tonen. Dit heeft de volgende redenen:

### Niet gericht op de gehele keten



De geformuleerde KPI's zijn grotendeels gefocust op de prestatie van de ambulancezorg en niet van de gehele keten. Dit is tegenstrijdig met de gedachte van zorgcoördinatie, waarbij het juist gaat over de gehele keten.

### Weinig data



De KPI's zijn niet bij alle partijen gemeten. Dit komt doordat partijen in het begin vooral bezig waren met het vormgeven van de pilots en het werkend krijgen van het concept. Daarnaast werd de noodzaak van het aanleveren van de data niet altijd gezien door de pilots.

### Verschillende invloeden



De resultaten op de landelijke KPI's zijn niet te vertalen naar de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie. Door o.a. de living lab methode is het lastig het effect van losse interventies te isoleren. Bovendien hebben naast zorgcoördinatie ook veel andere zaken invloed op de resultaten van deze KPI's, waaronder de Covid-19 pandemie.

Na de tussenrapportage en de aanbeveling om te komen tot nieuwe landelijke KPI's is er een werkgroep met vertegenwoordigers opgericht om deze op te stellen. Helaas is het niet gelukt om te komen tot nieuwe landelijke KPI's door o.a. de fase waarin de pilots zich

bevonden en de vele verschillen in perspectieven van de pilots. Aangezien de landelijke KPI's aanvankelijk wel onderdeel waren van het programma, zijn de resultaten hiervan, ondanks dat deze dus weinig kunnen aantonen, toch in deze rapportage opgenomen. Doordat niet iedere pilot de data hiervoor heeft aangeleverd, is data vanuit het Sectorkompas ambulancezorg van 2019 en 2021<sup>1</sup> gebruikt, zie bijlage 4 voor de data.

#### Responstijd %

% A1-ritten dat binnen 15-minuten ter plaatse is<sup>2</sup>

Bij de pilotregio's Midden Nederland en Brabant-Noord is de responstijd in 95% van de A1-ritten tussen 2019 en 2021 verkort met respectievelijk 28 seconden en 3 seconden. Bij de overige pilotregio's is de responstijd van deze ritten langer geworden met 26 sec tot anderhalve minuut.

#### Mediane Responstijd

Mediane responstijd van A1-inzetten (in minuten)

Slechts bij één pilotregio (Midden Nederland) is de mediane responstijd tussen 2019 en 2021 afgenomen. Bij de overige pilotregio's is de mediane responstijd toegenomen met gemiddeld een halve minuut.

#### # EHGv (mobiel zorgconsult)

Aantal EHGv ritten (A1 + A2)

Het aantal mobiel zorgconsulten (voorheen EHGv ritten genoemd) is in alle pilotregio's m.u.v. Gelderland-Zuid toegenomen tussen 2019 en 2021.

#### % EHGv (mobiel zorgconsult)

Aantal EHGv ritten t.o.v. totaal aantal spoedritten (A1 + A2)

Het percentage mobiel zorgconsulten t.o.v. het totaal aantal ritten<sup>3</sup> is tussen 2019 en 2021 met 1-3% toegenomen in de meeste pilotregio's m.u.v. Gelderland-Zuid en IJsselland waar het percentage is gedaald. In Midden Nederland is het percentage gelijk gebleven.

#### Integratiemeter

Meetinstrument om mate van samenwerking tussen netwerkpartners te meten

*De vragenlijst is niet voldoende ingevuld door de pilots om hier iets over te kunnen zeggen.*

#### IT-implementatiemeter

Mate waarin info op gestandaardiseerde wijze tussen partijen wordt ontvangen en gedeeld

*De vragenlijst is niet voldoende ingevuld door de pilots om hier iets over te kunnen zeggen.*

1) Deze cijfers zijn onderdeel van het Sectorkompas ambulancezorg 2021. AZN publiceert dit document in september 2022 (na oplevering van deze eindrapportage). Dit betekent dat er geen rechten ontleend kunnen aan de cijfers die in deze eindrapportage.

2) Aangezien deze data niet aangeleverd is, is in plaats van het percentage het verschil in responstijd voor 95% van de A1-ritten genomen.

3) De percentages zijn afgezet tegen het totaal A1+A2+B ritten in plaats van tegen het totaal aantal A1+A2 ritten, aangezien de splitsing per regio niet inzichtelijk was in de data van het Sectorkompas ambulancezorg.

# 4

## Operationeel model zorgcoördinatie

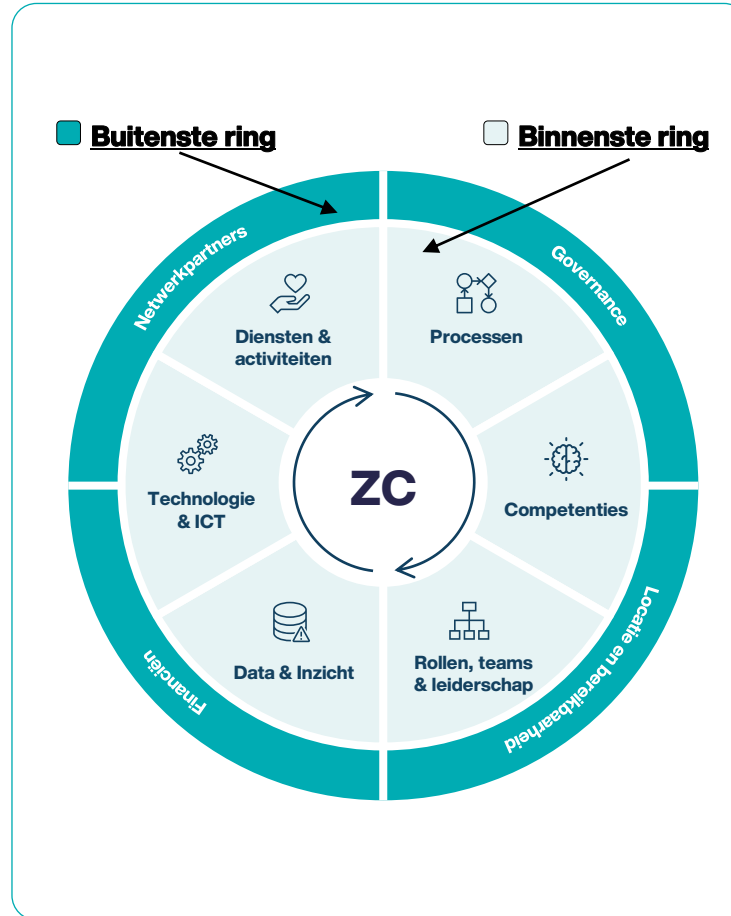


## Toelichting op het operationele model (1/2)

Het doel van het opgestelde operationele model is het bieden van handvatten hoe zorgcoördinatie in te richten. Het zijn elementen waar aandacht aan moet worden besteed om tot operationele zorgcoördinatie te komen. De daadwerkelijke invulling van deze bouwblokken kan in de praktijk per regio verschillen, passend bij de regionale context en behoeften. Meer informatie over de invulling van de bouwblokken staat beschreven in het volgende hoofdstuk dat gaat over de inrichting van zorgcoördinatie. Het model bestaat uit een buitenste ring en een binnenste ring.

### Buitenste ring

De inhoud van de buitenste ring heeft betrekking op de elementen die de basis vormen van zorgcoördinatie. Dat betekent dat eerst over de invulling van deze elementen moet zijn nagedacht, alvorens men kan starten met de meer operationele elementen (binnenste ring). De bouwblokken in de buitenste ring zijn daarmee randvoorwaardelijk voor de operationele activiteiten binnen zorgcoördinatie. Tegelijkertijd is deze scheiding niet zo zwart-wit, omdat de (door)-ontwikkeling van de operationele elementen ook kan leiden tot nieuwe of andere wensen en behoeften ten aanzien van de invulling van bouwblokken in de



buitenste ring. Er is dus sprake van een wisselwerking.

*De buitenste ring bestaat uit:*

- **Netwerkpartners:** de (acute)zorgpartners die samenwerken binnen zorgcoördinatie, zoals de HAP, ambulancezorg, ziekenhuis, VVT, GGZ en ROAZ.
- **Governance:** de juridische structuur waarlangs de partners samenwerken ten behoeve van zorgcoördinatie en op basis waarvan besluitvorming plaatsvindt.
- **Locatie en bereikbaarheid:** plek waar zorgcoördinatie wordt uitgevoerd (fysiek of virtueel) en hoe en wanneer zorgcoördinatie wordt uitgevoerd.
- **Financiën:** afspraken over de wijze waarop het zorgcoördinatie bekostigd en gefinancierd wordt.

## Toelichting op het operationele model (2/2)

### Binnenste ring

Nadat helderheid is over de invulling van de bouwblokken in de buitenste ring, dient aandacht te worden besteed aan de inrichting van de binnenste ring. Deze bestaat uit de elementen die betrekking hebben op hoe zorgcoördinatie in de praktijk vorm te geven.

Daarbij geldt dat er samenhang en enige volgorde zit in de invulling van deze bouwblokken. Zo heeft de keuze voor de activiteiten en diensten binnen het inrichten van zorgcoördinatie effect op welke processen nodig zijn. Dit geeft vervolgens richting aan welke competenties nodig zijn om hier uitvoering aan te geven en binnen welke rollen en teams dit te beleggen. De keuze voor de activiteiten en diensten heeft ook impact op welke data en inzichten nodig zijn en wat de vereisten zijn rondom technologie en IT om dit mogelijk te maken. Uit de pilots blijkt dat voor met name de linkerkant van de binnenste ring landelijke richtlijnen wenselijk zijn.

*De binnenste ring bestaat uit:*

- **Diensten en activiteiten:** De diensten en activiteiten die onder de vlag van zorgcoördinatie worden uitgevoerd. Deze zijn gekoppeld aan de



functies van zorgcoördinatie (zie pagina 11).

- **Processen:** Alle (interne en externe) processen die de basis vormen voor het goed functioneren van zorgcoördinatie, zowel zorginhoudelijk als organisatorisch.
- **Competenties:** De kennis, ervaring en vaardigheden die aanwezig moeten zijn bij één of meerdere professionals om zorgcoördinatie kwalitatief goed uit te kunnen voeren.
- **Rollen, teams & leiderschap:** De rollen en teams waarbinnen deze competenties (en daarmee diensten en activiteiten) een plek krijgen.
- **Data & Inzicht:** De inzichten die nodig zijn voor het goed functioneren van zorgcoördinatie vertaald naar de vereisten voor het verzamelen, registeren en delen van data.
- **Technologie & ICT:** Alle systemen en applicaties die voor het uitvoeren van zorgcoördinatie aanwezig moeten zijn. Dit betreft zowel alle operationele systemen (bijv. telefonie, technische oplossingen) als software oplossingen (bijv. LPZ/Topicus).

In het volgende hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de mogelijke invulling van alle bouwblokken.

# 5

## Inrichting van zorgcoördinatie





## Netwerkpartners (1/2)

Welke zorgpartners werken samen onder de vlag van zorgcoördinatie?

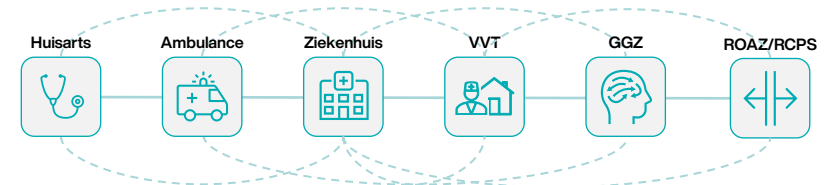
Zorgcoördinatie bestaat uit een samenwerking van meerdere netwerkpartners binnen de acute zorg. In de pilots hebben we gezien dat het niet noodzakelijk is om alle netwerkpartners vanaf het begin te betrekken bij het uitvoeren van zorgcoördinatie. Het is ook mogelijk om later aanvullende netwerkpartners te includeren, bijvoorbeeld als zij pas later geïnspireerd raken. Een nadeel van het later includeren is echter dat het dan ingewikkelder is om de gehele achterban van deze partner mee te nemen, aangezien zij als partner niet hebben meegedacht over de invulling van zorgcoördinatie.

Daarnaast is niet elke netwerkpartner essentieel voor het functioneren van zorgcoördinatie. Uit de pilots blijkt dat de **huisartsenposten, RAV, en VVT** kernpartners<sup>1</sup> van zorgcoördinatie zijn. Nauwe betrokkenheid van het ziekenhuis (met name de SEH) is ook belangrijk, omdat het ziekenhuis indirect beïnvloed wordt door inmenging en keuzes die binnen zorgcoördinatie gemaakt worden. Dit betekent overigens niet per definitie dat, in het geval van een ZCC, iemand namens de SEH op het ZCC aanwezig hoeft te zijn. Het includeren van de GGZ en/of het ROAZ/RCPS is daarnaast een aanvullende mogelijkheid, afhankelijk van behoeftes van de regio. Hoewel niet alle pilots de GGZ hebben betrokken, geven 6 pilots aan dat ook de GGZ bij het uitvoeren van zorgcoördinatie aangesloten moet zijn. Op de volgende pagina staat beschreven waarom welke netwerkpartner belangrijk is voor zorgcoördinatie.

Om zorgcoördinatie zo efficiënt mogelijk in te richten, geven de pilots aan dat het van belang is dat de bestuurders van de netwerkpartners die meedoen voldoende commitment tonen. Op die manier is het makkelijker om de achterban te enthousiasmeren voor het zorgcoördinatieconcept. Bovendien heeft de pilot in regio Almere geleerd dat het nodig is om de patiëntenfederatie vroegtijdig te betrekken. Zij zijn

nodig om het patiëntenperspectief voldoende mee te nemen in de werkwijze van zorgcoördinatie.

De pilots zijn gestart vanuit een initiatief van de ambulancezorg met in vele regio's participatie van huisartsenposten. De laagdrempeligheid van het bellen van 112 voor acute zorgvragen en de lange wachttijden bij huisartsenposten maken het afhandelen van acute zorgvragen vooral in de ANW uren tot een gezamenlijk knelpunt en niet alleen een knelpunt van de ambulancezorg. Bij zorgcoördinatie dient de samenwerking in het afhandelen van acute zorgvragen dan ook multidisciplinair opgepakt te worden.



### Belangrijke lessen vanuit de pilots

- Besteed voldoende aandacht aan de cultuurverschillen en verschillende belangen tussen de netwerkpartners bij de inrichting van zorgcoördinatie. Het meenemen van de volledige achterban van alle partners is essentieel. Houdt er rekening mee dat hier veel tijd in kan gaan zitten en **bestuurlijke commitment** hierbij noodzakelijk is.
- **Regio-indelingen** van netwerkpartners zijn verschillend. Deze kunnen overlappen bij regionale zorgcoördinatie. Dit kan belemmerend werken in de samenwerking. Hier moet voldoende aandacht voor zijn.

1) Zie bijlage 5 voor een overzicht van de geïnccludeerde netwerkpartners per pilot



## Netwerkpartners (2/2)

Welke zorgpartners werken samen onder de vlag van zorgcoördinatie?

### Huisarts



Veel acute zorg wordt door de HAP<sup>1</sup> getrieerd of uitgevoerd. Voor zorgcoördinatie is de HAP daarom een onmisbare netwerkpartner. In de pilots is geleerd dat aandacht nodig is voor de wijze waarop huisartsen georganiseerd zijn binnen HDS'en (huisartsendienstenstructuur). Het is daarom belangrijk om voldoende tijd uit te trekken om zo de gehele achterban mee te kunnen nemen alvorens de juiste besluiten te kunnen nemen.

### RAV



Inzet van ambulances komt voort uit een 112-melding of via netwerkpartners in de acute zorg. Doordat zorgpartners door krapte minder goed bereikbaar zijn, heerst het gevoel dat de ambulancezorg vaker wordt ingezet (of dit zo is, wordt momenteel uitgezocht). Daarnaast groeit de inzet van mobiele zorgconsulten de laatste jaren met 5% per jaar<sup>2</sup>. Betere afstemming met netwerkpartners aan de voorkant en mogelijk inzet van een andere partner i.p.v. een ambulance heeft direct impact op de ambulancezorg. Dit maakt ze een belangrijke schakel.

### VVT



De VVT wordt door veel pilots als een onmisbare schakel binnen de context van de acute zorg gezien. Een groot deel van de VVT-zorgvragen heeft betrekking op ouderen. In veel gevallen blijkt dat de inzet van de HAP of SEH voorkomen kan worden door nauwere betrokkenheid of effectievere inzet van de VVT. Dit maakt de VVT volgens de pilots een essentiële netwerkpartner voor zorgcoördinatie. Bij het betrekken van de VVT is het belangrijk om voldoende aandacht te hebben voor de grote hoeveelheid verschillende VVT-partners en de onderlinge concurrentie.

### Ziekenhuis



Zorgcoördinatie zorgt voor afbuiging van de SEH instroom en heeft invloed op een mogelijk snellere uitstroom vanuit de verpleegafdeling en SEH. Het ziekenhuis wordt dus beïnvloed door (keuzes vanuit) zorgcoördinatie. Hierdoor zijn ze een belangrijke partner voor zorgcoördinatie, maar worden ze operationeel gezien op een andere wijze betrokken dan bijvoorbeeld de huisarts, ambulancezorg of VVT. Voor de spreidingsfunctie van zorgcoördinatie zijn de ziekenhuizen cruciaal, omdat door de sluiting of uitstroom bij het ziekenhuis de keten verstopt kan raken.

### GGZ



GGZ cliënten kunnen veel tijd vragen van netwerkpartners in de acute zorg door de specifieke aard van de zorgvraag. Meerdere pilots hebben ondervonden dat door het betrekken van de GGZ bij zorgcoördinatie netwerkpartners meer ontlast kunnen worden. Echter zijn niet alle regio's het hierover eens. Rotterdam heeft namelijk gemerkt dat het aantal GGZ vragen in hun regio laag is. Het is dus per regio te onderzoeken of de GGZ wel of geen onderdeel van zorgcoördinatie moet zijn en in welke vorm dit dan het geval zou moeten zijn.

### ROAZ/RCPS



Ten tijde van Covid-19 speelde het RCPS een rol in het (boven)regionaal spreiden van patiënten wanneer de druk op een ziekenhuis te hoog werd. In de pilot Midden Nederland is verbinding gelegd tussen het ZCC en RCPS. Dit levert versterking voor de regio op bij triage, verwijzen en spreiden van patiënten. Ook doordat de dichtheid van de ziekenhuizen in sommige regio's hoog is en er daarnaast in sommige gevallen (bijv. bij een lopende behandeling) andere protocollen in de verschillende ziekenhuizen worden toegepast, is betrokkenheid van het ROAZ of RCPS bij zorgcoördinatie van meerwaarde.

1) Binnen zorgcoördinatie is de acute huisartsengeneeskunde van belang. In deze rapportage focussen we daarom vooral op de huisartsenposten.

2) Monitor acute zorg (2020), NZa



## Governance






In wat voor structuur wordt de samenwerking vanuit zorgcoördinatie vastgelegd?

De governance van zorgcoördinatie omvat de wijze waarop besluitvorming tot stand komt en hoe verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden zijn belegd. Bij het inrichten van zorgcoördinatie zullen de netwerkpartners daar adequate afspraken over moeten maken, die de netwerkpartners in staat stellen hun activiteiten uit te voeren op de beoogde wijze. In die afspraken moet de balans gezocht worden tussen draagvlak enerzijds en mandaat anderzijds. Voor een samenwerking ligt een samenwerkingsovereenkomst voor de hand, maar indien een ZCC wordt ingericht kan er ook gedacht worden aan andere vormen.

Er zijn verschillende rechtsvormen met verschillende eigenschappen waarin deze afspraken vervolgens kunnen worden vormgegeven. Een aantal eigenschappen is op hoofdlijnen hiernaast weergegeven, maar voor iedere rechtsvorm geldt dat een grote mate van maatwerk mogelijk is. De meest belangrijke les vanuit de kennissessie van het programma bij het inrichten van de governance en rechtsvormkeuze is:

### “Vorm volgt inhoud”

Binnen de pilots zijn alleen samenwerkingsovereenkomsten gebruikt en geen andere rechtsvormen getoetst. Alle pilots hebben een door de bestuurders ondertekend projectdocument ingediend bij de stuurgroep. Dit is een vorm van een samenwerkingsovereenkomst voor de duur van de pilot. Voor een voorbeeld van de samenwerkingsovereenkomst voor na de pilotperiode vanuit de pilot IJsselland, zie bijlage 6. Aangezien de pilots weinig specifieke ervaring hebben opgedaan over governance, is vanuit de ervaringen van de pilots niet te zeggen wat een goede governance of rechtsvormkeuze voor zorgcoördinatie voor de toekomst is.

	Toelichting	Eigendom	Hoogste orgaan
<b>Samenwerkingsovereenkomst</b> 	Geen juridische entiteit. Flexibel contractueel vorm te geven (kan ook dienen als opstartmodel)	Geen	Afhankelijk van samenwerkingsovereenkomsten
<b>Stichting</b> 	Heeft vaak een ideële of maatschappelijke doelstelling en een zelfstandige identiteit	Geen	Bestuur (of raad van toezicht indien als zodanig ingesteld)
<b>Vereniging</b> 	Behartigt de belangen van de leden	Geen	Ledenvergadering
<b>Coöperatie</b> 	Bijzondere vereniging die een onderneming drijft ten behoeve van haar leden	Quasi-eigendom lidmaatschapsrechten	Ledenvergadering
<b>BV</b> 	Flexibele rechtsvorm met in beginsel een commerciële doelstelling met aandeelhouders	Van aandeelhouders	Algemene vergadering

1) Deze informatie is opgesteld o.b.v. de kennissessie over governance binnen het programma i.s.m. advocatenkantoor Van Doorne





## Locatie en bereikbaarheid (1/4)

Hoe werken de netwerkpartners samen?

### Mogelijkheden samenwerken

#### Optie A



#### Fysiek

- + Nóg betere (laagdrempelige) afstemming
- + Betere kennis en expertise van elkaars processen
- Mogelijk meer reistijd voor werknemers
- Inrichten fysieke werkplekken en ICT complex
- + Stimulans tot leren en verbeteren (PDCA)

#### Optie B



#### Virtueel

- + Afstemming is mogelijk, maar lastiger
- + Kennis en expertise opdoen mogelijk, maar lastiger
- + Geen extra reistijd
- Inrichten ICT voor samenwerking complex

De pilots hebben samenwerkingen op zowel fysieke als virtuele wijze beproefd. Vijf pilots geven aan een voorkeur te hebben voor een fysieke samenwerking, aangezien dit de netwerkpartners nóg dichter tot elkaar brengt dan bij een virtuele samenwerking. Een fysieke samenwerking op één locatie kan helpen om makkelijker en laagdrempeliger met elkaar in gesprek te gaan en nog beter inzicht te krijgen in de werkprocessen van de verschillende netwerkpartners. Een fysiek ZCC of samenwerking hoeft overigens niet te betekenen dat alle activiteiten van zorgcoördinatie fysiek plaatsvinden. Het kan dat enkele activiteiten een virtuele invulling hebben, zoals afstemming met specialisten voor specifieke of uitzonderlijke casuïstiek. Het is dan echter wel het uitgangspunt in het algemeen de werkzaamheden fysiek uit te voeren.

### Bezwaren fysieke samenwerking

Twee pilots gaven de voorkeur aan een virtuele samenwerking en er zijn enkele praktische bezwaren aan fysieke samenwerking ondervonden. Zo moeten (voldoende) fysieke werkplekken worden ingericht met de goede faciliteiten, moet toegang met bijv. pasjes goed worden geregeld en zijn de reisafstanden naar de fysieke locatie voor medewerkers soms vele malen groter dan gewenst. Hierdoor zijn enkele pilots partners met een fysieke samenwerking uiteindelijk alsnog (tijdelijk) virtueel gaan samenwerken. Fysiek samenwerken vraagt een grotere

verandering ten opzichte van huidige werkprocessen. Hier moet voldoende aandacht voor zijn.

### Virtueel voor sommige regio's uitkomst

Een volledig virtuele samenwerking kan een uitkomst bieden en lijkt mogelijk te zijn uit de resultaten van de pilots. De pilot Noord-Nederland en Gelderland hebben positieve ervaringen met een virtuele samenwerking, hoewel Gelderland de virtuele samenwerking op het moment van schrijven van de eindrapportage nog maar korte tijd beproefd heeft. Er heeft digitaal afstemming plaatsgevonden en daarnaast zijn triages digitaal uitgewisseld, wat leidde tot afschaling van zorg. De Covid-19 pandemie heeft digitale afstemming daarnaast vergemakkelijkt: integratie van digitale middelen is vaak eenvoudig geworden en zelfs steeds vaker de standaard. In tijden van lockdown kan een virtuele samenwerking een groot voordeel hebben t.o.v. fysiek, doordat je dan niet dichtbij elkaar hoeft te zitten. Fysieke kennismakingen zijn ondanks een virtuele samenwerking wel aan te bevelen, omdat dit zorgt voor makkelijkere afstemming later.

De pilots geven aan dat voor het goed vormgeven van zorgcoördinatie de ontwikkeling van een applicatie waarin gezamenlijke triage, doorverwijzen en delen van patiëntgegevens plaats kan vinden noodzakelijk is. Gedurende de pilots is gebleken dat de ontwikkeling van een applicatie veel tijd kan kosten en ook wettelijke hindernissen kent, zie ook pagina 49.

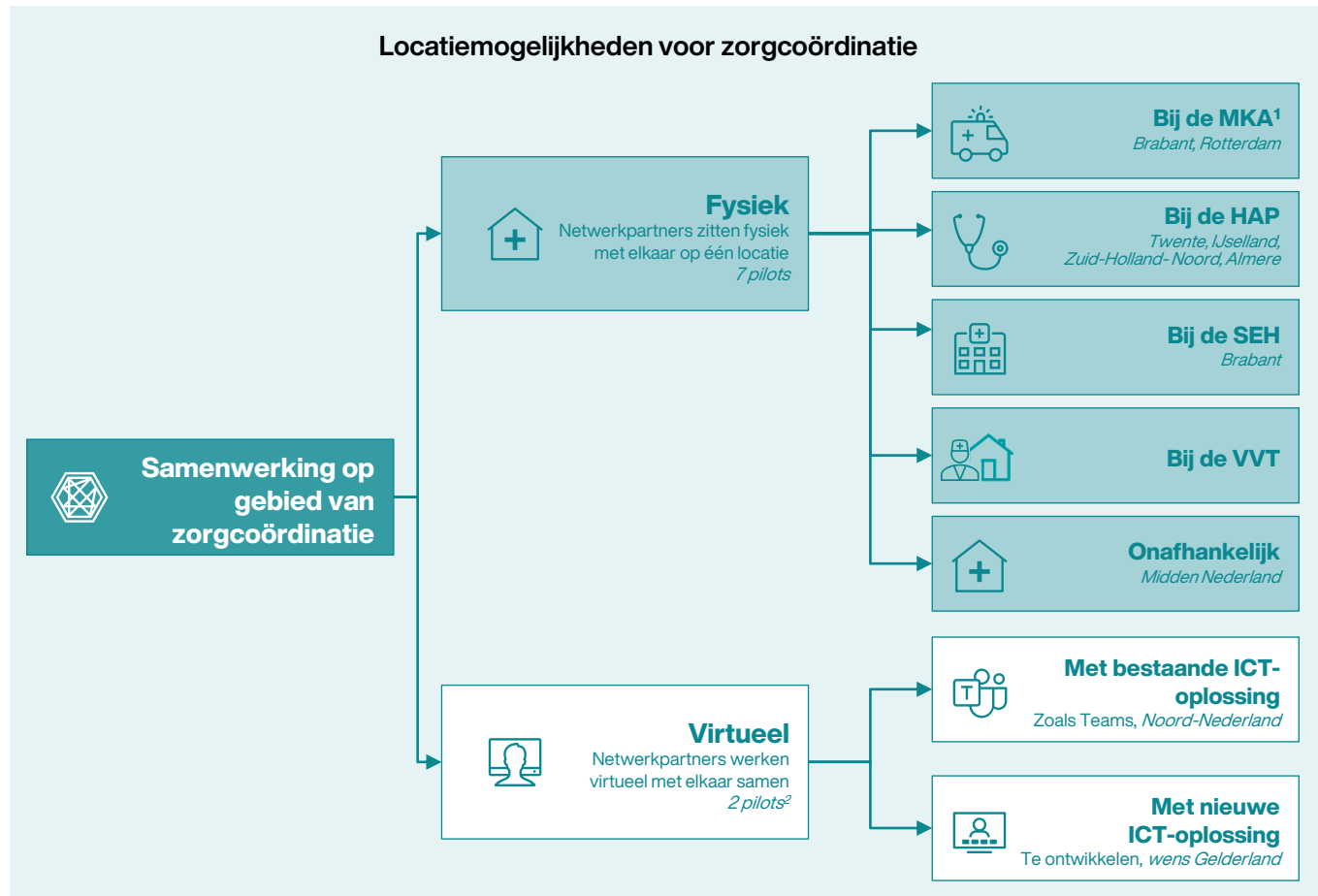


## Locatie en bereikbaarheid (2/4)

Waar wordt er samengewerkt?

### Wat is een geschikte fysieke locatie?

Indien er voor het inrichten van een fysiek ZCC wordt gekozen, op welke locatie moet deze dan komen? Binnen de pilots zijn meerdere locaties beproefd. Het ZCC kan ondergebracht worden bij (één van) de netwerkpartners of op een onafhankelijke locatie. Bij het huisvesten binnen het domein van de MKA of LMS is ondervonden dat koppelen van systemen ingewikkeld is en aandacht behoeft, zie ook pagina 50 (verdieping LMS). Daarnaast is het afhankelijk van de doelstelling van zorgcoördinatie of huisvesten binnen dit domein van toegevoegde waarde is. Rotterdam en Brabant geven aan dat indien zorgcoördinatie niet gaat over levensbedreigende zorg of als er een goede koppeling wordt gemaakt tussen een ZCC en de MKA, huisvesting bij MKA of LMS niet per definitie van meerwaarde is ten opzichte van een andere locatie. Een ZCC op de locatie van een HAP is in de beproefde pilots als positief ervaren, aangezien hier de meeste vragen vandaan komen en daarnaast ook de meeste triagisten van de formatie van het ZCC in de pilots vanuit de HAP komen. Ook de onafhankelijke locatie bij pilot Midden Nederland is als positief ervaren. Zij gaan binnenkort bovendien huisvesten bij het LCPS in Zeist, ter versterking van de samenwerking van beide coördinatiecentra. Uiteindelijk gaat het er dus meer over wie met elkaar samenwerken dan wáar ze dat doen.



1) Omdat de MKA's gehuisvest zijn in meldkamers die qua huisvesting en ICT beheerd worden door de politie, betekent dit dat ook het ZCC gehuisvest wordt in een meldkamergebouw van de politie.

2) In eerste instantie ging het vanuit de pilotplannen om twee pilots met een virtuele samenwerking. Tijdens de pilots hebben ook Brabant en Twente (tijdelijk) een virtuele samenwerking gehad door krapte bij het vullen van diensten. Twente geeft desondanks wel de voorkeur aan een fysieke samenwerking. Brabant heeft geen voorkeur voor fysiek of virtueel.



## Locatie en bereikbaarheid (3/4)

Hoe zijn de netwerkpartners of het ZCC te bereiken?

Om zorgcoördinatie te kunnen uitvoeren, moeten de zorgvragen (vanuit patiënt/naaste of zorgprofessional) ook de juiste personen bereiken. Dit valt samen met de functie *eenduidige toegang*. De invulling hiervan kan op meerdere manieren, waarbij het ook mogelijk is dat dit verschilt voor de route vanuit patiënten of vanuit zorgprofessionals.

### → Direct

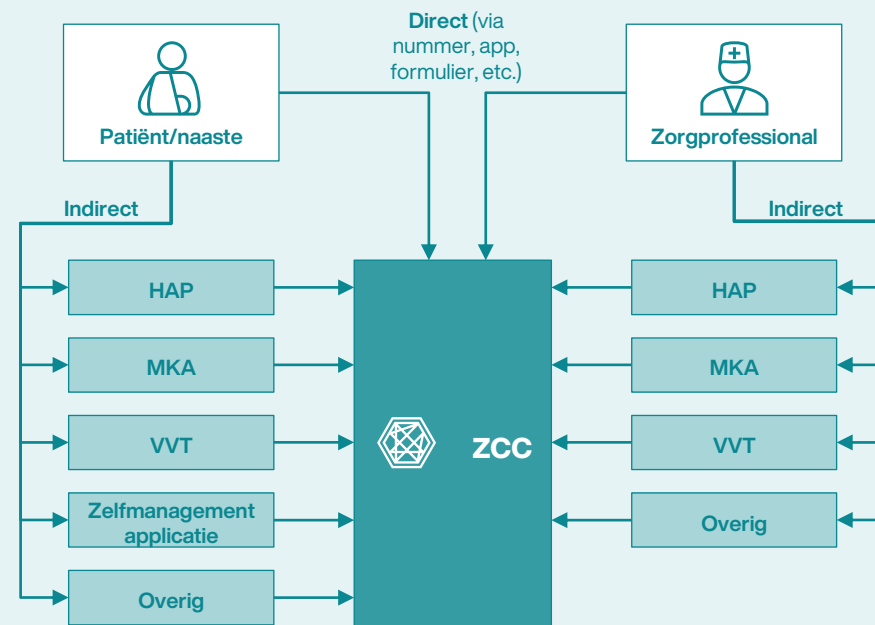
← Een patiënt of zorgprofessional kan direct met zijn zorgvraag contact opnemen met een zorgaanbieder of een ZCC (indien een ZCC wordt ingericht). Dit kan via een app of digitaal formulier. Ook kan overwogen worden om een landelijk nummer voor acute zorgvragen (naast 112 voor levensbedreigende vragen) in het leven te roepen.

Er is door de pilots geen algemeen nummer voor zorgcoördinatie beproefd, omdat dit voor de pilots niet nodig was en complex is om in te richten. Daarnaast is hiervoor goedkeuring nodig vanuit de overheid. Desondanks zijn de pilots Midden Nederland en ook Twente hier grote voorstander van. Om te kijken of een dergelijk nummer van meerwaarde is, dient er meer onderzoek te komen, waarbij geleerd wordt uit andere landen. Dit zorgt ervoor dat de implicaties van de invoering van een nieuw landelijk nummer helder is.

### ↪ Indirect

Als gekozen wordt voor een indirecte toegang, komen de acute zorgvragen binnen bij een zorgaanbieder, die in nauwe afstemming met de andere netwerkpartners de juiste acute zorg inzet. Als er sprake is van een ZCC kunnen de meldingen via de individuele netwerkpartners of via een zelfmanagementapplicatie worden doorgeleid naar het ZCC. Tijdens de pilotperiode is slechts de afstemming tussen netwerkpartners beproefd. De ervaring van de pilots is dat afstemming van meerwaarde is, maar er is wel een wens om in de toekomst ook telefoontjes door te kunnen leiden.

### Schematische weergave hoe zorgvragen bij een ZCC terecht kunnen komen (in geval dat een ZCC voor zorgcoördinatie wordt gebruikt)



### Wat werkte niet binnen de pilots?

In de pilot Twente is binnen het ZCC gewerkt met veel verschillende telefoonnummers, waarbij vrijwel iedere partner een aparte ZCC-lijn had (behalve de GGZ). Het bleek dat dit verwarrend werkte en dat er beter niet met teveel nummers gewerkt kan worden.



## Locatie en bereikbaarheid (4/4)

### Wanneer vindt er zorgcoördinatie plaats?

Zeven pilots geven aan dat het hun voorkeur heeft om zorgcoördinatie op termijn 24/7 uit te voeren. Geen van de pilots heeft het 24/7 uitvoeren van zorgcoördinatie echter beproefd, ze voerden zorgcoördinatie uit in (een deel van) de ANW uren of een deel van deze ANW uren<sup>1</sup>.

De voor- en nadelen die genoemd zijn in de pilots staan rechts weergegeven. Echter, om een goede afweging te kunnen maken of zorgcoördinatie in de toekomst wel of niet 24/7 zou moeten plaatsvinden, is het van belang om de 24/7 mogelijkheid eerst nog te beproeven. Zo kunnen de voor- en nadelen en mogelijke randvoorwaarden voor 24/7 zorgcoördinatie eerst nog beter in kaart worden gebracht. Uit de nulmeting van de pilot in de regio Almere is gebleken dat de grootste belasting op de HAP, SEH en ambulancezorg op de vrijdagavonden, weekenddagen en de maandagavonden lag. Het lijkt dus logisch om op die momenten in elk geval zorgcoördinatie in te richten. Het is ook mogelijk dat er (bij de start) een verschil wordt gemaakt in bereikbaarheid tussen de functies, bijvoorbeeld om te starten met uitvoeren van zorgcoördinatie tijdens ANW-uren, maar wel de informatievoorzieningsfunctie al 24/7 in te regelen.

#### Mogelijkheden tijden zorgcoördinatie

1

#### 24/7

Zorgcoördinatie vindt altijd plaats. Elke dag en elk uur van de dag.

2

#### ANW uren

Zorgcoördinatie vindt alleen plaats in de ANW uren.

3

#### ANW (min) - uren

Zorgcoördinatie vindt alleen plaats in een deel van de ANW uren.

#### Door pilots genoemde voor- en nadelen 24/7 uitvoeren zorgcoördinatie

- + Acute zorgvragen stromen op elk moment van de dag binnen en houden zich niet aan een bepaalde dag of tijdstip. 24/7 uitvoeren van zorgcoördinatie is hiervoor handig.
- + In het geval van een ZCC: door 24/7 diensten aan te kunnen bieden, zijn er meer mogelijkheden voor flexibele tijden voor triagisten die bijvoorbeeld juist wel of niet overdag willen werken. Die verschillende diensten kunnen aantrekkelijk zijn.
- Er zijn veel meer diensten benodigd en dit vraagt dus meer personeel. In tijden van schaarste kan het ingewikkeld zijn alle diensten in te vullen, ook omdat de dienstbelasting in het huidige systeem al fors is.
- ? Mogelijk kan het 24/7 uitvoeren van zorgcoördinatie ook bijdragen aan het ontlasten van de huisartsenzorg overdag. De huisartsenzorg is tijdens de ANW uren echter anders ingericht dan tijdens kantooruren. Om hier iets over te zeggen, moet deze optie dus eerst beproefd worden.

1) Zie voor een overzicht van de beproefde tijden per pilot bijlage 2



## Financiën

### Hoe wordt zorgcoördinatie bekostigd?

In deze rapportage is de mogelijke invulling van de financiering en bekostiging niet uitgewerkt, aangezien de pilots zijn bekostigd door tijdelijke projectgelden vanuit de ambulancebudgetten (zoals in de inkoop met zorgverzekeraars overeengekomen). De pilots hebben dus niet verschillende vormen van financiering beproefd. Landelijke regie is nodig voor de toekomst van zorgcoördinatie. Een aantal aandachtspunten die we vanuit de pilots willen meegeven zijn:



#### Geen duurdere zorg

De zorg mag door zorgcoördinatie niet duurder worden. Aangezien een doel van zorgcoördinatie is om schaarse capaciteit efficiënter in te zetten, zou dit ook niet het geval hoeven te zijn. Projectgelden zijn ter overbrugging evenwel nodig zijn om (blijvend) zorgcoördinatie op te zetten en in te richten. Het is nu onduidelijk hoe de financiering voor de (huidige) vormen van zorgcoördinatie uit de pilots loopt in de toekomst.



#### Organisatorische en zorginhoudelijke component

Zorgcoördinatie brengt zowel organisatorische als zorginhoudelijke verschuivingen met zich mee:

- Organisatorische verschuivingen zijn bijvoorbeeld het inrichten van werkplekken (computers, locatie etc.) of het verplaatsen of opleiden van (multidisciplinaire) triagisten. Dit betreft eenmalige investeringskosten.
- M.b.t. de zorginhoudelijke component is het belangrijk om uit te zoeken hoe de (zorg)verschuivingen er precies uitzien om tot de juiste manier van bekostiging te komen. Momenteel kan een thuiszorgorganisatie bijvoorbeeld nog niet altijd de inzet van de wijkverpleegkundige i.p.v. HAP declareren en is er administratieve rompslomp m.n. wanneer iemand éénmaal in zorg is. Aparte betaaltitels voor zorgcoördinatie zijn wenselijk.



#### Structurele bekostiging

Op dit moment is het (nog) onduidelijk hoe zorgcoördinatie structureel bekostigd kan worden. Alle pilots geven aan dat hier duidelijkheid over dient te komen voordat zorgcoördinatie structureel ingericht kan worden. Daarnaast zijn er momenteel financiële prikkels voor spoedzorg en is het belangrijk om te kijken naar preventie. Dit alles behoeft aandacht.



#### Rol van netwerkpartners, verzekeraars en NZa

Het is de wens van de pilots om alle netwerkpartners goed mee te nemen in hoe de bekostiging van zorgcoördinatie wordt ingericht. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol o.a. door hun regionale zorginkoop rol zorgverzekeraars. Ook ontbreekt momenteel regelgeving over de bekostiging, hiervoor moet de NZa nauw betrokken worden.



Diensten & activiteiten	Rollen, team, leiderschap
Processen	Data & inzicht
Competenties	Technologie & ICT

## Diensten en activiteiten (1/3)

Welke activiteiten worden onder de vlag van zorgcoördinatie uitgevoerd?

### Samenvatting invulling bouwblok vanuit pilots

#### Minimaal vereist (zie pagina 38 en 39)

Uit de pilots blijkt dat minimaal de volgende diensten en activiteiten voor zorgcoördinatie geborgd moeten zijn:

- Aanname telefonie van niet-levensbedreigende acute vragen
- (Multidisciplinaire) triage
- Regie vervolgzorg
  - Coördinatie inzet HAP
  - Uitsturen ambulances
  - Coördinatie inzet (acute) wijkverpleging
  - Coördinatie van ELV-bedden

#### Aanvullende diensten (zie pagina 40)

De volgende diensten kunnen aanvullend ook voor zorgcoördinatie ingevuld worden (niet uitputtend):

- Bieden van zelftriagemogelijkheid voor patiënt
- Opvolgen van de zelftriage
- Coördineren inzet GGZ
- Coördineren geboortezorgplekken
- Spreiden van patiënten bij onevenredig verdeelde druk
- Plannen van vervolgzorg bij HA of ZKH

Kijkend naar de functies van zorgcoördinatie en de ervaringen op verschillende diensten en activiteiten uit de pilots, blijkt dat de volgende diensten en activiteiten onmisbaar zijn voor zorgcoördinatie:



#### Aanname telefonie niet-levensbedreigende acute zorgvragen

Alle zorgvragen (van patiënten of zorgprofessionals) die binnenkomen worden aangenomen op de juiste plek. De pilot Noord-Nederland heeft een loket gehad voor zorgvragen tijdens de pilot voor professionals voor regie vervolgzorg V&V. Dit is hen goed bevallen en zij zien ook toegevoegde waarde voor één lijn voor patiënten omdat nu vaak de verkeerde partner wordt gebeld door burgers. Dit heeft Midden-Nederland in hun retrospectieve contactanalyse ook aangetoond.



#### (Multidisciplinaire) triage

Om invulling te geven aan de functie eenduidige triage, is triage bij binnengekomen zorgvragen nodig. Kijkend naar de pilots, kan dit op de volgende manieren worden ingevuld:

- In het geval van een ZCC: Multidisciplinair triëren als triagist met discipline overstijgende kennis van *alle* netwerkpartners. Hoewel de wens was binnen de pilots om een dergelijke triagist aan te nemen, is dit nog niet gelukt. Er is een grote wens om een landelijk competentieprofiel voor een multidisciplinair triagist te ontwikkelen.
- Overlappende triagistenfuncties met kennis van bijvoorbeeld twee netwerkpartners (bijvoorbeeld HAP en MKA). Dit is beproefd in zowel IJsselland, Twente als Midden Nederland en dit bevalt goed. In deze pilots zijn triagisten van de HAP aanvullend opgeleid om ook te triëren voor de MKA of andersom.
- Triage door triagisten vanuit individuele netwerkpartners vindt plaats in nauwe afstemming met de andere netwerkpartners of specialisten (bijv. meekijken van SEH-arts/regiearts). Dit is in meerdere pilots beproefd en wordt als toegevoegde waarde gezien. Door samen af te stemmen, kan er beter bepaald worden wat de juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste moment is.





## Diensten en activiteiten (2/3)

Welke activiteiten worden onder de vlag van zorgcoördinatie uitgevoerd?



### Regie vervolgzorg

Om de functie regie vervolgzorg in te kunnen vullen, zijn de volgende diensten en activiteiten belangrijk:

- **Coördinatie inzet ambulances**

Binnen de pilots is ondervonden dat het daadwerkelijk uitsturen van ambulances (vanuit netwerkpartners of vanuit een ZCC) lastig is door de benodigde koppelingen hiervoor met LMS applicaties. Toch zou de coördinatie van de inzet van de ambulance en mogelijk ook de inzet van mobiele VSA/PAA (verpleegkundig specialist ambulancezorg, physician assistant ambulancezorg) onderdeel moeten zijn van zorgcoördinatie.

- **Coördinatie inzet HAP**

In sommige gevallen zal uit triage blijken dat de HA(P) ingezet moet worden. Het uitsturen van de huisarts naar de patiënt of het sturen van de patiënt naar de HAP moet gecoördineerd worden.

- **Coördinatie ELV-bedden**

Coördinatie van ELV-bedden zorgt voor het vrijkomen van capaciteit voor de acute zorg. Meerdere pilots hebben hierop ingezet en zien een groot voordeel in het feit dat het coördineren van ELV-bedden verwijzers veel tijd bespaart en het de kwaliteit van triage en daarmee stellen van de juiste indicatie voor een bed verhoogt.

- **Coördinatie inzet (acute) wijkverpleging**

Volgens de pilots kan er relatief veel zorgverschuiving plaatsvinden van netwerkpartners naar de wijkverpleging. Hieronder vallen ook coördinatie van middelen die verpleging nodig heeft, zoals het verhelpen van verstopte katheters, het bieden van wondzorg en het oplossen van verstopte maagsondes.



## Diensten en activiteiten (3/3)

Welke activiteiten worden onder de vlag van zorgcoördinatie uitgevoerd?

Daarnaast zijn er nog andere diensten beproefd die een aanvulling kunnen zijn voor het concept zorgcoördinatie. Deze betreffen:

**Bieden van zelftriagemogelijkheden voor patiënten**  
Om invulling te geven aan de functie zelfmanagement, kunnen de netwerkpartners zorgen voor een zelftriagemogelijkheid. Hierbij kun je denken aan een app of website zoals de Moet Ik Naar de Dokter-app. Van deze app is in de regio Brabant veelvuldig gebruik gemaakt en dit biedt veel potentie, zoals beschreven in het resultaten hoofdstuk. Daarom is deze dienst minimaal vereist voor alle HAP's. Digitale zelftriage is een goed voorbeeld van een (nieuw) toegangskanaal tot eerstelijnszorg. Dit kan ook voor andere netwerkpartners gelden. Dit moet dan wel eerst nog ontwikkeld worden voor andere netwerkpartners.

**Opvolgen van zelftriage**  
In sommige gevallen komt uit het zelfzorgadvies dat er inzet van zorgprofessionals nodig is. Netwerkpartners, of een ZCC, kunnen dit in de gaten houden en hier de regie op pakken.

**Coördineren inzet GGZ**  
Als de GGZ onderdeel is van zorgcoördinatie, moet ook de inzet van de GGZ gecoördineerd worden, zoals Consult meldpunt APH (Acuut Psychiatrische Hulpverlening) en/of Crisisdienst GGZ (in dat geval is dit dus een minimaal vereiste i.p.v. een aanvulling). Met name de pilot IJsselland ziet hiervoor grote meerwaarde, omdat zij GGZ als essentiële partner van zorgcoördinatie zien.

**Coördineren geboortezorgplekken**  
Ook acute geboortezorg kan onderdeel zijn van zorgcoördinatie. De (ziekenhuis)bedden zijn namelijk vaak schaars. Zorgcoördinatie kan hiervoor een uitkomst bieden. In Midden Nederland is een geboortezorg app ontwikkeld. Ziekenhuizen en verloskundigen hebben hierdoor beter inzicht in het aantal vrouwen in partu versus de beschikbaarheid van verloskunde en neonatologie bedden in de regio en aanpalende regio's.

**Spreiden van patiënten bij onevenredig verdeelde druk in crisis**  
Om aan de functie spreiding te kunnen voldoen, is een mogelijke dienst binnen zorgcoördinatie om patiënten te spreiden. Dit kan zowel binnen de regio als bovenregionaal. Dit is een dienst zoals het RCPS leverde tijdens de Covid-19 crisis. In Midden Nederland is dit binnen het ZCC Midden Nederland belegd.

**Plannen vervolconsult**  
Hoewel het niet door de pilots beproefd is, zien de pilots een mogelijkheid binnen zorgcoördinatie ook de mogelijkheid tot plannen van vervolconsulten in te beleggen. In sommige gevallen zal er een vervolconsult nodig zijn bij de eigen huisarts of bijvoorbeeld in het ziekenhuis. In het geval van de huisartsen gebeurt dit momenteel al bij de HAP's. Bij de HAP's is dit dus een minimale vereiste, welke ook zonder zorgcoördinatie geïmplementeerd kan worden.





Diagnose & activiteiten	Rollen, team, leiderschap
<b>Processen</b>	Data & inzicht
Competenties	Technologie & ICT

## Processen (1/2)

Welke processen zorgen ervoor dat zorgcoördinatie goed functioneert?

### Samenvatting invulling bouwblok vanuit pilots

Uit de pilots blijkt dat de volgende processen voor zorgcoördinatie als waardevol worden aangemerkt:

#### Zorginhoudelijk:

- Triageafspraken rondom urgentie en inzet
- Afspraken rondom zelfmanagement
- Processen rondom ontwikkelen en herijken van zorgpaden

#### Organisatorisch:

- (Multidisciplinaire) dag- en weekstart
- Casuïstiekbesprekingen
- Processen rondom verbetering
- Evaluatieprocessen
- Besluitvorming en escalatieprocessen
- Processen ter kennisuitwisseling
- Processen voor opleiden medewerkers
- Processen rondom samenbrengen cultuur
- Processen gericht op algemene organisatie-inrichting

We hebben ervoor gekozen om in deze rapportage uitsluitend de processen te beschrijven die door de pilots als extra waardevol zijn aangemerkt. De lijst die hier is beschreven is dus niet uitputtend, maar het betreft voorbeelden en inzichten uit de pilots. Processen voor zorgcoördinatie zijn onder te verdelen in zorginhoudelijke processen en organisatorische processen.

#### Zorginhoudelijke processen

Zorginhoudelijke processen zijn processen die invloed hebben op de wijze waarop zorg wordt verleend. Enkele voorbeelden die door de pilots zijn genoemd zijn:

- **Triageafspraken rondom urgentie en inzet.** Wanneer wordt een patiënt door wie en op welke manier getrieerd? Welke criteria worden aangehouden? Vroeg met elkaar meeluisteren en het aanpassen van inzettabellen en de Landelijke Urgentie Tabel (LUT) om verschuivingen mogelijk te maken is hier onderdeel van.
- **Afspraken rondom zelfmanagement.** Zelfmanagement (o.a. digitale zelftriage) moet op een bepaalde manier binnen zorgcoördinatie landen. Hier moeten afspraken over zijn. Brabant heeft zelfmanagement ingericht door de MINDD applicatie bij de HAP te implementeren.
- **Processen rondom het ontwikkelen en herijken van zorgpaden.** Om te zorgen dat patiënten een bepaald zorgpad volgen, moeten de processen om deze zorgpaden te

ontwikkelen en te herijken ingericht worden. Dit hangt samen met de triageafspraken, maar gaat met name ook om het continu blijven verbeteren van deze zorgpaden en signaleren van nieuwe zorgpaden. De drie ingangsklachten waarop door pilots het meest vaak zorgpaden zijn ingericht, zijn: katheterzorg/urineproblemen, vallen en ontregelde diabetes. Op deze zorgpaden, maar ook andere ontwikkelde zorgpaden zoals overige U3 of U4 klachten, is veel winst te behalen.

#### Organisatorische processen

Organisatorische processen zijn alle processen die ingericht worden om zorgcoördinatie organisatorisch zo goed mogelijk te laten functioneren en te verbeteren. Hierbij valt te denken aan:

- **(Multidisciplinaire) dag- en weekstart.** Het (de)briefen van het team over lopende zaken draagt bij aan onderlinge kennis tussen de medewerkers.
- **Casuïstiekbesprekingen** zorgen voor meer begrip over en weer en leveren concrete inzichten en aanrijpingspunten op om samen de JZOJP te kunnen organiseren. Procesbegeleiding bij dit soort casuïstiek kan van meerwaarde zijn om de professionals alleen te laten focussen op de inhoud, maar er wel voor te zorgen dat alle juiste punten besproken worden.



## Processen (2/2)

Welke processen zorgen ervoor dat zorgcoördinatie goed functioneert?

- **(Evaluatie)processen rondom continue verbetering.** Het benaderen van zorgcoördinatie als living lab waarbij er continu verbeterd wordt, wordt positief ervaren door de pilots. Het advies is om hieronder te denken aan o.a. een PDCA-cyclus waarin partners of een ZCC o.b.v. vastgestelde KPI's kunnen bijsturen, verbeteren en doorontwikkelen. Hiervoor moet ook monitoring worden ingericht. Helder gedefinieerde KPI's zijn randvoorwaardelijk om goed te kunnen meten.
- **Besluitvormings- en escalatieproces.** Heldere afspraken over besluitvorming en escalatiemogelijkheden met oog voor de verschillende rollen voor zorgcoördinatie zijn van belang. Wie is op welk moment waarvoor (medisch) verantwoordelijk? En wie heeft op welk moment eigenaarschap over de patiënt? Dit moet geborgd worden binnen de governance.
- **Processen ter kennisuitwisseling.** Om alle netwerkpartners zo goed mogelijk op de hoogte te stellen over elkaar dient kennisuitwisseling plaats te vinden. Hierbij kan gedacht worden aan o.a. kennissessies, e-learnings, werkbezoeken of meewerksessies.
- **Processen voor opleiden medewerkers.** Indien er wordt gekozen voor een ZCC met multidisciplinaire triagisten of regieartsen moet hiervoor een opleidingsproces worden ingericht. Een landelijke opleiding bestaat momenteel nog niet, de wens vanuit in elk geval de pilots IJsseland, Midden Nederland en Twente is wel dat hiervoor richtlijnen worden gesteld.
- **Processen gericht op samenbrengen van culturen.** De verschillende netwerkpartners die betrokken zijn bij zorgcoördinatie hebben allen hun eigen cultuur. Om de netwerkpartners goed te laten samenwerken is het goed om processen in te richten om deze culturen samen te brengen. Dit is een essentieel startpunt voor goede zorgcoördinatie.
- **Processen gericht op algemene organisatie-inrichting,** zoals bekostiging en HR behoeven de aandacht.

*Deze opsomming van processen is niet uitputtend. De volledige lijst is afhankelijk van welke invulling aan de andere bouwblokken wordt gegeven.*

### Wens vanuit de pilots

Bij 5 pilots is ingezet op het opleiden en trainen van medewerkers om tot eenduidige triage te komen.

De pilots die gewerkt hebben met multidisciplinaire triagisten (IJsseland en Midden Nederland) geven aan dat het wenselijk is om een landelijk competentieprofiel te ontwikkelen dat de kennis, vaardigheden en attitudes van een multidisciplinair ZCC triagist omschrijft.



## Competenties

Welke competenties zijn nodig voor het uitvoeren van zorgcoördinatie?

### Samenvatting invulling bouwblok vanuit pilots

De volgende competenties zijn voor het uitvoeren van zorgcoördinatie minimaal van belang:

- Medische bevoegdheid voor besluitvorming
- Kennis van zorgpaden
- Kennis en ervaring van diverse triagesystemen
- (Disciplineoverstijgende) kennis en ervaring van de verschillende netwerkpartners
- Zorgvraag bekijken vanuit de verschillende perspectieven
- Context patiënt kunnen interpreteren
- Kunnen optimaliseren van processen
- Goed kunnen samenwerken
- Enthousiasme
- Doorzettingsvermogen
- Veranderbereidheid en flexibiliteit

Om de diensten en activiteiten en de verschillende processen zo optimaal mogelijk in te richten zijn er voor het goed uitvoeren van zorgcoördinatie verschillende competenties benodigd. Deze competenties kunnen in één persoon (bijv. regiearts of multidisciplinair triagist) worden belegd, maar zijn in de meeste gevallen van meerwaarde voor alle medewerkers betrokken bij zorgcoördinatie. De volgende lijst is niet uitputtend, maar is een opsomming van de competenties die door de pilots zijn aangeduid als noemenswaardig voor het goed uitvoeren van zorgcoördinatie.



#### Medische bevoegdheid voor besluitvorming

Medische bevoegdheid moet aanwezig zijn om zorgcoördinatie uit te kunnen voeren.



#### Kennis van zorgpaden

De multidisciplinaire triagisten moeten de zorgpaden kennen, zodat zij weten welke zorg in te zetten per zorgvraag.



#### Kennis en ervaring van diverse triagesystemen

De triagesystemen die voor zorgcoördinatie worden gebruikt, worden begrepen en juist toegepast.



#### (Disciplineoverstijgende) kennis en ervaring van de verschillende netwerkpartners

De werkwijzen, mogelijkheden en expertise van alle verschillende netwerkpartners zijn bekend.



#### Zorgvraag bekijken vanuit verschillende perspectieven

Door te kijken naar de gehele keten en niet vanuit het belang van één netwerkpartner te kijken, is er nog meer kans op JZOJP voor de patiënt.



#### Context patiënt kunnen interpreteren

Sommige patiënten blijven liever thuis dan dat zij opgenomen worden in het ziekenhuis. Aan de andere kant bellen sommige patiënten alle netwerkpartners om maar geholpen te worden, terwijl blijkt dat dit niet nodig is. Door rekening te houden met de context van de patiënt kan een nog betere keuze worden gemaakt voor JZOJP.

Daarnaast zijn er nog een aantal algemene competenties genoemd die ten goede komen aan zorgcoördinatie en bijdragen aan een efficiëntere organisatie, zoals: **kunnen optimaliseren van processen, goed kunnen samenwerken, enthousiasme, doorzettingsvermogen, veranderbereidheid en flexibiliteit.**



## Rollen, team en leiderschap

Hoe ziet het functiehuis van een ZCC eruit?

De competenties voor zorgcoördinatie worden belegd binnen verschillende rollen. In de pilots is gebleken dat in het geval er een ZCC wordt ingericht een aantal rollen essentieel zijn en andere aanvullend. Deze kennis vanuit de pilots is vertaald naar onderstaand functiehuis voor een ZCC, waarin de blauwe blokken essentiële rollen zijn en de witte blokken aanvullende rollen. Uiteraard zijn er ook rollen die de vervolginzet daadwerkelijk uitvoeren. Deze zijn niet binnen het functiehuis opgenomen.

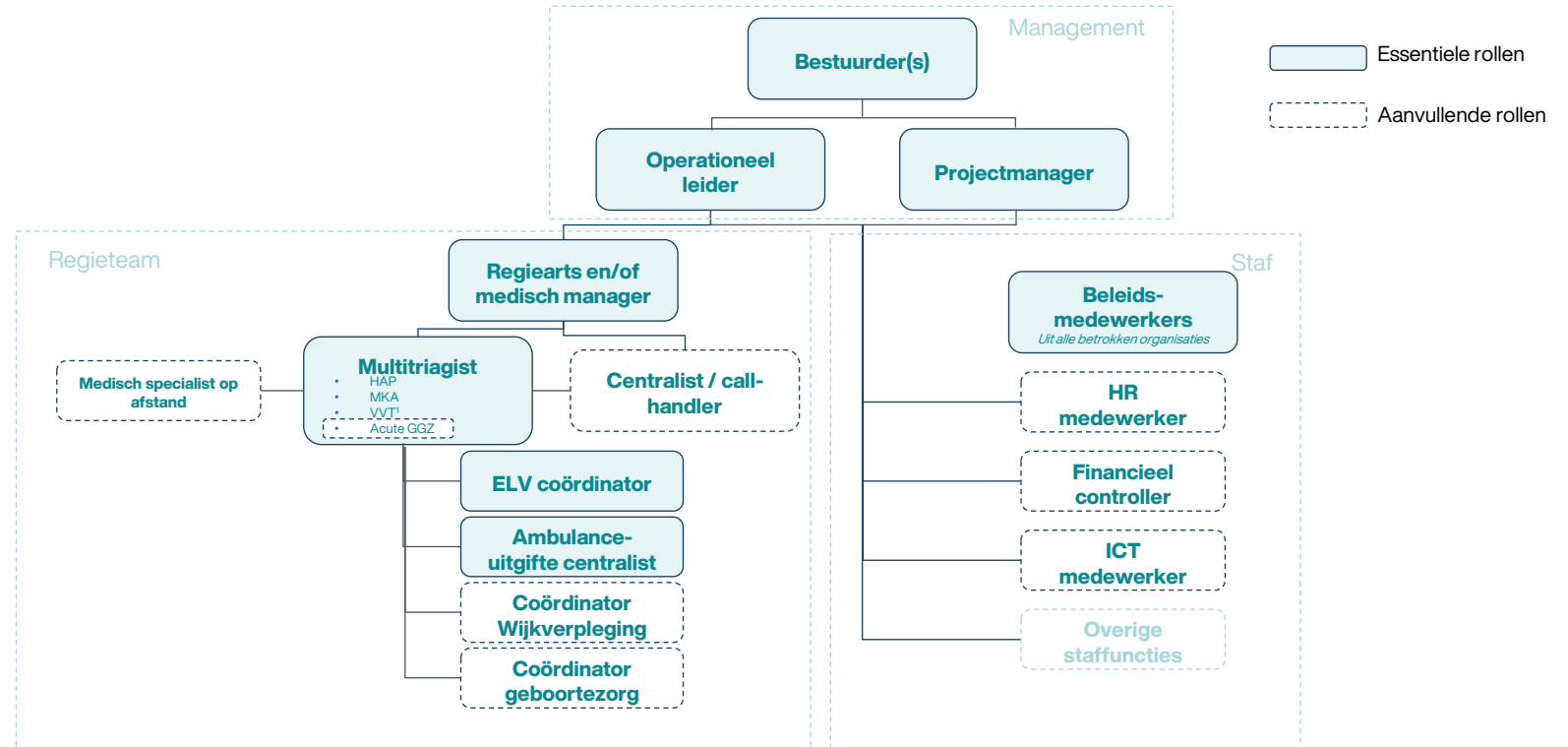
### Samenvatting invulling bouwblok vanuit pilots

De pilots geven aan dat een ZCC in elk geval de volgende rollen, teams en leiderschap heeft:

- Beleidsmedewerkers uit alle betrokken organisaties
- ELV-coördinator
- Bestuurder
- Triagisten multidisciplinair
- Uitgiftecentralist
- Projectmanager
- Operationeel leider
- Regiearts
- Medisch manager

Ook de volgende rollen kunnen binnen een ZCC worden belegd:

- Alle staffuncties (zoals HR, financieel controller, ICT medewerker, etc.)
- Coördinator wijkverpleging
- Coördinator geboortezorg
- Triagist acute GGZ
- Medisch specialisten op afstand (bijv. POH GGZ, SEH-arts)
- Centralist/call-handler



1) In sommige pilotregio's, bijvoorbeeld Noord-Nederland zijn binnenkomende zorgvragen van de VVT belegd bij zorgcentrales



## Data en inzicht (1/2)

Welke data en inzicht is nodig voor het uitvoeren van zorgcoördinatie?

### Samenvatting invulling bouwblok vanuit pilots

- Delen van patiëntgegevens
- (Bovenregionale) capaciteitsinformatie
  - Personeel
  - Bedden
- Inzicht in locatie van personeel
- Zorgcoördinatie Management- en stuurinformatie
- Ketenmonitor



### Delen van patiëntgegevens

De pilots geven aan dat om optimaal samen te kunnen werken, patiëntgegevens inzichtelijk moeten zijn en gedeeld moeten worden tussen netwerkpartners. Het mogen uitwisselen van patiëntgegevens en een koppeling met het LSP is daarom cruciaal voor het slagen van zorgcoördinatie, maar de pilots hebben ervaren dat dit in de praktijk lastig is. Als een samenwerkingsverband aansluiting wil bij het LSP, stuit dit op juridische belemmeringen. Bij het LSP kunnen namelijk alleen individuele zorgaanbieders worden aangesloten. Zie voor meer hierover en welke informatie de pilots willen delen pagina 49.



### (Bovenregionale) capaciteitsinformatie

Inzicht in capaciteit van alle netwerkpartners is nodig om de zorg te kunnen coördineren. Bij een inkomende zorgvraag wordt gezamenlijk en op basis van eenduidige triage duidelijk of en zo ja, welke zorg door welke zorgverlener nodig is. Hiervoor is het van belang dat men de beschikking heeft over de meest actuele informatie over de patiënt én de beschikbare capaciteit binnen de spoedzorg (dit geldt zowel voor het beschikbare personeel als de beschikbare bedden). Dit blijkt lastig doordat netwerkpartners deze informatie niet kunnen of willen delen.



### Inzicht in locatie van personeel

De pilots Twente, IJsselland en Noord-Nederland pleiten voor een track and trace systeem dat de mogelijkheid biedt om de netwerkpartners inzicht te geven in elkaars beschikbaarheid en locatie. Dit zorgt voor betere zorg voor de patiënt door directere en snellere inzetbaarheid van hulpverleners uit de gehele keten. Hiervoor hebben Twente en IJsselland ook de applicatie Push to Talk.

Wens pilot

### Wens voor inzicht in locatie en beschikbaarheid

De centralisten van de meldkamer en triagisten van de huisartsenpost kunnen real-time zien waar de eigen spoedzorg aanbieders, auto's en wagens zijn met de applicatie City GIS. In deze pilot werd hier de wens voor ongeplande acute wijkverpleging aan toegevoegd. Hierdoor kunnen alle partijen bij de triage zien waar hun eigen medewerkers zich bevinden (en wat hun beschikbaarheid is), maar ook waar de andere partijen zijn. Hierdoor kan de capaciteit beter benut worden en verslechtering van de situatie van een patiënt worden voorkomen. Helaas is de applicatie uiteindelijk niet gedurende de pilotperiode in gebruik genomen, maar de wens is gebleven.

- Pilot IJsselland-



## Data en inzicht (2/2)

Welke data en inzicht is nodig voor het uitvoeren van zorgcoördinatie?



### Zorgcoördinatie management- en stuurinformatie

Om de juiste beslissingen te kunnen nemen voor zorgcoördinatie is betrouwbare management- en stuurinformatie van belang volgens de pilots. Het registreren van informatie over de geleverde zorg, zorgt ervoor dat de juiste zorg op de juiste plek meetbaar wordt. Deze inzichten geven input voor het maken van een business case om de potentie van zorgcoördinatie aan te tonen.

Om de juiste inzichten te verkrijgen is het belangrijk om heldere KPI's te formuleren en inzicht te hebben in de prestaties op deze KPI's, zodat relevante informatie gemonitord wordt en er gestuurd kan worden op de relevante zaken. De pilots hebben niet geadviseerd welke KPI's gemonitord zouden moeten worden, Rotterdam Rijnmond heeft wel aangegeven welke KPI's zij in de vervolgfase gaan meten, deze staan rechts weergegeven. De pilots hebben ervaren dat het meten van de KPI's gedurende de pilots regelmatig lastig was doordat de informatie die nodig was niet aan de bron werd geregistreerd. Daarnaast is in de pilots gebleken dat het formuleren van landelijke KPI's ingewikkeld is door de verschillen tussen de pilots.

De pilots geven wat betreft monitoring aan dat het belangrijk is dat een tool gebruikt wordt die ervoor zorgt dat de gewenste informatie snel en volledig beschikbaar is. Zo'n tool dient inzicht te geven in de huidige status van o.a. de KPI's, de productie en type zorgvragen.



### Ketenmonitor

De pilots geven aan dat het voor goede coördinatie helpt als er inzicht is waar in de keten het druk is en waar niet. Op nationaal niveau wordt gewerkt aan een Landelijke Ketenmonitor Zorg door het LCPS, de NZa en GGD GHOR. Dit om de verschillende informatie over de capaciteit in de zorgsector en zorgprognoses samen te voegen in een landelijke monitor.

#### Voorbeeld

#### Management- en stuurinformatie

De pilot Rotterdam geeft aan in de toekomst de volgende data te gaan monitoren:

- Totaal aantal binnengekomen meldingen op het ZCC
- Aanvragende netwerkpartner
- Benodigde actie
- Is de patiënt geholpen?
- Is de patiënt doorverwezen?
- Is er zorg voorkomen?
  - Opname SEH
  - Opname ziekenhuis
  - Inzet ambulancezorg
  - Visite van arts



## Technologie en ICT (1/2)

Welke technologie en ICT is nodig voor het uitvoeren van zorgcoördinatie?

Alle pilots geven aan dat in ieder geval onderstaande systemen en applicaties aanwezig moeten zijn voor zorgcoördinatie:

### Samenvatting invulling bouwblok vanuit pilots

De pilots geven aan dat voor zorgcoördinatie in ieder geval de volgende technologie en IT benodigd zijn:

- Systeem of koppeling om gegevens te delen
- Triagesysteem
  - NTS
  - ProQA
- Verbinding met LMS
- (Basis) IT-faciliteiten medewerkers

De pilots geven aan dat voor zorgcoördinatie de volgende aanvullende vereisten gelden voor technologie en IT:

- Koppeling met Landelijk Platform Zorgcoördinatie
- Zelftriage applicatie

### → Systeem of koppeling om gegevens te delen

← Tussen netwerkpartners is het cruciaal om gegevens te delen en zo o.a. naar elkaar te kunnen verwijzen. De pilots zien de volgende mogelijkheden m.b.t. de gegevensuitwisseling (zie ook pagina 49):

- Eén integraal zorgcoördinatie-platform voor de netwerkpartners.
- Koppelingen tussen de systemen van de netwerkpartners voor gegevensoverdracht.



### Triagesysteem

Bij de ambulance-inzetten wordt gebruikgemaakt van verschillende triagesystemen: ProQA en/of NTS als triage en urgentiekwalificatiesysteem. Pilots geven twee mogelijkheden aan:

- 1) Niet sleutelen aan deze systemen, maar de juiste (en uniforme) werkafspraken te koppelen aan de triage-uitkomsten
- 2) Kiezen voor één uniform (landelijk en open) triagesysteem.

Doorontwikkeling van deze systemen zorgt voor uitbreiding van de doorverwijzing naar meerdere netwerkpartners en is

volgens de pilots van belang voor de haalbaarheid van zorgcoördinatie.

### <...> Verbinding met de LMS

De pilots geven aan voor zorgcoördinatie gebruik te willen maken van de volgende meldkamersystemen, beheerd door de LMS: GMS/NMS, GEO-GIS, C2000 en ARBI-centrale. Dit is noodzakelijk om de samenwerking met de MKA mogelijk te maken. Echter is voor de inrichting van deze verbinding een grote afhankelijkheid van de LMS. Zie pagina 50 voor aanvullende informatie hierover.



### (Basis) IT-faciliteiten medewerkers

Goed functionerende werkplekken (ofwel bij netwerkpartners ofwel op een ZCC) zijn vereist om zorgcoördinatiewerkzaamheden goed uit te kunnen voeren. Hier horen o.a. de juiste soft- en hardware bij. Pilots geven aan dat de basis IT-faciliteiten o.a. bestaan uit laptops/computers, werkende telefoons en telefoonlijnen, toegang tot de locatie, UZI-pas voor toegang tot LSP en toegang tot communicatieapplicaties zoals Teams.



## Technologie en ICT (2/2)

Welke technologie en ICT is nodig voor het uitvoeren van zorgcoördinatie?

Daarnaast blijkt uit de pilots Midden Nederland en Brabant dat onderstaande applicaties mooie aanvullingen kunnen zijn voor zorgcoördinatie, maar ook zonder zorgcoördinatie kunnen worden gebruikt en ingericht.



### Koppeling met Landelijk Platform Zorgcoördinatie

Het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) maakt de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen in Nederland realtime inzichtelijk voor andere LPZ gebruikers. Midden Nederland heeft tijdens de pilotfase gewerkt met het LPZ, zie ook het uitgelichte blok voor de geleerde les.



### Zelftriage applicatie

Bij een digitale zelftriage applicatie (bijvoorbeeld Moetiknaardedokter.nl) krijgen bezoekers aan de hand van gestandaardiseerde vragen advies of contact met de huisarts(enpost) nodig is. De zelftriage applicatie kan een nuttige aanvulling zijn op de dienstverlening van de HA(P) en als onderdeel van zorgcoördinatie worden ingezet. De pilot Brabant heeft op deze applicatie ingezet en de pilot Midden Nederland heeft met hun retrospectieve contactanalyse aangetoond dat er veel potentie is voor de inzet van deze technologie.

Ervaring pilot

### Ervaring met LPZ

'Het doel van het LPZ is het verkrijgen van een actueel beeld van de drukte in ziekenhuizen en het realiseren van een zo optimaal mogelijke patiënten spreiding. Het LPZ dient als vervanging van het Acuuut Zorgportaal<sup>1</sup>. In tegenstelling tot het Acuuut Zorgportaal wordt het LPZ automatisch bijgewerkt vanuit de digitale systemen van de ziekenhuizen. Het geeft een actueel beeld, dat steeds ververst.'

### Resultaten:

- Ziekenhuizen en MKA zien de actuele drukte en ook de voorspelde drukte over twee uur op de SEH
- Per specialisme is de drukte en daarmee wachttijd inzichtelijk
- Ziekenhuizen hebben inzicht in de drukte in elkaars ziekenhuis

### Geleerde les:

- Ook huisartsen en HAP's (al dan niet in een ZCC setting) zouden met inzicht in de drukte op de SEH via LPZ meer gerichte keuzes kunnen maken.

- Pilot Midden Nederland-

1) Het Acuuut Zorgportaal was tot 2020 één van de twee systemen in Nederland waarin informatie met elkaar werd gedeeld over drukte op de SEH's. Deze werd in een beperkt aantal regio's in Nederland gebruikt. Door Covid-19 is dit systeem verdwenen en vervangen door het landelijke LPZ.



## Verdieping zorgcoördinatie-applicatie

### Achtergrondinformatie

Om zorgcoördinatie uit te voeren is het belangrijk dat netwerkpartners patiëntgegevens en capaciteitsgegevens kunnen delen. Door verscheidenheid in systemen en werkwijzen is dit nu nog lastig. Binnen het programma hebben zeven pilots voor een applicatie individueel contact gezocht met IT-leverancier Topicus. Hierna is besloten om de krachten te bundelen en gezamenlijk tot een programma van eisen te komen<sup>1</sup>.

### Doel applicatie

Het doel van een zorgcoördinatie-applicatie is tweeledig: Het ontwikkelen van één platform voor triage en regie vervolgzorg voor alle netwerkpartners en het zo optimaal mogelijk faciliteren van samenwerking tussen de netwerkpartners.

### Geleerde lessen

Het is een grote uitdaging gebleken om als collectief van verschillende pilots met elk een eigen karakterschets te komen tot één eenduidige ICT-oplossing. Daarnaast waren de pilots afhankelijk van één commerciële IT-leverancier. Het blijkt wenselijker om niet van één partij afhankelijk te zijn. Er moet daarom gestreefd worden naar het werken met (open) standaarden en een beperkte afhankelijkheid van een leverancier, zodat verschillende systemen eenvoudig gekoppeld kunnen worden.

### LSP

De pilots ondervonden meerdere belemmeringen m.b.t. het delen van gegevens. Om tot scherpere triages te komen is het wenselijk om over goede patiëntinformatie te beschikken en het Landelijk Schakelpunt (LSP) hiervoor te bevragen. In het LSP bevinden zich de medische dossiers van patiënten die hun huisarts toestemming hebben gegeven hun gegevens te delen. Om als netwerkpartner toelating tot het LSP te krijgen moet een aansluitverzoek worden ingediend bij VZVZ. Vanuit het landelijke ICT-project is een dergelijk verzoek gedaan voor de samenwerkende instellingen in een fysiek samengevoegd ZCC. Deze aanvraag bleek echter op juridische en administratieve belemmeringen te stuiten, aangezien slechts individuele netwerkpartners toegang kunnen krijgen en een samenwerkingsverband zonder juridische status van een zorgaanbieder niet. De pilot in Gelderland geeft aan dat er in samenwerking met VZVZ een zorgvuldige procedure opgesteld is om de ambulancezorg-organisaties voor te bereiden op een aansluiting op het LSP.

Een andere belemmering is dat er voorafgaand toestemming nodig is door de patiënt om gegevens tussen netwerkpartners te mogen delen. Dit is vaak niet mogelijk door het karakter van de acute zorg. De wetgeving voor toestemmingsvereiste voor acute zorg moet daarom onder de loep genomen worden.

### Behoeft zorgcoördinatie-applicatie

De pilots geven aan dat de volgende gegevens uitgewisseld moeten kunnen worden tussen de netwerkpartners:

- **Patiëntgegevens:** NAW gegevens, BSN nummer, professionele samenvatting medische gegevens en medicatieoverzicht
- **Triage gegevens:** Met als doel dat de patiënt niet meerdere keren zijn/haar verhaal hoeft te vertellen
- **Patiëntcontact 72h:** Inzicht of de patiënt de afgelopen 72 uur al eerder contact heeft gehad met een netwerkpartner en indien dit inderdaad het geval is, wat het advies is geweest

De pilots zien de volgende mogelijkheden m.b.t. de gegevensuitwisseling:

- Eén integraal zorgcoördinatie-platform voor de netwerkpartners (voorkeur o.a. Midden Nederland en Flevoland)
- De netwerkpartners houden hun eigen systemen. Koppelingen tussen de systemen worden gebouwd voor gegevensoverdracht (voorkeur o.a. Gelderland)

1) Zie voor het opgestelde programma van eisen bijlage 7

# Verdieping LMS | Koppeling voor zorgcoördinatie essentieel

## Achtergrondinformatie

Onder de vlag van de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS) krijgen politie, brandweer, marechaussee en ambulancezorg één landelijk netwerk van tien samenwerkende meldkamers die nauw met elkaar verbonden zijn. Dit netwerk van meldkamers, dat begin 2025 gereed is, helpt om burgers in nood sneller en efficiënter te helpen en de samenwerkende partijen beter te faciliteren bij hulpverlening en bij bestrijding van crisis en rampen. Binnen de pilots zijn ook enkele samenwerkingen met de LMS beproefd. Rotterdam heeft hun ZCC ondergebracht bij de MKA en daarbij gebruik gemaakt van de infrastructuur van LMS. Brabant heeft deels bij de MKA gezeten en Twente en IJsselland hebben de verbinding tussen hun ZCC's en de LMS beproefd.

## Geleerde lessen uit de pilots

- In 48% van de gevallen wordt 112 onterecht door burgers als ingang gekozen<sup>1</sup>. Dit maakt 112 en daarmee de LMS een belangrijke speler binnen zorgcoördinatie.
- Alleen door een goede koppeling tussen LMS ICT infrastructuur en zorgcoördinatiepartijen (of ZCC) kan de ambulancezorg haar verantwoordelijkheid waarmaken binnen de keten van acute zorg en OOV. Een koppeling hiertussen is daarom essentieel.
- Het is wettelijk vastgelegd dat de ambulancezorg onderdeel is en gebruik maakt van de LMS infrastructuur. Kijkend naar hoe de ambulancezorg binnen zorgcoördinatie wil werken, is deze afhankelijkheid een beperking voor informatie-uitwisseling, hetgeen weer essentieel is voor de zorg.
- De pilots ervaren het als een knelpunt dat er nog geen besluit is genomen over wat er wel of niet buiten de LMS meldkamer mag plaatsvinden. Dit heeft o.a. betrekking op de uitgiftetafels. Hierdoor is het onduidelijk hoe de structurele inrichting van zorgcoördinatie door

ambulancezorg eruit kan gaan zien. De ambulancezorg is afhankelijk van de faciliteiten van de LMS. De LMS is in afwachting van besluitvorming door SMB/BMB.

- IJsselland en Twente investeerden in de ontwikkeling van Push To Talk, omdat er vooralsnog geen toestemming is om C2000 te gebruiken buiten de MKA. Push to talk is een geschikt communicatiesysteem met als doel onderlinge communicatie te faciliteren tussen het ZCC en de ZCC partners. Zolang er geen toestemming is om C2000 te gebruiken, heeft de ambulancezorg twee opties: accepteren dat aansturing van ambulances op de LMS meldkamer plaatsvindt of zelf een alternatief ontwikkelen.
- De pilot in Zuid-Holland Noord ondervond dat het aannemen van 112-meldingen buiten de muren van een LMS locatie technisch geen probleem is. Hun ZCC heeft twee thuiswerkplekken (beschikbaar door COVID-19) ingericht voor de MKA niet-spoedlijn (o.a. besteld vervoer en overplaatsing ziekenhuis). De pilot heeft gebruik kunnen maken van de GMS/NMS, GEO-GIS en ARBI-centrale faciliteiten van de LMS.

## Wenselijke situatie LMS / ZCC

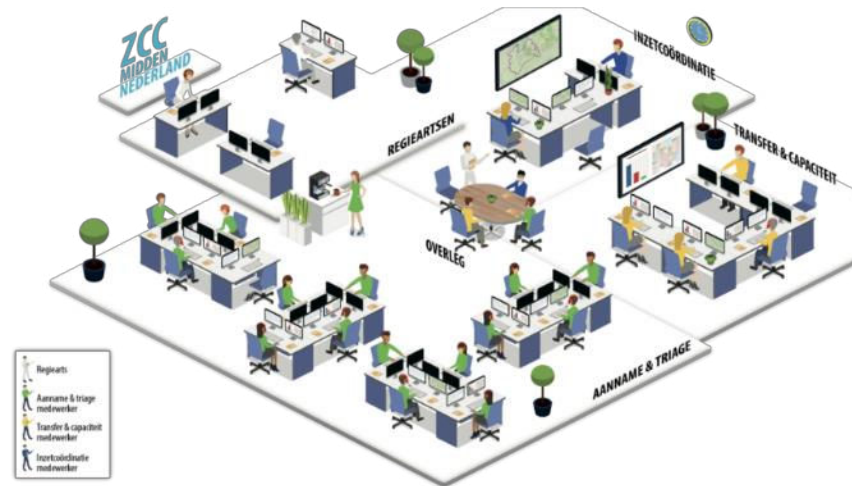
- De verschillende domeinen (zorg, OOV en sociaal domein) hebben ieder hun eigen omgeving waaraan de benodigde applicaties gekoppeld kunnen worden. De verschillende domeinen kunnen op hun beurt weer gekoppeld worden zodat informatie-uitwisseling kan plaatsvinden. Dit vergroot de wendbaarheid, verkleint de afhankelijkheid en er kan leveranciersonafhankelijk ingekocht worden.
- Daarnaast geven enkele pilots aan dat het de wens is om ook uitgiftetafels van de ambulance onder te brengen bij het ZCC zodat de uitgifte van ritten (ook) op het ZCC kan plaatsvinden.

<sup>1</sup>) Blijkt uit de retrospectieve contactanalyse van pilot Midden Nederland

# Voorbeeld ZCC Midden Nederland

## Het operationele model in de praktijk

Zoals gezegd zijn er diverse manieren waarop het operationele model in de praktijk kan worden gebracht, afhankelijk van de regionale context en wensen en behoeften. Hieronder staat schematisch weergegeven hoe de pilot in ROAZ regio Midden Nederland dit invult. Dit ter illustratie van hoe het model in de praktijk vorm kan krijgen (versimpeld). De punten hiernaast zijn een voorbeeld van de samenwerking en inrichting in deze regio en daarmee dus niet volledig.



- **Netwerkpartners:** RAVU, 4 regionale huisartsenorganisaties/HAP's, 18 regionale V&V instellingen (via 4 vertegenwoordigers), GGZ, wijkverpleging, verloskundigen en 4 ziekenhuizen/5 SEH's in de ROAZ-regio Midden Nederland
- **Governance:** Samenwerkingsovereenkomst gericht op deelaspecten
- **Locatie en bereikbaarheid:** fysiek in het METS Center Bilthoven; per oktober 2022 bij Huis ter Heide in samenwerking met LCPS
- **Financiën:** Nu nog gefinancierd uit pilotgelden beschikbaar gesteld door de zorgverzekeraars en VWS
- **Diensten en activiteiten:** multidisciplinaire triage en coördinatie passende vervolgzorg van levensbedreigende (112) en spoed meldingen HAP's; coördinatie medische en verpleegkundige inzet; coördinatiefunctie tijdelijk verblijf bedden; spreiding patiënten over SEH's; bevorderen digitaal zelfmanagement; coördinatie CovidTherapy@Home; coördinatie venflon naalden; coördinatie laagcomplex verloskunde; coördinatie acute wijkverpleging e.d.
- **Processen:** Geïntegreerde zorgpaden (zorg), multidisciplinaire dagstart (organisatorisch), multidisciplinaire casuïstiekbespreking (organisatorisch), (multidisciplinaire) opleidings- & trainingsproces (zorg)
- **Competenties:** kennis van triagesystemen (NTS), kennis van indicatiestellingen, kennis van het (acute) regionale zorgveld; discipline overstijgende medische en verpleegkundige kennis; intensieve én discipline overstijgende ondersteuning en begeleiding, gericht op samenwerking; communicatie vaardigheden; digitale vaardigheden
- **Rollen, teams & leiderschap:** triagist zorgcoördinatie, verpleegkundig meldkamer centralist, uitgifte centralist, zorgbemiddelaar tijdelijk verblijf/wijkverpleging, regiearts, specialist ouderengeneeskunde, teamhoofd
- **Inzicht & data:** Aantal acute (digitale) zorgmeldingen, wachttijden, vrije bedden (divers), capaciteitsmanagement, drukte SEH's, aantal inzetten, aantal consulten, multidisciplinair inzicht patiëntendossier, zorgpaden etc.
- **Technologie & IT:** multidisciplinaire werkplekken, IT zorgcoördinatie platform voor (digitale) triage en coördinatie passende vervolgzorg (Topicus), Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ), GMS, C2000, Push to Talk, voicelogging, geografisch informatiesysteem, V-care telefonie, Zorgdomein, POINT, koppelingen op basis van Met spoed beschikbaar; PLEK-app geboortezorg e.d.

# 6

## Veranderkundige inzichten



## Veranderkundige inzichten

Naast de inzichten op de verschillende bouwblokken, zijn er ook nog een aantal algemene veranderkundige inzichten opgedaan in de pilots.



### Pragmatisch en klein starten

Het helpt om in een sub-ideale situatie pragmatisch en klein aan de slag te gaan en te starten bij 'laaghangend fruit' i.p.v. direct de ideale situatie te willen realiseren. Op die manier worden resultaten snel tastbaar, dat leidt tot energie bij de deelnemende partijen. Het is vooral handig om te bedenken wat wél mogelijk is binnen de kaders in plaats van te denken in problemen. Zo is de pilot in regio Almere de pilotresultaten gaan meten in Excel om op die manier niet afhankelijk te zijn van IT-systemen, die nog niet zijn geïmplementeerd.



### Bestuurlijk commitment en aandacht voor cultuur

Bestuurlijk commitment leidt tot meer efficiëntie in de inrichting van zorgcoördinatie. Door de bestuurders daarnaast vanaf moment één te betrekken, zorg je ervoor dat iedereen hetzelfde nastreeft. Neem hiervoor de tijd en betrek ook het middenmanagement voldoende. Geef ook voldoende aandacht aan alle cultuurverschillen tussen de verschillende netwerkpartners.



### Communicatie

Het simpel houden en klein maken van alle communicatie helpt bij gewenste gedragsveranderingen bij netwerkpartners. Daarnaast geven de pilots aan dat communicatie nooit genoeg kan zijn en dat

het helpt om de kernboodschap, via verschillende kanalen, te blijven herhalen.



### Gezamenlijk doel nastreven

Met alleen technische koppelingen tussen netwerkpartners is nog geen nieuwe werkwijze geïmplementeerd. Het coördineren van zorg kan pas plaatsvinden als alle netwerkpartners elkaar laagdrempelig en vanuit gelijkwaardigheid kunnen vinden. Het is daarvoor nodig om een gezamenlijk doel na te streven.



### Randvoorwaarden

Om oponthoud bij het implementatieproces van de organisaties te voorkomen, is het belangrijk dat de juiste randvoorwaarden omtrent bekostiging, IT en tijdsinvestering voor de start zijn afgestemd. Hierbij kunnen landelijke richtlijnen helpen.

# 7

## Conclusies en aanbevelingen



## Conclusie

Het doel van de rapportage was tweeledig: enerzijds beschrijven of zorgcoördinatie van toegevoegde waarde is en anderzijds welke mogelijkheden er zijn voor de inrichting van zorgcoördinatie. Dit is beschreven vanuit de bevindingen van de pilots.

### Beschrijven toegevoegde waarde van zorgcoördinatie

De verschillende perspectieven van de pilots geven aanleiding om blijvend in te zetten op zorgcoördinatie, ofwel in de vorm van een ZCC ofwel in een andere vorm. Er is namelijk kijkend vanuit de perspectieven, de kwalitatieve resultaten en de kwantitatieve resultaten van verschillende initiatieven, voldoende aanleiding om aan te nemen dat deze initiatieven tot voordelen leiden binnen de zorgketen. De samenwerking tussen de netwerkpartners is als zeer positief ervaren. Daarnaast erkennen alle pilots de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie. Op basis van ervaringen van de pilots en diverse kleinere steekproeven is er de indruk dat zorgcoördinatie ook kosten kan besparen. Helaas is het vanuit de kwantitatieve resultaten van de pilots niet mogelijk om de toegevoegde waarde van het concept zorgcoördinatie en de bijdrage op de doelstellingen (JZOJP/effectieve inzet schaarse capaciteit) in zijn geheel kwantitatief aan te tonen.

### Inrichting van zorgcoördinatie

Deze rapportage beschrijft aan de hand van het ontwikkelde operationele model welke verschillende bouwblokken ingevuld moeten worden voor zorgcoördinatie. De conclusie is dat op verschillende onderdelen binnen het model landelijke regie gewenst is. Dit geldt voor:

- **Financiën:** Hoe wordt zorgcoördinatie structureel bekostigd en passend gefinancierd?
- **Governance:** Welke samenwerkingsvorm is nodig om zorgcoördinatie duurzaam te organiseren en aansprakelijkheden te regelen? Ook dienen er governance afspraken gemaakt te worden om patiëntinformatie goed te kunnen delen.

- **Locatie en bereikbaarheid:** Is één landelijk nummer voor zorgcoördinatie, naast het 112-nummer, van meerwaarde?
- **Technische infrastructuur:** Welke technische & IT-infrastructuur is nodig om zorgcoördinatie te realiseren? En hoe kunnen de risico's m.b.t. afhankelijkheid van externe leveranciers gemitigeerd worden?
- **Opleiding en training (in geval van ZCC):** Welke eisen stel je aan triagisten bij een ZCC en welke opleiding en loopbaantraject horen hierbij om zo gezamenlijke zorgcoördinatie en optimalisatie van personele capaciteit te kunnen faciliteren?

Desalniettemin is er vanuit de regio's behoefte aan voldoende ruimte voor eigen invulling, passend bij de regionale context en behoeften van die regio, wat mogelijk niet volledig strookt met landelijke regie.

### Basis op orde

Uit de activiteiten van de pilots blijkt dat bepaalde activiteiten, ongeacht of er zorgcoördinatie wordt ingericht, geïmplementeerd kunnen (of zelfs moeten) worden. Hoewel voor deze activiteiten niet per definitie zorgcoördinatie nodig is, dragen deze volgens de pilots mede bij aan het versterken van zorgcoördinatie in regionaal verband. Het gaat hierbij om:

- Realiseren van aansluiting van alle netwerkpartners in de regio op het LSP.
- Leren kennen van elkaar en elkaars expertise als netwerkpartners in de regio.
- Inbouwen van de mogelijkheid dat triagecentra van de HAP's elkaars telefoontjes opnemen als het bij één van de centra (veel) drukker wordt.
- Implementeren van een zelftriageapplicatie op websites van de HAP.
- Zorgen voor meer samenwerking tussen zorgaanbieders en minder concurrentie.

## Algemene aanbevelingen - landelijk

De inzichten, bevindingen en conclusies van de pilots leiden tot meerdere aanbevelingen vanuit de pilots voor de toekomst. In deze rapportage splitsen we deze aanbevelingen op in algemene aanbevelingen omtrent zorgcoördinatie en aanbevelingen per bouwblok uit het operationeel model. Daarnaast is een splitsing gemaakt in landelijke aanbevelingen, die gericht zijn aan het ministerie van VWS en eventueel enkele andere partijen, en regionale aanbevelingen die gericht zijn aan de huidige pilotregio's of partijen binnen de regio die zorgcoördinatie willen inrichten.

### Landelijke aanbevelingen aan VWS



#### Zet in op doorontwikkeling van zorgcoördinatie

De toegevoegde waarde van zorgcoördinatie wordt erkend door de pilots. Daarnaast heeft VWS al een standpunt geformuleerd over zorgcoördinatie en wil VWS dat regionale zorgcoördinatie een grote rol gaat spelen in de regie van de acute zorg.



#### Zet in op campagnes voor de burger voor ontlasten acute zorg

Informeer de burger met landelijke campagnes over wanneer de burger in welke situaties contact opneemt met welke netwerkpartner. Op deze manier wordt de acute zorg meer ontlast doordat de burger al in het eerste stadium met de juiste netwerkpartner (of ZCC) contact opneemt.



#### Focus op het efficiënter inzetten van schaarse zorg- en triagecapaciteit

De huidige capaciteit van de acute zorg wordt zwaar belast. Multidisciplinaire triage en digitale triage hebben de potentie om de schaarse capaciteit efficiënter in te zetten.

### Landelijke aanbevelingen aan VWS, ZN en NZa



#### Stel landelijke kaders op m.b.t. regionale zorgcoördinatie

Landelijke kaders zijn nodig op de gebieden van o.a. bekostiging en technische infrastructuur (zorgcoördinatie-applicatie én uitgebreidere digitale zelftriage applicatie die alle netwerkpartners omvat). Definieer hierbij ook het concept zorgcoördinatie helder en creëer hiermee druk om verandermanagement, commitment en vertrouwen bij partners te krijgen. Houd binnen de landelijke kaders voldoende ruimte voor regio's om flexibel met de uitwerking en implementatie om te gaan, zodat de uitwerking aansluit bij de behoefte in de regio. Zorg daarnaast voor perspectief voor pilots die in de tussentijd door willen gaan met zorgcoördinatie.



## Algemene aanbevelingen - regionaal

### Regionale aanbevelingen aan netwerkpartners die zorgcoördinatie inrichten



#### Begin klein

Begin klein met enthousiaste personen om resultaten snel tastbaar te maken en daardoor energie te creëren bij de personen die betrokken (moeten) zijn bij zorgcoördinatie.



#### Borg minstens alle vijf functies van zorgcoördinatie

Om tot de meest effectieve vorm van zorgcoördinatie te komen zijn idealiter alle vijf functies (zie pagina 11) geborgd in de regio, met eventuele uitbreiding van de twee toegevoegde functies. Dit betekent niet dat alle functies randvoorwaardelijk zijn voor het functioneren van zorgcoördinatie.



#### Zet groter in op de functie digitale zelftriage

De pilots laten zien dat er veel onbenut potentieel zit binnen digitale zelftriage. Hierdoor is het goed om hier nog meer op aan te sturen en de processen hierop in te richten óók voor andere netwerkpartijen dan de HAP's mits de triageapplicaties hiervoor worden ingericht.



#### Trek samen op met zorgverzekeraars

Om een stevige rol van zorgverzekeraars neer te zetten die in de doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voorziet, is het van belang om in de regio bij het (structureel) implementeren van zorgcoördinatie nauw op te trekken met zorgverzekeraars.



#### Zorg ervoor dat de basis op orde is

In de pilots is gebleken dat er nog enkele regio's zijn die een aantal basiszaken nog niet volledig op orde hebben. Ongeacht of zorgcoördinatie structureel vervolg krijgt of niet, is het goed om deze zaken in te richten, zie ook de conclusie pagina.

## Aanbevelingen per bouwblok | Netwerkpartners en governance

### Regionale aanbevelingen aan netwerkpartners die zorgcoördinatie inrichten

Netwerkpartners



#### Betrek ten minste de HAP, RAV en VVT, leg verbinding met GGZ

Deze partijen zijn belangrijke stakeholders binnen het acute zorglandschap en moeten minimaal worden betrokken. Nauwe betrokkenheid van de SEH is ook van belang. Onderzoek daarnaast in de regio of de GGZ betrokken kan worden, aangezien in het betrekken van de GGZ ook voordelen worden gezien, maar dit wisselend is per regio. Zorg er daarnaast voor dat er voldoende schaalgrootte is binnen de regio om doelmatigheid en efficiëntie te behalen.



#### Zorg dat alle partijen bijdragen aan ontwikkeling

Breng de ontwikkeling van zorgcoördinatie niet onder bij één van de zorgaanbieders, maar zorg ervoor dat de partijen collectief bijdragen. Zorgcoördinatie vraagt om investeringen, bereikbaarheid en participatie van de hele keten. Zorg ervoor dat de implicaties per netwerkpartij inzichtelijk zijn.



#### Zorg voor bestuurlijk commitment, maar betrek iedereen

Bestuurlijk commitment en een gezamenlijke ambitie helpen bij het inrichten van zorgcoördinatie. Betrek daarnaast ook het middenmanagement en alle andere medewerkers. Leer elkaar kennen en maak inzichtelijk wie waar in gespecialiseerd is.

### Landelijke aanbevelingen aan VWS

Governance



#### Denk na over richtlijnen voor de governance van zorgcoördinatie afhankelijk van vorm voor o.a. gegevensuitwisseling

Bij het inrichten van een centrum zijn mogelijk andere afspraken nodig dan bij een samenwerkingsvorm. Bedenk of er landelijke richtlijnen nodig zijn voor afspraken, verantwoordelijkheden en mandaat etc., met name om ervoor te zorgen dat in elke vorm gegevens tussen partners gedeeld kunnen worden. Gegevensuitwisseling is cruciaal voor het slagen van zorgcoördinatie.

### Landelijke aanbevelingen aan VWS, ZN en NZa

Financiën



#### Neem landelijke regie over hoe zorgcoördinatie structureel te financieren

- Neem de netwerkpartners goed mee in hoe de bekostiging en financiering van zorgcoördinatie wordt ingericht.
- Onderzoek eventuele budgetverschuivingen tussen de netwerkpartners door de zorgverschuivingen en daarnaast ook of deze verschuivingen toereikend zijn voor de capaciteit.
- Bij de bekostiging en financiering van zorgcoördinatie dient zowel rekening gehouden te worden met de organisatorische als zorginhoudelijke componenten.

# Aanbevelingen per bouwblok | Financiën, locatie & bereikbaarheid, diensten & activiteiten

## Landelijke aanbevelingen aan VWS

Locatie en bereikbaarheid



### Onderzoek of één landelijk nummer van meerwaarde is

Op basis van de pilots kan niet worden geconcludeerd of het nodig of effectief is om zorgcoördinatie in te richten met één centraal landelijk nummer, hoewel in meerdere pilots wel de wens hiertoe naar voren komt. Het is wel een mogelijkheid om één landelijk nummer in te richten specifiek voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen, naast het 112-nummer. Onderzoek daarom of dit van meerwaarde is, maar ook wat de implicaties hiervan zijn.

## Regionale aanbevelingen aan netwerkpartners die zorgcoördinatie inrichten



### Realiseer (indien gekozen wordt voor een fysiek ZCC) passende huisvesting met uitbreidmogelijkheid

De meeste pilots hebben de voorkeur voor een fysieke (ZCC) locatie. Een goede locatie voor uitvoeren van gezamenlijke zorgcoördinatie is waar de HDS de triagefunctie uitvoert, maar reacties zijn tevens positief over een onafhankelijke locatie. Zorg ook dat er voldoende ruimte is voor groei. Zorg ook voor een goed werkende applicatie.



### Verbreed de functie eenduidige toegang met professionals

De pilots en de toegang tot zorgcoördinatie is voornamelijk gefocust op het helpen van patiënten, maar er is ook veel potentie om zorgprofessionals meer te ontlasten met zorgcoördinatie.



### Onderzoek een 24/7 uitvoeren zorgcoördinatie, start met ANW uren

7 van de 10 pilots geven aan dat op termijn 24/7 uitvoeren van zorgcoördinatie voordelen kan bieden. Onderzoek daarom deze mogelijkheid. In de tussentijd kan gestart worden met structurele zorgcoördinatie in tenminste de ANW uren.

Diensten en activiteiten

## Regionale aanbevelingen aan netwerkpartners die zorgcoördinatie inrichten



### Zet in op multidisciplinaire triage

Multidisciplinaire triage biedt de meeste kansen op reductie van personele inzet voor zorgcoördinatie door kennis en expertise te bundelen ten opzichte van de huidige triage. Daarnaast zorgt het voor interessante banen.



### Borg de diensten voor regie vervolgzorg

Om de functie optimaal in te richten worden de coördinerende taken voor de vervolgzorg, inclusief tijdelijk verblijf, binnen het concept zorgcoördinatie belegd.

# Aanbevelingen per bouwblok | Processen, competenties, rollen, teams & leiderschap

## Regionale aanbevelingen aan netwerkpartners die zorgcoördinatie inrichten

### Processen



#### Sluit zoveel mogelijk aan bij reguliere processen

Door aan te sluiten bij huidige werkprocessen wordt er minder verandermanagement gevraagd en is het makkelijker om de medewerkers hierin mee te nemen.



#### Benut de ontwikkelde gezamenlijke zorgpaden en blijf door ontwikkelen, breid de huidige NTS uit met de ontwikkelde zorgpaden uit de pilots

Door met alle betrokken netwerkpartners zorgpaden te ontwikkelen, worden structurele afspraken gemaakt voor de inzet van professionals. Dit leidt tot de juiste inzet van zorg. Er zijn al enkele zorgpaden succesvol ontwikkeld. Zorg ervoor dat de huidige NTS met deze gevalideerde zorgpaden wordt uitgebreid.



#### Investeer in opleiden en verbinden (multidisciplinaire) professionals (in geval van ZCC)

Door deze professionals op te leiden wordt met minder personen de juiste kennis geborgd op één moment binnen het ZCC.

## Landelijke aanbevelingen aan VWS

### Competenties en rollen, teams, leiderschap



#### Ontwikkel een landelijk competentieprofiel voor multidisciplinaire professionals (in geval van ZCC)

Geef duidelijkheid over de eisen en het opleiding- en loopbaantraject voor een multidisciplinaire triagist. Dit helpt om uniformiteit tussen de regio's te creëren.

## Regionale aanbevelingen aan netwerkpartners die zorgcoördinatie inrichten



#### Zorg voor een toegewijd team van professionals

Een toegewijd team leidt tot meer enthousiasme en daarnaast een steilere leercurve binnen het team. Elke netwerkpartner moet binnen dit team vertegenwoordigd zijn.

## Aanbevelingen per bouwblok | Data & inzicht, technologie & ICT

### Data & inzicht

#### Landelijke aanbevelingen aan VWS



##### Zorg voor landelijke regie om capaciteitsinformatie te delen

Om zorgcoördinatie goed te kunnen uitvoeren moet capaciteitsinformatie gedeeld kunnen worden. In elk geval is inzicht in beschikbare bedden capaciteit en personele capaciteit van alle betrokken partners nodig.



##### Zorg ervoor dat KPI's uit de regio's uniform zijn

Om ervoor te zorgen dat er ook landelijk gemonitord en gestuurd kan worden op zorgcoördinatie, is er enige uniformiteit van belang.

#### Regionale aanbevelingen aan netwerkpartners die zorgcoördinatie inrichten



##### Definieer heldere KPI's om te meten en bij te sturen

Door heldere KPI's te ontwikkelen die daadwerkelijk meten of zorgcoördinatie werkt, kan er periodiek worden geëvalueerd of resultaten worden behaald en zo nodig worden bijgestuurd.



##### Creëer inzicht via een dashboard

Verzamel de data met belangrijke informatie in een dashboard. Dit helpt (landelijk) ook de juiste sturing te geven.

### Technologie & ICT

#### Landelijke aanbevelingen aan VWS, J&V, LMS en VZVZ



##### Maak het mogelijk om gegevensuitwisseling tussen netwerkpartners te bewerkstelligen

Alle pilots erkennen de noodzaak om patiëntgegevens te kunnen wisselen tussen de netwerkpartners om de samenwerking zo optimaal mogelijk te faciliteren. Onderzoek enerzijds de implicaties voor het bouwen van één integraal zorgcoördinatieplatform en anderzijds de koppelingen tussen de systemen.



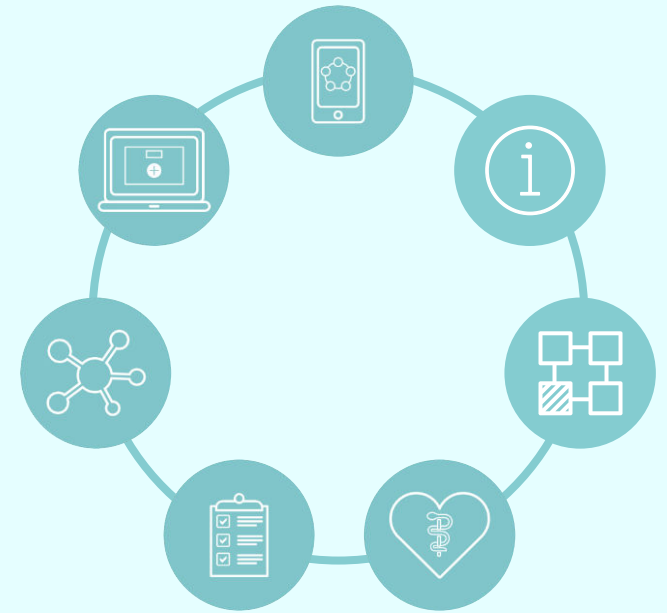
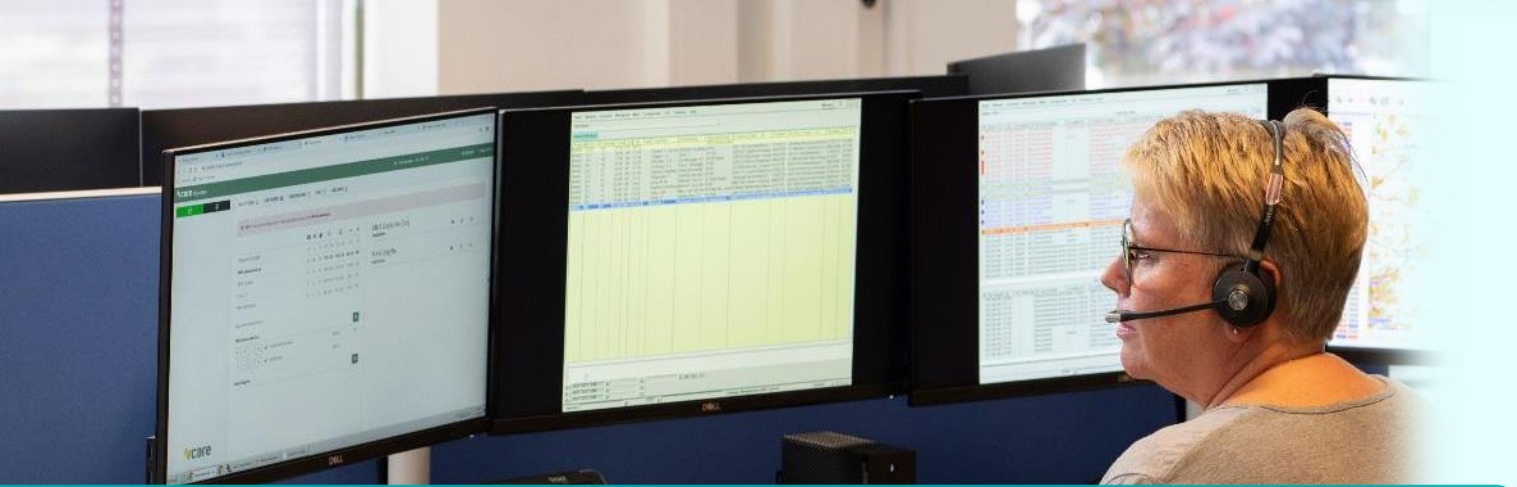
##### Zorg voor een goede koppeling tussen ambulance-applicaties (ontsloten door LMS) en samenwerkende partners (of ZCC)

Om zorgcoördinatie goed te kunnen laten functioneren is een koppeling met de applicaties die door LMS worden ontsloten op de meldkamer die benodigd zijn voor ambulancezorg en de netwerkpartners en/of ZCC essentieel.



##### Onderzoek mogelijkheden tot een leveranciersafhankelijke zorgcoördinatie-applicatie

Een leveranciersafhankelijke applicatie die in eigenaarschap is van de zorg voorkomt vendor lock-in. Daarnaast kunnen alle functies van de applicatie zo worden ingericht dat de applicatie het proces van zorgcoördinatie, inclusief digitale zelftriage zo goed mogelijk ondersteunt naar de wensen van de medewerkers.



# Bijlage



## Inhoudsopgave Bijlage

1. **Managementsamenvattingen pilots**
2. **Uitvoertijden pilots**
3. **Ontwikkelde ketenbrede zorgpaden**
4. **Data Sectorkompas Ambulancezorg voor KPI's**
5. **Netwerkpartners per pilot**
6. **Voorbeeld samenwerkingsovereenkomst**
7. **Programma van eisen ICT werkgroep**
8. **Kostenoverzicht voor een ZCC**
9. **Beproefde interventies**



# 1. Managementsamenvatting pilot Brabant

De pilot in Brabant richt zich op verlengde gezamenlijke triage (HAP triagisten voeren in de nachtelijke uren hun werkzaamheden uit op de MKA), verrijkte triage (samenwerking tussen verpleegkundigen van de SEH en doktersassistentes van de HAP) en digitale zelftrriage (via [moetiknaardedokter.nl](http://moetiknaardedokter.nl))

## Conclusies

- De implementatie en verdere uitrol van digitale zelftrriage en telefonische opvolging hiervan, zijn een succesvol middel gebleken om de **toegang tot het triagecentrum van de HAP beter te reguleren** en laag-urgente zorgvragen door te geleiden naar andere momenten
- Een **digitale koppeling van triage-informatie** tussen de MKA en het triagecentrum van de HAP is essentieel voor adequate uitbouw van de samenwerking in de toekomst

## Lessen

- De fysieke co-locatie is beëindigd, omdat voor verdere groei van de samenwerking **een digitale koppeling tussen MKA en HAP nodig is**
- Uitdagingen van de toekomst kunnen niet worden opgelost met middelen uit het verleden (bijvoorbeeld inzetten van colocatie zonder adequate informatiedeling)
- Kennis van elkaars processen en triage-systemen heeft bijgedragen aan **verbeterde samenwerking** en uitwerking van nieuwe procedures (met name voor minder urgente zorgvragen die via 112 binnen komen)

## Aanbevelingen

- **Investeren in de ontwikkeling van (digitale) oplossingen die samenwerking écht faciliteren**
- **Leren van best practices van andere sectoren**
- Zorgpartners dienen werk te maken van de samenwerking, door **elkaar niet-vrijblijvend op te zoeken** en plannen voor de toekomst in gezamenlijkheid te ontwikkelen





# 1. Managementsamenvatting pilot Flevoland (regio Almere)

De pilot Zorgcoördinatie Almere richt zich op het inzetten van een wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie in de spoedketen voor opvolging van acute niet-levensbedreigende verpleegkundige zorgvragen. De wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie is inzetbaar voor verpleegkundige zorg, die ad hoc geraadpleegd kan worden door de HAP, SEH, ambulanceverpleegkundige, verpleegkundig meldkamer centralist en de wijkzorg in Almere

## Conclusies

- **De inzet van de wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie is zinvol** (financieel positieve resultaten)
- Met deze pilot wordt **bijgedragen aan het behoud van de wijkverpleegkundigen**. De wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie zijn positief over hun werk en zien dit als verbreding van hun verpleegkundig vak
- Waar het voorheen bijna vanzelfsprekend was dat de opvolging van een hulpvraag door de partij werd uitgevoerd waar de vraag binnenkwam, is er nu vooraf **overleg en afstemming**

## Lessen

- Zorg voor een **multidisciplinair inwerktraject** waarbij er meegelopen wordt op de ambulance, HAP, triagepost en MKA
- Het helpt om met sub-ideale (vooral op IT-vlak) situaties pragmatisch om te gaan: **wat is binnen de kaders wél mogelijk?**
- Een nieuwe functie creëren (wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie) maakt dat je nieuwe mensen aanneemt die **geen gedragsverandering** door hoeven te gaan. Deze nieuwe functie trekt pioniers aan die het leuk vinden om te experimenteren

## Aanbevelingen

- Begin klein (**'het laag hangende fruit'**), zo worden resultaten snel tastbaar en dit zorgt voor energie bij de samenwerkende partijen
- **Neem de tijd voor de eerste fase** (definitiefase): samenwerkende partijen moeten elkaar gaan leren kennen, elkaar leren vertrouwen, leren wat elkaars talenten zijn en waar je elkaar voor kan inschakelen
- **Redeneren vanuit de kenmerken van een regio**. Dunbevolkte gebieden hebben een andere behoefte binnen zorgcoördinatie dan grootstedelijke gebieden



# 1. Managementsamenvatting pilot Flevoland (regio NOP, Urk)

De pilot Zorgcoördinatie in Noordoostpolder en Urk richt zich op een optimale samenwerking tussen de netwerkpartners in de ANW-uren in de Noordoostpolder en Urk, zodat er meer gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise

## Conclusies

- **VVT kan nog veel meer ingezet worden in het acute zorgproces:** netwerkpartners hebben/hadden nog te weinig zicht op de kennis en kunde van wijkzorg
- **Belangrijk om aan te sluiten bij de lopende initiatieven** in de regio die al een coördinerend karakter hebben. Een nieuw initiatief starten kan complementair zijn

## Lessen

- Bronnen t.a.v. capaciteitsmanagement zijn gering. **Capaciteitsmanagement per instelling op orde brengen** is een eerste stap, voordat multidisciplinair overzicht geboden kan worden
- **Betrek zorgverleners als ambassadeurs** van het project. Zij zijn de sleutel tot gedragsverandering bij collega's

## Aanbevelingen

- Een uitspraak op '**overkoepelende financiering**' wanneer partners willen 'ontschotten', zal meehelpen om financiële vraagstukken te pareren
- **Informatie-uitwisseling is noodzakelijk** om tot goede samenwerking te komen en daadwerkelijk de zorg efficiënter in te richten
- Starten met het lange termijn doel: **multidisciplinair capaciteitsmanagement**
- **Zorg dat bestuurders betrokken zijn/in** een stuurgroep zitting nemen



# 1. Managementsamenvatting pilot Gelderland

Eén van de belangrijke doelstellingen van de pilot in Gelderland is het beproeven of verdere virtuele samenwerking met en tussen netwerkpartners tot stand kan komen. De pilot richt zich op de samenwerking tussen de meldkamer, vier huisartsenposten en een GGZ instelling. Verder wordt gefocust op de samenwerking tussen de vier huisartsenposten onderling.

## Conclusies

- Het blijft nodig het gesprek over **toekomstbestendige zorgcoördinatie** te blijven voeren o.a. door verschillende belangen
- Een ieder is ervan overtuigd dat de netwerkpartners **elkaar in de toekomst hard nodig hebben**
- Het realiseren van de randvoorwaarden om virtuele zorgcoördinatie mogelijk te maken is een **tijdrovende** aangelegenheid
- Mede onder invloed van de gezamenlijk uitgevoerde pilot zijn **structurele bestuurlijke overlegvormen** ontstaan
- Voor virtuele zorgcoördinatie is het cruciaal dat **patiëntinformatie** kan worden **gedeeld**. Hoewel er vanuit de overheid sterk wordt aangedrongen op het delen van patiëntinformatie bleek dit in de pilot zeer moeilijk te realiseren

## Lessen

- Om virtuele samenwerking te faciliteren is men afhankelijk van leveranciers. Het werken aan en **investeren in landelijke standaarden** geniet de voorkeur op langere termijn zodat er **minder afhankelijkheid** ontstaat **van leveranciers**
- De basis van samenwerking is **elkaar leren kennen**. Hier moet structureel in geïnvesteerd worden. Alleen dan ontstaat er meer begrip voor elkaars situatie en een basis om samenwerking door te ontwikkelen
- Met alleen technische koppelingen implementeer je nog **geen nieuwe werkwijze**
- Zorgcoördinatie vraagt om **investeringen in bereikbaarheid en participatie van de 1e en 2e lijn**
- De **VVT is een belangrijke partner** om te betrekken bij verdere ontwikkeling van zorgcoördinatie in de regio
- Breng het verder ontwikkelen van zorgcoördinatie **niet onder bij één van de zorgaanbieders** maar maak er een collectieve inspanning van

## Aanbevelingen

### Landelijk

- Bespreek hoe **passende financiering** van verdere ontwikkeling en realisatie van zorgcoördinatie eruit zou kunnen zien
- Draag zorg voor **versnelde implementatie** van de richtlijn **gegevensuitwisseling** in de acute zorg
- Zorgcoördinatie zal leiden tot **een verschuiving van patiëntenstromen naar de eerste of de nulde lijn**. Onderken vroegtijdig wat hiervan de gevolgen zijn voor de budgetten van zorginstellingen

### Regionaal

- Zorg voor een **permanent karakter van het structurele bestuurlijke overleg** en het operationeel management overleg
- **Betrek de VVT sector** in het bestuurlijk en het management overleg, om meer inhoud te geven aan afspraken over de inzet van vervolgzorg



# 1. Managementsamenvatting pilot IJsselland

De pilot IJsselland beproeft een fysiek zorgcoördinatiecentrum en richt zich op het zo optimaal mogelijk benutten van de capaciteit van de samenwerkingspartners door middel van substitutie. Zowel eenduidige triage, gevalideerde zorgpaden en passende zorginzet zijn onderdelen van de pilot.

## Conclusies

- **Fysieke samenwerking** heeft een sterke preferentie boven een hybride of digitale variant. Fysiek naast elkaar zitten faciliteert samenwerken
- Het gebruik van **zorgpaden** biedt centralisten en triagisten houvast om casuïstiek te overleggen en te bespreken, hierdoor opereren medewerkers meer als één team
- Samenwerking tussen een ZCC en het **RCPS** biedt kansen om nog efficiënter tot vervolgzorg te komen
- Bij afwezigheid van C2000, is het noodzakelijk om een geschikt en bruikbaar alternatief te hebben voor onderlinge **communicatie** tussen ZCC, MKA en partners onderling. De applicatie **Push To Talk** is hiervoor een bruikbaar alternatief.

## Lessen

- Door maandelijks te **rapporteren en evalueren** wordt het ontwikkelproces transparant en bewegen instellingen langzaam naar elkaar toe
- Zorgpaden moeten bij medewerkers blijvend onder de aandacht worden gebracht
- Om éénduidige triage mogelijk te maken, moeten alle disciplines in **hetzelfde systeem** werken
- Het invullen van een PICA functie heeft meerdere drempels en kan weerstand opwekken
- Het aansluiten van **GGZ** op het zorgcoördinatiecentrum is van meerwaarde vanwege specifieke aard van psychische klachten
- Een **samenwerkingsovereenkomst** is een geschikte manier om afspraken te maken tussen de partners over visie, missie, strategie en manier van werken

## Aanbevelingen

- Blijf alle medewerkers **betrekken**, leer elkaar kennen en maak gebruik van elkaars mogelijkheden
- Ontwikkel bij start de juiste **KPI's** om daadwerkelijk juiste zorg op de juiste plek te kunnen meten of stel de KPI's bij indien blijkt dat ze niet de juiste inzichten geven
- Zorg voor het gebruik van **één IT-applicatie** voor een ZCC. Dit vergemakkelijkt samenwerking en communicatie en minimaliseert administratieve druk
- Probeer aan te haken bij **bestaande werkprocessen** van partners
- Ontwikkel een **landelijk competentieprofiel** voor een zorgcoördinatie centralist en triagist
- **Begin klein** om resultaten snel tastbaar te maken en meer energie te creëren



# 1. Managementsamenvatting pilot Midden Nederland

De pilot Midden Nederland richt zich met name op fysiek samenwerken op één locatie met de ambitie voor 24/7 coördinatie van de juiste zorg op de juiste plek. Coördinatie van tijdelijk verblijf bedden, geboortezorg en Covid-19 zorg maakt hier deel van uit. Een IT zorgcoördinatieplatform voor multidisciplinaire triage en vervolgzorg wordt in 2e helft 2022 geïmplementeerd. De verbinding met werken op afstand is hiermee gelegd.

## Conclusies

- 48% van de burgers (zelfs meer bij psychische problematiek) **kies 112 onterecht** als ingang, daarom mag 112 niet ontbreken in ZCC setting
- In 41% van de acute zorgvragen is **digitale zelftriage** of een digitaal consult mogelijk; vooral bij U1 t/m U5.
- Zorgcoördinatie **tijdelijk verblijf** voorkomt onnodige ziekenhuisopnames
- **Multidisciplinaire triage en aanname** is in 23-28% van de gevallen van toegevoegde waarde. Samenwerken levert een besparing van ca. **20% in FTE** van zorgprofessionals op. Juist voor meldingen die minder vaak voorkomen is inzet van een expert zinvol, zoals een POH GGZ.
- Door expertise te bundelen in multidisciplinaire functies worden **aantrekkelijke banen gecreëerd**
- Ambitie en bestuurlijk commitment vanuit **alle partners** is vereist en aandacht voor verandermanagement is essentieel

## Lessen

- De gezamenlijke aanpak van 7 pilotregio's om tot **één IT zorgcoördinatieplatform** te komen dat voor iedere regio werkzaam is, vergt veel overleg; regio's zitten in andere fases van samenwerking.
- Een **retrospectieve contactanalyse** in de vorm van een pressure cooker van 112, HAP en GGZ meldingen brengt het potentieel van regionale zorgcoördinatie kwantitatief in beeld en brengt partners dichter bij elkaar
- Er is **veel tijd** nodig om de achterban voldoende mee te kunnen nemen en er moet continu ruimte gecreëerd worden om te luisteren naar elkaars belangen
- Niet voor alle netwerkpartners is het makkelijk om hun **vertrouwde omgeving** achter zich te laten, ook moeten mensen nu soms verder reizen naar hun werklocatie. Het kan veel energie kosten om de toegevoegde waarde duidelijk te maken

## Aanbevelingen

- Richt **één landelijk nummer** in specifiek voor acute zorgvragen *naast 112* voor de burger en investeer landelijk in een goed werkend **IT landschap** voor een ZCC
- Een **landelijk beleidskader** en support van landelijke en regionale stakeholders is nodig om snelheid te maken en duidelijkheid te geven, ook aandacht voor overgangperiode nodig
- Investeer in **opleiden en verbinden** van (multidisciplinaire) ZCC zorgprofessionals
- Stel een **dedicated team van zorgprofessionals** aan als kernteam van het ZCC voor continue borging van kennis en de leercurve stijl te houden
- Voer een retrospectieve analyse uit als **0-meting** bij de start van een ZCC
- Maak de verbinding tussen ZCC/RCPS en LCPS
- Zet in op digitale zelftriage in regionaal verband



# 1. Managementsamenvatting pilot Noord-Nederland

De pilot Noord-Nederland focust zich in eerste instantie op gezamenlijke ketentriage, inzicht in capaciteit en coördinatie van zorginzet en vervolgzorg om de acute zorg in Noord-Nederland te ontlasten door het optimaliseren van verwijzingen in de ANW-uren. De pilot beproeft een virtuele verbinding tussen de netwerkpartners. Tijdens heroriëntatie zijn de doelstellingen vertaald naar vernieuwde onderlinge werkprocessen en werkafspraken, gericht op zeven ingangsklachten.

## Conclusies

- Samenwerking uit de pilot heeft versterkend effect op de onderlinge samenwerking en leidt tot **kortere lijnen** tussen netwerkpartners
- De **arbeidsproblematiek** heeft grote invloed gehad op kwaliteit en snelheid van resultaten in de pilot
- De ontwikkelde zorgpaden waarmee o.a. doorverwezen wordt naar de wijkverpleging leveren **ketenvoordelen** op het gebied van samenwerking, kwaliteit van zorg, werkdruk en financieel maatschappelijk
- Het is mogelijk om een **triagepunt** voor zowel acute VVT zorgvragen als loket voor regie vervolgzorg op één fysieke locatie in te richten
- Het vernieuwen van huidige **werkprocessen** kan leiden tot een vergroting van het aantal doorverwijzingen
- Zorgcoördinatie wordt als **toegevoegde waarde** gezien voor de toekomst. Het belangrijkste onderdeel is het onderling coördineren van zorg

## Lessen

- **Uitwerken van zorgpaden** is goede manier om tot de doelstelling van zorgcoördinatie te komen
- **Inzet van wijkverpleegkundigen** op een acute VVT zorgvraag maakt het werk van wijkverpleegkundigen aantrekkelijker
- Elkaar als netwerkpartners **goed leren kennen** en onderling intensief samenwerken is een belangrijk onderdeel van het ontwikkelen van zorgpaden
- Het is een grote succesfactor om werkprocessen op zowel **operationeel als tactisch** niveau gezamenlijk uit te werken om elkaars proces goed te begrijpen
- Een **e-learning** en andere gestandaardiseerde overdrachtsmethodiek helpt om de overdrachtstijd te verkleinen en beschikbaarheid van schaars personeel te vergroten
- In een regio waar er grote fysieke afstanden zijn, is een 24/7 **virtuele** verbinding een uitkomst voor de regio

## Aanbevelingen

- Stel **landelijke normen en kaders** op aan regionale zorgcoördinatie, met ruimte voor regio's om flexibel met uitwerking en implementatie om te gaan
- Formuleer **landelijke KPI's** die iets zeggen over de prestatie van zorgcoördinatie die controlerende instanties kunnen gebruiken om zorgcoördinatie in de regio te toetsen
- Doe een **landelijke analyse** op de potentie van het coördineren van zorgvragen met als uitgangspunt juiste zorg op de juiste plek
- Formuleer een gezamenlijke **regionaal plan van aanpak** met de juiste partijen om de ontwikkeling en implementatie van zorgcoördinatie in de regio te laten slagen



# 1. Managementsamenvatting pilot Rotterdam-Rijnmond

De pilot Rotterdam-Rijnmond heeft een zorgcoördinatiecentrum op het meldkamer domein van de LMS waarbij zowel fysieke als virtuele activiteiten zijn. Het centrum is open in het weekend overdag. Ze zetten zich met name in op het ontwikkelen van zorgpaden.

## Conclusies

- Ondanks enkele verbeterpunten en het ontbreken van een definitieve vaste vorm wordt zorgcoördinatie als toegevoegde waarde gezien voor patiënten en zorgverleners in acute zorg. In 78% van de behandelde casussen tijdens de 1e pilotfase van het Zorgcoördinatiecentrum (ZCC) Rotterdam-Rijnmond was er sprake van óf snellere óf andere zorg dan wanneer er geen sprake was van een ZCC
- Basis van zorgcoördinatie is het **gesprek met elkaar aan gaan** over de juiste zorg op de juiste plek
- Netwerkpartners hebben in de regio door de pilot en fysieke samenwerking **meer kennis en begrip** voor elkaars werkprocessen en dit heeft een positief effect op de onderlinge afstemming voor de juiste zorginzet
- Het is belangrijk om aandacht te blijven houden voor de huidige werkwijzen van partners, een ZCC moet hierop een **aanvulling** zijn

## Lessen

- **Gezamenlijk ontwikkelen van zorgpaden** is een goede tool om kritisch te blijven kijken of de juiste zorg wordt ingezet
- Zorgpaden moeten blijvend **onder de aandacht** worden gebracht
- Het zorgcoördinatiecentrum is een proeftuin voor zorgcoördinatie in de regio en werkt als een **katalysator** voor samenwerking
- Het beter registreren van overleggen en overdrachten, zorgt ervoor dat JZOJP beter **meetbaar** gemaakt kan worden
- Een kleinere pool van zorgprofessionals op een ZCC vergroot het leereffect

## Aanbevelingen

- **Landelijke afspraken en randvoorwaarden** zijn noodzakelijk om zorgcoördinatie en een ZCC duurzaam te realiseren
- Het is zaak om **de juiste balans** te vinden tussen landelijke kaders en ruimte voor regionaal maatwerk op basis van de behoeften
- Betrek het **middenmanagement** voldoende om afspraken rondom zorgcoördinatie in de praktijk te borgen



# 1. Managementsamenvatting pilot Twente

De pilot Twente geeft invulling aan de functies eenduidige triage en gezamenlijk beslissen over passende zorginzet. Er is focus op een fysieke samenwerking, waarbij triagisten, centralisten en een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige in één ruimte zitten bij de grootste huisartsenpost in Twente.

## Conclusies

- Ondanks het feit dat er door personeelsschaarste niet altijd fysieke samenwerking mogelijk was, blijft de voorkeur om **fysiek** samen te werken.
- Elkaar leren kennen is een grote meerwaarde. Partners weten elkaar dan makkelijker te vinden door **verkorte lijnen en leren de taak in de keten van de ander beter kennen**. Hierdoor kan elkaars expertise beter ingezet worden.
- **Zorgpaden** helpen bij een beeld krijgen waarvoor partners elkaar kunnen inzetten en waar ieders expertise ligt. Een apart **specialistisch wijkteam** met materialen heeft meerwaarde bij de aansturing
- In Twente is een nieuwe modulaire **opleiding** ontwikkelt voor een ZCC centralist
- De pilot gaf **aanleiding voor een doorstart**. Met het ROAZ wordt een nieuw scenario voor zorgcoördinatie uitgewerkt

## Lessen

- Enkele medewerkers vinden het lastig om buiten de zorgpaden casuïstiek over te dragen. **Aandacht** voor deze medewerkers is belangrijk
- Meerwaarde van ZCC kan beter aangetoond worden d.m.v. **casuïstiek** i.p.v. monitoring data van vooraf bepaalde KPI's. KPI's specifiek voor zorgcoördinatie meten is niet wenselijk, maar hard maken wat het voor elke organisatie oplevert en kost is wel belangrijk. Het is **een joint venture van organisaties in het netwerk** met elk hun eigen uitdagingen en belangen.
- **IT** is een belangrijk ondersteuningsmiddel wat kan bijdragen aan snellere voortgang binnen het werken op een ZCC, de in Twente ontwikkelde **Push To Talk** applicatie voor communicatie wordt nog verder getoetst
- Zorgcoördinatie kan een oplossing zijn voor het probleem van **personele krapte**, maar diezelfde personele krapte kan tegelijkertijd samenwerking juist ook in de weg zitten.

## Aanbevelingen

- Realiseer indien mogelijk direct **passende huisvesting** met uitbreidmogelijkheden
- Houd gezamenlijke **werkprocessen simpel** en zorg voor niet teveel verschillende nummers. Sluit zoveel mogelijk aan bij reguliere processen
- Organiseer jaarlijks **enkele kennissessies** om informatie te delen onder (nieuwe) medewerkers
- Zorg landelijk voor duidelijke **financiering en perspectief**
- Niet elke ketenpartner heeft hetzelfde werkgebied. Zorg dat er goede afspraken worden gemaakt om vanuit het ZCC samen te kunnen werken. Daarvoor is **organisatie vanuit de ROAZ regio** gunstig





# 1. Managementsamenvatting pilot Zuid Holland Noord

Zuid Holland Noord heeft een fysieke zorgcoördinatie centrum opgericht waarbij de focus was op zorgvragen tijdens ANW-uren die een gerichte zorgvraag hebben aan de RAV, HAP of VVT die niet levensbedreigend is maar ook niet kan wachten tot de eerstvolgende kantoor dag.

## Conclusies

- Er is **meer begrip ontstaan** voor elkaars werkwijze door het werken in één fysieke ruimte, er is op casus niveau de samenwerking gezocht en er heeft **overleg** plaatsgevonden over de beste inzet
- De pilot heeft een aantal concrete zaken opgeleverd:
  - **Ketenafspraken** rondom gevallen patiënten tussen de VVT en de RAV en de HAP en de VVT
  - **Inzicht in elkaars werkprocessen** en verbetermogelijkheden
  - Triagisten hebben elkaar buiten de formele afspraken om elkaar **laagdrempelig benaderd** en elkaar weten te vinden

## Lessen

- Doordat niet aan alle randvoorwaarden voldaan is, kan niet optimaal samengewerkt worden binnen een fysiek ZCC. Het is nu **niet mogelijk om elkaars centralisten/triagisten in te zetten** door barrières in wetgeving, sectorale kwaliteitskaders en ingewikkelde opleidingstrajecten
- Veel **kwaliteitsverbeteringen** zijn op dit moment **niet objectief meetbaar**:
  - Dit heeft voor een deel te maken met het applicatielandschap en de onmogelijkheid om bepaalde data beschikbaar te krijgen. Dit komt ook door privacy issues
  - Dit heeft ook te maken met een in hoog tempo veranderende omgeving en zorgvraag, waardoor conclusies lastig te trekken zijn

## Aanbevelingen

- Belangrijk om barrières in de samenwerking weg te nemen. Het is nu niet mogelijk om elkaars centralisten/triagisten in te zetten. Belangrijk om vanuit één triagesysteem te werken en tevens een **specifieke opleiding** aan te bieden **voor de multidisciplinaire triagisten** op het ZCC. De huidige wet- en regelgeving maakt dit op dit moment lastig om voor elkaar te krijgen
- Er is gebleken dat **commitment vanuit de gehele organisatie**, van bestuurders tot operationeel medewerkers, **essentieel** is om iets voor elkaar te krijgen



# 1. Managementsamenvatting pilot Zuid Holland Zuid

De pilot in Zuid Holland Zuid focust op de inzet van de Rapid huisartsengeneeskunde (afgekort Rapid HAG). De Rapid HAG is een ambulanceverpleegkundige met aanvullende opleiding. Het doel was om te beoordelen welke spoedzorgvragen de Rapid HAG zelfstandig vanuit de HAP kan afhandelen, waardoor er minder reguliere ambulances direct vanuit de HAP, via de MKA, worden opgeroepen.

## Conclusies

- De **meerwaarde** van de proeftuin lag in de samenwerking, het onderlinge overleg, de kennisuitwisseling, het inzicht krijgen in elkaars werkzaamheden en de verrijking van de hulpverlening
- De **Rapid HAG** werd onder regie van de HAP in totaal 919 keer ingezet en het betrof in 87,7% een zorgvraag met een U1- of U2-urgentie
- De Rapid HAG heeft in de proeftuinperiode (tijdens werkdagen **van 17u-23u en in de weekenden** van 8u-23u) 28,1% van het totaal aantal U1- en U2-visites op de HAP uitgevoerd
- De Rapid HAG werd het vaakst ingezet bij de **ingangsklacht 'pijn thorax'** (43,1%). Daarna volgde deingangsklachten 'hartkloppingen' (9,0%) en 'kortademigheid' (7,3%)
- In 59,3% van de inzetten kon de patiënt na een visite van de Rapid HAG **thuisblijven**
- De zorg die geboden werd door de Rapid HAG werd gewaardeerd door patiënten met een gemiddelde van **8,9**











## Lessen

- De meeste huisartsen op de HAP ervoeren een **positief effect op de werkdruk** door de komst van de Rapid HAG
- De **intensievere samenwerking** werd als positief ervaren. Door de pilot werd veel duidelijker hoe de afzonderlijke disciplines werkten wat leidt tot betere samenwerking, begrip, waardering etc.
- De **langere visiteduur** door de uitgebreidere beoordeling en het protocollair werken van de Rapid HAG werd als een nadeel gezien. Volgens sommige regieartsen valt hier nog winst te behalen waardoor de Rapid HAG meer inzetten per dienst zou kunnen rijden
- Door de komst van de Rapid HAG kon volgens de triagisten **frequentier direct de juiste zorg** worden geboden bij acute zorgvragen
- Zorg voor **uniforme werkafspraken** over de inzetcriteria van de Rapid HAG






## Aanbevelingen

- **Bespreek en verduidelijk inzetcriteria** Rapid HAG in gezamenlijk overleg met de betrokken partij; er is nu geen eenduidige manier van werken
- **Verbeter de kwaliteit van de registratie** voor het monitoren van de interventie. Bij voorkeur vindt er regelmatig overleg plaats tussen de verantwoordelijken voor de registratie van de verschillende organisaties
- **Creëer een vaste werkplek** voor de Rapid HAG op de HAP (eventueel in het callcenter)
- Zorg voor **vernieuwende en aanvullende scholing** voor de Rapid HAG
- Hanteer **gelijke dienstitijden** voor de Rapid HAG, regieartsen en triagisten en organiseer een 'dienst-start' aan het begin van iedere dienst
- Inventariseer het aantal **psychiatrische meldingen** relevant voor de Rapid HAG voorafgaand aan de pilot om de betrokkenheid van een crisisdienst of andere acute zorgverlenende instellingen te kunnen inschatten

## 2. Uitvoertijden pilots

	Start en looptijd pilot	Gemaakte piloturen		Start en looptijd pilot	Gemaakte piloturen
 Brabant	Juni 2021 t/m Q2 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Digitale zelftriage en samenwerking HAP/SEH: wekdagen 23:00-08:00, weekenddagen 08:00-08:00</li> <li>Colocatie MKA/HAP: alle dagen 23:00-08:00 uur</li> </ul>	 Rotterdam-Rijnmond	Maart 2021 – Maart 2022	Weekenddagen: 08:00 – 15:30
 IJsselmeer	Oktober 2020 – eind 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weekdagen: 17:00-23:00</li> <li>Weekenddagen: 09:00-17:00</li> </ul>	 Gelderland	Start Q3 2022: nog geen zorg gecoördineerd	<i>N.v.t, coördineren van zorg wordt tweede helft 2022 opgestart.</i>
 Midden-Nederland	juni 2020 – eind 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tijdelijk verblijf: wekdagen van 08:00-22:00, weekend van 09:00-18:00</li> <li>Ambulancezorg: 7 dagen/week 09:00-17:00</li> <li>Acute huisartsenzorg: weekend 07:45-22:30</li> <li>Acute psychiatrie: weekend: 11:00-19:00</li> </ul>	 Flevoland	Oktober 2021 – Eind 2022	Inzet wijkverpleegkundige zorgcoördinatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>Weekenddagen 09:00-17:00</li> <li>Vrijdag: 18:00-22:00</li> </ul>
 Twente	Oktober 2020 – eind 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weekdagen: 17:00-23:00</li> <li>Weekenddagen: 09:00-17:00</li> </ul>	 Noord-Nederland	Januari 2022 – eind 2022	Weekdagen: 17:00-7:00 uur Weekend: vr 17:00 – ma 07:00 uur
 Zuid-Holland Noord	Eind 2020 – juni 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weekend: Donderdag 17:00 – maandag 08:00</li> <li>Week: Maandag/dinsdag/woensdag 17:00-08:00</li> </ul>	 Zuid-Holland Zuid	September 2020 – november 2021	<i>N.v.t. pilot is gefocust op interventie en niet opeen coördinatiecentrum.</i>

### 3. Ontwikkelde ketenbrede zorgpaden in pilot regio's

	Rotterdam 	Noord-NL 	IJsselland 	Twente 	Flevoland 
Acute psychiatrie GGZ / Vreemd gedrag		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Appendicitis					<input checked="" type="checkbox"/>
Atriumfibrilleren					<input checked="" type="checkbox"/>
Bloedneus	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Buikpijn volwassenen				<input checked="" type="checkbox"/>	
Chronisch zieken					<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes ontregeld	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
"Het gaat niet langer thuis"		<input checked="" type="checkbox"/>			
Hoofdpijn				<input checked="" type="checkbox"/>	
Hulpmiddelen					<input checked="" type="checkbox"/>
Insult			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Katheterzorg / urinewegproblemen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Kortademigheid			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Kwetsbare ouderen					<input checked="" type="checkbox"/>
Obstipatie	<input checked="" type="checkbox"/>				
Overige U3 en U4	<input checked="" type="checkbox"/>				
Palliatieve zorg		<input checked="" type="checkbox"/>			
Pijnbestrijding / pijn thorax	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Post OK & ontslag					<input checked="" type="checkbox"/>
Sonde	<input checked="" type="checkbox"/>				
Vallen / Trauma algemeen/ fracturen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wondzorg / trauma beet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ziek kind & koorts kind			<input checked="" type="checkbox"/>		







## 4. Data van Sectorkompas Ambulancezorg voor KPI's

Onderstaande data van de pilotregio's uit het Sectorkompas Ambulancezorg is gebruikt om de landelijke KPI's uit het hoofddocument weer te geven.

	Mediane responstijd (minuten:seconden)			# EHGv ritten			% EHGv van totaal ritten				A1-inzetten streefnorm - 95% binnen x minuten		
	2019	2021	Vershill 2019/2021	2019	2021	Vershill 2019-2021	% EHGv 2019	Totaal ritten 2021	% EHGv 2021	Vershill 2019-2021	2019	2021	Vershill 2019-2021
• Noord	08:49	09:35	00:45	21302	22553	1251	21,50%	98588	23%	1,28%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
○ Friesland	08:29	09:22	00:53	12341	12757	416	23,00%	53272	24%	0,95%	15:10	16:42	01:32
○ Drenthe	09:10	09:48	00:38	8961	9796	835	20,00%	45316	22%	1,62%	16:02	17:17	01:15
• IJsselland	08:58	09:14	00:16	8354	8691	337	22%	40578	21%	-0,58%	15:34	16:39	01:05
• Twente	08:36	09:12	00:36	8622	10706	2084	21%	45002	24%	2,79%	15:19	15:45	00:26
• Gelderland	09:23	10:14	00:51	20401	22250	1849	24%	91617	24%	0,20%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
○ Gelderland-Midden	09:17	09:44	00:27	10496	12570	2074	24%	47743	26%	2,33%	15:58	16:51	00:53
○ Gelderland-Zuid	09:29	10:44	01:15	9905	9680	-225	24%	43874	22%	-1,94%	16:01	16:48	00:47
• Midden NL (Utrecht)	10:13	09:48	-00:25	25584	27343	1759	28%	97607	28%	0,01%	17:49	17:21	-00:28
• Flevoland (Gooien Vechtstreek)	09:05	09:29	00:24	4245	4577	332	23%	19470	24%	0,51%	14:57	16:22	01:25
• ZHN (Hollands Midden)	09:24	09:30	00:06	13260	16887	3627	23%	63880	26%	3,44%	16:28	16:28	00:00
• Rotterdam Rijnmond	09:39	10:04	00:25	21194	24216	3022	18%	122704	20%	1,74%	17:26	18:15	00:49
• Zuid-Holland Zuid	08:46	09:25	00:39	7366	9490	2124	21%	36842	26%	4,76%	15:25	16:13	00:48
• Brabant	09:26	09:42	00:16	29425	33307	3882	22%	147395	23%	1,22%	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
○ Midden west	09:26	09:54	00:28	18062	20712	2650	20%	97371	21%	1,27%	16:27	17:24	00:57
○ Noord	09:26	09:31	00:05	11363	12595	1232	24%	50024	25%	1,18%	16:14	16:11	-00:03

1) Deze cijfers zijn onderdeel van het Sectorkompas ambulancezorg: tabellen en grafieken 2019 en 2021. Ambulancezorg Nederland publiceert het document van 2021 in september 2022 (na oplevering van deze eindrapportage). Dit betekent dat er geen rechten ontleend kunnen aan de cijfers die in deze eindrapportage worden gepubliceerd.

## 5. Betrokken netwerkpartners per pilot

	Brabant	IJsseland	Midden NL	Twente	ZH-Noord	Rotterdam	Gelderland	Flevoland	Noord-NL	ZH-Zuid
<b>Huisarts</b> 	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1
<b>Ambulance</b> 	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1
<b>Ziekenhuis</b> 	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
<b>VVT</b> 	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 18	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 7	<input checked="" type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0
<b>GGZ</b> 	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1
<b>ROAZ/RCPS</b> 	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

## 6. Voorbeeld samenwerkingsovereenkomst

De pilotregio IJsselland heeft een samenwerkingsovereenkomst opgesteld tussen de netwerkpartners die meedoen binnen de pilotregio. In de samenwerkingsovereenkomst is ook de missie, visie en strategie tot 2025 opgenomen. Klik op de [link](#) om de samenwerkingsovereenkomst te openen.



## 7. Programma van Eisen zorgcoördinatie-applicatie

Zeven pilotregio's hebben gezamenlijk een programma van eisen opgesteld aan een zorgcoördinatie-applicatie. Klik op de [link](#) om het programma van eisen te openen.





## 8. Pilot implementatiekosten zorgcoördinatie

Door de verschillende invullingen van de pilots is het lastig eenduidig te zeggen uit de pilotkosten hoe hoog verschillende kostenposten zijn voor de inrichting van zorgcoördinatie in een regio. De kostenposten zijn van te veel verschillende zaken afhankelijk, zoals grootte van het centrum en welke functies worden ingericht. Om een beeld te geven, zijn hieronder enkele voorbeelden vanuit verschillende type pilots (sommige gebaseerd op realisaties en andere op begrotingen en prognoses) weergegeven.

### Voorbeeld Brabant (gebaseerd op realisatie)

Fysieke en virtuele zorgcoördinatie bij zowel de HAP als SEH met focus op digitale zelftriage

Kostenpost	
<b>Personeel</b>	
Projectbegeleiding zorgpartners	~€30.000 - ~€70.000 per jaar
Training triagisten en centralisten	€3.750
Projectleiding pilot	~€6.000 - ~45.000 per jaar
<b>Systemen</b>	
Koppelen triage app	~€55.000
HAP OB IT voorzieningen	~€8.500
LMS – kosten aanpassingen en beheer (PM)	~€100.000
Projectkosten landelijke pilot ICT	~€25.000
<b>Communicatie</b>	
	~€5.000-€18.000 per jaar

### Voorbeeld IJssel land (gebaseerd op realisatie)

Uitgangspunt is fysieke samenwerking bij de HAP (enkele functies)

Kostenpost	
<b>Personeel</b>	
Personeelskosten verpleegkundig centralisten	~€400.000
Projectleidingskosten	~€330.000
Scholing en training professionals	~€50.000
<b>Systemen</b>	
ICT kosten	~€45.000
<b>Inrichting</b>	
Faciliteir	~25.000
<b>Overig</b>	
Innovatie	~€125.000

### Voorbeeld Midden Nederland (gebaseerd op begroting)

Fysiek ZCC op een onafhankelijke locatie met invulling van alle functies

Kostenpost	Vorbereiding/inrichting	Uitvoering
<b>Personeel</b>		
Kwartiermaker	€25.000 per kwartaal	€12.500 per kwartaal
Projectleider	€25.000 per kwartaal	€12.500 per kwartaal
Programmamanagement	€75.000 - €100.000 per kwartaal	€7.500 per kwartaal
Verpleegkundigen		€56.500 per kwartaal
Regiearts (24/7)		€197.925 per kwartaal
<b>Systemen</b>		
Multidisciplinair zorgsysteem	~€80.000	
Licentiekosten		€10.000 per kwartaal
Transitiekosten		€7.000 per kwartaal
Digitaal verwijzen en dossierinzage ZCC	~€120.000	
Licentiekosten		€10.000 per kwartaal
Transitiekosten		€15.000 per kwartaal
Digitaal patiëntenloket	€20.000	
Licentiekosten		€10.000 per kwartaal
Transitiekosten		€5.000 per kwartaal
<b>Inrichting</b>		
Huisvesting		€20.000 per kwartaal
Inrichting werkplekken	€46.000	
Inrichting basisvoorziening ICT	€50.000	
Telefonie investering	€62.000	
Telefonie implementatie	€65.000	
Telefonie lijnen + verbruik		€2.000 per kwartaal
<b>Algemene kosten</b> (communicatie, juridisch advies etc.)		
		€5.000 - €10.000 per kwartaal

### Voorbeeld Noord (gebaseerd op prognose)

Virtuele zorgcoördinatie met focus op ketenbrede zorgpaden o.b.v. ingangsklachten

Kostenpost	
<b>Personeel</b>	
	~€350.000
<b>Pilotkosten</b>	
Drenthe	~€15.000
Friesland	~€10.000
<b>Ingangsklachten</b>	
	~€30.000
<b>Overige kosten</b> (communicatie, onvoorzien, onderzoek)	
	~€80.000

### Voorbeeld Twente (gebaseerd op begroting)

Uitgangspunt is fysieke samenwerking bij de HAP (enkele functies) (ook tijdelijk virtuele verbinding gehad i.p.v. fysiek)

Kostenpost	
<b>Personeel</b>	
Personeelskosten RAV	€41.250 per kwartaal (
Personeelskosten t.a.v. project	€82.000 per jaar
Inzet externe projectleider	€120.000 per jaar
Training en opleiding	€10.000
<b>Systemen</b>	
ICT kosten	€10.000 eenmalig, €1000 per kwartaal onderhoud
<b>Inrichting</b>	
Facilitaire verbouwkosten	€40.000
Facilitaire inhuiskosten	€10.000
<b>Overig</b>	
Innovatie	€100.000

## 9. Beproefde interventies

<b>A</b> Zelftriage via digitale applicatie	<p>Voor deze interventie werd gebruik gemaakt van de applicatie <a href="http://www.moetiknaardedokter.nl">www.moetiknaardedokter.nl</a>. De resultaten van de applicatie zijn positief en dragen bij aan minder aantal contacten op de HAP. Deze interventie kan door iedere HAP worden ingezet, ook buiten de context van zorgcoördinatie.</p>	<b>H</b> Ketenbrede opleiding/training voor medewerkers	<p>Door multidisciplinair op te leiden wordt er met minder personeel hetzelfde werk gedaan. Dit leidt enerzijds tot betere zorg, doordat de juiste zorg kan worden ingezet en daarnaast draagt het bij aan verminderen van arbeidsproblematiek.</p>
<b>B</b> Terugbelfunctie na digitale zelftriage	<p>De terugbelfunctie wordt door triagisten van de HAP positief beoordeeld. Er wordt meer controle ervaren over de wachtrij en aanvullende informatie helpt bij de effectiviteit van het gesprek met de patiënt.</p>	<b>I</b> Eén nummer/ loket voor acute zorgvragen VVT	<p>Pilots geven aan te merken dat het aantal thuiszorginzetten toeneemt door laagdrempeligheid van één aanspreekpunt. Hierdoor kan (onnodige) acute huisartsenzorg worden voorkomen. Daarnaast ervaren zorgpartners minder administratieve last en werkdruk.</p>
<b>C</b> Multidisciplinaire werkplekken op één fysieke locatie	<p>Fysiek bij elkaar zitten leidt tot nóg meer laagdrempelige afstemming, wat door de pilots als zeer nuttig is ervaren. Daarnaast leidt het tot meer kennis en expertise van elkaars werkprocessen. Het stimuleert tot gezamenlijk verbeteren.</p>	<b>J</b> Eén nummer / loket voor regie vervolgzorg V&V	<p>Hoewel dit eigenlijk geen onderdeel is van acute zorg, zorgt het er wel voor dat capaciteit van acute zorg weer vrijkomt. Het hebben van één loket, bijvoorbeeld voor tijdelijk verblijf wordt als zeer positief ervaren. Het is bijvoorbeeld makkelijker om de regie te houden.</p>
<b>D</b> Virtuele verbinding met netwerkpartners	<p>De eerste reacties op een virtuele verbinding zijn positief, hoewel in de pilot Gelderland deze nog niet volledig beproefd kon worden op het moment van schrijven van de eindrapportage. Noord Nederland geeft aan dat virtuele afstemming tussen partners mogelijk is.</p>	<b>K</b> Gezamenlijke aanname van telefonie MKA en HAP	<p>Gezamenlijk aannemen van de telefonie heeft volgens de pilots waarin dit beproefd is toegevoegde waarde. 48% van de burgers kiest nu namelijk onterecht voor 112 als ingang.</p>
<b>E</b> Ontwikkelen ketenbrede zorgpaden	<p>Het ontwikkelen van ketenbrede zorgpaden is positief bevonden door meerdere regio's. Er kan veel zorg overgedragen worden van o.a. de HAP naar de wijkverpleging, wat capaciteitsvoordelen voor de HAP meebrengt, maar ook verlaging van kosten.</p>	<b>L</b> Verrijkte triage - Gezamenlijke fysieke triage SEH/HAP	<p>Doel is patiënten die binnenkomen bij de HAP/SEH de best passende zorg te bieden (first-time-right principe) en daarmee de HAP/SEH te ontlasten van onjuiste patiënt presentaties. Door COVID en daardoor minder spontane bezoeken is minder ervaring opgedaan bij deze interventie dan verwacht.</p>
<b>F</b> Gezamenlijke operationele werkprocessen	<p>De pilots hebben ervaren dat kennis en expertise van elkaars processen helpt om elkaar beter te begrijpen en de juiste netwerkpartner voor de juiste zorg op het juiste moment in te kunnen zetten.</p>	<b>M</b> Inzet Rapid HAG	<p>De Rapid HAG, heeft een meerwaarde in de regio Zuid-Holland Zuid. Het leidt tot betere samenwerking tussen de verschillende partijen in de spoedzorgketen en betere coördinatie van acute zorgvragen. Ook patiënten zijn tevreden over de zorg.</p>
<b>G</b> Inzet van regiearts voor multidisciplinaire triage	<p>Er is ondervonden dat multidisciplinaire kennis zorgt voor de juiste zorg. Een toegewijd team helpt hierbij, zodat de leercurve steil blijft. De regiearts kan ervoor zorgen dat er sneller gehandeld kan worden en monitort de kwaliteit van triage waardoor deze hoog blijft.</p>		