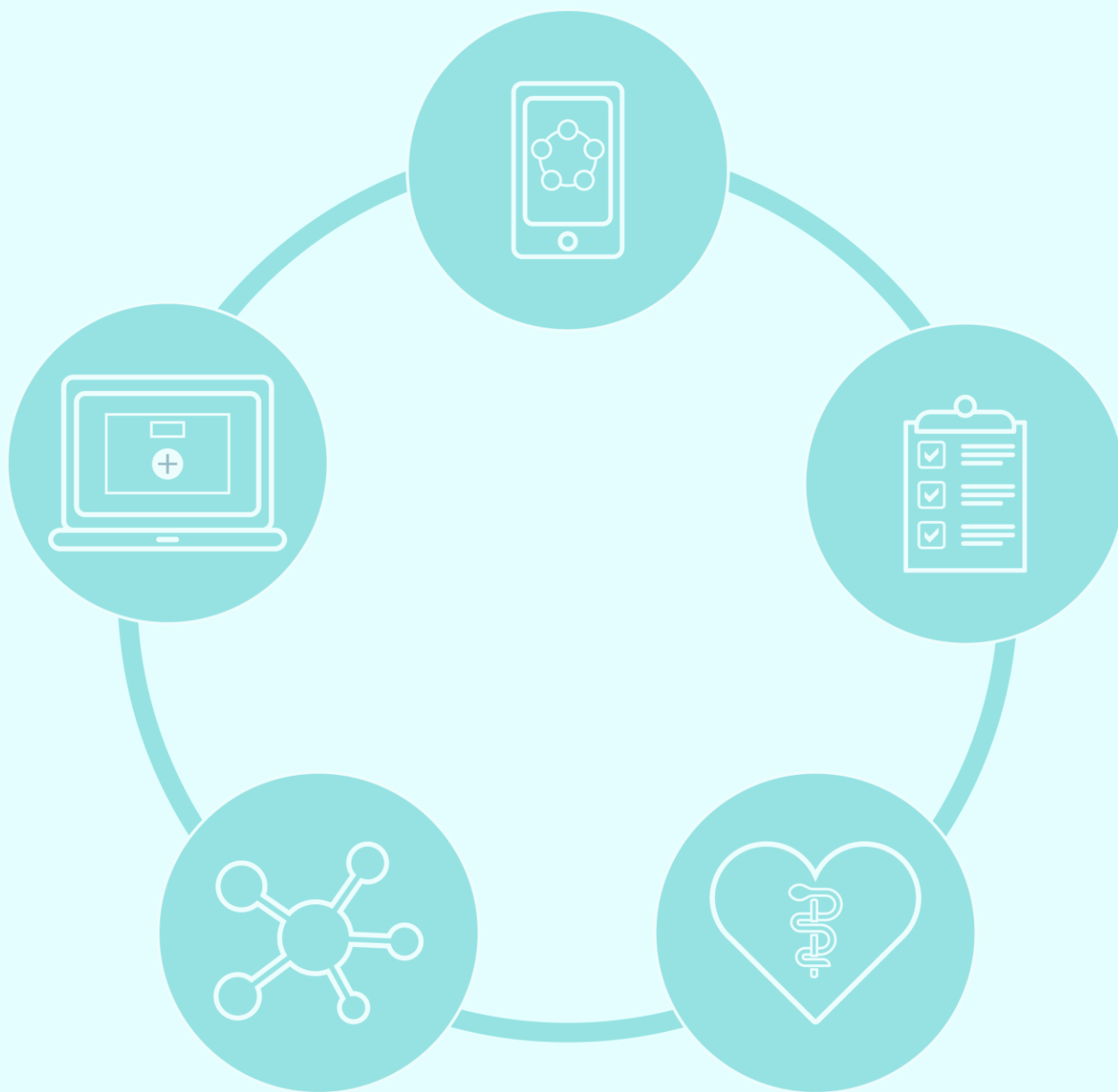


Zorgcoördinatie

Nieuwsbrief regionale pilots



Uitgave **september 2021**



Over de pilots Zorgcoördinatie

De druk op de acute zorg verminderen, zodat deze voor iedereen toegankelijk blijft. En patiënten altijd de juiste zorg krijgen, door de juiste zorgverlener, op de juiste plaats. Hiervoor bundelen zorgpartners in de acute zorgketen hun krachten. Samen zetten zij in op zorgcoördinatie. 10 regio's toetsen dit concept in 10 afzonderlijke pilots. De pilots zijn gericht op samenwerking van de betrokken partijen rondom spoedzorg.

Waar staan de pilots en wat speelt er op dit moment? In deze nieuwsbrief (uitgave september 2021) praten de pilots je bij.

In deze nieuwsbrief:

Regio Brabant Midden-West-Noord:

Van ijspret naar botbreuk: direct de juiste zorg door gezamenlijke triage

Regio Flevoland:

Sterke verbinding en zorgopvolging

Regio Gelderland-Midden en

Gelderland-Zuid:

Meld- en adviespunt Personen met verward gedrag

Regio IJsselland:

Ontwikkelingen, professionals, huisvesting en opleidingstraject

Regio Noord-Nederland:

Knelpunten ombuigen tot oplossingen, dat is wat we doen

Regio Rotterdam-Rijnmond:

Een juiste stap in de richting naar de juiste zorg op de juiste plek

Regio Twente:

De ervaringen van een centralist – Zorgcentrale Livio op het ZCC

Pilot Zorg Coördinatie Centrum

Midden-Nederland:

Triage – Multidisciplinaire casuïstiekbespreking

Regio Zuid-Holland Noord:

Eindelijk gezamenlijk compleet!

Regio Zuid-Holland Zuid:

Proeftuin zorgcoördinatie

De vijf functies van zorgcoördinatie

In de volle omgang bestaat zorgcoördinatie uit vijf functies, die acute zorgpartners gezamenlijk organiseren. In iedere pilot beproeft één of meer (verschillende) functies:

- **Eenduidige toegang**

Patiënten met een acute zorgvraag kunnen terecht bij één centraal (virtueel) loket. Hier werken verschillende zorgaanbieders samen. Zij zorgen ervoor dat de patiënt de best passende zorg krijgt.

- **Triage**

Er is sprake van eenduidige triage. Alle samenwerkende zorgaanbieders binnen het zorgcoördinatiecentrum spreken dezelfde taal, ondersteund door een (te ontwikkelen) gezamenlijk basis triageprotocol.

- **Passende zorginzet**

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

- **Regie vervolgzorg**

Het zorgcoördinatiecentrum heeft de regie na de eerste zorginzet tot er goede zorgopvolging is. Dan gaat de regie over naar andere zorgaanbieders óf naar de patiënt zelf.

- **Zelfmanagement**

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

Alle informatie beschikbaar

Essentieel hierbij is dat het zorgcoördinatiecentrum toegang heeft tot alle actuele en relevante informatie over ketenexpertise én patiënten.

Gestroomlijnd proces

Door de vijf stappen gezamenlijk te organiseren, ontstaat een gestroomlijnd zorgcoördinatieproces dat goed is voor zowel de patiënt als de zorgaanbieders.





Functie:

Eenduidige toegang

Brabant Midden-West-Noord, Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid, Rotterdam-Rijnmond, Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland.



Functie:

Triage

Brabant Midden-West-Noord, Twente, Zuid-Holland Noord, Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland, IJsselland, Noord-Nederland, Rotterdam-Rijnmond, Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid.



Functie:

Passende zorginzet

Brabant Midden-West-Noord, Twente, IJsselland, Zuid-Holland Zuid, Flevoland, Noord-Nederland, Rotterdam-Rijnmond, Zuid-Holland Noord, Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland, Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid.



Functie:

Regie vervolgzorg

Brabant Midden-West-Noord, Flevoland, Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid, Noord-Nederland, Rotterdam-Rijnmond, Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland.



Functie:

Zelfmanagement

Brabant Midden-West-Noord, Rotterdam-Rijnmond, Zorg Coördinatie Centrum Midden Nederland.



Van ijspret naar botbreuk: direct de juiste zorg door gezamenlijke triage

Half februari 2021 was het écht winter in Nederland. Een mooie gelegenheid om de ijzers onder te binden! Het leidde tot een hoop ijspret en... drukte bij de Huisartsenpost (HAP) en Spoedeisende Hulp (SEH) van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Een moment waarop de meerwaarde van het pilotonderdeel 'gezamenlijke fysieke triage' duidelijk zichtbaar werd.

Gezamenlijke triage; hoe werkt dat?

Voor we ingaan op de ervaringen tijdens het schaatsweekend nog even kort een uitleg over de gezamenlijke fysieke triage door SEH en HAP bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis. De samenwerking bij de triage houdt in dat de doktersassistente en de SEH-verpleegkundige gezamenlijk de patiënt beoordelen bij binnenkomst op de HAP. Op basis hiervan bepalen ze de juiste vervolgzorg: HAP of SEH? Ook tijdens het wachten monitoren zij samen de situatie van de patiënt, zodat deze bij een verslechtering alsnog direct doorverwezen kan worden naar de SEH.

Tijds winst bij schaatsweekend

De samenwerking is erg prettig bij overduidelijke gevallen, vertelt SEH-verpleegkundige Joost Jan Vissers: "Als je een pols krom ziet staan, weet je dat het een patiënt is voor de SEH, dus die kan dan meteen door naar de röntgenafdeling, zonder tussenkomst van een huisarts."

Bij het schaatsweekend in februari met veel botbreuken leverde deze werkwijze veel tijdswinst op. "Het werd toen zo druk bij de SEH en HAP dat we dat afzonderlijk van elkaar niet goed in konden richten. Het samen zien en beoordelen van patiënten bij binnenkomst maakte het mogelijk om twee efficiënte stromen te creëren: één voor SEH en één voor HAP. De patiënt was zo meteen op de juiste plek, en wachttijden werden korter", aldus SEH-coördinator Jaap Kroon.

Maar één keer je verhaal doen

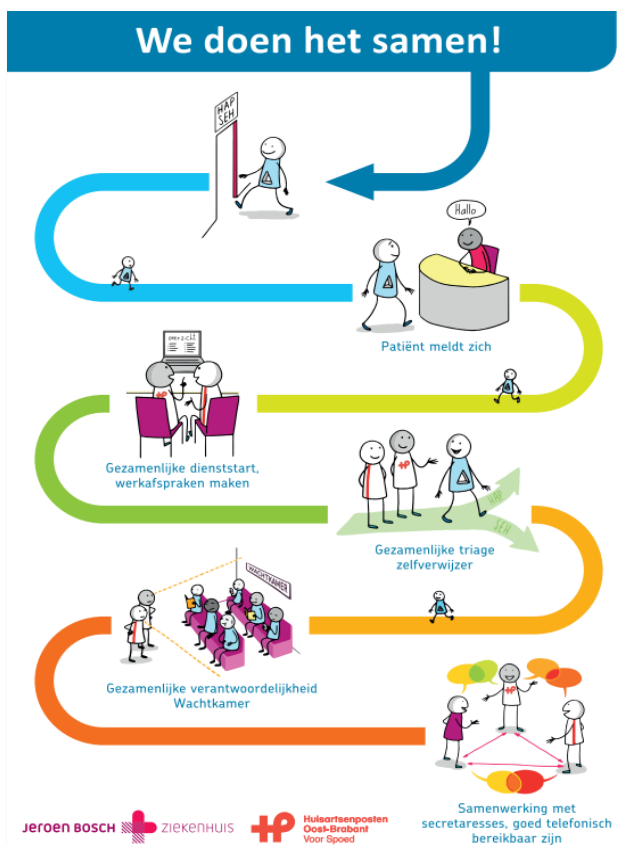
Naast tijdswinst was er nog een tweede voordeel voor de patiënt. Frederieke Berendsen, regiomanager HAP Oost-Brabant, licht het toe: "Als je gevallen bent op het ijs en je hebt een overduidelijke botbreuk, dan is het fijn als je maar één keer je verhaal hoeft te doen. Niet nog een keer hetzelfde herhalen tegen een andere triagist of de huisarts, maar meteen de juiste zorg krijgen."

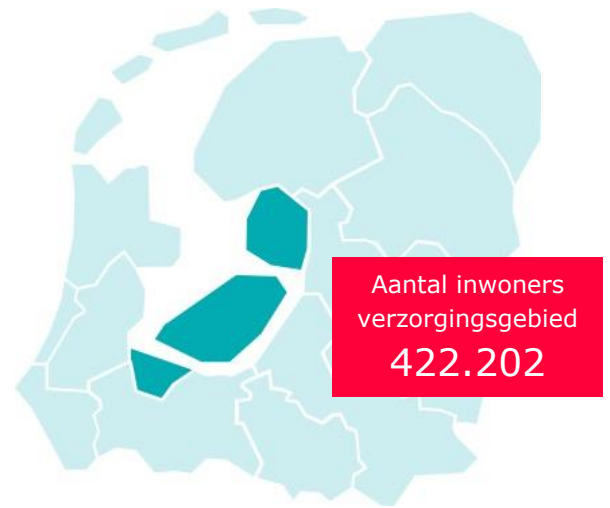
Regio Brabant Midden-West-Noord

Meer weten over dit pilotonderdeel?

De tweede aflevering van de videoserie 'Pilot Zorgcoördinatie in de Bossche regio – De netwerkpartners vertellen' staat geheel in het teken van de samenwerking van HAP en SEH bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Je bekijkt 'm via:

<https://youtu.be/rY4apNf7jg0>





Sterke verbinding en zorgopvolging

Deze pilot focust zich op intensiever samenwerken binnen de acute zorg om zo elkaar kennis, vaardigheden én mogelijkheden in capaciteit zoveel mogelijk te benutten. Met het doel om passende zorg te organiseren, die beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. Pilot Flevoland bestaat uit twee projectgroepen: Almere en Lelystad / NOP.

Regio Almere

In Almere geloven de ketenpartners dat een wijkverpleegkundige op de HAP in de ANW-uren van grote betekenis kan zijn om te helpen bij ADL-, HDL-, en technische hulpvragen vanuit de prehospitalische zorgketen. Een voorbeeld: *de huisarts wordt 's avonds gevraagd om een visite te lopen bij een bejaarde mevrouw met buikpijn. De huisarts stelt een voedselvergiftiging vast en mevrouw mag thuis uitzieken. De huisarts merkt op dat deze mevrouw moeite heeft met zelfzorg en wil graag tijdelijke hulp inschakelen. Dit is moeilijk omdat er geen centraal punt bekend is om wijkzorg in te schakelen en na langdurig bellen blijkt er ook geen beschikbaar wijkteam te zijn. De huisarts besluit om te overleggen met de SEH-arts om een opname in het Flevoziekenhuis te organiseren...*

In het tweede kwartaal van 2021 is gestart met de werving van wijkverpleegkundigen. De ambitie is om te starten met een team van drie à vijf verpleegkundigen om de diensten te verdelen. De respons op de vacature is gering. Er is hulp ingeschakeld bij alle participerende ketenpartners en de zorgverzekeraar om de vacaturetekst te delen

op hun sociale media platforms. Ook is een recruiter aangehaakt om een wervingscampagne op te zetten. Parallel aan de wervingsprocedure heeft de projectgroep geïnventariseerd wat het werk van de wijkverpleegkundige zal inhouden. De wijkverpleegkundige zal:

- Starten met een dienst gedurende het weekend: zaterdag en zondag van 9:00–17:00 uur;
- In staat gesteld worden tot het indiceren van zorg/ triage vanuit de HAP;
- Mobiele zorg verrichten bij ADL-, HDL- en verpleegtechnische zorgvragen;
- Een terugkoppeling doen aan de zorgaanvrager (ketenpartner);
- Overdragen aan de benodigde ketenpartner, bijv. wijkteam, huisarts, etc..

Om de kwaliteit van de werkzaamheden van de wijkverpleegkundige hoog te houden krijgt hij/zij een inwerktraject aangeboden waar hij/zij, naast de gebruikelijke extramurale zorgaspecten, ook meeloopt op ambulance, 112-meldkamer en HAP. Zodat de wijkverpleegkundige alle ketenpartners leert kennen en zo de spil in het web wordt.

Gijs Roest,
directeur RAV Flevoland en Gooi en Vechtstreek:

"Zorgcoördinatie verhoogt zorgmotivatie: ketenpartners schakelen sneller waardoor de patiënt de juiste zorg krijgt. Dit is stimulerend en verhoogt het werkplezier."

Regio Lelystad / NOP

In Lelystad/NOP hebben we een casuïstiekinhoudelijke benadering van zorgcoördinatie. Alle ketenpartners hebben aangegeven waar zij het meeste tegenaan lopen in hun dagelijkse werk. Rondom deze knelpunten zijn acht patiëntstromen geformuleerd:

1. Hulpmiddelen;
2. Atriumfibrilleren;
3. Appendicitis;
4. Fracturen;
5. Chronisch zieken;
6. Kwetsbare ouderen;
7. Post OK & post ontslag;
8. Psychosociale- & psychiatrische problemen.

Voor deze acht patiëntenstromen is geformuleerd wat juiste zorg op de juiste plek inhoudt en welke zorg zou kunnen verschuiven naar een andere ketenpartner. Deze verplaatsingen van zorg blijken zeer uitdagend en ambitieus voor ketenpartners, vanwege (grote) tekorten aan gekwalificeerd personeel. Om deze reden is besloten om de minst disruptieve stromen als eerste te implementeren om de operatie niet te overvallen. De patiëntenstroom 'Hulpmiddelen' bleek het meest geschikt met daaropvolgend 'Atriumfibrilleren' en 'Appendicitis'. We werken momenteel aan een implementatieplan om de patiëntenstroom 'Hulpmiddelen'

daadwerkelijk te kunnen aanpassen. De overige patiëntenstromen worden op een nader te bepalen volgorde uitgewerkt.

De projectgroep heeft onlangs een Webinar georganiseerd om laagdrempelig en interactief uitleg te kunnen geven aan de achterban. Deze Webinar is positief ontvangen, omdat in deze 60 minuten heel duidelijk en ontspannen wordt uitgelegd hoe de ketenpartners te werk willen gaan. In de Webinar werden ook een aantal voorbeelden genoemd van wat de projectgroepleden nu al van elkaar hebben geleerd. De Webinar is voor iedereen terug te zien via de volgende link:

<https://vimeo.com/562646961/e3fb47664b>.

Regio Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid

Aantal inwoners
verzorgingsgebied
1.225.000

Meld- en adviespunt Personen met verward gedrag

*Functies in het kader van de vijf functies van zorgcoördinatie:
Triage & Passende zorginzet*

Ambulanceverpleegkundige Albert-Jan, Ambulancezorg Gelderland-Midden:

“Wij werden opgeroepen voor een crisissituatie: poging suicide doormiddel van een intoxicatie van medicatie. Ter plaatse constateerden wij dat het een milde intoxicatie was en dat vervoer naar een spoedeisende hulp niet noodzakelijk was. De patiënt bleef tijdens onze aanwezigheid gewoon tabletten innemen die zij nog zag liggen. We konden thuis geen sociaal vangnet creëren.

Hierop hebben wij contact opgenomen met het Meld- en adviespunt Personen met verward gedrag en binnen 10 minuten was er een plek in de Crisisbeoordelingskamer (CBK) geregeld. Dat was erg prettig. De medewerker op het meldpunt begreep dat wij van de acute zorg zijn; wij willen onze capaciteit (met name in de avond en nachturen) zo snel mogelijk weer vrij melden voor andere hulpvragen. Hij snapte dat helemaal. Snelheid en een oplossing bieden, dat is precies wat je wil.”

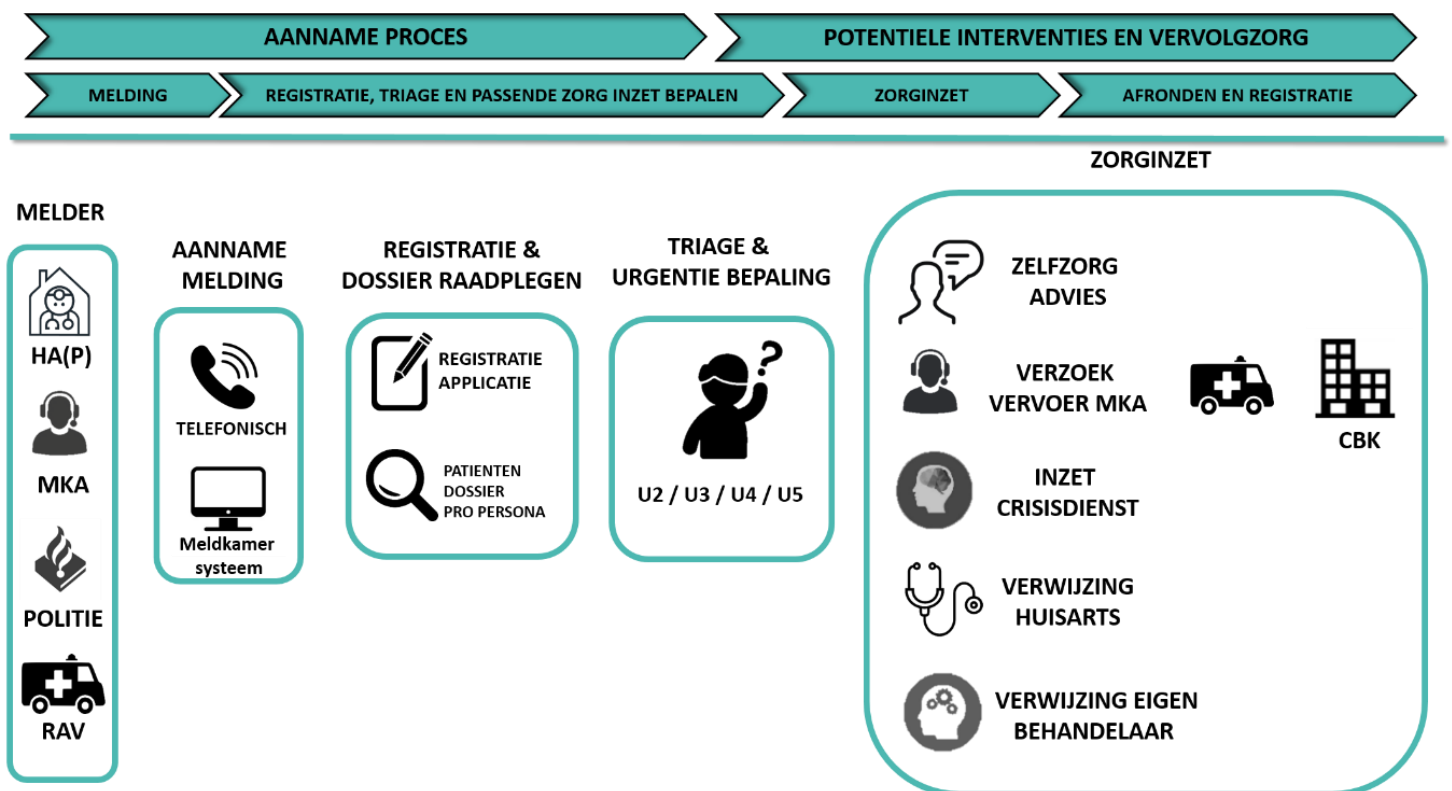
Er zijn verschillende organisaties waar meldingen over mensen met verward gedrag binnenkomen. Na kantoortijd zijn de meeste van deze organisaties niet meer bereikbaar. Voorheen was het dan zoeken waar iemand met een melding naartoe kon. Bij een acute situatie belde men de politie of crisisdienst, maar wat doe je in een situatie die mogelijk minder acuut is, maar waar wel adequate hulp of advies nodig is?

Inzet van politie of crisisdienst is dan niet altijd de beste oplossing of noodzakelijk. Onder aanvoering van VGGM is in Gelderland-Midden eind 2018 het ketenbreed Meld- en adviespunt voor personen met verward gedrag gestart.

Hieronder zie je hoe het Meld- en adviespunt in grote lijnen werkt. Van melder tot zorginzet.

Het meldpunt is bedoeld voor professionals. Cliënten en/of burgers kunnen niet zelf naar het meldpunt bellen. Het meldpunt is 7 dagen in de week telefonisch te bereiken. Buiten kantoortijd zijn de nummers voor de crisisdienst van ProPersona, de GGZ zorgorganisatie in de regio Gelderland-Midden, tot 23.00 uur doorgeschakeld naar het meldpunt. Een professional die het meldpunt belt, krijgt één van de triagisten aan de lijn. Dit zijn GGZ-professionals met ervaring in de acute psychiatrie. Voordeel is dat de verwijzer meteen een ervaren medewerker aan de telefoon krijgt die de melding kan beoordelen.

Regio Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid



OPENINGSTIJDEN
MA-VRIJ 15:00 – 23:00
ZAT-ZON 09:00 – 23:00



Meldkamer
Arnhem – Nijmegen
Beekstraat, Arnhem



Sociaal Psychiatrisch
Verpleegkundige ProPersona



088 –

Het meldpunt is opgezet voor de hele (acute) zorgketen, denk hierbij aan huisartsen, ambulancezorg, verslavingszorg, politie en gemeenten. De triagist van het meldpunt zit tussen centralisten van de brandweer, ambulance, politie en de calamiteitencoördinatoren, zodat bij meldingen van mensen met verward gedrag er korte lijntjes zijn. Medewerkers van de huisartsenpost

kunnen via het meldpunt sneller mensen doorzetten. Triage bij mensen met verward gedrag duurt vaker langer dan bij mensen met (alleen) lichamelijk letsel. De beller krijgt zo sneller de juiste zorg en andere bellers naar de HAP hoeven minder lang te wachten tot ze te woord worden gestaan.

Regio Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid

Medewerker Huisartsenpost Arnhem

"Het meldpunt is laagdrempelig te bellen en geeft snel advies waar je weer mee verder kunt. Ook kan het zijn dat de triagist de cliënt zelf belt en de situatie verder afhandelt."

De triagist heeft, wanneer de betrokkene al bekend is bij ProPersona, direct inzicht in het dossier van ProPersona. Daarnaast zijn er afspraken met onder andere de huisartsenpost, verslavingszorg en politie over het opvragen van gegevens. Op deze manier kan worden nagegaan of iemand ergens zorg ontvangt en of dat verwijzen naar de reguliere zorg al voldoende is. In sommige situaties zal de triagist zelf met de cliënt in kwestie bellen. Wanneer meer zorg of een beoordeling nodig is, wordt passende hulpverlening ingeschakeld.

Het verschil met de crisisdienst

Het meldpunt is er voor overleg over alle acute vragen rondom mensen met verward of onbegrepen gedrag. De crisisdienst is er voor mensen waarbij sprake is van een acute psychiatrische ontregeling of een aanneembaar vermoeden daarvan. Verward gedrag is breder dan psychiatrie in engere zin. De triagist van het meldpunt kan een inschatting maken van de problematiek en op basis daarvan adviseren. Zij kan tevens beslissen dat op basis van het verhaal een beoordeling door de crisisdienst wel of niet nodig is.

Het succes en de toekomst van het meldpunt

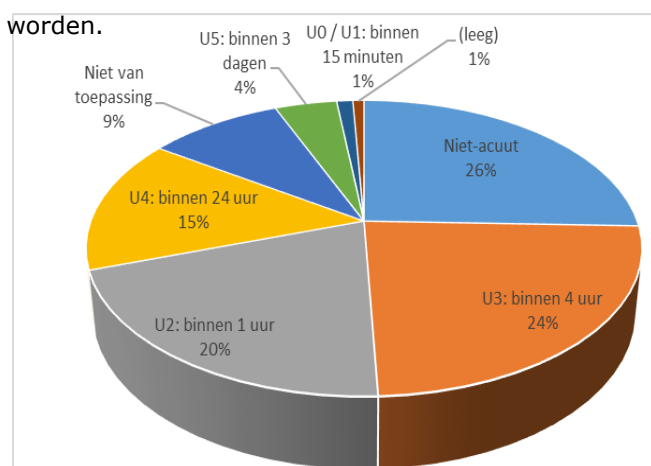
Wanneer we de cijfers en ervaringen van professionals analyseren is de triagist 'verward gedrag' op de 112-meldkamer een succes. De functie is voor velen al niet meer weg te denken. De meest opvallende bevinding is dat het meldpunt

meer is dan een 'schakelpunt'. Alleen al door de melding aan te nemen, en niet eens per se door te zetten naar anderen, neemt de urgentie van bijna alle meldingen af.

Ervan uitgaand dat bij het moment van aanmelden sprake is van spoed, dus binnen 15 minuten (U1) of een binnen een uur (U2) moet worden gereageerd, is dat na interventie van de centralist nog maar voor 21% van de meldingen het geval. Nog 24% vraagt binnen vier uur actie, de resterende 55% kan de volgende dag of later worden opgevolgd. Enerzijds wordt daardoor de druk in de gemelde situatie en op de betrokkenen verminderd, anderzijds wordt er minder gebruik gemaakt van de acute capaciteit van politie en ambulance.

Voor de nabije toekomst zal het meldpunt in de huidige vorm blijven bestaan er wordt nu zelfs ingezet op uitbreiding van het triagepunt voor de regio Gelderland-Zuid. Met de komende verandering van het meldkamerdomein in 2023, de vijf oostelijke regio's voegen dan de meldkamers samen op één grote meldkamer in Apeldoorn, zal opnieuw bekeken worden waar het meldpunt verward gedrag in de keten gesitueerd

gaat worden.



Ontwikkelingen, professionals, huisvesting en opleidingstraject

Augustus, hartje zomervakantie, is normaal gesproken een wat rustigere tijd. Maar dat geldt niet voor zorgcoördinatie in regio IJsselland. Er zijn veel ontwikkelingen die we graag delen.

Meldkamerontwikkelingen en transitieplan

In regio IJsselland wordt samen met ketenpartners al jaren hard gewerkt aan de ontwikkeling van het concept 'zorgcoördinatie'. Deze ontwikkeling heeft nauwe samenhang met de realisatie van de Meldkamer in Apeldoorn; een enorme transitie waarbij de vijf oostelijke regio's gaan samenwerken in één centrale Meldkamer Oost Nederland. Een substantieel deel van het huidige meldkamerwerk zal in 2023 naar het zorgcoördinatiecentrum in Zwolle verplaatst worden. Dit met als voornaamste doel zo snel mogelijk te komen tot de best passende zorg bij een hulpvraag.

Zowel centraal in Apeldoorn als decentraal in Zwolle heeft deze meldkamertransitie grote impact. Het is een complexe organisatieverandering met vele uitdagingen waaraan gewerkt wordt binnen meerdere samenhangende projecten. Er staat de komende jaren dus veel te veranderen!

De uitwerking van deze veranderingen en vraagstukken die hierbij spelen zijn inmiddels samengevat in een transitiedocument. Dit document zorgt ervoor dat medewerkers volledig zijn

geïnformeerd over het ZCC, taken en functies en geeft een doorkijkje naar de toekomst.

Onderwerpen die aan bod komen zijn onder andere huisvesting, werkplekken, faciliteiten, functies en personele bezetting, dienststructuur, bekwaamheid, en BIG-registratie.

Voor onze huidige centralisten dus een spannende tijd waarin toekomstplannen en keuzes worden overwogen. We begeleiden hen hierbij zo goed mogelijk.

Werving en selectie nieuwe professionals

Naast het goed informeren van huidige centralisten op de meldkamer, leggen we de komende tijd ook de focus op het werven en selecteren van nieuwe enthousiaste collega's voor het ZCC. Hiervoor is onder andere een informatiemiddag gepland. Belangstellenden vanuit diverse ketenpartners kregen tijdens deze bijeenkomst meer informatie over het ZCC en de functie van centralist zorgcoördinatiecentrum; een interessante uitdaging voor bijvoorbeeld triagisten op de huisartsenpost of verpleegkundigen met ervaring binnen de (spoed)zorg!

We gaan er zeker van uit dat we komende tijd de nodige interesse wekken voor deze functie en het werken op het ZCC.

Huisvesting zorgcoördinatie centrum

Voorwaarde voor het goed kunnen doen van je werk, is het hebben van een fijne werkplek met de juiste voorzieningen. Dit is iets waar we in IJsselland al een tijd mee bezig zijn en waarover met betrokken partijen wordt gesproken.

Architectenbureau MAS is ook gevraagd mee te denken en een advies te geven. De plannen vanuit de architect moeten ervoor gaan zorgen dat alle partijen zich op goede wijze kunnen huisvesten op de huidige locatie. De komende tijd worden de plannen verder aangevuld en aangepast. Hopelijk kan zo snel mogelijk worden gestart met een verbouwing met een geweldige moderne en passende werkruimte voor het ZCC.

Opleiding centralist ZCC

Voordat ze aan de slag kunnen op het ZCC, zullen de centralisten zorgcoördinatiecentrum natuurlijk eerst een opleidingstraject moeten doorlopen.

Samen met Ambulance Oost en RAVU zijn we in gesprek met METS over het ontwikkelen van een opleiding voor deze centralisten. Binnenkort ontvangen we een voorstel en wordt vervolg gegeven aan dit vraagstuk.

Regio Noord-Nederland

Knelpunten ombuigen tot oplossingen, dat is wat we doen

Aantal inwoners
verzorgingsgebied
Drenthe/Zuidoost Groningen:

560.000

Zuidwest Friesland/
Noordoostpolder:

264.000

We zijn in mei in onze pilotregio's begonnen met het in kaart brengen van de huidige en optimale patiëntreizen voor de onderwerpen 'vallen' en 'het gaat niet langer thuis'. Zo'n 30 mensen van verschillende zorgorganisaties werken hierin samen. Annagreet de Boer, ambulanceverpleegkundige UMCG Ambulancezorg, is één van hen.

"Als verpleegkundige heb ik dagelijks contact met patiënten. Daardoor is het voor mij ook goed zichtbaar wat beter kan. Anderen doen dat vanuit hun vakgebied. Dit soort informatie nemen we mee naar onze overleggen pilot zorgcoördinatie en samen bespreken we hoe we het werk beter kunnen doen. Heel gericht op een aantal zogenoemde ingangsklachten."

Fijn dat we dat niet van elkaar weten

Tijdens één van de eerste overleggen kwam Annagreet achter een aantal zaken waarover ze niet eerder had gehoord. "Fijn dat we dat niet van elkaar weten", liet zij zich toen ontvallen. Wat bedoelde ze daarmee? "Ik zal een casus als voorbeeld geven. Met de ambulance komen we bij een mevrouw van 84 die al meermalen is gevallen. Ze heeft een indicatie voor een verpleeghuis maar is in afwachting van een beschikbare plek. Ik zie aan haar motoriek dat ze ieder moment weer kan vallen.

Eigenlijk zou mevrouw het beste gebaat zijn bij een ELV-bed – een tijdelijk bed in een

verzorgingsomgeving. Hoe krijg je dat voor elkaar? Via de huisarts? En hoe zou dat in het weekend gaan? Hoe dat werkt, weet ik niet terwijl dat wel goed zou zijn om ter plaatse zo efficiënt mogelijk te werken. Op dit moment is in de ANW-uren een huisarts al gauw twee uur bezig om een bed te regelen. In ons overleg Pilot zorgcoördinatie bespreken we; hoe zouden we dit sneller kunnen organiseren. Bijvoorbeeld via een transferverpleegkundige."



Wat wil je graag bereiken?

“Voorop staat de zorgvrager – en dat is vaak de patiënt. Dat wat we doen, daar moet de patiënt bij gebaat zijn. De best passende zorg. Waarbij flexibiliteit en innovatie vanuit ons als zorgverleners wordt geboden. Om dat voor elkaar te krijgen, is het nodig dat we dezelfde taal gaan spreken. Daarmee bedoel ik: dat we volgens een gezamenlijk bepaalde methodiek rapporteren en met elkaar kunnen meekijken. Tot slot zou ik het – op termijn want daar gaat nog wel wat tijd overheen om voor elkaar te krijgen – heel fijn vinden om triage via één zorgcoördinatiecentrum voor elkaar te krijgen.”

Aanpak

In Noord-Nederland behandelt de werkgroep de ingangsklachten volgens een ist/soll methode waarin helder wordt wat het verschil is tussen de huidige situatie en de gewenste situatie. Wat vindt Annagreet van deze aanpak? “De manier waarop we nu samenwerken, spreekt mij erg aan. We zijn heel gericht bezig met onderwerpen als ‘het gaat niet langer thuis’. Processen brengen we in beeld, we komen tot oplossingen voor knelpunten en dat is heel fijn.

We hebben nu vijf thema’s in kaart gebracht met acties die we gaan aanpakken.”

Vijf thema’s

1. Bereikbaarheid in de keten: wie kan je op welke manier bereiken
2. Samenwerkingsafspraken: wat én hoe dragen we informatie en/of patiënten over
3. Capaciteit: wie werkt wanneer en is er ook voldoende capaciteit beschikbaar om het werk te doen. Denk hierbij aan de inzet van wijkverpleegkundigen in de ANW-uren.
4. Stakeholders: in de pilot zijn niet alle zorgorganisaties uit Noord Nederland betrokken. Dat kan niet. Daarom brengen we in kaart welke zorgorganisaties en andere partijen moeten weten over de stappen die we zetten.
5. Data en systemen: elke organisatie werkt met zijn eigen systeem en helaas kunnen we niet zomaar bij elkaar kijken. Een zeer bekend probleem in heel Nederland. We gaan ons inzetten dat we wel kunnen meelesen in patiëntinformatie.

Een juiste stap in de richting naar de juiste zorg op de juiste plek

Een half jaar geleden zijn we in de regio Rotterdam-Rijnmond gestart met de pilot Zorgcoördinatiecentrum (ZCC). Hoe is dit tot nu toe gegaan? Hoe ervaren de centralisten, artsen en triagisten deze nieuwe manier van werken? Is deze nieuwe vorm van samenwerken de toekomst om tot een beter passende zorginzet te komen? Tijd voor een tussentijdse evaluatie. Dit keer met medewerkers van Huisartsenposten Rijnmond en de Meldkamer Ambulancezorg (MKA).

Triagist Petra Janse van Huisartsenposten Rijnmond heeft al een aantal keer dienst gedraaid op het ZCC en geeft aan dat er onderling een goede sfeer hangt. "Sinds ik diensten draai op het ZCC ontmoet ik veel nieuwe mensen van onze eigen posten en die van huisartsenpost 't Hellegat. Het is erg prettig werken met een centralist fysiek naast je. We leren elkaars werkwijze kennen en kunnen snel schakelen. We zijn met zijn allen echt een team en veel meer bij elkaar betrokken".

Regiearts Renée Kok beaamt de fijne sfeer: "Iedereen die dienst doet op het ZCC is gemotiveerd. Dat is heel sfeerbepalend. Dit maakt dat iedereen wat van de pilot wil maken en meedenkt over hoe we met zijn allen nóg beter de juiste zorg op de juiste plek kunnen bieden. Het ZCC is voor ons allemaal een nieuwe setting en dat biedt nieuwe kansen. Ik heb de ruimte om te regisseren en nieuwe dingen te proberen, omdat nog niet alles in kannen en kruiken is. Het is niet voor niets een pilot".

Voor centralist Irma Joosse is het ZCC een andere manier van het kijken naar zorg: "Door het fysiek bij elkaar in dezelfde ruimte zitten, merk je dat de lijnen kort zijn. Je leert elkaar kennen en je kunt elkaar makkelijker helpen en ondersteunen. Door het zien en van elkaar horen wat er op dat moment speelt, kun je veel makkelijker op situaties en vragen inspelen. Zoals laatst, toen kreeg de huisartsenpost een melding van een patiënt die reanimatiebehoefte was. Doordat we bij elkaar in dezelfde ruimte zaten, kon ik letterlijk alles volgen wat er speelde. Hierdoor kon ik meteen de NAW-gegevens overnemen en invoeren in ons eigen meldkamersysteem, de MKA kon zo direct een ambulance sturen. Door deze korte lijnen en deze efficiëntere werkwijze, levert dit een enorme tijdswinst op voor zowel de ambulance als patiënt", aldus Irma. Renée vult aan dat er voor de patiënt aan de voorkant niets merkbaars verandert, maar dat het alleen de toeleiding naar de best passende zorg achter de schermen anders is geregeld. "We zijn nu sneller met spoedgevallen, wel zo'n 1-3 minuten."

De patiënt is door de komst van het ZCC gegarandeerd van de juiste zorginzet, doordat er op het ZCC direct overleg plaatsvindt bij twijfelgevallen. Zowel Petra als Renée kunnen dit beamen. "Het directe contact met de centralist is een absolute verbreding is van de mogelijkheden. Normaliter moet ik een moment vinden de meldkamer te bellen, nu zit de centralist tegenover me en kan ik hem of haar op meerdere momenten inzien. We werken veel samen dus het is erg prettig tussendoor te kunnen overleggen hoe we een casus oppakken en met elkaar te evalueren hoe iets is afgehandeld. Je leert begrip te hebben voor elkaars werk", aldus Renée.

Irma vertelt dat ook de inzage in elkaars werkprocessen fijn is. "Hierdoor krijg je wederzijds begrip en weet je waarom dingen op een bepaalde manier lopen. Door het ZCC hebben we meer mogelijkheden voor diverse zorgaanvragen. Nu we nauw samenwerken merk je eigenlijk pas dat je vaak tegen dezelfde dingen aanloopt. En hoe mooi is het dat we nu samen nadenken over de juiste zorg. Door een efficiëntere spoedhulpverlening te verzorgen en de zorg te plaatsen, daar waar het thuishoort! Of dat nu bij de HAP, VVT, GGZ of toch bij de ambulance is", vertelt Irma.

Petra geeft aan dat het in haar werk ook voor komt dat een ambulance wordt ingezet, maar deze bij nader inzien toch niet nodig blijkt. "Zo hadden we een patiënt met gecompliceerde epilepsie die tijdens het telefoongesprek niet uit zijn insult kwam, ook niet na medicatie. We stuurden direct een ambulance en bleven aan de telefoon met zijn vrouw, die na 1 minuut zei: "Hij steekt nu zijn duim op". Als het ZCC er niet was, had ik zelf snel de ambulance moeten afbellen en tegen die tijd waren ze mogelijk al ter plaatse geweest. Maar nu kon ik

direct tegen de centralist zeggen: haal deze ambulance maar terug, de huisartsenpost neemt het verder over", aldus Petra.

"Waar we nog verder in willen ontwikkelen zijn de zorgpaden voor de acute thuiszorg. Samen met HAP 't Hellegat en Spoedzorg010 zijn we hiermee inmiddels al goed op weg. Als een patiënt naar de HAP belt en acute thuiszorg nodig blijkt te hebben, kan ketenpartner Spoedzorg010 dit direct verzorgen. In het geval van het toedienen van bijvoorbeeld een katheter is het fijn voor de patiënt dat dit door iemand wordt gedaan die dit regelmatig doet en hier veel ervaring mee heeft. Dankzij het ZCC wordt deze route sneller gevonden, waardoor vraag en aanbod van de zorg beter op elkaar aansluiten. We bouwen nog hard door aan deze zorgpaden om zo verder te ontwikkelen met de juiste zorg op de juiste plaats. Ook zou het mooi zijn als er aan het team een aanname-centralist van de meldkamer wordt toegevoegd die direct betrokken is. Dit zou de mogelijke samenwerking tussen centralisten, regieartsen en triagisten nog veel breder maken", zegt Renée.

Volgens Petra, Renée en Irma is het ZCC dé manier om te onderzoeken en te evalueren hoe samen te werken met ketenpartners, hoe we de inzet efficiënter kunnen regelen, digitaal kunnen aansluiten en elkaar nog beter kunnen leren begrijpen. "Het ZCC is een juiste stap in de richting naar de juiste zorg op de juiste plek. We hebben met elkaar al veel bereikt. Belangrijk is iedereen hierbij aangehaakt te houden en door te zetten. Wij zien het als iets heel positiefs en we moeten de kans grijpen om te bouwen wat we willen voor de patiënt, maar ook voor de gehele spoedzorg!"

De ervaringen van een centralist Zorgcentrale Livio op het ZCC

We zijn nu negen maanden onderweg met ZorgCoördinatieCentrum Twente, oftewel het ZCC in het Medisch Spectrum Twente, voor Enschede en omstreken. Een goed moment om terug te blikken op deze fase in het groeiproces.

In oktober 2020 zijn we begonnen met goede wil en nieuwsgierigheid, een paar protocollaire handvatten, een splinternieuwe ruimte en een hoop nieuwe gezichten. Spoedpost SHT Enschede/Hengelo, Ambulancedienst Oost Nederland, Zorgcentrale VVT Livio en GGZ crisisdienst Mediant onder één dak. Onderhand kennen we elkaar wat beter, is er enige bekendheid met elkaars zakelijke en persoonlijke achtergrond en werkwijze. Een groot deel van de tijd doet ieder z'n eigen ding in z'n eigen wereldje, maar ook is er zo ineens een moment van intensief overleg en samenwerken. Het mooie is dat het dan zó snel gaat, zonder wachttijd aan de telefoon en alles opnieuw moeten vertellen, dat je koffie geen tijd krijgt koud te worden. We zijn het dan unaniem eens over het nut en de positieve effectiviteit van deze pilot

Het is niet alleen pais en vree in het ZCC. Het is een gezond geesteskind dat mooi rechtop zit, maar volledig soepel lopen is nog toekomst. Degenen die ervaren hebben hoe we als ZCC vlot en helder kunnen besluiten wat de beste vervolgstappen in een acute situatie zijn, kijken er positief tegen aan. Maar we horen nog geregeld van 'collega's' diverse kritische noten.

We moeten elkaar nog steeds leren kennen en elkaars mogelijkheden beter weten te benutten. De bekendheid met wat het ZCC in Enschede te bieden heeft is nog niet bij alle betrokkenen even compleet aanwezig. Nu hebben verschillende partijen ook veel verschillende petten, dus logisch dat het tijd kost. Zelf vind ik het leerzaam om met een collega mee te luisteren. Het komt wel eens voor dat mijn eigen telefoongesprek een link heeft met het gesprek dat aan een andere tafel plaatsvindt, en waarbij mijn aanvullende informatie welkom is. Deze wisselwerking mis ik als de andere werkplekken tijdelijk leeg blijven.

Een ander voorbeeld waarom elkaars fysieke nabijheid handig kan zijn is bijvoorbeeld de veel-beller. Voorbeeld; een cliënt bekend bij de GGZ belt telkens weer naar de spoedpost, de apotheek en 112 voor medicatie. Dit ligt overigens volgens de betrokken wijkzorg gewoon in huis. Het verhaal over deze cliënt gonst heen en weer over de gang, iedereen is er maar druk mee. De aanpak kan ook binnen het ZCC centraal overlegd worden, dat scheelt een hele hoop onnodige telefoon- en moppertijd.

Naast alle zakelijke contacten, die overwegend prima verlopen, zijn er ook veel grappige momenten. Want wat voor de een dagelijkse kost is, is voor de partners soms een bijzonder kijkje in andermans keuken.

Alle collega's verwachten dat het ZCC definitief deel uit zal gaan maken van de gezamenlijke organisatie van spoedzorg in Enschede. Dat maakt dat het wijsheid is om ons te blijven richten op groei en ontwikkelingspunten. Ook de toenemende mogelijkheden in de zorgtechnologie, bijvoorbeeld het beeldbellen, kan onze service een heel ander aanzien gaan geven.

Als praktische deelnemer lijkt het mij dat de deelnemende organisaties bij elkaar stage zouden moeten gaan lopen, om te zien wat de informatiestroom van de samenwerking inhoudt en welke voorwaarden daarbij horen om gedegen en veilig spoedzorg te kunnen leveren. Begrip voor elkaars werkomstandigheden en de werkwijze die erbij hoort, inzicht in wat we wel en niet voor elkaar kunnen betekenen, duidelijkheid wie waarvoor verantwoordelijk of aanspreekpunt is, kennis van de juiste telefoonnummers en tijden, en heel gewoon elkaars naam weten. Dat werkt, en dan werken we samen.

Auteur: Berdien Blaak
Centralist Zorgcentrale Livio



Triage – Multidisciplinaire casuïstiekbespreking



Op 22 juni 2021 kwamen zorgprofessionals die betrokken zijn bij het ZCC Midden-Nederland (ZCC-mnl) en andere geïnteresseerden bij elkaar voor de eerste, multidisciplinaire casuïstiekavond op locatie ZCC-mnl. Er werd vol energie van gedachten gewisseld.

Uitwisselen als één keten

Bij elkaar zitten op één ZCC locatie betekent niet altijd dat zorgprofessionals als vanzelf multidisciplinair gaan samenwerken. Met het doel om daar verandering in te brengen werden aan 22 enthousiaste zorgprofessionals van verschillende disciplines (GGZ, ambulancezorg, acute huisartsenzorg en zorgcoördinatie tijdelijk verblijf) vier casussen voorgelegd.

“Zet zorgprofessionals bij elkaar om over de inhoud te praten en je krijgt energie”, vertelt Dianne, die in haar rol als ZCC-consultant de organisatie voor de avond op zich nam. “Complexe problemen worden steeds meer gezien in de ANW-zorg. Wie heeft en houdt er regie? Kunnen we de eigen huisarts bellen voor een complexe casus? Wordt alle informatie teruggekoppeld naar de juiste zorgorganisaties.” Uit de verzamelde casuïstiek op locatie ZCC blijkt dat dit alles nog lang niet altijd goed gaat en er problemen in de ANW moeten worden opgelost die soms beter door de eigen behandelaars kunnen worden opgepakt. De hulpvraag komt echter wel in de avond, nacht en/of het weekend.”

Resultaten

- “Interessant om de werkwijze van ketenpartners beter te begrijpen.”
- “Ik zie dat ik als centralist (ambulancezorg) mijn hulp kan aanbieden voor overleg bij een U1/U2 (acute huisartsenzorg).”
- “Ik heb vooral geleerd aan welke criteria een indicatie voor een crisisbed moet voldoen.”
- “Het is voor mij duidelijk geworden dat een volledige triage erg belangrijk is en dat ik als zorgbemiddelaar ook duidelijker mag maken richting de verwijzer dat ik nog niet voldoende informatie heb.”

Een greep uit de resultaten van de evaluatie onder de deelnemers van de multidisciplinaire casuïstiekavond. “Het viel op dat veel huidige werkafspraken in de acute keten niet altijd bekend zijn bij de verwijzer, dat zorgt voor veel onbegrip. Veelal maken we een individuele beoordeling, die heel vaak goed wordt ingeschat. Tegelijkertijd werd zichtbaar dat kennis of ervaring van ketenpartners een bredere blik oplevert én dat door hier gebruik van te maken sneller de juiste zorg op de juiste plek kan worden georganiseerd ten dienste van de patiënt”, vertelt Dianne.

Regio Midden-Nederland Zorg Coördinatiecentrum

Op naar de volgende

"Als er één conclusie kan worden getrokken dan is het wel dat de welwillendheid om het goed te willen doen voor de patiënt enorm groot is. Aan het 'kijken in elkaars keuken' ontbreekt het nog te veel. De sfeer, interactie en uitwisseling tussen de zorgverleners gaf de aanzet: we gaan door. Acute zorg is één keten en die zorg leveren we samen, we kunnen er dus ook samen van leren," aldus Dianne.



Regio Zuid-Holland Noord



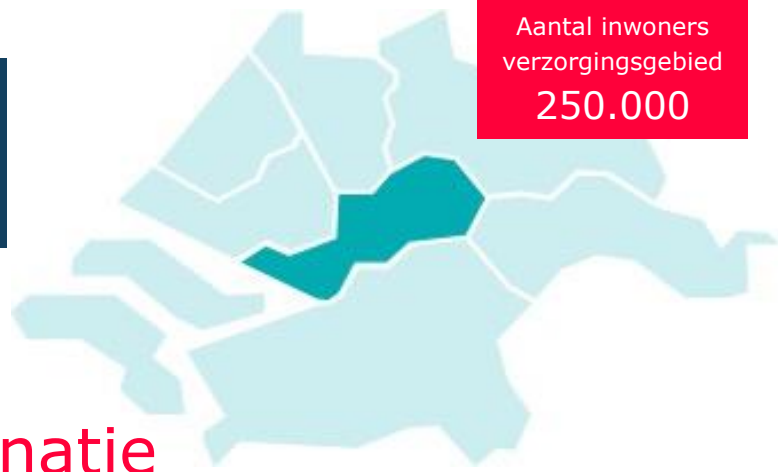
Aantal inwoners
verzorgingsgebied
300.000

Eindelijk gezamenlijk compleet!

Pilotpartijen allen gestart in het ZCC. De ketenpartners die betrokken zijn in de pilotregio Zuid Holland Noord hebben voor de start van de pilot een rommelige periode gekend. Sinds eind juli zijn alle betrokken partijen gezamenlijk actief in het ZCC te Leiderdorp.

Lange aanloopfase

De covidperiode gooide aardig wat roet in het eten om de pilot in deze regio van de grond te krijgen. Na inhuizing van de RAV-triagisten bij de medewerkers van de HAP moest al gauw onderbroken worden, omdat er te veel mensen in een te kleine ruimte met elkaar moesten werken. De oplopende drukte in het kader van patiëntzorg bij alle partijen maakte dat er geen ruimte over bleef voor implementatie van de ZCC-processen. Wel kon de VVT-triagist aan het begin van 2021 starten binnen de omgeving van de HAP. Daarna bleek het een flinke kluit om de meldkamerwerkplek voor de RAV-triagist operationeel te krijgen binnen het ZCC, welke gebruik maakt van de ICT-omgeving van een ziekenhuis. Inmiddels is de telefonie en GMS daar werkend en zijn alle partijen compleet. Inmiddels wordt er door de RAV-triagist en de regiearts op de HAP goed overlegd over de beste vervolgzorg voor de patiënt en worden de eerste gezamenlijke triages geëvalueerd. De eerste stappen zijn gezet!



Proeftuin zorgcoördinatie

Passende zorginzet

De komst van de Rapid HAG brengt veel teweeg op de huisartsenpost (HAP); er is veel meer professionele interactie dan ooit tussen een ambulancezorgprofessional en huisarts. Gesprekken over wel/geen ECG voor de beoordeling van eerstelijns patiënten met pijn op de borst, gebruik van de Heart-score, zelf invloed hebben op het triage-proces in plaats van aansturing door de meldkamer, in overleg met de huisarts die kwetsbare oudere toch maar thuis laten in plaats van volgens protocol insturen naar de spoedeisende hulp (SEH). Het is een greep uit de invloed die uitgaat van het aanwezig zijn van een ambulancezorgprofessional op de HAP in de functie van Rapid HAG. Het hoofdthema van alle U1 niet meer noodzakelijkerwijs laten uitmonden in een A1 lijkt wat naar de achtergrond te raken. Het blijkt dat er zoveel andere onderwerpen zijn waarbij het samenkomen van de twee werelden van ambulancedienst en huisartsen spoedzorg een enorme verrijking geven van het professioneel handelen. Met name als het gaat om het gevoel bij te dragen aan het bieden van de meest passende zorg.

Impact Rapid HAG

Ondertussen loopt de pilot met betrekking tot zorgcoördinatie binnen de regio Zuid-Holland Zuid, de Rapid huisartsengeneeskunde (i.e. Rapid HAG) en met ondersteuning van het Nivel al tien maanden.

In die tien maanden heeft de Rapid HAG een gedegen plek verworven op de HAP Drechtsteden (Drechtdokters), maar niet zonder constant veel van en met elkaar te leren, bij te sturen en scherp te blijven. En nu, richting het einde van de pilot wordt een aantal zaken duidelijk: in kwantitatief (i.e., cijfermatige onderbouwing) opzicht is, ondanks een zorgvuldige voorbereiding, gebleken dat het complex is om daadwerkelijk aan te tonen dat de inzet van een nieuwe professional in het spectrum van de acute zorg ook daadwerkelijk heeft geleid tot minder primaire inzetten van reguliere ambulances waarbij na een mobiel zorgconsult geen reden was tot vervoer.

Kwalitatief (i.e., beschrijvende onderbouwing) gezien heeft de aanwezigheid van een ambulancezorgprofessional met de nodige extra bagage en opleidingen op de HAP echter wel een duidelijke meerwaarde en heeft deze zonder meer geleid tot een betere samenwerking, meer passende zorg en een groter begrip van elkaars werkzaamheden, mogelijkheden en beperkingen.

De toegevoegde waarde op het gebied van de GGZ (Yulius) is beperkt gebleken, omdat de meldingen omtrent deze zorgvragen qua urgentie maar zelden pasten binnen de scope en inzetcriteria van de Rapid HAG, die voor deze proeftuin zijn geselecteerd. Tegelijk heeft de proeftuin wel geleid tot een structurele inblikstages vanuit Yulius binnen de ambulancedienst en vice versa.

Ook is gebleken dat het van essentieel belang is om voor een functie van een Rapid HAG het wervings- en selectieproces in te richten op de bijbehorende specifieke competenties. Het raakvlak tussen huisartsenzorg en ambulancezorg vraagt andere ambities, vaardigheden en competenties dan die van een ambulancezorgprofessional. Binnen de Coöperatie Ambulancezorg Zuid-Holland Zuid zien we dan ook een tweedeling van de betrokken professionals waarbij de eerste groep deze functie ervaart als een uitdaging en verrijking van hun werkzaamheden en de tweede groep in de loop van deze proeftuin tot de conclusie is gekomen dat ze zich meer thuis voelen in de meer acute en 'snelle' ambulancezorg.

Degenen die vanuit zowel de HAP als de ambulancezorg de pilot hebben omarmd en de meerwaarde zien, zijn duidelijk van mening dat een intensievere samenwerking tussen acute huisartsenzorg en ambulancezorg de keten van acute zorg versterkt en de samenwerking tussen de betrokken partijen verbetert, omdat patiënten vaker de meest passende zorg op het juiste moment ontvangen. Hiermee wordt het aantal beoordelingen op een afdeling SEH beperkt en kunnen patiënten vaker in hun thuissituatie verdere zorg ontvangen.

Meer weten?

Bekijk alle tussentijdse resultaten van het onderzoek in de gehele rapportage die het Nivel onlangs heeft gepubliceerd:

[Samenwerking tussen de huisartsenpost, ambulancedienst en acute psychiatrie versterkt door de komst van de Rapid HAG | Nivel](#)



PILOTS REGIONALE ZORGCOÖRDINATIE

WeMergency:

actueel nieuws over zorgcoördinatie

[WeMergency](#) is het platform waarop informatie is te vinden over de opzet, inhoud, de voortgang en de partners van de [pilots regionale zorgcoördinatie](#). Tevens is dit de plek waar allerhande communicatie over dit onderwerp kan worden gedeeld. Denk aan best-practices, webinars, interviews, (patiënt)casussen en nog veel meer. Doel is om mensen die bezig zijn met dit onderwerp met elkaar in contact te brengen en te inspireren. Kortom, wil je op de hoogte blijven van de ontwikkelingen over zorgcoördinatie en de pilots, of wil je zelf informatie delen? Dan is dit de plek waar je moet zijn!

- WeMergency is in toegankelijk voor iedereen die met dit onderwerp bezig is of interesse heeft. Wil je toegang, stuur dan een e-mail met korte motivatie naar: wemergency@ambulancezorg.nl
 - Bezoek WeMergency via: <https://azn.outsystemsenterprise.com/WeMergency/>
-

Agenda-items

Donderdag 4 november: webinar pilot Gelderland Midden-Zuid.

Heeft u voor dit webinar nog geen uitnodiging ontvangen, stuur dan een e-mail aan [Marijn Lansink](#).

Kort algemeen nieuws

Op 2 september stond het webinar van de pilots zorgcoördinatie in het teken van het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ). Het LPZ maakt capaciteit in de spoedzorgketen inzichtelijk, nu nog voor COVID-bedden en de drukte op SEH's, in de toekomst wordt andere klinische capaciteit hieraan toegevoegd. Robin Schipper van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) heeft uitgelegd wat het LPZ is en er ontstond een levendige discussie over het nut van het LPZ voor de pilots in de toekomst. Het webinar is opgenomen en terug te zien op WeMergency.

Colofon

Deze nieuwsbrief van de pilotregio's is, in afstemming met Zorgverzekeraars Nederland en Ineen, samengesteld door Ambulancezorg Nederland.

Heeft u vragen naar aanleiding van deze nieuwsbrief?

Stuur een mail naar [Nadiene Toby](mailto:Nadiene.Toby@ambulancezorg.nl), communicatieadviseur Ambulancezorg Nederland. Kent u iemand die deze nieuwsbrief ook wil ontvangen? Stuur dan een mail met naam en mailadres naar secretariaatazn@ambulancezorg.nl.

Bekijk ook [deze kort en krachtige animatie over zorgcoördinatie](#)

