



Programma pilots zorgcoördinatie

Tussenrapportage



November 2021

Managementsamenvatting

Aanleiding en opzet programma

Het programma pilots zorgcoördinatie is ontstaan uit het Actieplan Ambulancezorg (2018), met als doel het verbeteren van de prestaties van de ambulancezorg. Zorgcoördinatie gaat over het garanderen dat patiënten snel en op de juiste plaats en door de juiste zorgverlener geholpen worden. Daarmee wordt het gezien als één van de oplossingen om de toenemende druk op de acute zorg het hoofd te bieden en deze toegankelijk te houden. Bijvoorbeeld als gevolg van arbeidsmarktcrisissen en toegenomen zorgvraag.

Tien regionale pilots zijn nu gemiddeld een jaar bezig om dit concept in de praktijk te brengen.



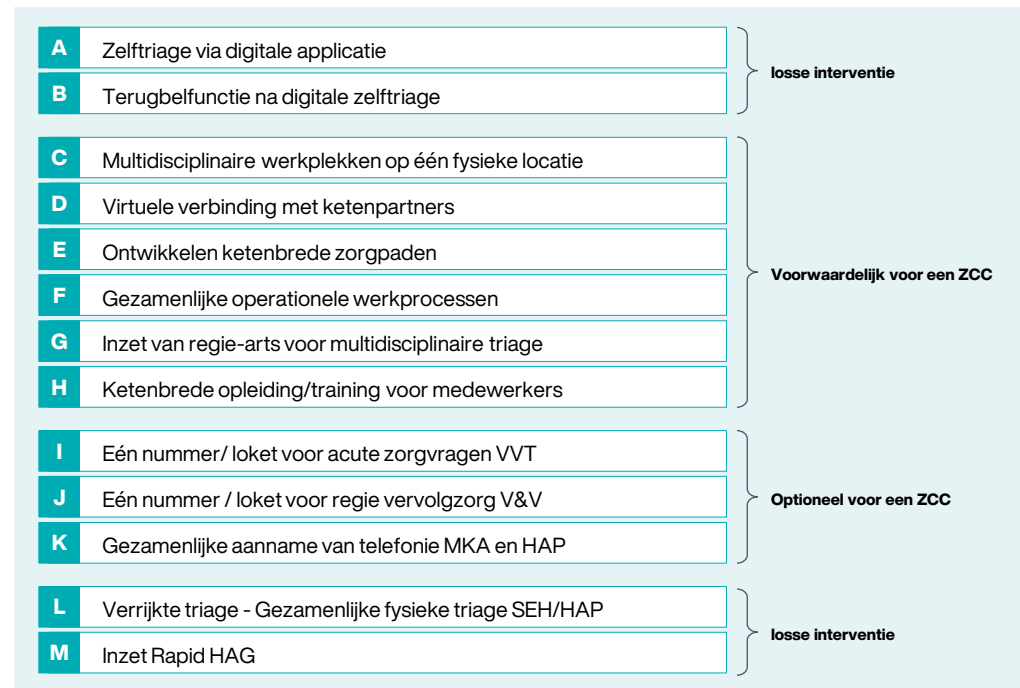
Het is nu tijd voor om de balans op te maken, daartoe dient deze tussenrapportage. Het doel is om inzicht te geven in de status van het programma, inclusief de opgedane inzichten en uitdagingen. Daarnaast heeft het als doel om in kaart te brengen welke randvoorwaarden gezamenlijk op orde zouden moeten worden gebracht, om geen gat te laten vallen tussen het einde van de pilots en het structureel inrichten van zorgcoördinatie. Ook als het nog niet zeker is of en hoe zorgcoördinatie in de toekomst vorm krijgt.

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

Ten behoeve van deze doelstellingen passen de tien pilots diverse interventies toe. Deze interventies brengen de functies van zorgcoördinatie in de praktijk.



Samengenomen resulteert dit op hoofdlijnen in drie vormen van zorgcoördinatie:

- **Fysiek ZCC:** ketenpartners zitten fysiek bij elkaar en werken samen om het spoedzorgproces zo goed mogelijk in te richten en te optimaliseren.
- **Virtueel ZCC:** ketenpartners werken op afstand samen door middel van werkafspraken en gedeelde informatiesystemen.
- **Specifieke vorm:** ketenpartners werken nauw samen ten aanzien van een bepaald onderdeel van het spoedzorgproces.

Managementsamenvatting

Belangrijkste bevindingen en conclusies



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

- De pilots hebben vorm en inhoud gegeven aan de vijf functies van zorgcoördinatie en dit in de praktijk beproefd.
- De pilots hebben aangetoond dat het mogelijk is om (in verschillende vorm en mate) de acute zorg in de regio gezamenlijk te coördineren.



2. Leren van inzichten en op basis hiervan verbeteren

- De praktijk laat zien dat het veel tijd en energie vraagt om gezamenlijke zorgcoördinatie te starten, de juiste afspraken te maken en tot een gezamenlijke werkwijze te komen. Die moeite werd wel beloond met meer draagvlak en motivatie om zorgcoördinatie in de regio te realiseren.
- COVID-19, arbeidsmarktkrapte en moeizame samenwerking met technische partners hebben invloed gehad op de pilots, waardoor pilots moeilijk van de grond kwamen. Dit benadrukte tegelijkertijd de urgentie voor samenwerking.
- Verder bleken er bepaalde randvoorwaarden te zijn die op regionaal en soms landelijk niveau moeten worden ingevuld. Ofwel om de pilots succesvoller te laten zijn, ofwel om zorgcoördinatie op termijn in te bedden in het (acute) zorglandschap.



3. Toegevoegde waarde kwalitatief én kwantitatief onderbouwen

- Kwalitatief zijn positieve resultaten behaald. Vrijwel unaniem zijn de pilots tevreden over de intensievere samenwerking met hun ketenpartners.
- Het bleek lastig om ook kwantitatief aan te tonen of de pilots een positief effect hebben. Het verzamelen van de juiste data en het kunnen interpreteren en isoleren van de kwantitatieve gegevens die echt iets zeggen over de toegepaste interventies is uitdagend. Ook is het lastig om een correlatie aan te tonen tussen een KPI en een interventie. Gevolg is dat de motivatie om hierop te blijven inzetten afnam.
- Er is perspectief op meer kwantitatieve onderbouwing in de tweede helft van de looptijd van de pilots.

Aanbevelingen

- **Bouwstenen zorgcoördinatiecentrum:** Zet in het resterende jaar in op het vertalen van de opgedane inzichten naar concrete bouwstenen voor zorgcoördinatie in de regio. Waarbij de toegevoegde waarde voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg is aangetoond. Hier kunnen andere regio's dan ook van leren.
- **KPI's:** Focus niet alleen op de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie op de ambulancezorg, maar kijk naar de waarde voor de gehele acute zorgketen. Bespreek of er andere regionale en landelijke KPI's geformuleerd kunnen worden die beter passen bij deze doelstelling.
- **Eindrapport:** Laat de pilots in plaats van de kwartaalrapportages, toewerken naar een eindrapportage waaruit blijkt dat zorgcoördinatie een oplossing is voor de knelpunten uit de regio. Neem de bovenstaande punten hierin mee. De eindrapportages kunnen vervolgens worden gecombineerd tot één eindrapportage over het programma met daarin het overkoepelende beeld.
- **Commitment ketenpartners:** Vraag ketenpartners nogmaals hun commitment uit te spreken voor het resterende jaar; indien dit niet lukt, heroverweeg dan de pilot.
- **Randvoorwaarden:** Ga als landelijke partijen alvast aan de slag met het uitwerken van de randvoorwaarden, ook al is nog niet zeker of en hoe zorgcoördinatie in de toekomst vorm krijgt.
- **Landelijke governance:** Bepaal welke partij(en) verantwoordelijk zijn voor eventuele structurele inbedding en/of landelijke implementatie van zorgcoördinatie na het afronden van de pilots. Organiseer vervolgens een effectieve governance.
- **Urgentie:** Gegeven de geschetste urgentie zijn er mogelijk nu al onderwerpen die opgepakt kunnen worden, zonder dat de pilots al tot definitieve resultaten hebben geleid. Bepaal, samen met andere partijen en VWS, of besluitvorming over implementatie van huidige bevindingen die samenwerking in de acute zorg bevorderen nu al zou moeten starten.



Inhoudsopgave

- 1. Inleiding** p. 6
- 2. Programma pilots zorgcoördinatie** p. 9
- 3. Bevindingen** p. 18
- 4. Conclusies en aanbevelingen** p. 34
- 5. Bijlage** p. 43

Totstandkoming van deze tussenrapportage

Totstandkoming tussenrapportage

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

De inhoud van dit rapport is tot stand gekomen door focusgroepen met de pilots en betrokken zorginkopers, interviews met sleutelpersonen en op basis van uitgebreide informatie aangeleverd door de pilots.

Veelgebruikte afkortingen

| | |
|------------------|--|
| ANW | Avond, nacht- en weekend |
| AZN | Ambulancezorg Nederland |
| EHGV | Eerste Hulp Geen Vervoer |
| ELV | Eerstelijnsverblijf |
| HAP | Huisartsenpost |
| KPI | Key performance indicator |
| LCPS | Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding |
| LMS | Landelijke Meldkamer Samenwerking |
| LSP | Landelijk Schakelpunt |
| MKA | Meldkamer Ambulancedienst |
| Rapid HAG | Rapid huisartsgeneeskunde |
| RAV | Regionaal Ambulance Vervoer |
| RCPS | Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding |
| SEH | Spoedeisende Hulp |
| V&V | Verpleeg- en Verzorgingshuizen |
| VVT | Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg |
| ZCC | Zorgcoördinatiecentrum |
| ZN | 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 wordt gezien als één van de oplossingen voor achterliggende knelpunten, zoals de toenemende arbeidskrapte bij alle ketenpartijen, een stijgende en steeds complexere zorgvraag, vergrijzing en de specialisatie en extramuralisering van de zorg. Met deze knelpunten in het achterhoofd zijn tien pilots aan de slag gegaan, waarbij zorgcoördinatie op verschillende manieren in de praktijk wordt gebracht. Met als doel garanderen dat de patiënt snel en op de juiste plaatst door de juiste zorgverlener geholpen wordt en de acute zorg toegankelijk blijft.

De pilots zijn halverwege, daarom nu de balans opmaken

De pilots zijn nu gemiddeld ruim een jaar bezig en dus halverwege het pilottraject. Het is daarmee tijd om de balans op te maken. Daartoe dient deze tussenrapportage. De pilots zijn met veel inzet van alle betrokkenen in de verschillende regio's van start gegaan. Sinds de start van de pilots zijn er echter ook verschillende uitdagingen geweest in het proces.

Voorbeelden van deze uitdagingen zijn COVID-19, arbeidsmarktkrapte en de samenwerking met externe (IT-)leveranciers. De voorbereidingen van de pilots en het creëren van verbinding tussen ketenpartners hebben ook langer geduurd dan voorzien.

Deze rapportage heeft als doel om inzicht te geven in de status van het programma, inclusief de opgedane inzichten en uitdagingen. Daarnaast heeft het als doel om in kaart te brengen welke randvoorwaarden gezamenlijk op orde zouden moeten worden gebracht, om geen gat te laten vallen tussen het einde van de pilots en het structureel inrichten van zorgcoördinatie. Ook als het nog niet zeker is of en hoe zorgcoördinatie in de toekomst vorm krijgt

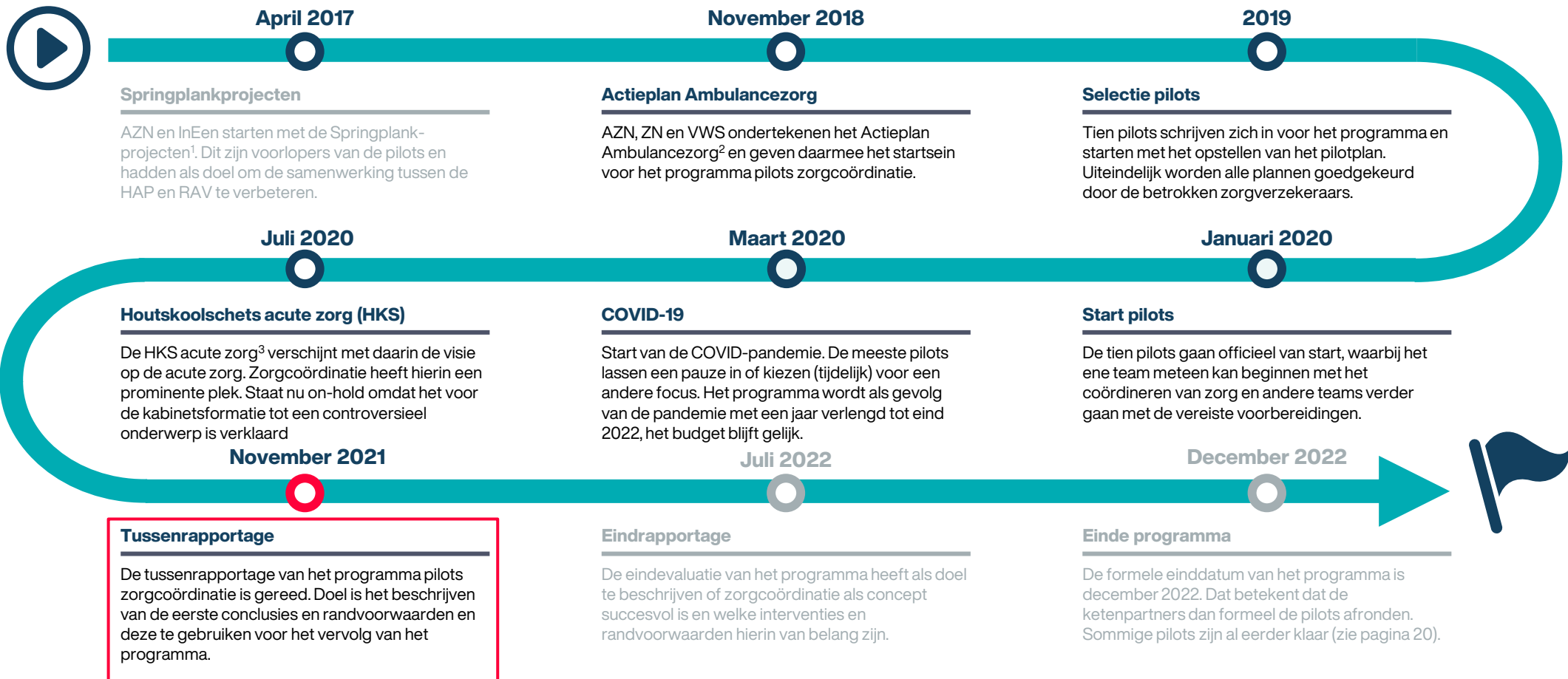
Statusupdate van het programma

Dit rapport betreft een tussentijdse statusupdate van het programma pilots zorgcoördinatie als geheel, met specifieke aandacht voor de vijf functies¹ van zorgcoördinatie en de onderliggende interventies². Dit rapport heeft niet als doel om de voortgang van individuele pilots te evalueren. Dit gebeurt op basis van een dialoog tussen de lokale zorgverzekeraar(s) en de RAV waaraan het budget beschikbaar is gesteld. Dit maakt dus geen onderdeel uit van de scope van dit rapport.

1) Voor meer informatie over de functies zie pagina 15

2) Voor meer informatie over de interventies zie pagina 16

We zijn ongeveer halverwege de looptijd van de pilots, tijd om de balans op te maken



1) Voor meer informatie over de Springplankprojecten, klik hier: [LINK](#)
 2) Voor meer informatie over het Actieplan Ambulancezorg, klik hier: [LINK](#)
 3) Voor meer informatie over de houtskoolschets acute zorg, klik hier: [LINK](#)

2

Programma pilots zorgcoördinatie



Het concept zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie

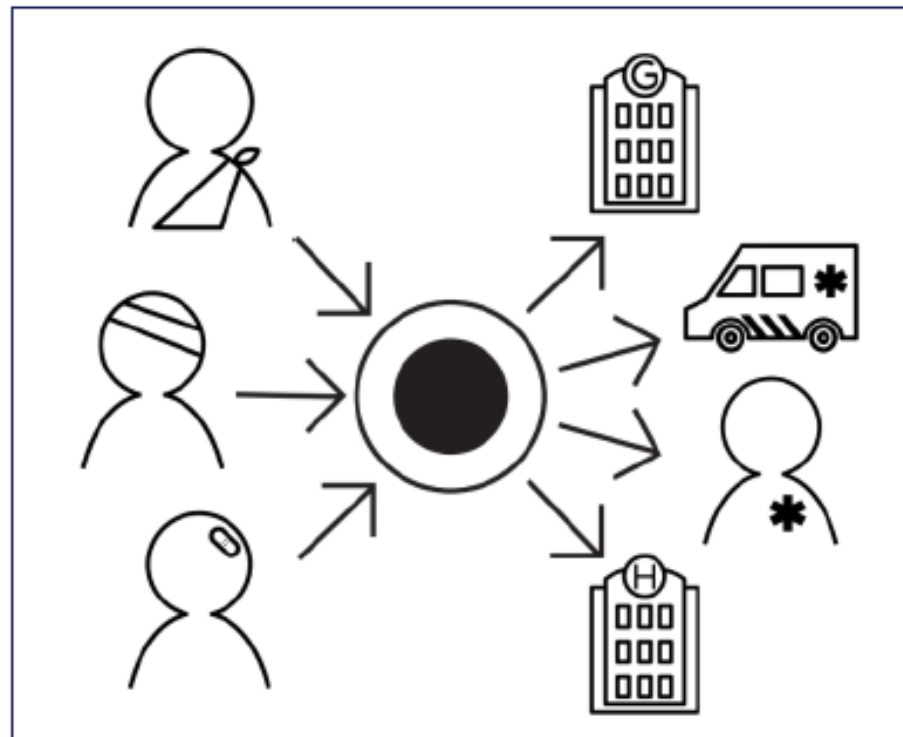
Onder de vlag van zorgcoördinatie¹ werken verschillende regionale zorgpartners nauw samen, zoals huisartsenposten, ziekenhuizen (spoedeisende hulp), acute GGZ, VVT en ambulancezorg. Samen organiseren en coördineren zij de zorgverlening aan de patiënt, zodat patiënten snel en door de juiste zorgverlener geholpen worden.

Bij een inkomende zorgvraag wordt gezamenlijk en op basis van eenduidige triage duidelijk óf 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 (zoals specialismen, beschikbare capaciteit en hulpmiddelen). Hiermee bevordert zorgcoördinatie ook de doorstroom binnen de keten.

Het doel van zorgcoördinatie

Patiënten weten waar zij terecht kunnen met hun zorgvraag en worden vlot en soepel geholpen. Zorgverleners beschikken altijd over actuele informatie en hoeven alléén in actie te komen als de situatie daarom vraagt.

Uiteindelijk met als doel de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de acute zorg te verbeteren en te zorgen voor meer tevreden medewerkers.





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

Drie vormen van zorgcoördinatie


Het gezamenlijk coördineren van zorg kan op verschillende manieren in de praktijk worden gebracht. In dit rapport onderscheiden wij drie vormen:

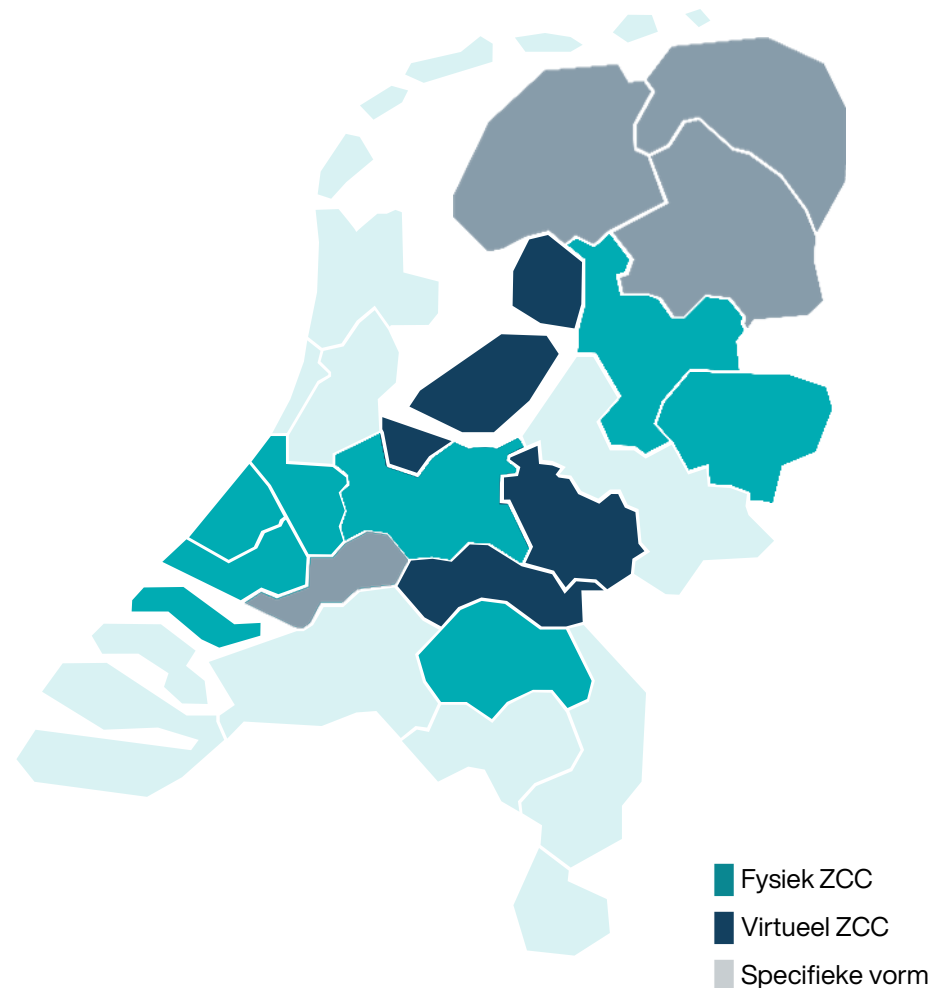
Ketenpartners die samen een zorgcoördinatiecentrum (ZCC) vormen, met daarbinnen twee varianten:

1  **Fysiek ZCC:** ketenpartners zitten fysiek bij elkaar en werken samen om het primaire spoedzorgproces zo goed mogelijk in te richten en te optimaliseren.

2  **Virtueel ZCC:** ketenpartners werken op afstand samen en door middel van werkafspraken en gedeelde informatiesystemen proberen zij het spoedzorgproces zo goed mogelijk in te richten en te optimaliseren.

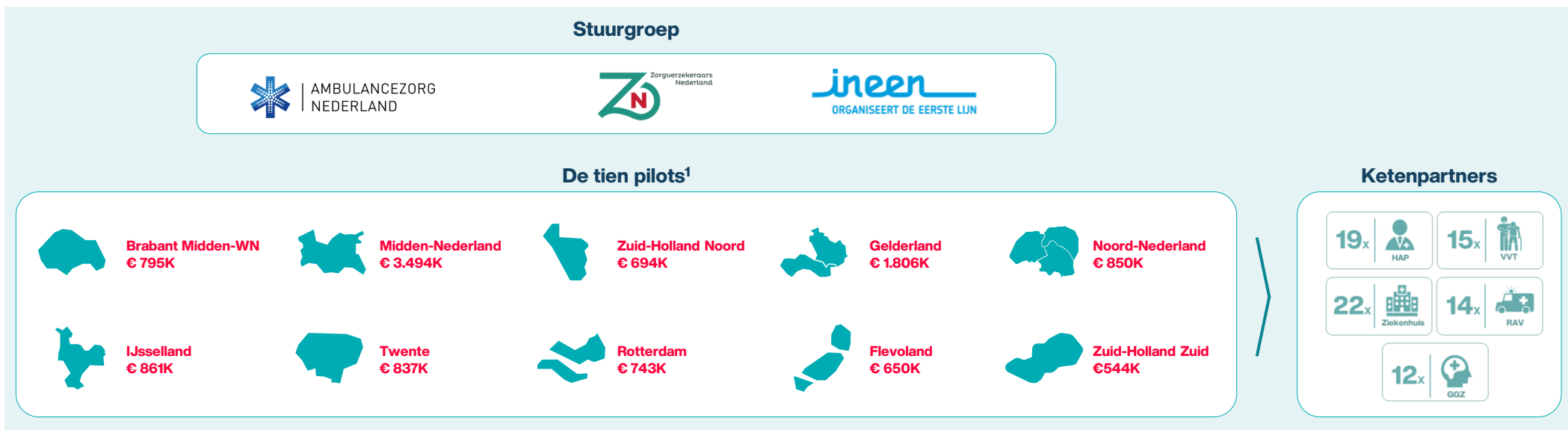
Ketenpartners die onder de vlag van de pilot samenwerken t.a.v. een specifieke interventie:

3  **Specifieke vorm:** ketenpartners werken nauw samen ten aanzien van een bepaald onderdeel van het spoedzorgproces.



Opzet van het programma

- **Opzet:** Het programma bestaat uit tien pilots, verdeeld over tien regio's. Er zijn ruim 80 ketenpartners betrokken.
- **Duur:** De looptijd van het programma is 3 jaar (incl. 1 jaar verlenging i.v.m. COVID).
- **Budget:** Voor het programma is €15 miljoen beschikbaar gesteld, waarvan in totaal ~ €11,3 miljoen aan de pilots is toegekend.
- **Coördinatie:** Het programma wordt gecoördineerd door de stuurgroep, die bestaat uit de branchepartijen Ambulancezorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en InEen
- **Resultaat:** Het programma wordt in 2022 afgesloten met een eindrapportage met bevindingen en conclusies op geaggregeerd niveau.
- **Individuele pilots:** De evaluatie van de individuele pilots vindt plaats op regionaal niveau tussen de lokale zorgverzekeraar en betrokken RAV.



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

Afspraken met de pilots

Projectplan, business case en KPI's

In 2019 hebben de pilots een uitgebreid projectplan en business case opgeleverd. Tussen de pilots en zorgverzekeraars zijn hierover op regionaal niveau afspraken gemaakt en is budget beschikbaar gesteld.

Voor elke pilot zijn daarbij een aantal regionale KPI's opgesteld die passen bij de doelstellingen en interventies. Daarnaast zijn er landelijke KPI's afgesproken die aansluiten bij de doelen van het Actieplan Ambulancezorg.

Landelijke KPI's

1. Responstijd:

- Effect op responstijdpercentage (% A1-ritten¹ dat binnen 15-minuten ter plaatse is)
- Effect op de mediane responstijd (mediane responstijd van A1-inzetten).

2. EHGv-ritten:

- Effect op het aantal EHGv ritten t.o.v. totaal aantal spoedritten (A1 + A2)
- Effect op het aantal EHGv ritten (A1 + A2)

3. Samenwerking:

- Effect op mate van integratie tussen de betrokken organisaties (gemeten door Integratiemeter).

4. ICT:

- Effect op mate van implementatie van zorginformatie standaarden (gemeten door ICT-implementatiemeter).

Bij het indienen van het projectplan is ook specifiek aandacht gevraagd voor de betrokkenheid van ketenpartners in de regio, om te voorkomen dat het initiatief alleen gedragen werd door de regionale ambulancezorg.

1) A1-inzetten zijn de meest acute inzetten van een ambulance

2) Zie pagina 31

Sturing en rapportage en de lessen daaruit

Pilots leveren elk kwartaal een rapportage aan met daarin een toelichting op de stand van zaken, waardevolle inzichten, en de kwantitatieve resultaten ten aanzien van de landelijke en regionale KPI's.

Het bespreken van deze uitkomsten en de voortgang van de pilots is een regionale verantwoordelijkheid. Dit is onderdeel van een dialoog tussen de betrokken zorginkoper(s) en de RAV waaraan het budget beschikbaar is gesteld.

Deze dialoog kwam niet in alle regio's goed van de grond. Dit had verschillende redenen. Bijvoorbeeld omdat het te veel ging over de verantwoording, maar er te weinig aandacht werd besteed aan wat er daadwerkelijk speelde in de pilot. In een enkel geval was de projectleider te weinig betrokken bij de dialoog met de verzekeraars, omdat alleen de bestuurder van de RAV aan tafel zat.

Een belangrijke reden is ook dat het meten van de KPI's om verschillende redenen² een uitdaging bleek. De focus en vraag hiernaar droeg niet bij aan positieve energie bij de pilots en leidde tot discussies.

Het toetsen van de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie blijkt op verschillende manieren gestalte te kunnen krijgen. Tussentijds is daarom geïnvesteerd in het spreken van dezelfde taal en begrip van elkaars standpunten.

De stuurgroep draagt hieraan bij door de voortgang van de pilots op landelijk niveau te monitoren en knelpunten te signaleren. Hieruit is mede deze tussenrapportage voortgekomen

Het programma heeft drie doelstellingen

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 vijf functies¹ door het toepassen van verschillende interventies². 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.

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.

1) Voor meer informatie over de functies zie pagina 15

2) Voor meer informatie over de interventies zie pagina 16

Vijf functies van zorgcoördinatie

De vijf functies van zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie kan worden gedefinieerd aan de hand van vijf functies. Door de vijf stappen gezamenlijk te organiseren, ontstaat een gestroomlijnd zorgcoördinatieproces waar zowel de patiënt als de zorgprofessional van profiteert. De pilots hebben vorm en inhoud gegeven aan deze vijf functies en ze in de praktijk beproefd.



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.



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.



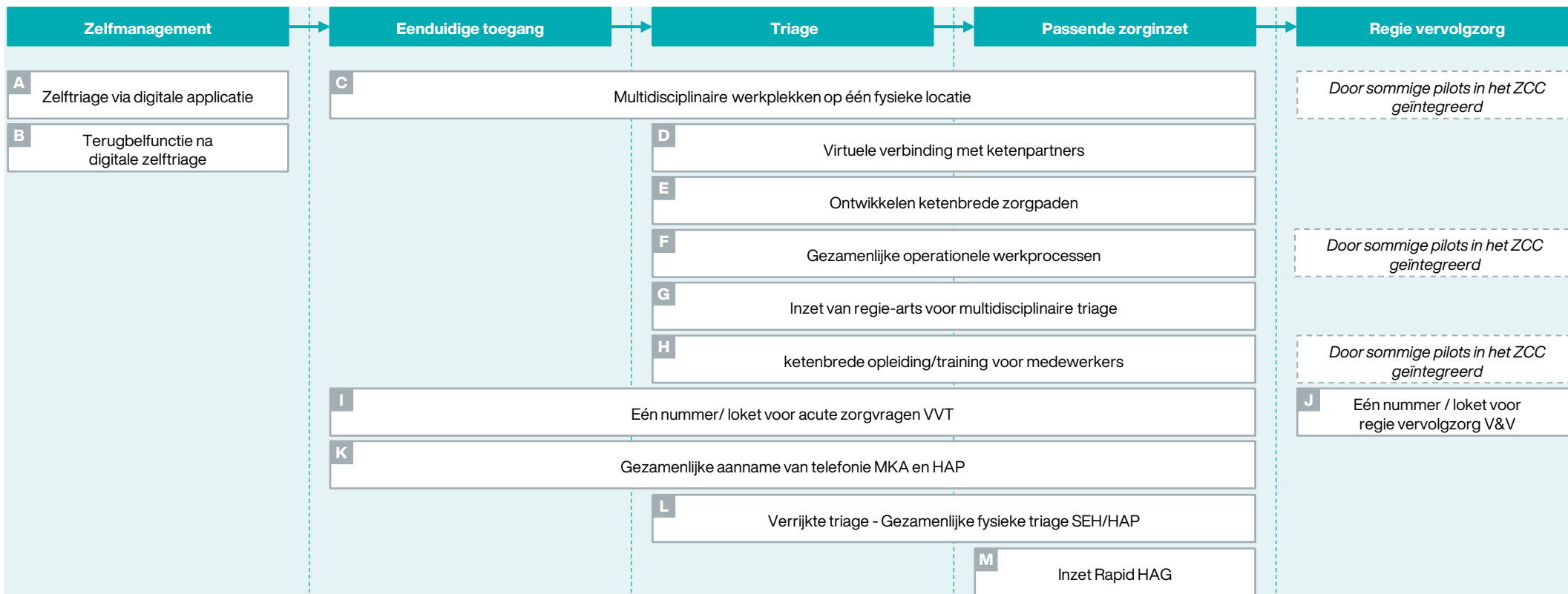
Regie vervolgzorg

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.

De vijf functies worden door middel van verschillende interventies in de praktijk beproefd

Verschillende interventies per functie

De pilots passen verschillende interventies toe om de vijf functies van zorgcoördinatie in de praktijk te brengen¹. Deze interventies kunnen ook over meerdere functies gaan. Hieronder staan de interventies schematisch weergegeven. De precieze invulling van de interventies kan per pilot verschillen.



1) Voor meer informatie over welke pilots welke interventies hebben toegepast, zie pagina 17 en de Bijlage.

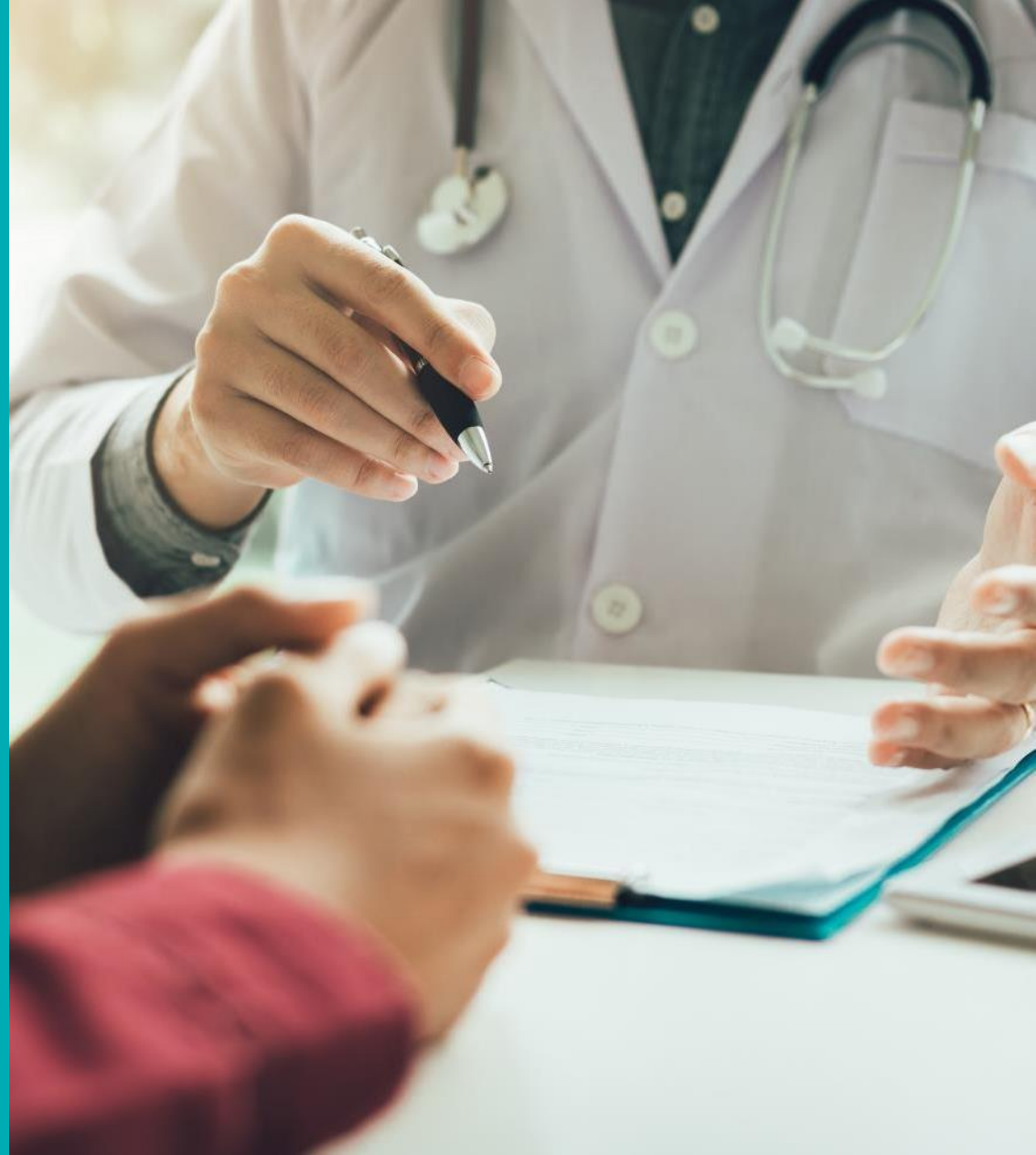
De meeste pilots focussen zich op interventies die voorwaardelijk lijken voor een ZCC

Zie Bijlage voor meer details per interventie

| | Fysiek | | | | | | Virtueel | | Specifieke vorm | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| | Brabant | IJsselland | Midden-NL | Twente | ZH-Noord | Rotterdam | Gelderland | Flevoland | Noord-NL | ZH-Zuid | |
| A 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"/> | losse interventie |
| 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"/> | |
| C 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"/> | Voorwaardelijk voor ZCC |
| D Virtuele verbinding met ketenpartners | <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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| E 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"/> | |
| F 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"/> | |
| G Inzet van regie-arts 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"/> | |
| H 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 type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| I 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"/> | Optioneel voor ZCC |
| J 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"/> | |
| K 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"/> | |
| L 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"/> | Losse interventie |
| M 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

Bevindingen



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 én kwantitatief onderbouwen

Tussenstand



Waar staan we halverwege de looptijd van de pilots?

Er is vorm en inhoud gegeven aan zorgcoördinatie en dit is in de praktijk beproefd, waarmee is aangetoond dat zorgcoördinatie mogelijk is.

De pilots hebben geleid tot leerzame inzichten, waarbij deze lessen waar mogelijk lokaal direct zijn toegepast om bij te sturen.

Zorgcoördinatie kon tot nu toe niet virtueel worden ingericht, door de grote afhankelijk van nog te ontwikkelen ICT-systemen

De praktijk laat zien dat het veel tijd en energie vraagt om gezamenlijke zorgcoördinatie te starten, de juiste afspraken te maken en tot een gezamenlijke werkwijze te komen. Die moeite werd wel beloond met meer draagvlak en motivatie om zorgcoördinatie in de regio te realiseren.

De uitdagende context waarin de pilots opereren benadrukt de urgentie voor samenwerking. Bijvoorbeeld gezien de personeelskrapte bij alle ketenpartners.

Het bleek lastig om kwantitatief aan te tonen of de pilots een positief effect hebben.

Ondersteuning LMS aan pilotregio's is gerealiseerd.

De pilots geven aan dat er randvoorwaarden ingevuld moeten worden om zorgcoördinatie structureel in te kunnen bedden in het (acute) zorglandschap.

Algemeen beeld programma halverwege

Goed neerzetten van de basis vraagt tijd en energie

Alle pilots zijn na goedkeuring van het pilotplan met enthousiasme en grote inzet aan de slag gegaan. De eerste periode stond in het teken van het vormgeven van de samenwerking, het uitwerken en implementeren van de onderliggende werkprocessen en het organiseren van de randvoorwaarden om daadwerkelijk zorg te kunnen coördineren. Voorbeelden zijn het aantrekken en opleiden van medewerkers, het regelen van de locatie en facilitaire zaken en het zorgdragen voor de vereiste techniek en ICT.

Al snel werd duidelijk dat de kern van zorgcoördinatie ligt bij het goed neerzetten van de basis, van waaruit de zorg gezamenlijk gecoördineerd kan worden. Dit proces heeft dan ook langer geduurd dan verwacht. Het vraagt namelijk denkkracht en afstemming over de (beoogde) uitkomsten, waarbij diverse partijen en mensen betrokken zijn. Dit maakt dit proces ook waardevol. Het toont aan op hoeveel facetten samengewerkt kan worden, maar ook hoeveel inspanning het kost om dit naar de praktijk te vertalen. De impact die dit heeft op bestaande systemen en structuren, zorgt voor een uitdagende dynamiek.

De praktijk bleek weerbarstig en urgentie zorgcoördinatie neemt toe

De praktijk bleek weerbarstig en gedurende de looptijd van het programma werden de pilots geconfronteerd met diverse (externe) uitdagingen die samenwerking bemoeilijkten. Zo zorgde COVID voor vertraging vanwege andere prioriteiten, leidde arbeidsmarktkrapte tot terugtrekkende beweging bij ketenpartners en had de afhankelijkheid van externe (IT-)leveranciers en het niet nakomen van afspraken door deze leveranciers als gevolg dat pilots geen voortgang konden maken.

Deze ontwikkelingen, de na-effecten zoals ziekteverzuim en vertrek van personeel in combinatie met de toenemende zorgvraag benadrukken tegelijkertijd het belang van samenwerking in de zorg en de behoefte aan goede (capaciteit)informatie. De urgentie om dit te beter te organiseren neemt dus toe.











COVID heeft ook laten zien aan dat zorgcoördinatie (bijv. door het RCPS/LCPS) in tijden van schaarste voordelen kan opleveren, zowel voor de inzet van zorgcapaciteit, als de inzet van mensen en middelen. En personeel in de acute zorg is nu zo schaars, dat het de vraag is of dit überhaupt nog binnen de muren van de eigen organisatie opgelost kan worden. Vanuit deze visie kan gesteld worden dat het inzetten op gezamenlijke zorgcoördinatie een onmisbare factor is om de druk op de zorg het hoofd te blijven bieden.

Dat de mogelijke toegevoegde waarde van zorgcoördinatie onderkend wordt zien we ook in andere regio's. Verschillende partijen hebben al contact gelegd om gebruik te maken van de kennis en ervaring die bij de pilots is opgedaan.

Van verbeteren prestaties ambulancezorg naar focus op hele keten

Als gevolg van deze ontwikkelingen is het beoogde effect van de pilots langzamerhand veranderd. Dit beoogde effect lag bij de start van het programma vooral op het verbeteren van de prestaties van de ambulancezorg, passend bij de doelen van het Actieplan Ambulancezorg. Mede vanwege de hier beschreven veranderende context en toenemende urgentie is de scope tussentijds verbreed naar het verbeteren van de samenwerking binnen de gehele acute zorgketen.

De meeste pilots zijn gestart, bij diverse pilots bleef de realisatie in uren achter bij de planning

| | Start en looptijd zorgcoördinatie ¹ | Gemaakte piloturen ² | | Start en looptijd zorgcoördinatie ¹ | Gemaakte piloturen ¹ |
|--|--|--|--|---|--|
|  Brabant | Juni 2021 t/m Q2 2022 | In het begin van de pilotperiode door uitwijk van MKA naar andere regio enkele weken niet volledig volgens plan kunnen draaien. Dit komt neer op 95% van de geplande uren. |  Rotterdam-Rijnmond | Maart 2021 – Maart 2022 | T/m september 56 dagen gedraaid (8u - 16u). Minder dan gepland (6 dagen gesloten, geen avond en weekend). Pilot tijdelijk on hold van sept- nov. i.v.m. personele problemen en overnemen MKA andere regio. In december herstart van versie 2.0. |
|  IJsselland | Oktober 2020 – eind 2022 | 50% van de diensten kunnen bezetten. Pilot niet in volle omvang kunnen draaien door gemis van C2000 voorzieningen. |  Gelderland | Pilot nog in voorbereiding | Vertraagde start en nog in opstartfase. Streven is om begin 2022 te starten met zorgcoördinatie maar afhankelijk van de technische mogelijkheden. |
|  Midden-Nederland | juni 2020 – eind 2022 | Het ZCC-MNL is 7 dagen per week geopend. Zorgcoördinatie tijdelijk verblijf is ook in de avonduren bereikbaar. In het weekend zijn alle disciplines vertegenwoordigd |  Flevoland | Oktober 2021 – Eind 2022 | Gestart met diensten op zaterdag en zondag tussen 9.00 en 17.00u in Almere. Plan was om dit in alle ANW uren te doen. Inmiddels één weekend gedraaid en nog op zoek naar een wijkverpleegkundige. In regio Lelystad en NOP moeizame samenwerking met VVT-organisaties. |
|  Twente | Oktober 2020 – eind 2022 | 50% van de geplande diensten zijn gemaakt. Personeelstekorten bij alle betrokken partijen. Daarnaast pilot niet in volle omvang kunnen draaien door gemis C2000 voorzieningen. |  Noord-Nederland | Pilot nog in voorbereiding | Nu gestart met inhoudelijk uitwerken van ingangsklachten en van daaruit behoefte van regio in kaart te brengen. Streven is om begin 2022 te starten met zorgcoördinatie (fysiek of virtueel). |
|  Zuid-Holland Noord | Eind 2020 – juni 2022 | In het projectplan is uitgegaan van 7 dagen per week, maar door COVID en personeelskrapte zijn ~35% van de oorspronkelijk geplande uren gemaakt. |  Zuid-Holland-Zuid | September 2020 – november 2021 (reeds afgerond) | Alle geplande diensten kunnen draaien. Op een enkele uitzondering na vanwege ziekte of capaciteitsproblemen, maar dit is verwaarloosbaar |

1) Gerekend vanaf het moment dat er daadwerkelijk sprake is van gezamenlijke zorgcoördinatie
2) Status begin november 2021

 Er is sprake van gezamenlijke zorgcoördinatie; X% van geplande uren is gerealiseerd

 Pilot nog in voorbereidende fase (de pilot is niet live: er wordt nog geen zorg gecoördineerd)

Tussenstand t.a.v. doel 1:



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

De pilots hebben vorm en inhoud gegeven aan de vijf functies van zorgcoördinatie en dit in de praktijk beproefd.

De pilots hebben aangetoond dat het mogelijk is om (in verschillende vorm en mate) de acute zorg in de regio gezamenlijk te coördineren.

Zorgcoördinatie heeft vorm en inhoud gekregen, eerste uitkomsten positief (1/2)

Zie Bijlage voor meer details per interventie

| | | | |
|-------------------------|--|---|--|
| losse interventie | A Zelftriage via digitale applicatie | ● | Voor deze interventie wordt gebruik gemaakt van de applicatie www.moetiknaardedokter.nl . Onderzoek naar de toegevoegde waarde van deze applicatie vindt ook buiten dit programma plaats, door de ontwikkelaars van deze applicatie. Binnen de pilot in Brabant zijn de eerste geluiden positief. Het lijkt de werkdruk bij de HA(P) te verminderen. De regio krijgt meer duidelijkheid hoe zelftriage goed vorm te geven en uit te rollen. Deze interventie kan door iedere HAP worden ingezet, ook buiten de context van een ZCC. |
| | B Terugbelfunctie na digitale zelftriage | ● | 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. Deze interventie kan door iedere HAP worden ingezet, ook buiten de context van een ZCC. Voor de regio levert dit interessante inzichten op, namelijk hoe het in de regio het best toegepast kan worden. |
| Voorwaardelijk voor ZCC | C Multidisciplinaire werkplekken op één fysieke locatie | ● | Fysiek bij elkaar zitten biedt laagdrempelig de mogelijkheid om elkaar tijdig te betrekken en daardoor van elkaar te leren. Partijen hebben beter begrip van elkaars (lange termijn) wensen en behoeften en voeren op basis daarvan gezamenlijk verbeteringen door. Partijen maken ook beter gebruik van elkaars (schaarse) capaciteit. Hieruit is ook de wens voor een multidisciplinaire triagist ontstaan. Er is nog geen eenduidig beeld of het situeren van het ZCC bij de HAP, MKA of andere ketenpartij de voorkeur heeft. Men denkt ook dat dit afhankelijk is van de regionale situatie. |
| | D Virtuele verbinding met ketenpartners | ○ | Er kan nog geen oordeel worden gevormd over het succes van een virtuele verbinding tussen ketenpartners. Dit komt doordat deze interventie door de grote aanlooptijd nog niet in de praktijk is gebracht. Tot nu toe blijkt dat deze 'virtuele' samenwerkingsvorm afhankelijk is van een goede voorbereiding (goed neerzetten en bestendigen van de basis voor samenwerking), informatievoorziening en het kunnen delen van patiëntgegevens. Dit creëert daarmee afhankelijkheid van externe partijen. |
| | E Ontwikkelen ketenbrede zorgpaden | ● | Het samen ontwikkelen en verbeteren van de zorgpaden vanuit het ZCC zorgt ervoor dat deze aansluiten bij de belevingswereld van de zorgprofessionals. Regio's pakken dit op door ingangsklachten uit te werken naar nieuwe triagepaden en deze zorgpaden vervolgens te vertalen naar formele werkprocessen en protocollen. Het aanscherpen van de zorgpaden wordt bemoeilijkt door doorwerking naar bestaande systemen en structuren, zoals bekostiging, protocollen en praktische randvoorwaarden. Het werken met verschillende triagesystemen wordt op de werkvloer ook als belangrijk knelpunt ervaren, omdat hierdoor geen uniforme zorginzet bereikt wordt. |
| | F Gezamenlijke operationele werkprocessen | ● | Het creëren van draagvlak en begrip van elkaars werkzaamheden op verschillende niveaus is essentieel. Het ontbreken hiervan leidt ertoe dat het beoogde resultaat niet of onvoldoende (snel) wordt gerealiseerd. De (extra) tijd die dit de pilots heeft gekost onderschrijft deze noodzaak. Voorbeelden zijn dagelijks (de-)briefing overleg, bespreken van casuïstiek, ZCC-triagistenoverleg, gezamenlijke PDCA-cyclus, kennissessies, onderlinge stages en periodieke overleggen op operationeel, tactisch en strategisch niveau. Dit klinkt als een open deur, maar dit moet niet worden onderschat. |
| | G Inzet van regie-arts voor multidisciplinaire triage | ● | Een regie-arts is in staat ketenoverstijgend te denken en besluiten te nemen. Dit draagt bij aan nieuwe inzichten en vruchtbare discussies tussen ketenpartijen. Hiermee vormt het een belangrijke basis voor de aanscherping van werkprocessen en zorgpaden. Inzet van een regie-arts blijkt goed te werken als er sprake is van een fysiek ZCC, er een vaste artsenpoule is en de regie-arts wordt ingezet voor complexe casuïstiek. De inzet van een regie-arts bij een 'virtuele' manier van werken is niet onderzocht. |

Zorgcoördinatie heeft vorm en inhoud gekregen, eerste uitkomsten positief (2/2)

Zie Bijlage voor meer details per interventie

| | | | |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|
| Voorwaardelijk voor ZCC | H Ketenbrede opleiding/training medewerkers | <input type="radio"/> | Een ontwikkeling van de training rond triagesystemen HAP/MKA (Rijnmond en Brabant) is afgerond en wordt gebruikt. Dit initiatief is positief ontvangen door medewerkers. Voor de groep HAP triagisten is dit ook een mooi loopbaanperspectief. Er is belangstelling van andere regio's om de training ook te gebruiken. Er worden ook verkennende stappen gezet voor een ketenbrede opleiding tot multidisciplinair triagist (IJsselland werft al ZCC-triagisten). Dit voert verder dan de huidige scope van de pilots. Mede omdat deze opleiding afhankelijk is van de inrichtingskeuzes die nog moeten worden gemaakt. |
| | I Eén nummer/ loket voor acute zorgvragen VVT | <input checked="" type="radio"/> | Door één aanspreekpunt wordt het inzetten van thuiszorg/acute wijkverpleging voor zowel patiënten als andere zorgpartners laagdrempeliger. Pilots geven aan te merken dat het aantal thuiszorginzetten daardoor toeneemt, waardoor (onnodige) acute huisartsenzorg kan worden voorkomen. Daarnaast ervaren zorgpartners minder administratieve last en werkdruk. |
| Optioneel voor ZCC | J Eén nummer / loket voor regie vervolgzorg V&V | <input checked="" type="radio"/> | Regie vervolgzorg is eigenlijk geen onderdeel van de acute zorg; echter, door dit goed te organiseren kun je wel meldingen bij de acute zorg voorkomen. Door één nummer te gebruiken voor de zorgaanbieders (Huisarts, HAP, SEH) die een bed zoeken, wordt het makkelijker om de regie te houden over waar een patiënt vervolgzorg krijgt. Verwijzers geven aan tijd te besparen door dit te beleggen bij het ZCC. Het goed regelen van de informatievoorziening en governance is een aandachtspunt. Het creëren van één loket biedt ook inspiratie voor het toevoegen van nieuwe diensten. |
| | K Gezamenlijke aanname van telefonie MKA en HAP | <input type="radio"/> | Doel is het ontlasten van acute zorg door het wegfilteren van niet-levensbedreigende meldingen en met minder personeel hetzelfde te doen. In Brabant wordt de doorschakeling van de spoedlijn HAP naar de MKA voorzien per 1 januari. Deze interventie raakt aan de domeindiscussie over werkzaamheden van de HAP, huisarts en MKA. Deze discussie dient nog verder te worden gevoerd. |
| losse interventie | L Gezamenlijke fysieke triage SEH/HAP | <input type="radio"/> | Doel is patiënten die binnenkomen bij de HAP/SEH de best passende zorg te bieden (first-time-right principe) en daarmee de SEH/HAP te ontlasten van onjuiste patiënt presentaties. Door COVID en daardoor minder spontane bezoeken is minder ervaring opgedaan dan verwacht. |
| | M Inzet Rapid HAG | <input checked="" type="radio"/> | Betreft de inzet van een ambulancezorgprofessional die in afstemming acute zorgvragen overneemt van de HAP. De inzet van een aanvullende gespecialiseerde ambulanceprofessional, 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. Patiënten zijn tevreden over de Rapid HAG en waarden de geleverde zorg met een rapportcijfer 9. |

Voorbeelden uit de praktijk



Midden-Nederland:

“Regionale zorgcoördinatie vanuit het ZCC-MNL heeft in COVID-19 tijden haar nut en noodzaak bewezen voor onze ROAZ-regio Midden-Nederland. Met de toenemende krapte qua zorgprofessionals is versterkte samenwerking in een ZCC concept het nieuwe normaal.”



Zuid-Holland-Zuid (Rapid HAG):

“De huisarts wil uiteraard voorkomen dat de patiënt risico loopt. Tegelijk willen we met z’n allen óók voorkomen dat ambulances onnodig op pad moeten, vaak resulterend in een kostbaar ziekenhuisbezoek. We combineren nu samen het beste van twee werelden.”



Flevoland:

“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, maar de wijkverpleegkundige zorgcoördinatie is ter plaatse gegaan en heeft i.s.m. de regiearts de familie gerustgesteld en medicatie voorgeschreven tegen misselijkheid. Hierdoor kon presentatie op de SEH en inzet HAP worden voorkomen.”



IJsselland / Twente:

“Door goed af te stemmen was er direct informatie beschikbaar over de achtergrond. De spoed-wijkzorg heeft thuiszorg geleverd, voorzieningen geregeld en met de familie gesproken. Mevrouw is de volgende dag thuis in alle rust overleden. De ambulance was ondertussen beschikbaar voor een andere acute zorgvraag.”



Rotterdam-Rijnmond:

“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 tijdwinst op voor zowel de ambulance als patiënt.”

Tussenstand t.a.v. doel 2:



Leren van inzichten en op basis hiervan verbeteren

Tijdens de pilots hebben de regio's geleerd dat een laagdrempelige start, een gezamenlijke werkwijze en een goede veranderkundige aanpak helpt bij opzet en uitvoering van de pilot. Deze lessen zijn vervolgens direct toegepast om te verbeteren, bij te sturen en nieuwe activiteiten toe te voegen.

De invloed van COVID-19, arbeidsmarktkrapte en moeizame samenwerking met technische partners hebben invloed uitgeoefend op de pilots, waardoor pilots moeilijk van de grond kwamen. Tegelijkertijd zien de pilots ook dat zorgcoördinatie een oplossing kan bieden voor met name de arbeidsmarktkrapte.

De opgedane inzichten leiden tot aandachtspunten om mee te nemen bij de uitvoering en mogelijke uitrol van zorgcoördinatie.

Verder bleken er bepaalde randvoorwaarden die op regionaal en soms landelijk niveau moeten worden ingevuld. Ofwel om de pilots succesvoller te laten zijn, ofwel nodig zijn om zorgcoördinatie op termijn in te bedden in het (acute) zorglandschap.

Geleerde lessen en aandachtspunten



Wat helpt bij de uitrol en uitvoering van zorgcoördinatie?

Start laagdrempelig. Begin gewoon en stuur bij op basis van eerste lessen en uitkomsten en verbeter het proces dus iteratief.

Voorbeeld uit een pilot: de living-lab benadering, waarbij iteratief wordt bijgestuurd en nieuwe activiteiten worden toegevoegd, zorgt voor een continu verbeterproces, waardoor uiteindelijk sneller stappen worden gemaakt.

Kies voor een gezamenlijke werkwijze. Leer elkaar kennen en probeer processen te begrijpen. Loop mee met professionals van betrokken partijen en pas werkprocessen o.b.v. deze inzichten aan.

Voorbeeld uit een pilot: MKA en HAP medewerkers lopen "stage" bij elkaar om keten expertise en wederzijds begrip en respect te creëren.

Zie het als een verandertraject. Waarbij zowel individuele medewerkers als ketenpartners (op alle niveaus) betrokken en meegenomen worden.

Voorbeeld uit een pilot: triagisten van de HAP die nog fysiek op de HAP werken vinden het lastiger om vanuit ZCC werk te doen dan triagisten die al niet meer fysiek op de HAP werkzaam zijn.



Wat zijn aandachtspunten om rekening mee te houden?

Onderschat de complexiteit en tijdsinvestering niet. Bijvoorbeeld voor het vormen van een netwerk met de verschillende ketenpartners, zorgpaden afstemmen, verschil in triagesystemen.

Voorbeeld uit een pilot: ketenpartners die voor de pilot al intensief samenwerkten konden sneller van start met zorgcoördinatie dan pilots die vanaf nul moesten beginnen.

Afhankelijkheid van individuele medewerkers. Ondanks duidelijke rol- en taakverdeling is er afhankelijkheid van inzet en medewerking van individuele medewerkers.

Voorbeeld uit een pilot: door wisselende diensten op bijv. de HAP waren we afhankelijk van de huisartsen die op dat moment dienst hebben en de mate waarin zij het concept snappen en omarmen.

Continue aandacht voor dataverzameling en kwantitatieve resultaten. Meten van toegevoegde waarde of kostenbesparing is lastig door o.a. gebrek aan data en het moeilijk koppelen van databronnen. Uiteindelijk levert het wel veel op.

Voorbeeld uit een pilot: het inregelen van de data-verzameling voor KPI's kostte tijd en energie, maar de uitkomsten helpen ons bij het verbeteren van het proces en de gesprekken met ketenpartners.

Aandacht voor (praktische) benodigheden bij de betrokken partijen. Zijn de juiste mensen en middelen en (IT-)systemen aanwezig om zorgcoördinatie optimaal in te richten?

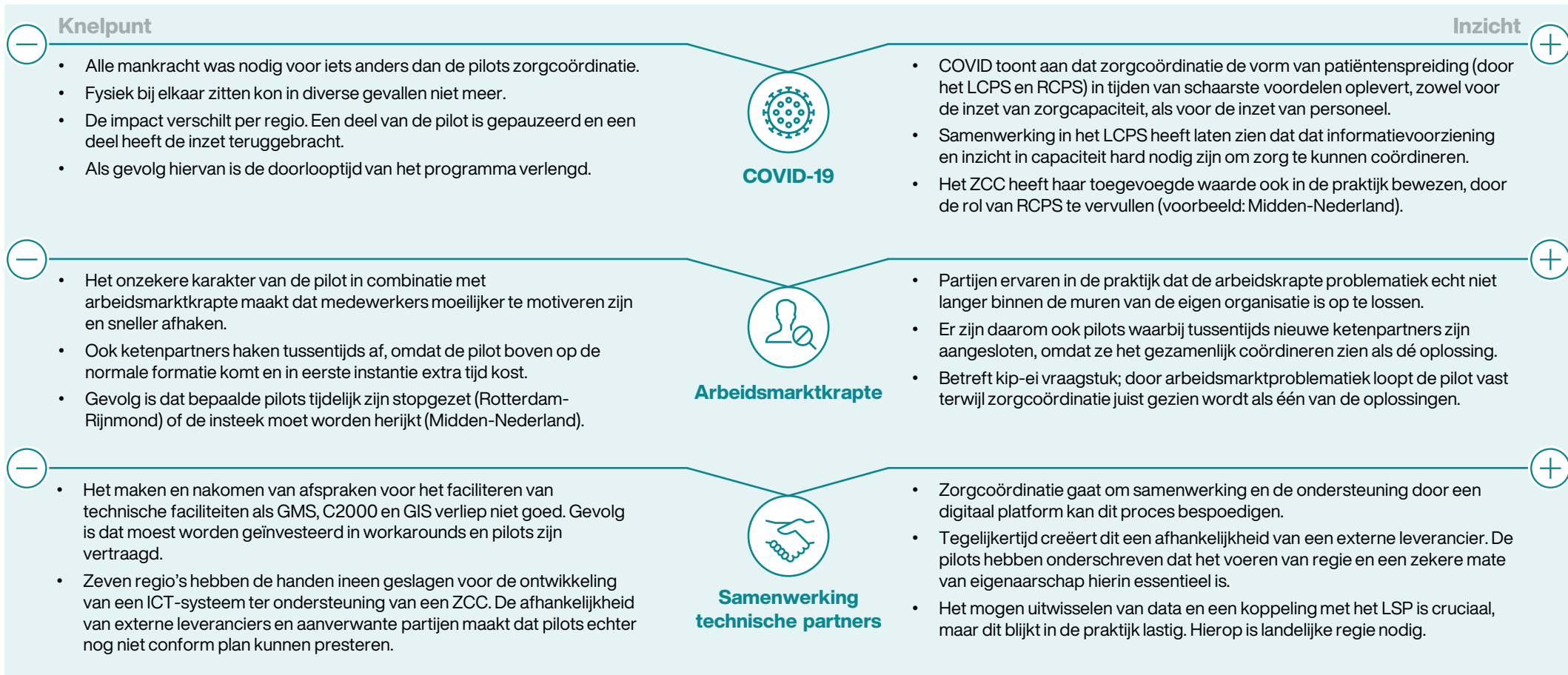
Voorbeeld uit een pilot: de wijkverpleegkundigen willen voor de pilot een deel van de katheterzorg overnemen, maar beschikken hiervoor niet over de juiste praktische middelen. Maar ook het virtuele ZCC dat zonder systeem niet kan starten.



Dit zijn ogenschijnlijk generieke constatering en aandachtspunten, maar deze punten blijken kritisch voor het succes van de pilots. Het invullen ervan heeft meer tijd gekost dan voorzien. Kortom, deze geleerde lessen moeten niet worden onderschat.

Uitdagende context van de pilots leidde tot knelpunten maar ook inzichten

Gedurende het programma was sprake van factoren die de loop van de pilots hebben beïnvloed en tegelijkertijd belangrijke lessen vormen die het belang van samenwerking in de acute zorg onderstrepen.



Noodzakelijke randvoorwaarden voor structurele inbedding zorgcoördinatiecentrum

De pilots hebben gedurende de looptijd laten zien hoe invulling kan worden gegeven aan de functies van zorgcoördinatie en het inrichten van de diverse interventies. Bij de uitvoering hiervan zijn de nodige obstakels naar voren gekomen, die vertaald kunnen worden naar randvoorwaarden die bepalend zijn voor het succes van zorgcoördinatie.

De pilots geven aan dat voor deze randvoorwaarden geldt dat regionale en/of landelijke partijen hier perspectief op moeten geven. Anders ontbreekt een belangrijke basis voor partijen om in de toekomst structureel aan de slag te gaan met zorgcoördinatie in de regio.

Deze randvoorwaarden hangen nauw met elkaar samen. Zo is de succesvolle ontwikkeling en implementatie van een ZCC-applicatie afhankelijk van het kunnen en mogen delen van gegevens en hangt de samenwerkingsvorm af van de gekozen schaal. Kortom, de genoemde randvoorwaarden moet in samenhang worden gezien.

Voor de precieze invulling van deze randvoorwaarden geldt dat de details en prioritering nog verder uitgewerkt moeten worden. Dat is een eerste stap, waar tijdig mee moet worden gestart.

Regionaal of landelijk



Governance

Welke samenwerkingsvorm is nodig om zorgcoördinatie duurzaam te organiseren en aansprakelijkheden te regelen?



Schaal

Op welk niveau en welke schaal wordt zorgcoördinatie georganiseerd en hoe verhoudt het zich tot andere (regionale) structuren?

Landelijk



Bekostiging en financiering

Wat is er nodig om regionale zorgcoördinatie structureel te bekostigen en hoe dit passend te financieren?



Opleiding en training

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?



Delen van gegevens

Welke data en patiëntgegevens moeten inzichtelijk zijn en gedeeld kunnen worden om optimaal samen te kunnen werken?



Operationele systemen

Wat zijn de functionele en technische vereisten voor benodigde operationele en informatiesystemen en hoe sluit dit aan bij bestaande werkprocessen, (triage-)systemen en lopende initiatieven?



Technische infrastructuur

Welke technische & IT-infrastructuur is nodig om zorgcoördinatie te realiseren? En hoe de risico's m.b.t. afhankelijkheid van externe leveranciers te mitigeren?

Tussenstand t.a.v. doel 3:



Toegevoegde waarde kwalitatief én kwantitatief onderbouwen

Kwalitatief zijn er positieve resultaten behaald: de pilots zijn vrijwel unaniem tevreden over de intensievere samenwerking met hun ketenpartners. Er is veel geleerd over elkaars werkwijze en competenties. Daardoor is duidelijker wie wat in de regio kan oppakken en wanneer het zinvol is om een patiënt met een specifieke zorgvraag naar een ketenpartner te verwijzen.

Het bleek echter lastig om ook kwantitatief aan te tonen of de pilots een positief effect hebben. Het verzamelen van de juiste data en het kunnen interpreteren en isoleren van de kwantitatieve gegevens die echt iets zeggen over de toegepaste interventies is uitdagend, omdat draagvlak regelmatig ontbreekt, ontsluiten van gegevens niet goed lukt en er aan andere zaken prioriteit werd gegeven. Ook is het lastig om een correlatie te leggen tussen een KPI en een interventie. Slechts één pilot heeft kwantitatieve resultaten die het effect van de interventies laten zien.

Er is perspectief op meer kwantitatieve onderbouwing in de tweede helft van de looptijd van de pilots.

Kwantitatieve onderbouwing ontbreekt nog

Het onderbouwen van de inzichten en de kwantitatieve toegevoegde waarde van zorgcoördinatie ontbreekt nog. Dit heeft verschillende oorzaken:

Data verzameling complex

Veel van de benodigde data was nieuw en bij de start van de pilot niet beschikbaar. Het registreren, ophalen en combineren van data afkomstig van verschillende bronnen en partijen moest na de start worden ingeregeld. Dit kostte meer tijd dan voorzien. Onder andere omdat de medewerking van medewerkers en ketenpartners nodig was en data niet 1-op-1 gekoppeld kon worden.

Effect van interventie moeilijk te isoleren

De eerste maanden van de pilot stonden in het teken van het vorm en inhoud geven en beproeven van zorgcoördinatie in de praktijk en het organiseren en bestendigen van de samenwerking. Dit is een iteratief verbeterproces, waardoor het effect van een bepaalde interventie niet kan worden geïsoleerd en niet kan worden gekoppeld aan een bepaalde uitkomst.

Invloed andere factoren

De kwantitatieve resultaten worden ook beïnvloed door factoren die buiten de pilots liggen. Zo heeft COVID een impact gehad op de beschikbaarheid van vervoerscapaciteit en daarmee de prestatienorm en EHG. En zo zijn er ook andere factoren die deze KPI's beïnvloeden. Dit maakt het voor sommige KPI's een uitdaging om te bewijzen dat een bepaalde fluctuatie de resultante is van de toegepaste interventie.

Insteek KPI's gewijzigd

De KPI's uit het initiële projectplan van de pilots sloten soms niet meer aan op de insteek van de pilot. Dit veranderde ook gedurende de pilot, als gevolg van het iteratieve leer- en verbeterproces. Gevolg is dat KPI's zijn bijgesteld en het meten en verzamelen later is opgestart.

De KPI's hadden in het begin vooral als doel om aan te tonen dat zorgcoördinatie leidt tot betere of meer doelmatige zorg. Nu worden ze ook ingezet als middel om het gezamenlijk coördineren van zorg te optimaliseren. Dit maakt ook dat er meer behoefte is aan KPI's die recht doen aan de samenwerking in de hele acute zorgketen.

Ten aanzien van de landelijke KPI's (uit het Actieplan Ambulancezorg) is er behoefte aan KPI's die betere aantonen dat zorgcoördinatie bijdraagt aan betere kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg.

Gebrek aan prioriteit

Los van praktische oorzaken, was er bij het meten van KPI's ook sprake van een gebrek aan motivatie en prioriteit. Bijvoorbeeld omdat pilots hun handen vol hadden aan het opzetten van de pilot, het inrichten van de werkprocessen, het oplossen van knelpunten en de uitdagende externe context. Soms waren deze knelpunten dusdanig groot, dat het meten van KPI's zelfs tot frustratie leidde. Een andere reden is ook dat de toegevoegde waarde van het meten van KPI's in het begin onvoldoende werd erkend en daarom te weinig prioriteit heeft gekregen.

Intentie is er wel

Positief is dat gedurende de looptijd, pilots de toegevoegde waarde van het meten van KPI's meer zijn gaan (h)erkennen. Vooral omdat het helpt bij het evalueren en verbeteren van processen en omdat het goede input is voor de gesprekken met ketenpartners. Nu de pilots wat langer bezig zijn, verwachten ze het meten van KPI's meer prioriteit te kunnen geven.

Wanneer verwachten we kwantitatieve onderbouwing per interventie

De pilots zijn gevraagd om aan te geven per wanneer ze verwachten de toegevoegde waarde van de interventies te kunnen onderbouwen met kwantitatieve resultaten. De samenvatting hiervan staat in de tabel rechts.

Met name voor de interventies die van toepassing zijn op een zorgcoördinatiecentrum (voorwaardelijk of optioneel¹⁾) geldt dat hier geen aparte KPI's aan gekoppeld zijn. In andere woorden, de KPI's richten zich niet op één interventie, maar gaan over de toepassing van meerdere functies en/of interventies tegelijkertijd. Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar KPI's zoals de tevredenheid van de patiënt, zorgprofessional, kwaliteit van zorg, ketensamenwerking en/of doelmatigheid.

Bijvoorbeeld:

Tevredenheid patiënt

- > 85 % van de patiënten is tevreden over de inzet van de vervolgzorg

Tevredenheid zorgprofessional

- > 75 % van de zorgprofessionals is van mening dat het ZCC bijdraagt aan de kwaliteit van zorg

Kwaliteit zorg

- Wachttijden deelnemende partners verbeteren met >2%
- Responstijden deelnemende partners verbeteren met >2%

Ketensamenwerking

- > 85 % van de patiënten is tevreden over de inzet van de vervolgzorg
- Niveau van integratie is gestegen van 1 (segregatie) naar 3 (coördinatie)

Doelmatigheid

- Het aantal benodigde FTE voor aanname/triage is gedaald met 6 FTE
- > 85% van de verwijzers ervaart vanaf de start tijd te besparen

Wanneer zijn er kwantitatieve resultaten?³

| | Huidig | Juni '22 | Dec '22 |
|---|-----------------|----------|----------|
| A Zelftriage via digitale applicatie | Nee | Ja | Ja |
| B Terugbelfunctie na digitale zelftriage | Nee | Ja | Ja |
| C Multidisciplinaire werkplekken op één fysieke locatie | Nee | Ja | Ja |
| D Virtuele verbinding met ketenpartners | Nee | Ja | Ja |
| E Ontwikkelen ketenbrede zorgpaden | Nee | Ja | Ja |
| F Gezamenlijke operationele werkprocessen | Nee | Ja | Ja |
| G Inzet van regie-arts voor multidisciplinaire triage | Nee | Ja | Ja |
| H Ketenbrede opleiding/training voor medewerkers | Nee | Ja | Ja |
| I Eén nummer / loket voor acute zorgvragen VVT | Nee | Ja | Ja |
| J Eén nummer / loket voor regie vervolgzorg V&V | Ja | Ja | Ja |
| K Gezamenlijke aanname van telefonie MKA en HAP | Nee | Nee | Ja |
| L Verrijkte triage - Gezamenlijke fysieke triage SEH/HAP | Nee | Nee | Ja |
| M Inzet Rapid HAG | Ja ² | afgerond | afgerond |

1) Zie pagina 17

2) Hierbij geldt de kanttekening dat het in de huidige setting wel is gelukt om kwantitatieve gegevens te verkrijgen. Of dit direct leidt tot een reductie van het aantal A1-ritten vanuit de HAP kan binnen de proeftuin niet worden aangetoond.

3) Indien één of meerdere pilots hebben aangegeven over een (half) jaar wel kwantitatieve onderbouwing te hebben. w

De resultaten op de landelijke KPI's

Nog niet alle pilots hebben resultaten over de landelijke KPI's. Dit komt omdat de pilot nog niet of pas net is gestart (zie pagina 21), of omdat de aanlevering onvolledig is. Bijvoorbeeld omdat de regio van mening is dat de KPI niet te relateren is aan het effect van de pilot. De resultaten op de landelijke KPI's die wel zijn aangeleverd laten geen eenduidig beeld zien. De regio's geven daarbij aan dat het aantal inzetten in het kader van zorgcoördinatie te klein is om de fluctuaties in de landelijke KPI's te kunnen verklaren. Tevens is er sprake reguliere seizoenseffecten. Kortom, pilots geven aan dat het effect op deze KPI's niet sec toe te schrijven is aan zorgcoördinatie. Op basis van deze resultaten kan dus niet worden aangetoond wat het effect van de pilots is op de prestaties van de ambulancezorg en de daarvan afgeleide landelijke KPI's. De KPI's lijken in de praktijk minder zinvol dat aan het begin voorzien.

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| Responstijd % | % A1-ritten dat binnen 15-minuten ter plaatse is | <ul style="list-style-type: none"> Bij 3 pilots is het responstijd % sinds de 0-meting verbeterd. Bij 2 pilots nam dit percentage af. Bij 5 pilots ontbreken deze gegevens. |
| Mediane Responstijd | Mediane responsetijd van A1-inzetten (in minuten) | <ul style="list-style-type: none"> Bij 3 pilots is de mediane responstijd sinds de 0-meting verbeterd. Bij 1 pilot nam de mediane responstijd toe. Bij 1 pilot bleef dit gelijk. Bij 5 pilots ontbreken deze gegevens. |
| # EHG | Effect op het aantal EHG ritten door de pilot (A1 + A2) | <ul style="list-style-type: none"> Bij 2 pilots nam het aantal EHG-ritten sinds de 0-meting af. Bij 4 regio's nam dit aantal toe. Bij 4 pilots ontbreken deze gegevens. |
| % EHG | Aantal EHG ritten t.o.v. totaal aantal spoedritten door de pilot (A1 + A2) | <ul style="list-style-type: none"> Bij 2 pilots is het % EHG sinds de 0-meting verbeterd. Bij 4 pilots nam dit percentage toe. Bij 4 pilots ontbreken deze gegevens. |
| Integratiemeter | Meetinstrument ontwikkeld om de mate van samenwerking tussen ketenpartners te meten | Ketenpartners vullen deze vragenlijst meerdere malen in gedurende de looptijd van de pilot. Zodat aan het einde van de looptijd kan worden beoordeeld of er een verbetering is. De vragenlijst is nog niet vaak genoeg ingevuld om over de resultaten een uitspraak te kunnen doen. |
| ICT-implémentatiemeter | Mate waarin informatie op gestandaardiseerde wijze tussen partijen wordt ontvangen en gedeeld | Pilots vullen deze vragenlijst in aan het begin en het einde, zodat aan het einde van de looptijd kan worden beoordeeld of er een verbetering is. |

4

Conclusies en aanbevelingen



Conclusies ten aanzien van de drie doelstellingen van het programma

1



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



- Zorgcoördinatie is mogelijk en de vijf functies bieden een goede structuur om hier vorm en inhoud aan te geven.
- Zorgcoördinatie kan fysiek worden ingericht of in beperktere vorm op basis van een specifieke interventie.
- Zorgcoördinatie kon tot nu toe niet virtueel worden ingericht, door de grote afhankelijkheid van nog te ontwikkelen ICT-systemen.
- De onzekere status van zorgcoördinatie (als pilot) in de regio en hoge werkdruk maakt dat partijen zich terugtrekken, terwijl ze eigenlijk enthousiast zijn.

2



Leren van inzichten en op basis hiervan verbeteren



- Een living-lab benadering waarbij iteratief verbeterd wordt, werkt het best.
- De uitdagende context waarin de pilots opereerden benadrukt de urgentie voor samenwerking.
- Succesvolle implementatie kan alleen als aan bepaalde randvoorwaarden structureel invulling wordt gegeven.

3



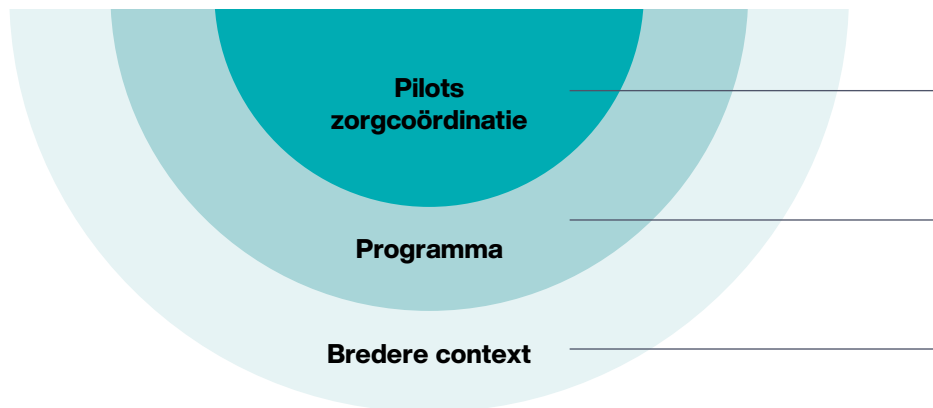
Toegevoegde waarde kwalitatief en kwantitatief onderbouwen



- De toegepaste interventies hebben tot waardevolle inzichten geleid, maar zijn nog niet bewezen effectief als het gaat om de verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid of doelmatigheid van de acute zorg.
- Deze onderbouwing wordt voor aankomende maanden wel verwacht en pilots zijn gemotiveerd hiermee aan de slag te gaan (zie pagina 32).

Aanbevelingen op verschillende niveaus

De conclusies en aanbevelingen in dit rapport richten zich op verschillende niveaus:



Pilots: Op basis van de opgedane inzichten kunnen voorzichtig de eerste conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan. Hierbij gaat het specifiek over de insteek van de pilots en de toegepaste interventies.

Programma: Gegeven de conclusies over de interventies en de status van de pilots worden ook enkele aanbevelingen t.a.v. het programma beschreven

Bredere context: Aanbevelingen ten aanzien van het concept zorgcoördinatie in het algemeen, gegeven de drastische wijzigingen in de context van de acute zorg.

Conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de pilots (1/3)



Fysiek ZCC

- **Een fysiek ZCC werkt:** Fysiek samenwerken is mogelijk, mits voldoende invulling wordt gegeven aan de interventies die als voorwaardelijk worden gezien voor de inrichting van een zorgcoördinatiecentrum (zie pagina 23 en 24). Bij een ZCC horen in ieder geval de MKA en HAP. Voor het optimaal functioneren van een fysiek ZCC zouden deze interventies in gezamenlijkheid doorontwikkeld moeten worden, op basis van de reeds opgedane inzichten.
- **Aansluiten VVT:** De eerste ervaringen zijn dat het betrekken van de VVT bij het zorgcoördinatiecentrum toegevoegde waarde heeft. Omdat het de doorstroom bevordert en onnodige inzetten en opnames kan voorkomen. Hierbij behoeft het aandacht hoe de VVT nog optimaler ingezet kan worden en welke belemmeringen hierin nu worden ervaren. (bijv. schotten in financiering). Ook kunnen binnen het ZCC zelf taken van de verschillende ketenpartners/triagisten worden geïntegreerd, om zo personele capaciteit te optimaliseren.
- **Eén loket:** De één-loket-gedachte is nog niet uitgekristalliseerd. De gezamenlijke aanname van de telefonie door de MKA en HAP, maar ook één nummer voor semi-spoed of een multidisciplinaire triagist zijn opties om hierin te voorzien. Zolang er nog geen keuze is gemaakt, is het wenselijk de verschillende opties verder uit te werken om voor- en nadelen te kunnen duiden en technische vereisten in kaart te brengen.
- **Vertalen naar concrete bouwstenen:** De opgedane inzichten uit de pilots kunnen verder worden aangescherpt, zodat deze aan het einde van de pilot vertaald zijn naar concrete bouwstenen voor een fysiek ZCC. Waar andere regio's ook van kunnen leren. Het is aan te bevelen dat pilots hier de resterende periode aandacht aan besteden.
- **Onderbouwen:** Focus de aankomende periode op een betere kwantitatieve onderbouwing, waarom zorgcoördinatie bijdraagt aan de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg in de regio. Met als doel om zowel in de regio als extern aan te kunnen tonen dat het gezamenlijk coördineren van zorg middels een fysiek ZCC van aantoonbare toegevoegde waarde is.
- **KPI's:** Kijk nogmaals naar de KPI's voor de pilot en kies voor de KPI's die gaan over ketensamenwerking. Waarbij de KPI's een middel worden voor het verbeteren van het gezamenlijk coördineren van zorg. Betrek ketenpartijen hierbij. Onderzoek of er andere KPI's op het niveau van het programma geformuleerd kunnen worden die het effect van zorgcoördinatie op de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de acute zorg aan kunnen tonen.

Conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de pilots (2/3)



Virtueel ZCC

- **De toegevoegde waarde van een virtueel ZCC is nog niet uit de praktijk gebleken:** Het is te vroeg om iets te kunnen zeggen over de toegevoegde waarde van de virtuele vorm en hoe dit optimaal in te richten. Dit komt omdat deze pilots nog geen resultaten hebben laten zien.
- **Randvoorwaardelijke interventies:** Omdat het virtueel ZCC nog niet in de praktijk is gebracht, kan niet gesteld worden welke interventies randvoorwaardelijk zijn voor een virtuele variant. Verwachting is dat dit in lijn zal zijn met de voorwaardelijke interventies voor een fysiek ZCC.
- **Doorontwikkelen ZCC-applicatie:** De ZCC-applicatie die ontwikkeld wordt, is zowel interessant voor een virtueel als een fysiek ZCC. De applicatie kan een belangrijke basis vormen om de informatievoorziening tussen ketenpartners te verbeteren. Tevens heeft dit initiatief een aanjagende functie om de gegevensuitwisseling in de acute zorg te versnellen. Vanuit deze mogelijke toegevoegde waarde is het dan ook zinvol om de ontwikkeling van deze applicatie voort te zetten.

Aandachtspunt is hoe de risico's als gevolg van de afhankelijkheid van externe leveranciers te mitigeren.

Conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de pilots (3/3)



Specifieke interventies

- Op zichzelfstaand kunnen de specifieke interventies waardevol zijn. Het is mogelijk nog effectiever om dit in gezamenlijkheid met andere interventies op het gebied van zorgcoördinatie te organiseren.

Zelftriage via digitale applicatie

- De toepassing van deze applicatie wordt reeds buiten dit programma onderzocht. Het aantonen van de toegevoegde waarde heeft binnen dit programma daarom minder prioriteit. De applicatie kan een nuttige aanvulling zijn op de dienstverlening van de HA(P) en als onderdeel van zorgcoördinatie worden ingezet. Voor de regio levert de tool waardevolle inzichten op.

Terugbelfunctie na digitale zelftriage

- De eerste geluiden zijn positief. Er ligt meer regie bij de patiënt en de HA(P) ervaart meer effectiviteit in de patiëntgesprekken. Dit kan daarom een nuttige aanvulling zijn op dienstverlening van de HA(P) en als onderdeel van een ZCC worden ingezet.

Verrijkte triage - Gezamenlijke fysieke triage SEH/HAP

- Specifieke interventie, nog niet bewezen effectief. De eerste geluiden zijn positief, maar toepassing van het principe heeft voornamelijk te lijden onder COVID omdat er minder spontane bezoeken zijn aan de SEH/HAP. Omdat het een specifieke interventie betreft die niet in andere pilots wordt onderzocht, is het zinvol hiermee door te gaan. Dit is niet anders dan bij de start van de pilot. De betrokken regio moet wel van overtuigd zijn dat de toegevoegde waarde komend (half) jaar wel aangetoond kan worden.

Inzet Rapid HAG

- Specifieke interventie, reeds afgerond. Dit bleek een waardevolle interventie om de werkdruk bij de HAP te verminderen en samenwerking tussen de ambulance en de HAP te bevorderen. De interventie kan als extra element worden meegenomen om gezamenlijke coördinatie te versterken. Het is geen kernactiviteit van een ZCC, maar kan wel een waardevolle toevoeging zijn.

Aanbevelingen naar aanleiding van het programma als geheel (1/2)



Het heeft meerwaarde om in de regio in te zetten op vormen van zorgcoördinatie die de vijf functies van zorgcoördinatie integreren.

We zien dat pilots die diverse functies integreren, komen tot effectievere samenwerking over meerdere onderwerpen. Om echt knelpunten in de regio aan te pakken, zien wij dan ook meerwaarde in de combinatie van deze interventies en daarmee functies van zorgcoördinatie in de regio. De specifieke en op zichzelf staande interventies die sommige pilots hebben toegepast, leiden tot waardevolle inzichten. Bijvoorbeeld de inzet van de Rapid-HAG in Zuid-Holland-Zuid of het herijken van de zorgpaden in Noord-Nederland. Deze interventies zijn echter op zichzelf staand niet voldoende om het gezamenlijk coördineren van zorg in de regio gestalte te geven, maar kunnen vanzelfsprekend wel heel goed onderdeel uitmaken van een groter palet aan opties.



Vraag ketenpartners nogmaals hun commitment uit te spreken voor het resterende jaar; indien dit niet lukt heroverweeg de pilot

De pilots hebben te lijden onder de druk op de (acute) zorg waardoor ketenpartners afhaken en niet de inzet kunnen leveren zoals beloofd. Gevolg is dat de interventies niet volgens planning worden ingezet en niet de resultaten worden behaald die waren beoogd. Om het laatste jaar zo effectief mogelijk te maken, is het noodzakelijk om dit commitment te herbevestigen.



Laat pilots focussen op bouwstenen zorgcoördinatiecentrum

De waardevolle inzichten bieden voldoende aanleiding om het programma pilots zorgcoördinatie voort te zetten. Nu zijn het vooral nog inzichten die leven bij de pilots zelf. Advies is om de pilots aankomend (half) jaar in te laten zetten op het vertalen van deze inzichten naar concrete bouwstenen voor een eventuele structurele inbedding van een zorgcoördinatiecentrum in de regio.



Focus landelijk op het organiseren van inhoudelijke sessies om tot de kern van de interventies te komen

Zet landelijk nog meer in op verbinding en het delen van informatie over de verschillende interventies, zodat deze onderling aangescherpt worden. Enerzijds zodat pilots nog meer van elkaar kunnen leren en anderzijds om toe te werken naar een eindrapportage waarin nog concreter beschreven wordt welke bouwstenen voor het gezamenlijk coördineren van zorg belangrijk zijn en hoe die dan in te richten.

Aanbevelingen naar aanleiding van het programma als geheel (2/2)



Focus op KPI's die de toegevoegde waarde van ketensamenwerking en zorgcoördinatie in de regio onderbouwen

Vraag de pilots zich te focussen op de KPI's die de toegevoegde waarde van ketensamenwerking en zorgcoördinatie in de regio onderbouwen. Deze KPI's moeten gedurende de pilots ook bijdragen aan het aanscherpen van de interventies en dienen als middel om het gesprek met ketenpartners te voeren. Bespreek of nieuwe landelijke KPI's van toegevoegde waarde zijn voor het programma, ter vervanging van de huidige KPI's op basis van het Actieplan Ambulancezorg.



Focus op een eindrapport per pilot waaruit de toegevoegde waarde van zorgcoördinatie uit blijkt:

Laat de pilots, in plaats van de (tijdrovende) kwartaalrapportages, vanaf nu toewerken naar een eindrapportage medio 2022 waaruit blijkt dat zorgcoördinatie een oplossing is voor de knelpunten uit de regio. In dit rapport dienen de huidige inzichten zijn vertaald naar concrete bouwstenen die ook inspiratie bieden voor andere regio's. De opbouw van voorliggende tussenrapportage biedt mogelijk aanknopingspunten. De eindrapportages kunnen vervolgens worden gecombineerd tot één eindrapportage over het programma met daarin het overkoepelende beeld.



Ga alvast aan de slag met het uitwerken van de randvoorwaarden, ook al is nog niet zeker of en hoe zorgcoördinatie in de toekomst vorm krijgt

Zoals beschreven zijn er tijdens het uitvoeren van de pilots bepaalde randvoorwaarden naar voren gekomen die essentieel zijn om zorgcoördinatie een plek in het zorglandschap te geven. Om de pilots voldoende perspectief te bieden en hen te verzekeren dat er geen gat valt na de pilot, dienen deze randvoorwaarden nader uitgewerkt te worden. Zodat, als men besluit door te gaan met zorgcoördinatie in de regio, deze voorwaarden klaar zijn om geïmplementeerd te worden.

Voor deze randvoorwaarden, zie pagina 29.

Aanbevelingen gegeven de context van het programma



Focus niet alleen op de toevoegde waarde van zorgcoördinatie voor de ambulancezorg, maar kijk naar de waarde voor de gehele acute zorgketen.

De context in de acute zorg is gedurende de looptijd van de pilots drastisch gewijzigd. Er is een toenemende zorgvraag en een oplopend personeelstekort. De COVID-19 pandemie heeft veel inspanning gevraagd van acute zorgpartijen en gebleken is dat samenwerking het grootste effect heeft om zoveel mogelijk continuïteit van zorg te bieden met de schaarse beschikbare zorgcapaciteit. Vanuit dat perspectief is het de vraag of de acute zorg nog zonder zorgcoördinatie zou kunnen. Advies is daarom pilots niet alleen te vragen te focussen op de KPI's, maar ook aantoonbaar te maken welke landelijke/regionale knelpunten het oplost en hierop voort te borduren. Kortom, hoe zorgcoördinatie kan bijdragen aan het toegankelijk houden van de acute zorg.



Bepaal welke partij(en) verantwoordelijk zijn voor eventuele structurele inbedding en/of landelijke implementatie van zorgcoördinatie na het afronden van de pilots. Organiseer vervolgens een effectieve governance.

De pilots zorgcoördinatie komen voort uit het Actieplan Ambulancezorg, maar het concept zorgcoördinatie is niet langer iets dat alleen bij de ambulancesector en zorgverzekeraars zou moeten liggen. Het is een onderwerp dat alle partijen in de (semi-)acute zorg aangaat. En dus ook de (acute) eerstelijns, de VVT en GGZ maar ook VWS zouden meer actief betrokken moeten zijn. Waarbij de focus ligt op het doen, in plaats van het meedenken. Gezien de urgentie van de knelpunten is afwachten niet langer een optie. Op basis hiervan is het voorstel om de stuurgroep met deze partijen uit te breiden (bijv. LNAZ, VWS, Actiz, GGZ) en te bespreken wat dit betekent voor het vervolg.



Bepaal, samen met andere partijen en VWS, of besluitvorming over implementatie van een aantal zaken n.a.v. huidige bevindingen die samenwerking in de acute zorg bevorderen nu al moet starten.

Uit de pilots is naar voren gekomen dat de uitkomsten ervan richtinggevend zullen zijn hoe verder te gaan met zorgcoördinatie. Gegeven de eerder geschetste urgentie zijn er mogelijk nu al onderwerpen die opgepakt kunnen worden, zonder dat de pilots al tot definitieve resultaten hebben geleid. Denk hierbij aan de geschetste randvoorwaarden, een centraal nummer voor toegang tot zorg (VWS), een alternatieve bekostiging van de huidige triagefunctie op de meldkamer ambulancezorg en huisartsenpost (ZN, NZa), onderzoeken hoe de rol van het ROAZ in de regio effectiever vormgegeven kan worden (LNAZ), en kijken hoe de capaciteit van de VVT nog optimaler kan worden ingezet om partijen in de acute zorg te ontlasten (Actiz, InEen, ZN, AZN, GGZ).

5

Bijlage: Interventies



Leeswijzer

- Op de volgende pagina's wordt per interventie beschreven wat op dit moment de bevindingen, leerpunten en kwantitatieve resultaten zijn. Omdat bij een groot aantal interventies nog geen kwantitatieve resultaten bekend zijn is er ook geschetst welk perspectief er is opdat de resultaten in juni 2022 en/of december 2022 wel of niet gekwantificeerd kunnen worden
- Per interventie wordt met een legenda bovenin de pagina aangegeven:

- Welke functie van zorgcoördinatie zijn onderdeel van de interventie:

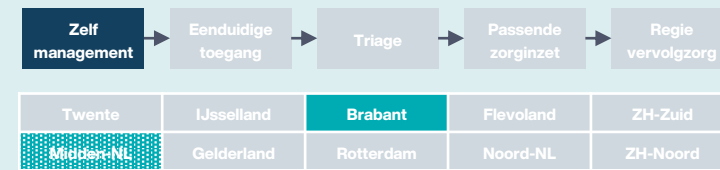


- Welke regio's hebben deze interventie in de pilot opgenomen:

| | | | | |
|-----------|------------|-----------|-----------|----------|
| Twente | IJsselland | Brabant | Flevoland | ZH-Zuid |
| Midden-NL | Gelderland | Rotterdam | Noord-NL | ZH-Noord |

In dit voorbeeld heeft:

- De regio **Brabant** deze interventie in de pilot opgenomen
- De regio **Midden Nederland** dit niet in het pilotplan opgenomen maar wel in meer / mindere mate meegenomen in de pilot



A. Zelftriage via digitale applicatie (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Een digitale applicatie (*Moetiknaardedokter.nl*) waarbij bezoekers aan de hand van gestandaardiseerde vragen advies krijgen over of contact met de huisarts(enpost) nodig is.

Met als doel het...

- Ontlasten van de HAP van laagurgente meldingen en stimuleren van meer zelfregie bij de patiënt.

Bijzonderheden

- Binnen Brabant is de applicatie beschikbaar voor alle inwoners van de regio, door zoekmachine optimalisatie en gerichte publiekscampagnes worden patiënten gemotiveerd gebruik te maken van de applicatie. Voor veel laag-urgente klachten is zelfzorgadvies beschikbaar, dit voorkomt telefonisch contact of bezoek HAP.
- Deze interventie maakt niet expliciet onderdeel uit van de pilot in Midden-Nederland. Wel is het zo dat zelftriage via een digitale applicatie al mogelijk is voor patiënten in het werkgebied van HAP Eemland. De bedoeling is dat alle patiënten in de ROAZ regio Midden-Nederland in 2022 deze optie hebben, waarbij voor een aantal laag urgente klachten ook gestandaardiseerde zelfzorgadviezen worden gegeven.

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- De zelftriage app veelvuldig gebruikt wordt, ondanks dat er nog weinig actieve communicatie over is geweest. Van de 34.972 mensen die de HAP-site hebben bezocht, hebben 7.860 mensen gebruik gemaakt van de digitale zelftriage app. Aan de hand hiervan kan worden vastgesteld dat 22% de zelftriage heeft doorlopen en afgerond. 26% van de gebruikers bleek laag urgent te zijn. De top 3 zelftriage ingangsklachten waren urinewegproblemen, buikpijn en huidklachten.
- Gebruikers van de app en bellers niet 100% te matchen zijn tot een funnel, waardoor de informatie over de effectiviteit (nog) incompleet is.
- Er al relevante onderzoeken bestaan over de impact en toegevoegde waarde van deze digitale zelfmanagement applicatie. De vraag is dus of het toetsen in deze pilot leidt tot nieuwe relevante inzichten als het gaat over de inzet van een digitale applicatie ten behoeve van zelfmanagement.
 - Zie onderzoeksresultaten [SIRM](#) uit 2018 en onderzoeksresultaten [HenW](#) uit 2019
- Wel biedt deze interventie interessante aanknopingspunten voor de regio, namelijk hoe digitale zelftriage goed gestalte te geven en uit te rollen.

A. Zelftriage via digitale applicatie (2/2)

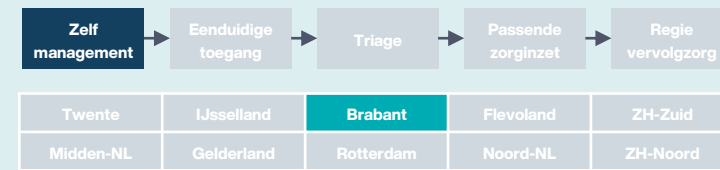
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Het is lastig te bepalen of de inzet van deze app ook tot daadwerkelijk minder bezoeken aan de HAP heeft geleid.

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|--------------------|----------|---------|--|
| Brabant MWN | Ja | Ja | Het aantal meldingen waarbij digitale zelftriage wordt gebruikt wordt verder uitgebreid, evenals het gebruik van de terugbelfunctie. Voor laag urgente klachten worden gestandaardiseerde zelfzorgadviezen gegeven. De verwachting is dat de applicatie die digitale zelftriage koppelt aan het HAP-informatiesysteem verder wordt ontwikkeld. |
| (Midden-NL) | Ja | Ja | Zelftriage via een digitale applicatie is nu al mogelijk voor patiënten in het werkgebied van HAP Eemland. De bedoeling is dat alle patiënten in de ROAZ regio Midden-Nederland in 2022 deze optie hebben, waarbij voor een aantal laag urgente klachten ook gestandaardiseerde zelfzorgadviezen worden gegeven. |



B. Terugbelfunctie na digitale zelftriage (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Patiënten die na doorlopen van de digitale zelftriage graag teruggebeld willen worden

Met als doel het...

- Ontlasten van de HAP van laagurgente meldingen

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- De implementatie van deze functie in het informatiesysteem van de HAP lang op zich liet wachten. Met behulp van de telefonieleverancier is een workaround gecreëerd die naar tevredenheid werkt.
- Triagisten van de HAP positief zijn over het feit dat ze meer controle over de wachtrij ervaren en dat de aanvullende informatie vanuit de ingevulde zelftriage verrijkend is in het gesprek.

B. Terugbelfunctie na digitale zelftriage (2/2)

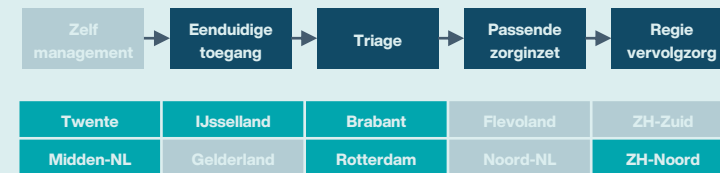
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|-------------|----------|---------|---|
| Brabant MWN | Ja | Ja | Hoewel op dit moment kwantitatieve indicatoren nog niet beschikbaar zijn, verwachten we door geleidelijke uitbreiding toenemende ervaring met de terugbelfunctie op te doen en in de komende maanden meer hiervan te kunnen laten zien. |



C. Multidisciplinaire werkplekken op één fysieke locatie (1/3)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Realisatie meerdere disciplines die op één fysieke locatie samenwerken, waar regionale zorgpartners intensief samenwerken, van elkaar leren, processen verbeteren én innoveren.

Met als doel het...

- Realiseren van de juiste zorg door de medewerkers van verschillende ketenpartners fysiek op één locatie te laten samenwerken, waardoor optimale afstemming op triage plaatsvindt

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Door fysiek bij elkaar te zitten het minder spannend en makkelijker is om elkaar te benaderen om passendere zorg in te zetten. Men krijgt inzicht in elkaars werkzaamheden en het geeft de mogelijkheid om mee te luisteren bij gesprekken. Er ontstaat vertrouwen in elkaar en medewerkers durven eerder een patiënt over te dragen en er ontstaat meer solidariteit.
- Evaluaties van de projectgroep en terugkoppeling van medewerkers positieve resultaten laten zien. Samenwerken gaat sneller en medewerkers ervaren een lerend effect.
- Het van belang is om op locatie intensieve én discipline overstijgende begeleiding te bieden, zodat mono- en multidisciplinaire samenwerking in de praktijk sneller op gang komt.
- Er een duidelijk verschil zichtbaar is wat betreft de intrinsieke motivatie om te pionieren tussen nieuw aangenomen collega's en reeds bestaande teams .
- De pilot in Twente/IJsselland aangeeft bij voorkeur het ZCC niet alleen tijdens ANW-uren te openen, maar 24/7
- Met name de nachtelijke uren waarin de capaciteit schaars is zich goed lenen voor afstemming. Tijdens deze uren vinden de centralisten en triagisten elkaar sneller.

C. Multidisciplinaire werkplekken op één fysieke locatie (2/3)

Bevindingen en leerpunten (vervolg)

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Mogelijk ook perspectief voor arbeidskrachte wordt geboden; met minder mensen hetzelfde/meer doen.
- Er door het fysiek bij elkaar zitten ook meer inzicht is in elkaars korte termijn (patiëntenzorg) vs. lange termijn behoeften
- Facilitaire zaken voor organiseren werkplekken een grote bottleneck kan zijn voor het goed inrichten van deze fysieke locatie
- Door fysiek bij elkaar te zitten capaciteit efficiënter wordt in gezet. Geen extra triage capaciteit nodig, juist minder capaciteit indien de volledige triage wordt overgebracht naar één triage centrum.
- Het maakt het werk niet alleen makkelijker, maar ook sneller. Door eerder in het proces mee te kunnen luisteren, kan tijd worden bespaard in de hele keten. (Luisteren vanaf het eerste contact, i.p.v. luisteren nadat de eerste triage is gedaan en de patiënt al wordt overgedragen).
- In Twente, IJsselland en Rotterdam de aantallen overleggen teruglopen zodra de bezetting fysiek niet op orde is. Bovendien zijn dan ook de inzetten van andere ketenpartijen lager dan dat deze normaliter zou zijn. Fysieke nabijheid is een belangrijke drijver.
- Enkele pilots bij de MKA/LMS of HAP zijn gesitueerd. Op basis van huidige inzichten kan nog niet eenduidig worden gezegd wathet beste werkt. De schaal van de huisartsenposten stimuleert lokale oplossingen, de schaal van de MKA/LMS is groter en maakt maatwerk moeilijker ziet Twente/IJsselland. En: kijk goed naar geografische afstanden in relatie tot het fysiek samenzitten en de aantallen doorverwijzingen die kunnen worden geoptimaliseerd. Er is nog geen onderzoek gedaan naar in welke gevallen een fysiek ZCC het meest passend is.

Kwantitatieve resultaten

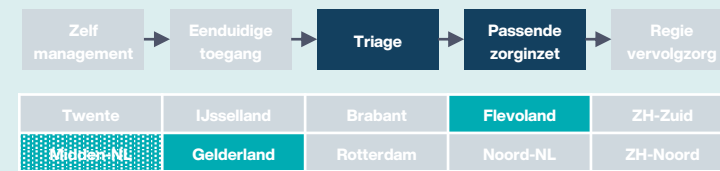
De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten
- Lastig om het effect van deze interventie los te meten van de andere interventies

C. Multidisciplinaire werkplekken op één fysieke locatie (3/3)

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|----------------------------|----------|---------|--|
| Twente / IJsselland | Deels | Deels | <p>Wij meten op dit moment hoe vaak er overlegd wordt tussen partijen en hoe vaak dat leidt tot een andere inzet dan gebruikelijk. Bijvoorbeeld extra inzet VVT i.p.v. huisarts of ambulance.</p> <p>De getallen zijn echter arbitrair, veel wordt vergeten en er is niet eenduidig te stellen dat overleg/andere inzet komt door het samenzitten op één fysieke locatie.</p> <p>Wij kunnen wel kwantitatief concluderen, dat de overleggen en andere inzetten teruglopen als de partijen niet fysiek aanwezig zijn.</p> |
| Brabant | Ja | Ja | Middels alternatieve registratie wordt gemeten hoe vaak er overlegd wordt tussen disciplines en tot welke resultaten dat leidt. Hoewel het hier niet gaat om grote aantallen, geeft deze rapportage wel inzicht in de resultaten van de interventie. |
| Midden-NL | Nee | Ja | Op het ZCC-MNL zijn werkplekken ingericht, die multidisciplinair inzetbaar zijn. Op dit moment zijn de volgende disciplines (in de weekenden gezamenlijk) aanwezig op het ZCC-MNL: acute huisartsenzorg, ambulancezorg, acute psychiatrie en zorgcoördinatie tijdelijk verblijf. In 2022 kunnen we meten of we een besparing realiseren qua inzet van het aantal FTE's door (deels) fysiek samen te werken op één locatie. Ook is dan een regieteam ingericht, dat een werkljst bijhoudt qua multidisciplinair opgepakte casussen in het kader van het gezamenlijk organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. |
| Rotterdam | Nee | Nee | We kunnen kwantitatief laten zien of de beoordeling van de samenwerking door de medewerkers verbeterd is middels het ZCC. Ook zouden we het aantal overdrachten kunnen kwantificeren. Het is de vraag of inhoudelijk representatief is voor de toegevoegde waarde van het ZCC. Het daadwerkelijk kwantificeren van de tijds winst door fysiek bij elkaar te zitten wordt lastig. Het gaat er uiteindelijk om dat de patiënt zo snel mogelijk de passende zorg krijgt. |
| Zuid-Holland Noord | Nee | Ja | Multidisciplinair betekent in deze niet dat 1 triagist triagewerkzaamheden voor meerdere partijen verzorgt. Binnen onze pilot zijn alle triagisten van alle betrokken partijen in 1 ruimte werkzaam, maar behouden hun eigen mono triageproces. |



D. 'Virtuele' verbinding met ketenpartners (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Functionarissen 'op afstand' met elkaar verbinden door middel van creëren van (digitale) verbinding, verschillende informatiebronnen en systemen.

Met als doel het...

- Realiseren van de juiste zorg op de juiste plek door optimale samenwerking bij de triage en bij het bepalen van passende zorginzet.
- Realiseren van een laagdrempelige en goede afstemming met elkaar op afstand.
- Het snel kunnen raadplegen van informatie (denk aan informatie over de patiënt maar ook over beschikbaarheid, verbinding en kennisdeling onderling).

Bijzonderheden:

- Het ICT concept moet in de praktijk nog getoetst worden.
- Flevoland kiest voor een pragmatische aanpak door te focussen op samenwerking zonder ICT ontwikkeling en vanwege de focus van de huidige ICT werkgroep (ten aanzien van met name de triage en niet de opvolging).

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Succes van deze interventie in grote mate afhankelijk is van het technisch en juridisch kader waarbinnen dit geregeld moet worden. Veelal is dat nog onbekend en het vergt tijd en energie om dat uit te zoeken.
- Voor het organiseren van de virtuele verbinding het noodzakelijk is veel aandacht te besteden aan de samenwerking en de werkprocessen. Dit kan ook zonder digitale ondersteuning gestalte krijgen. Zie bijvoorbeeld de pilot in Flevoland.
- Het niet eenvoudig is om met meerdere regio's een programma van eisen op te stellen die voor een ieder goed passend is en waar de leverancier ook mee uit de voeten kan.
- Het systeem in feite gaat over een uitbreiding op het Topicus HAP-systeem, vanwege de daarin reeds beschikbare functionaliteiten. Dit betekent nauwelijks veranderingen voor de HAP. De grootste verandering zit bij de meldkamer van de ambulance.
- De ontwikkeling met name vanuit Ambulancezorg is geïnitieerd terwijl je multidisciplinair moet samenwerken in een nieuwe applicatie. Hierdoor zijn partners niet vanaf het begin volledig betrokken en lijkt het een "Ambulancezorg" product.
- Er een grote afhankelijkheid is van een commerciële externe partij met een commercieel belang.
- Er naast deze ICT ontwikkeling ook het programma "Met Spoed Beschikbaar" speelt dat zorgverleners in de acute zorg helpt met het digitaal uitwisselen van gegevens en voor een groot deel raakvlakken heeft met de pilot.

D. 'Virtuele' verbinding met ketenpartners (2/2)

- Het mogelijk handig is dat elke meldkamer een functionaris heeft die voor een andere ketenpartner aanspreekpunt is. Voor de MKA moet hiervoor een nieuwe functie worden gecreëerd, de andere disciplines hebben hiervoor al wel een logische functie.
- Daarnaast is het nodig om inzicht te krijgen in de positie van de voertuigen van alle mobiele zorgverleners waardoor beschikbaarheid en afstand worden meegewogen in de keuze voor inzet. Technisch gezien is dit mogelijk, het vraagt echter ook om samenwerkingsafspraken.
- Tevens worden er beeldverbindingen tussen meldkamers gerealiseerd. Dit gebeurt met marktoplossingen als Microsoft Teams. Zolang er geen patiëntinformatie wordt gedeeld is dit toepasbaar. Dit moet nog worden getoetst en wordt in de voorbereidende fase wisselend ontvangen door medewerkers.
- Om passende vervolgzorg goed te organiseren dient de VVT ook aangesloten te worden bij zorgcoördinatie.
- Eerste conclusie: het fysiek samenwerken komt sneller van de grond, een virtueel ZCC is namelijk afhankelijk van inzet van IT-systemen. Daarnaast wordt niet geprofiteerd van de specifieke voordelen van het bij elkaar in de buurt zitten (zie ook: fysiek ZCC). Voordeel: indien het wel tot een succes komt is het breder toepasbaar voor meer regio's en niet plaats afhankelijk.
- Voorlopige conclusie: de doorlooptijd van de pilots (max 24 maanden) lijkt te kort te zijn om concrete ICT voorzieningen op te leveren, die te beproeven en daar conclusies aan te verbinden.

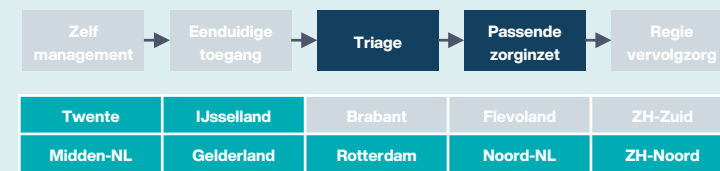
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Er zijn, naast de eerder kwalitatieve constatering, nog geen resultaten te melden omdat de virtuele variant van het ZCC nog in de voorbereidende fase zit en dus nog niet is gestart, vanwege de afhankelijkheid van de ontwikkeling van het ZC-systeem (Topicus).

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|-------------------------|----------|---------|--|
| Flevoland | Ja | Ja | Pilot is eind 2021 begonnen, in 2022 verwachting om eerste kwantitatieve resultaten op te halen |
| Midden-Nederland | Nee | Ja | Het is de bedoeling om in 2022 een virtuele verbinding in te richten met alle relevante partners i.v.m. aansluiting op de dagstart die bij start van de dienst wordt georganiseerd op locatie ZCC. |
| Gelderland | Onzeker | Onzeker | Gelderland onderzoekt nu wat de consequenties zijn wanneer de Gelderse pilot als eerste gaat beginnen met de uitrol van VIP-Live. Eén van de vier HAP's zal daarin het voortouw nemen. Dan is er voldoende tijd (tweede helft 2022) om de werking en effecten te beoordelen. |



E. Ontwikkelen ketenbrede zorgpaden (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Ontwikkelen en verbeteren van ketenpartner overstijgende zorgpaden. Dit gaat dus over het herontwerpen van bestaande zorgpaden.

Met als doel het...

- Realiseren van de juiste zorg op de juiste plek door op basis van vaste principes de juiste zorginzet te bepalen.

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Samenwerken aan concrete, multidisciplinaire projecten werkt om vanuit het ZCC kleine stapjes te zetten wat betreft het gezamenlijk organiseren van de juiste zorg op de juiste plek.
- Het samen ontwikkelen en verbeteren van de zorgpaden vanuit het ZCC ervoor zorgt dat deze goed aansluiten bij de belevingswereld van de zorgprofessionals
- Daarbij gaat het om het identificeren van geschikte ingangsklachten in samenwerking met de zorgprofessionals, om hiervoor de huidige versus de gewenste triagepaden uit te werken.
- Raadzaam is hier vanaf de start van een ZCC capaciteit voor te organiseren bij de deelnemende partners. Het vrijspelen van zorgprofessionals voor werkgroepen valt echter niet mee, omdat juist het tekort aan zorgprofessionals onderdeel is van “the why” van zorgcoördinatie
- Er aandacht dient te worden besteed aan het protocollair afstemmen van zorgpaden op basis van ingangsklachten, om zorg op de juiste manier te verplaatsen van MKA naar HAP of van HAP naar VVT of zelfzorgadvies. Zo gaat de overdracht beter en is duidelijker afgestemd wanneer er op- of afgeschaald kan worden.
- Voldoende aandacht besteed moet worden om ervaringen van centralisten en triagisten te vertalen naar verbeterde processen
- Het verbeteren/aanscherpen van de zorgpaden wordt bemoeilijkt door het gebruik van verschillende triagesystemen. Daarbij is het van belang niet te willen sleutelen aan deze systemen, maar de juiste (en uniforme) werkafspraken te koppelen aan de triage-uitkomsten. Of te kiezen voor één uniform (landelijk) triagesysteem.
- Het verbeteren/aanscherpen van de zorgpaden bemoeilijkt wordt door de doorwerking naar bestaande systemen en structuren, zoals bekostiging, protocollen en praktische randvoorwaarden. De huidige schotten tussen ketenpartners maken implementatie lastig.

E. Ontwikkelen ketenbrede zorgpaden (2/2)

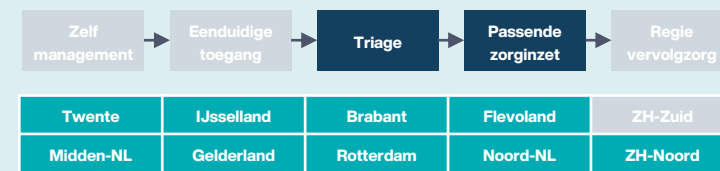
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|----------------------------|----------|---------|--|
| Twente / IJsselland | Deels | Deels | Zorgpaden zijn besproken en er zijn kennissessies georganiseerd. Het is kwantitatief herleidbaar dat de kwantitatief gemeten casuïstiek een relatie heeft tot de zorgpaden. Toch is hier niet eenduidig te zeggen dat dit komt door de zorgpaden (er is geen 0-meting). |
| Midden-Nederland | Nee | Ja | De ambitie van het ZCC-MNL is om gezamenlijk met de betrokken partners enkele zorgpaden te ontwikkelen / verbeteren. Hierbij zijn we wel sterk afhankelijk van de inzet van zorgprofessionals. Het oplopende tekort aan zorgprofessionals is enerzijds de "why" van regionale zorgcoördinatie en anderzijds een knelpunt waar we nu al tegenaan lopen als we vanuit de praktijk willen ontwikkelen, verbeteren én innoveren. |
| Gelderland | Nee | Nee | Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar effectievere zorginzet na triage. Deze uitkomsten leiden mogelijk tot het aanscherpen van bestaande zorgpaden. Kwantitatieve onderbouwing zal afhankelijk zijn van hoe snel de uitkomsten geïmplementeerd kunnen worden. |
| Rotterdam | Ja | Ja | Door het aantal overdrachten en wijzigingen in patiëntenstromen te laten zien voor en na de implementatie van de zorgpaden. Het aantal verwijzingen naar de VVT en GGZ. Maar ook de overdrachten van HAP naar MKA en andersom. |
| Noord-Nederland | Ja | Ja | Bijhouden hoe vaak welke ingangsklacht waar binnenkomt én bijhouden hoe vaak deze is doorverwezen naar een andere ketenpartner. Eventueel mogelijk om ook gemaakte kostenbesparing hierin mee te nemen, deze richting december 2022. |
| Zuid-Holland Noord | Nee | Nee | Geen toelichting ontvangen |



F. Gezamenlijke operationele werkprocessen (1/3)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Implementatie van gezamenlijke (operationele/ondersteunende) werkprocessen over de ketenpartners heen zoals 1) bespreken van casuïstiek, 2) dagelijks (de-) briefing overleg, 3) ZCC-triagistenoverleg, 4) gezamenlijke PDCA-cyclus en 5) gezamenlijke kennissessies

Met als doel het...

- Inzicht en begrip van elkaars (gezamenlijke) werkwijzen om zo tot meest optimale zorginzet te komen

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Aandacht nodig is voor het creëren van draagvlak op bestuurlijk, tactisch én operationeel niveau. Mismatch tussen betrokkenheid / steun op verschillende niveaus leidt ertoe dat het beoogde resultaat niet of onvoldoende (snel) wordt gerealiseerd
- Voldoende aandacht besteed moet worden aan verschillen in werkcultuur. Ieder werkveld heeft zijn eigen werkcultuur met bepaalde taken, rollen en opvattingen. In de praktijk blijkt, ondanks dat de partijen al lang naast elkaar en met elkaar werken, de verschillen toch mogelijk groter zijn dan op voorhand werd gedacht.
- Door met elkaar in gesprek te gaan over casuïstiek een casus verder wordt uitgediept. Dit leidt tot gezamenlijk beleid en mogelijk andere zorginzet. Deze interventie wordt door zorgprofessionals als waardevol beoordeeld, zorgt voor meer begrip over en weer en biedt aan het einde van de avond ook meteen concrete inzichten en aangrijpingspunten voor de individuele zorgprofessional om sneller de juiste zorg op de juiste plek te kunnen organiseren ("laaghangend fruit"). Tot slot worden verbetermogelijkheden genoteerd als input voor een (verbeter)team.
- Dagelijks (de-)briefing overleg ervoor zorgt dat verschillende organisaties elkaar goed weten te vinden. Waarbij volledig fysiek leidt tot betere resultaten. Het geeft medewerkers de ruimte om actief mee te denken en problemen en oplossingen aan te kaarten. Dit zorgt ervoor dat de problemen snel opgepakt en opgelost kunnen worden. Nadeel is dat door tijdgebrek een dergelijk overleg snel in de verdrukking komt; het is zaak het (de-)briefing daarom een structureel karakter te geven op basis van een gestandaardiseerde aanpak
- Ook moet aandacht besteed worden aan oneigenlijke vraagstukken binnen een bepaalde sector, om samen tot een verbeterde aanpak te komen
- Samengenomen vraagt dit dat bij gezamenlijke zorgcoördinatie wordt nagedacht over een vaste kennisagenda gedurende het jaar om hierin structureel te voorzien.

F. Gezamenlijke operationele werkprocessen (2/3)

Bevindingen en leerpunten (vervolg)

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Het belangrijk is deze elementen als verandertraject te benaderen, en dit een bepaald competentieprofiel vraagt van begeleiders binnen het ZCC traject
- Meelopen van professionals bij alle betrokken partijen van toegevoegde waarde is. Dit creëert een belangrijke basis. Hierdoor weten professionals waar je kan verbeteren en gebruik kan maken van elkaars inzet en straks de juiste zorgverlener op de juiste plaats gaan krijgen
- Door stages te organiseren binnen het ZCC men ketenexpertise en wederzijds begrip en respect creëert.
- Governance/ procesopmaak; Elke ketenpartner is verschillend in het opstellen van beleidsstukken. Dit kan voor frictie zorgen, maar kan ook gemeenschappelijkheid bevorderen bij het gezamenlijk opstellen van een keten overstijgend proces/ -opmaak.
- Periodiek (bij voorkeur wekelijks) overleg tussen ketenpartners over randvoorwaarden, samenwerking en voortgang stimulerend werkt om als keten naar het geformuleerde doel te streven. Ketenbrede acties worden bijgehouden en interventies worden periodiek geëvalueerd. Zo worden werkprocessen op lange termijn bijgeschaafd en gestandaardiseerd in de protocollen van de ketenpartners.

Kwantitatieve resultaten

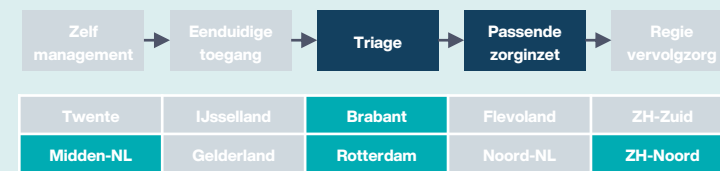
De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten

F. Gezamenlijke operationele werkprocessen (3/3)

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|----------------------------|----------|---------|--|
| Twente / IJsselland | Deels | Deels | <p>Wij meten op dit moment hoe vaak er overlegd wordt tussen partijen en hoe vaak dat leidt tot een andere inzet dan gebruikelijk. Bijvoorbeeld extra inzet VVT i.p.v. huisarts of ambulance.</p> <p>De getallen zijn echter arbitrair, veel wordt vergeten en er is niet eenduidig te stellen dat overleg/andere inzet komt door het samenzitten op één fysieke locatie.</p> <p>Wij kunnen wel kwantitatief concluderen, dat de overleggen en andere inzetten teruglopen als de partijen niet fysiek aanwezig zijn.</p> |
| Brabant | Nee | Nee | Middels alternatieve registratie wordt gemeten hoe vaak er overlegd wordt tussen disciplines en tot welke resultaten dat leidt. Hoewel het hier niet gaat om grote aantallen en de uitkomsten arbitrair kunnen zijn, geeft deze rapportage wel inzicht in de resultaten van de samenwerking. |
| Flevoland | Ja | Ja | We starten deze maand (oktober 2021) met een wijkverpleegkundige zorgcoördinatie op de HAP op zaterdag/zondag overdag. We verwachten hiermee een (kleine) percentage zorgopnames te kunnen voorkomen. |
| Midden-NL | Nee | Ja | Vanuit het ZCC-MNL streven we naar een goed functionerend kwaliteitsmanagementsysteem, waarbij uitkomsten geborgd worden en continu verbeteren het uitgangspunt is. Het is haalbaar om eind 2022 meetbare resultaten te laten zien. |
| Gelderland | Deels | Ja | Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar effectievere zorginzet na triage. Deze uitkomsten leiden mogelijk tot het aanscherpen van de operationele werkprocessen. Kwantitatieve onderbouwing zal afhankelijk zijn van hoe snel de uitkomsten geïmplementeerd kunnen worden. |
| Rotterdam | Nee | Nee | Dit is nodig om te komen tot de juiste zorg op de juiste plek, maar het daadwerkelijke resultaat kwantificeren is moeilijk. |
| Noord-Nederland | Nee | Nee | Vraagtekens bij hoe resultaten te kwantificeren |
| Zuid-Holland Noord | Nee | Ja | Binnen onze pilot worden gezamenlijke werkoverleggen tussen de triagisten van de verschillende partijen gehouden. Daarnaast wordt aan casuïstiek bespreking gedaan en wordt een aanzet gemaakt tot gezamenlijke zorgpaden te komen. |



G. Inzet van regie-arts voor multidisciplinaire triage (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Dedicated regieartsen (huisartsen) die medisch aanspreekpunt zijn voor de aangesloten disciplines op het ZCC

Met als doel het...

- Realiseren juiste zorg, juiste plek door meekijken van regie-arts bij de triage

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Dankzij informatie-uitwisseling tussen de MKA en de HAP en de aanwezigheid van een regiearts, de best passende zorg kan worden ingezet. Dit wordt gedaan op basis van bestaande urgentieclassificaties en daaraan gekoppelde zorgpaden.
- Er vruchtbare discussies ontstaan tussen de regiearts van de HAP en de MKA/RAV-triagist over de urgentie van het inzetten van een ambulance-eenheid. Dit leidt weer tot nieuwe inzichten en verbetering van werkprocessen en zorgpaden.
- De inzet van de regie-arts vooral goed werkt op een fysiek ZCC. De vraag is hoe dit te organiseren als er sprake is van een 'virtueel' ZCC, dit is nog niet onderzocht.
- Brabant geeft aan dat de toevoeging van een regiearts in de vroeg nachtelijke uren leidt tot veiliger zorg op de spoedpostlocaties. De consultarts wordt minder frequent gestoord. Het aantal incidenten dat voortkomt uit de verdeelde aandacht tijdens deze dubbeltaak zal afnemen.
- In Rotterdam Rijnmond wordt uitgezocht of een regiearts de medische verantwoordelijkheid kan hebben voor alle aangesloten ketenpartners in het ZCC.
- Bij vaste poule regieartsen zien we dat deze artsen meer ervaring opdoen in de rol als regiearts en deze taak beter in kunnen vullen
- Er is met name potentie bij de patiënten waar twijfel over is. Hierin zou de regiearts samen met de MKA centralist, GGZ verpleegkundige of VVT verpleegkundige kunnen overleggen over de passende zorginzet. Het aantal overleggen en overdrachten zou gekwantificeerd kunnen worden. Hier lopen we momenteel tegen de wettelijke kaders aan van de medische verantwoordelijkheid die bij de medisch manager van de meldkamer ligt en niet bij de regiearts. Daarbij is voor een de landelijke urgentietabel niet zomaar een regionale aanpassing mogelijk, maar dient dit landelijk in overleg te worden gedaan.

G. Inzet van regie-arts voor multidisciplinaire triage (2/2)

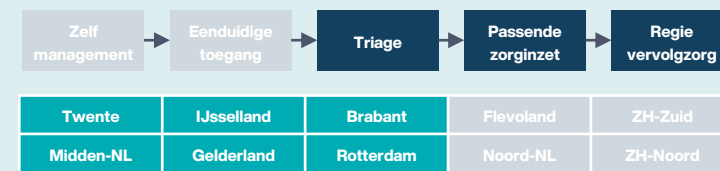
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|---------------------------|----------|---------|---|
| Brabant | Ja | Ja | De inzet van de regiearts op de MKA is voorzien vanaf november 2021. Ook hier is het lastig kwantitatieve indicatoren te geven om het resultaat van de interventie te meten. Verwacht wordt dat de rapportage zal leiden tot beperkte aantallen, maar wel inzicht geeft in de inhoudelijke casuïstiek waarin meerwaarde wordt gerealiseerd. |
| Midden-Nederland | Ja | Ja | Momenteel is er één HAP (i.v.m. herijkingsfase op afstand) verbonden aan het ZCC-MNL met een dedicated team regieartsen. Na de herijkingsfase verwachten we dat er twee HAP's zijn aangesloten bij het ZCC-MNL. In 2022 zouden we dan meetbare resultaten kunnen laten zien m.b.t. de inzet van regiearts voor multidisciplinaire triage. Enerzijds een capaciteitsbesparing door het gezamenlijk inzetten van regieartsen en anderzijds meetbare resultaten m.b.t. het gezamenlijk organiseren van de juiste zorg op de juiste plek (onder meer aantal U1 dat besproken wordt met de regiearts wat zou moeten leiden tot minder EHGv bij Ambulancezorg). |
| Rotterdam | Nee | Nee | Indien een regiearts medische verantwoordelijkheid mag gaan nemen op de meldkamer, kan hij/zij dit registreren. Het aantal overdrachten waar de regiearts medische verantwoordelijkheid heeft genomen kan gekwantificeerd worden. (Wel grote afhankelijkheid van het besluit of de regiearts deze verantwoordelijkheid mag gaan overnemen). Het is de vraag of inhoudelijk representatief is voor de toegevoegde waarde van het ZCC en het kost veel registratie last van de huisartsen. |
| Zuid-Holland Noord | Nee | Nee | Geen toelichting ontvangen |



H. Ketenbrede opleiding & training van medewerkers (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Gezamenlijk opleiden en trainen van personeel dat actief is op het ZCC. Hierbij gaat het om de ontwikkeling van specifieke opleidingen en trainingen (dus geen kennissessies).

Met als doel het...

- Creëren van een gedeelde basis en uniforme taal
- (toewerken naar een multidisciplinaire triagist die voor verschillende ketenpartners aan de slag is)

Bijzonderheden:

- Vanuit een samenwerkingsverband bestaande uit Ambulance Oost, ambulance IJsselland, Utrecht en METS is men bezig met een opleiding die geschreven wordt door/voor de academie. Hierin wordt gekeken hoe men komt tot een multi-triagist. De vraag is nog hoe hier goed invulling aan te geven. Nog wel geënt op RAV, maar straks meer multidisciplinair. Invulling is ook afhankelijk van inrichtingsprincipes ZCC.
- Rotterdam en Brabant hebben gezamenlijk een e-learning gecreëerd ten behoeve van centralisten MKA en triagisten HAP om bekend en vertrouwd te maken met elkaars werkwijze en protocollen (AMPDS en NTS).

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Er veel animo is voor een dergelijke opleiding. Het kunnen zijn van een acuut zorgtriagist (breder dan één vakgebied) is aantrekkelijk en biedt ook perspectief. Mede n.a.v. van Covid nemen diverse verpleegkundigen afscheid van een rol aan 'het bed' door bv. Fysieke klachten. Juist voor deze groep is een rol als de 'triagist voor de acute zorg' een mooi loopbaanperspectief.
- De input die geleverd is, omvat de positieve ontvangst van de training onder de medewerkers van verschillende disciplines. "Het is goed kennis te nemen van het 'waarom' achter de werkwijze van de andere discipline" is de algemene terugkoppeling. Dit helpt om elkaar te begrijpen in de uitvoering van het werk, te anticiperen op vragen van de ander. Voorbeeld: 'waarom vraagt de HAP altijd naar een BSN?' en 'Waarom kan de MKA nooit een BSN geven?' komen zo bij elkaar.

H. Ketenbrede opleiding & training van medewerkers (2/2)

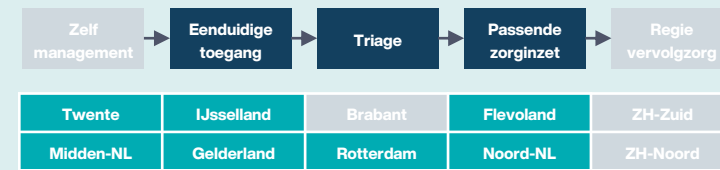
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|---------------------------|----------|---------|---|
| Brabant | Ja | Ja | We kunnen in kaart brengen hoeveel mensen getraind zijn en hoe de opleiding wordt gewaardeerd, maar het effect op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg is indirect, dus moeilijk te kwantificeren. |
| Twente | Nee | Ja | Kwantitatieve resultaten zullen met name gaan over een efficiency slag (kun je efficiënter werken door medewerkers multidisciplinair in een pool te laten werken?) en een analyse in hoeverre zorginzetten veranderen als de triage gebeurt door een multidisciplinair triagist. |
| IJsselland | Nee | Ja | Kwantitatieve resultaten zullen met name gaan over een efficiency slag (kun je efficiënter werken door medewerkers multidisciplinair in een pool te laten werken?) en een analyse in hoeverre zorginzetten veranderen als de triage gebeurt door een multidisciplinair triagist. |
| Rotterdam-Rijnmond | Nee | Nee | We kunnen in kaart brengen hoeveel mensen getraind zijn en hoe de opleiding wordt gewaardeerd, maar het effect op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg is indirect, dus moeilijk te kwantificeren. |
| Midden-Nederland | Ja | Ja | Vanuit het ZCC-MNL wordt op dit moment gewerkt aan een plan t.b.v. ketenbrede opleiding en training voor ZCC-medewerkers. Nu al worden drie zorgbemiddelaars opgeleid tot triagist acute huisartsenzorg, zodat zij tijdens hun dienst zorgcoördinatie tijdelijk verblijf bij kunnen springen op piekmomenten bij de acute huisartsenzorg. Het is m.a.w. haalbaar om in juni 2022 meetbare resultaten te laten zien. |
| Gelderland | Ja | Ja | Voor 2022 staat op de planning om te werken aan een webinar/scholing voor MKA-HAP-GGZ en mogelijk VVT doelgroep. Kwalitatief belangrijk om hierop in te zetten. Kwantitatief moeilijk meetbaar of scholing ook effect heeft op kwaliteit of doelmatigheid. |



I. Eén nummer / loket voor acute zorgvragen VVT (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Eén centraal nummer dat wordt gebruikt voor het aanvragen van acute inzet thuiszorg/wijkverpleging

Met als doel het...

- Onnodige inzet van ambulance, HAP, SEH, GGZ vervangen door inzet thuiszorg/wijkverpleging

Bijzonderheden:

- In het geval van de pilot in Flevoland gaat het niet om één nummer voor externe partijen, maar wel om één loket voor acute zorgvragen die binnenkomen bij de HAP, MKA, SEH, GGZ en waarbij de inzet van de VVT meer passend is. Hiervoor zijn verpleegkundigen aangenomen die in het weekend bij de HAP gesitueerd zijn.)
- In Twente is ervoor gekozen om alle acute zorgvragen voor wijkverpleging tijdens ZCC-tijden naar Livio en Carintreggeland door te zetten. Ongeacht of ze al in zorg zijn bij een andere aanbieder.
- In de ROAZ regio Midden-Nederland is er al ruim 10 jaar een samenwerking tussen grote thuiszorgorganisaties en de ambulancedienst. Doel is het leveren van acute niet-planbare thuiszorg (dit is zorg wat niet kan wachten tot een volgend contactmoment) in ANW uren door inzet van de laag-complex ambulance. Te denken valt dan aan stomazorg, katheterzorg, valpartijen in huis

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Door één nummer te gebruiken voor de patiënten die thuiszorg nodig hebben, het laagdrempeliger wordt om de thuiszorg in te zetten. Hierdoor wordt eerder de thuiszorg ingezet i.p.v. onnodige acute huisartsenzorg. Pilots geven aan te merken dat het aantal thuiszorginzetten door deze interventie toeneemt.
- De administratieve last en ervaren werkdruk vanuit de partner die zoekt naar acute inzet thuiszorg/wijkverpleging hiermee ook wordt verlaagd.

I. Eén nummer / loket voor acute zorgvragen VVT (2/2)

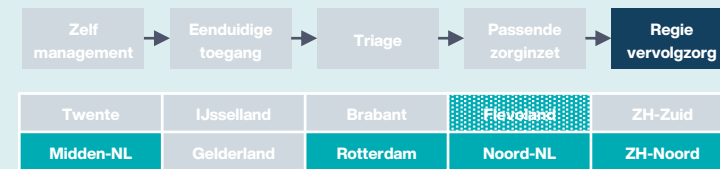
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|----------------------------|----------|---------|---|
| Twente / IJsselland | Deels | Deels | In de regio Twente en in de regio Zwolle is er voor de HAP één aanspreekpunt als zij VVT- zorg in willen zetten. Deze persoon zit ook fysiek op het ZCC (in Zwolle en in Hengelo). Dit wordt als prettig ervaren en wij zien dat inzetten hoger liggen dan wanneer deze persoon er niet is. Het te 'herleiden' effect hiervan is echter niet eenduidig, aangezien deze infrastructuur in beide regio's reeds operationeel was. |
| Flevoland | Ja | Ja | We starten met een wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie op de HAP op zaterdag/zondag overdag deze maand (oktober 2021). We verwachten hiermee een (kleine) percentage zorgopnames te kunnen voorkomen. |
| Midden-Nederland | Ja | Ja | Het nummer / loket voor acute zorgvragen VV(T) is reeds gerealiseerd. Zorgcoördinatie tijdelijk verblijf is 7 dagen / week bereikbaar (doordeweeks ook in de avonden). De ambitie in de ROAZ regio Midden-Nederland is om in 2022 wijkverpleging toe te voegen aan de scope met als doel het gezamenlijk organiseren van substitutie van zorg (voorkomen dat mensen onterecht in het ziekenhuis of op een tijdelijk verblijf terecht komen als wijkverpleging de juiste zorg op de juiste plek is). |
| Gelderland | Onzeker | Ja | Aansluiten van VVT zit voor ons op twee vlakken: enerzijds onderzoeken hoe we de acute nachtzorg kunnen aansluiten in een samenwerkingsverband. Wij verwachten volgend jaar resultaten. Anderzijds het ontsluiten van informatie over verblijfsvragen, daar verwachten we op korte termijn geen resultaten. |
| Rotterdam | Ja | Ja | Het (kleine) aantal verwijzingen naar de VVT kunnen we kwantificeren, echter is dit niet alleen doordat er één nummer beschikbaar is (andere factoren, zoals fysiek aansluiten en zorgpaden zijn hier ook op van toepassing). |
| Noord-Nederland | Nee | Ja | Eind 2022 verwachten we een gekwantificeerde uitspraak te kunnen doen over het aantal inzetten die doorverwezen zijn naar de wijkverpleging, hoe vaak is er vanuit een partner doorverwezen via deze lijnen? En vanuit welke partner is dit gebeurd? |



J. Eén nummer / loket voor regie vervolgzorg V&V (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Het inrichten van één nummer (loket) voor regie vervolgzorg V&V, voor zowel patiënt als zorgprofessional.

Met als doel het...

- Voorkomen van ziekenhuisopnamen (als een tijdelijk verblijf bed of wijkverpleging de juiste zorg op de juiste plek is) en voorkomen van opnames op een tijdelijk verblijf bed (als wijkverpleging de juiste zorg op de juiste plek is).
- Sneller de juiste zorg op de juiste plek organiseren door regionaal inzicht in de totaal beschikbare capaciteit.
- Tijdsbesparing voor de verwijzer: huisartsen en SEH zorgprofessionals.

Bijzonderheden

- Binnen de pilot in Flevoland wordt hier deels invulling aan gegeven doordat de verpleegkundige die nu bij de HAP gesitueerd is deze taak op zich neemt namens de HAP

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Door één nummer te gebruiken voor de zorgverleners (HA, HAP, SEH) die een bed zoeken, het makkelijker wordt om de regie te houden over waar een patiënt vervolgzorg krijgt.
- Eén loket voor de verwijzer in de regio gewaardeerd wordt. Verwijzers geven aan tijd te besparen door regie vervolgzorg te beleggen bij het ZCC.
- Door de grote hoeveelheid partners - die zelf niet vertegenwoordigd zijn op locatie ZCC - het van belang is tijd te creëren voor verbinding, zodat deze stakeholders zich ook daadwerkelijk betrokken voelen. Het goed inrichten van de governance van bijbehorende samenwerking is hierbij een aandachtspunt.
- Dit geldt ook voor eenduidige informatievoorziening
- Het creëren van één loket inspiratie biedt voor het toevoegen van nieuwe diensten: coördinatie plaatsen, Venflon naalden, zorgcoördinatie geboortezorg (ondersteund door PLEK app) en COVIDTherapy@Home. De aansluiting van wijkverpleging en respijtzorg bevinden zich in de oriëntatiefase.
- Regie vervolgzorg eigenlijk geen onderdeel is van de acute zorg; echter, door dit goed te organiseren kun je wel meldingen bij de acute zorg weghalen. Gaat over goede doorstroom in de keten waardoor geen acute zorgvraag ontstaat of patiënten oneigenlijk naar het ziekenhuis worden gebracht. Er is wel sprake van een acuut-probleem waarmee niet gewacht kan worden (het gaat niet langer thuis casus).
- De betaaltitel die reeds bestaat voor de coördinatie van tijdelijk verblijf is niet voldoende; hierdoor kan dit niet optimaal worden georganiseerd.

J. Eén nummer / loket voor regie vervolgzorg V&V (2/2)

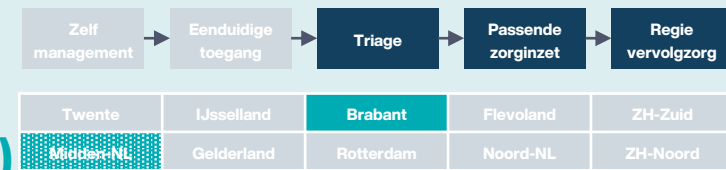
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Uit zowel de bestuurlijke evaluatie met inmiddels 17 betrokken V&V zorgaanbieders als een KlantTevredenheidsOnderzoek onder bijbehorende zorgbemiddelaars blijkt dat de nieuwe dienst zorgcoördinatie tijdelijk verblijf op locatie ZCC-MNL waarde toevoegt voor zowel de patiënt als de gewenste flow in de totale zorgketen
- Uit het KlantTevredenheidsOnderzoek onder de betrokken huisartsen geven – m.u.v. één huisarts – alle huisartsen aan tijd te besparen (variërend van 30-60 min. tot meer dan 4 uur per patiënt).
- Tijdens de COVID-19 crisis heeft zorgcoördinatie COVID-19 direct waarde toegevoegd. Alle aanmeldingen voor een tijdelijk verblijf bed op een COVID-19 cohort locatie in de ROAZ regio Midden-Nederland - inclusief het benodigde vervoer via het Rode Kruis of Ambulancezorg - zijn verwerkt door het ZCC-MNL.

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|---------------------------|----------|---------|--|
| Midden-Nederland | Ja | Ja | <p>In de ROAZ regio Midden-Nederland zijn op dit moment twee coördinatiefuncties tijdelijk verblijf actief (een team met zorgbemiddelaars op locatie ZCC-MNL en een team op locatie Meander Medisch Centrum – Regio Eemland). Qua doorontwikkeling streven we in 2022 naar samenwerking en / of samenvoeging van beide coördinatiefuncties.</p> <p>NB: het ZCC-MNL nummer (één loket voor zorgprofessionals in de ROAZ regio Midden-Nederland) is nu ook al dé ingang voor zorgcoördinatie COVID-19, geboortezorg én het plaatsen Venflon naalden.</p> |
| Rotterdam | Nee | Nee | Het (kleine) aantal verwijzingen naar de VVT kunnen we kwantificeren, echter zien we tot nu toe dat een toename hierin niet alleen komt doordat er 1 nummer beschikbaar is (andere factoren, zoals fysiek aansluiten en zorgpaden zijn hier ook op van toepassing). |
| Noord-Nederland | Ja | Ja | Hoe vaak wordt het nummer ingezet, hoe vaak wordt van de inzetten van het nummer de zorg ook daadwerkelijk afgebogen naar ELV? |
| Zuid-Holland Noord | Ja | Ja | In de pilotregio wordt dit alleen in de nachtelijke uren verzorgd conform het REBOZ traject waar de VVT mee te maken heeft. Pilot verwacht op basis hiervan komend (half) jaar kwantitatieve onderbouwing op te kunnen leveren. |



K. Gezamenlijke aanname inkomende telefonie MKA - HAP (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Gezamenlijke aanname van binnenkomende telefonie. In Brabant wordt de spoedlijn HAP door de MKA aangenomen, zodat bij telefoontjes naar de HAP met hoge urgentie, direct een ambulance wordt ingezet.

Met als doel het...

- Ontlasten van de acute zorg door meldingen die niet levensbedreigend zijn te filteren
- Krachten bundelen en daardoor met minder personeel hetzelfde doen

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Implementatie had te leiden onder acute knelpunten waardoor vertraging is opgetreden. Bijvoorbeeld ten gevolge van het uitwijken van de eigen MKA en het overnemen van taken van andere MKA's. Er is daarom voor gekozen deze interventie in een latere fase van de pilot te implementeren.
- Deze interventie zou wellicht ondervangen kunnen worden door het inregelen van een nieuw nummer voor acute zorgvragen, die niet levensbedreigend zijn. Ook de inzet van een multidisciplinaire triagist kan hier een rol in spelen. Deze opties worden echter niet binnen de scope van dit programma beproefd.
- Deze interventie raakt aan de domeindiscussie over werkzaamheden van de HAP, huisarts en MKA. Deze discussie dient nog verder te worden gevoerd.

K. Gezamenlijke aanname inkomende telefonie MKA - HAP (2/2)

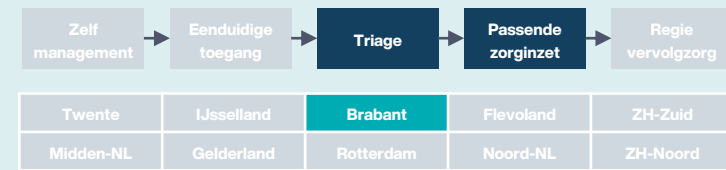
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten want interventie is nog niet van start

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|-------------------------|----------|---------|--|
| Brabant | Nee | Deels | Feitelijke doorschakeling van de spoedlijn HAP naar de MKA wordt voorzien per 1 januari |
| Midden-Nederland | Nee | Nee | Gezamenlijke aanname van telefonie MKA en HAP is niet in scope van het ZCC-MNL, omdat 112-meldingen i.v.m. vigerende wet- en regelgeving niet opgenomen kunnen worden op locatie ZCC. Het is wel een wens van het ZCC-MNL om deze calls samen te voegen. Over 1 jaar hebben we een workaroud gerealiseerd, waarbij calls vanuit de MKA kunnen worden doorgezet naar ZCC. |



L. Verrijkte triage - Gezamenlijke fysieke triage SEH/HAP (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

Een (eerste)verpleegkundige van de SEH en doktersassistente die samen patiënten triëren die zich melden op de HAP/SEH. Samen bepalen zij de juiste vervolgzorg. Ook vindt er gezamenlijke hertriage plaats bij telefonisch getrieerden en bij langere wachttijd.

Met als doel het...

- Ontlasten van de SEH / HAP van onjuiste patiënt presentaties (te laag-/hoog urgent)
- Patiënten die binnenkomen bij de HAP/SEH de best passende zorg te bieden (first-time right principe)

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Casuïstiek en ervaringen intensief worden gedeeld en nieuwe werkwijzen gedeeld worden in communicatie en vastgelegd in werkprocessen.
- Er regelmatig wordt geëvalueerd en op basis daarvan verbeterd.
- Door corona en daardoor minder spontaan bezoek er nog minder ervaring is opgedaan dan verwacht, maar op bepaalde momenten wierp de gezamenlijke triage duidelijk zijn vruchten af.

L. Verrijkte triage - Gezamenlijke fysieke triage SEH/HAP (2/2)

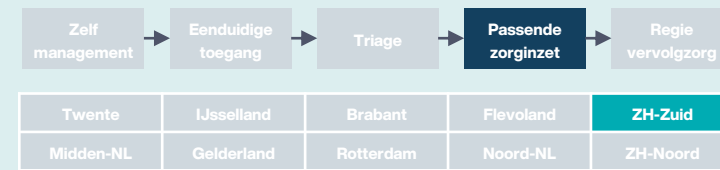
Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- Nog geen kwantitatieve resultaten

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|---------|----------|---------|---|
| Brabant | Nee | Ja | Door te registreren hoeveel patiënten door de gezamenlijke triage meteen bij de juiste professional terecht komen (HAP en SEH). |



M. Inzet Rapid-HAG (1/2)

Toelichting en doel

Met deze interventie zetten wij in op....

De inzet van een ambulancezorgprofessional, de Rapid Huisartsengeneeskunde (HAG), die acute zorgvragen van de huisartsenpost (HAP) kan overnemen die normaliter doorgezet zouden worden naar de meldkamer (MKA). Deze specifiek opgeleide ambulancezorgprofessional kan snel de juiste zorg verlenen voor acute zorgvragen aan patiënten in hun thuissituatie, op aanvraag en onder regie van de huisarts op de HAP en daarmee de inzet van een volledige uitgeruste ambulance kan voorkomen.

Met als doel het...

- Voorkomen van onnodige inzetten van ambulances
- De juiste zorg op de juiste plek aanbieden
- Versterken van de samenwerking tussen HAP, RAV en acute GGZ
- Toename patiënttevredenheid
- Verlagen werkdruk huisartsen

Bevindingen en leerpunten

Wij merken dat... (positieve inzichten / kritische noten)

- Deze Rapid HAG aanvullende kennis op het gebied van acute huisartsgeneeskunde en acute geestelijke gezondheidszorg heeft bewerkstelligd.
- Het van essentieel belang is om voor de functie 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 of Rapid Responder.
- Een groot deel Rapid HAG's positief gestemd zijn over de proeftuin, maar dat er ook een aantal Rapid HAG's zijn die aangeven dat zij nog onvoldoende worden betrokken op de HAP. Zij willen meer samenwerking met de regiearts over hun inzetbaarheid als Rapid HAG.
- Er vanuit regieartsen ook behoefte is aan meer samenwerking. Onder meer door elkaar beter te leren kennen en een duidelijker beleid te hebben over de indicatiestelling en inzet van de Rapid HAG.

M. Inzet Rapid-HAG (2/2)

Kwantitatieve resultaten

De toegevoegde waarde van deze interventie zien we nu al terug in de getallen, namelijk... (wat levert het concreet op operationeel of verderop in de keten):

- In de eerste zes maanden van de monitoring is de Rapid HAG 480 keer ingezet. In 88% van de inzetten betrof het een U1-melding (35%) en U2-melding (53%).
- Bij 148 van deze inzetten (31%) kon de Rapid HAG de zorgvraag op locatie afhandelen.
- De Rapid HAG werd in 42% van de gevallen ingezet voor de NTS ingangsklacht pijn thorax.
- Voor 28% van de gevallen was vervolfbezoek aan een huisarts, huisartsenpost, GGZ, polikliniek of thuiszorg geïndiceerd en bij 37% van de inzetten was zorg in het ziekenhuis nodig.
- De ervaringen van patiënten met de Rapid HAG zijn positief, zij geven een rapportcijfer 9.
- Zie separate onderzoek Nivel voor verdere toelichting.

Perspectief; binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel te kunnen kwantificeren want...

| Pilot | Juni '22 | Dec '22 | Binnen een (half) jaar verwachten we de toegevoegde waarde wel/niet te kunnen kwantificeren want... |
|-------------------|----------|----------|---|
| Zuid-Holland Zuid | Afgerond | Afgerond | Het blijkt complex om in kwantitatief opzicht aan te tonen dat de inzet van een Rapid HAG ook daadwerkelijk heeft geleid tot minder primaire inzetten van reguliere ambulances waarbij na een mobiel zorgconsult geen reden was tot vervoer. Dit heeft te maken met de kwaliteit van de registraties. Deze pilot zal 1 november 2021 stoppen en mogelijk nog een doorstart maken in de toekomst. Zie tussenrapportage Nivel voor verdere toelichting: LINK |