



netwerk
acute zorg

NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

ROAZ-PLAN

Noord-Holland / Flevoland

Versie 1.0

22 december 2023



Ketenpartners van het ROAZ-plan

Het ROAZ-plan is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met organisaties actief in de regionale acute zorgketen.

	Noord-Holland Noord	Zaanstreek-Waterland	Kennemerland	Amsterdam-Amstelland	Flevoland en Gooi en Vechtstreek
ZVZ					
ZKH				 <small>Medisch Specialistische Zorg</small>	
HA(P)	 <small>Huisartsenorganisatie Noord-Kennemerland</small>	 <small>HUISARTSEN</small>			 <small>Medisch Specialistische Zorg</small>
WT			 <small>esprja</small>		 <small>amstelland</small>
GGZ		 <small>Specialist in geestelijke gezondheid</small>			
RAV		 <small>driven by care</small>	 <small>zorg met hoofd en hart</small>		
MIKA	 <small>grijze knoeddeur ambulancetoevoeging voor de acute zorgketen</small>			 <small>Veiligheidsregio Kennemerland</small>	 <small>grijze knoeddeur ambulancetoevoeging voor de acute zorgketen</small>
					 <small>esprja</small>
				 <small>zorg met hoofd en hart</small>	
				 <small>grijze knoeddeur ambulancetoevoeging voor de acute zorgketen</small>	

1) Hierboven staan alleen de organisaties weergegeven die betrokken waren in de subregionale werkgroepen.
 2) Voor meer informatie over de betrokkenheid van de acute geboortezorg, zie de subregionale plannen.



Woord vooraf

- Het ROAZ-plan Noord-Holland / Flevoland is de leidraad in de samenwerking en de transitie binnen de acute zorg waar de ketenpartners gezamenlijk voor staan. Het is een strategische werkagenda en een levend document, waar de komende jaren verder invulling en uitwerking aan wordt gegeven. Het doel is richting te geven aan de activiteiten van alle acute ketenpartners voor het versterken van de acute zorg.
- Het ROAZ-plan bestaat uit vijf subregionale ROAZ-plannen. De vijf subregio's hebben een ROAZ-plan gemaakt met hierin een plan van aanpak voor de belangrijkste transformatieopgaven om toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van acute zorg binnen de subregio duurzaam te borgen.
- In de ROAZ-beelden is een aantal knelpunten duidelijk naar voren gekomen: de forse toename van het aantal (kwetsbare) ouderen, toenemende personeelskrapte, de hoge en vaak onnodige instroom, problemen in de doorstroom in de gehele acute keten, problemen binnen de geestelijke gezondheidszorgen het gebrek aan coördinatie en afstemming tussen de ketenpartners. De ROAZ-beelden zijn vertaald naar plannen, waarin onder andere afspraken worden gemaakt over het verstevigen van de regionale samenwerking.
- De plannen in onze ROAZ-regio zijn in relatief korte tijd tot stand gekomen. Het ontwikkelingsproces heeft de samenwerking verdiept en het vertrouwen versterkt. Er is draagvlak om gezamenlijk verder uitwerking te geven aan de plannen en zo de grote opgaven die er liggen aan te pakken.
- De ROAZ-plannen worden gepubliceerd op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl en op tevens te vinden op de website: [Netwerk Acute Zorg Noord-Holland-Flevoland](http://www.netwerkacutezorgnoord-holland-flevoland.nl)
- Voor vragen of meer informatie over de ROAZ-plannen kunt u mailen naar: roaz@amsterdamumc.nl



Inhoudsopgave

1. Inleiding

2. Vijf subregio's: de ROAZ-plannen

1. [Noord-Holland Noord](#)
2. [Zaanstreek-Waterland](#)
3. [Kennemerland](#)
4. [Amsterdam-Amstelland](#)
5. [Gooi en Vechtstreek / Flevoland](#)

3. ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland

1. [Zorgcoördinatie in de ROAZ-regio](#)
2. [Inzicht in capaciteit](#)
3. [Digitale gegevensuitwisseling](#)
4. [Concentratie en spreiding: Multitraumazorg](#)

4. Van plannen naar uitwerking

1. [De rode draad van de ROAZ-plannen](#)
2. [Governance ROAZ-regio en organogram](#)
3. [Landelijke randvoorwaarden](#)

5. Bijlagen

[Acute ouderenzorg, geboortezorg, neurologie, cardiologie](#)

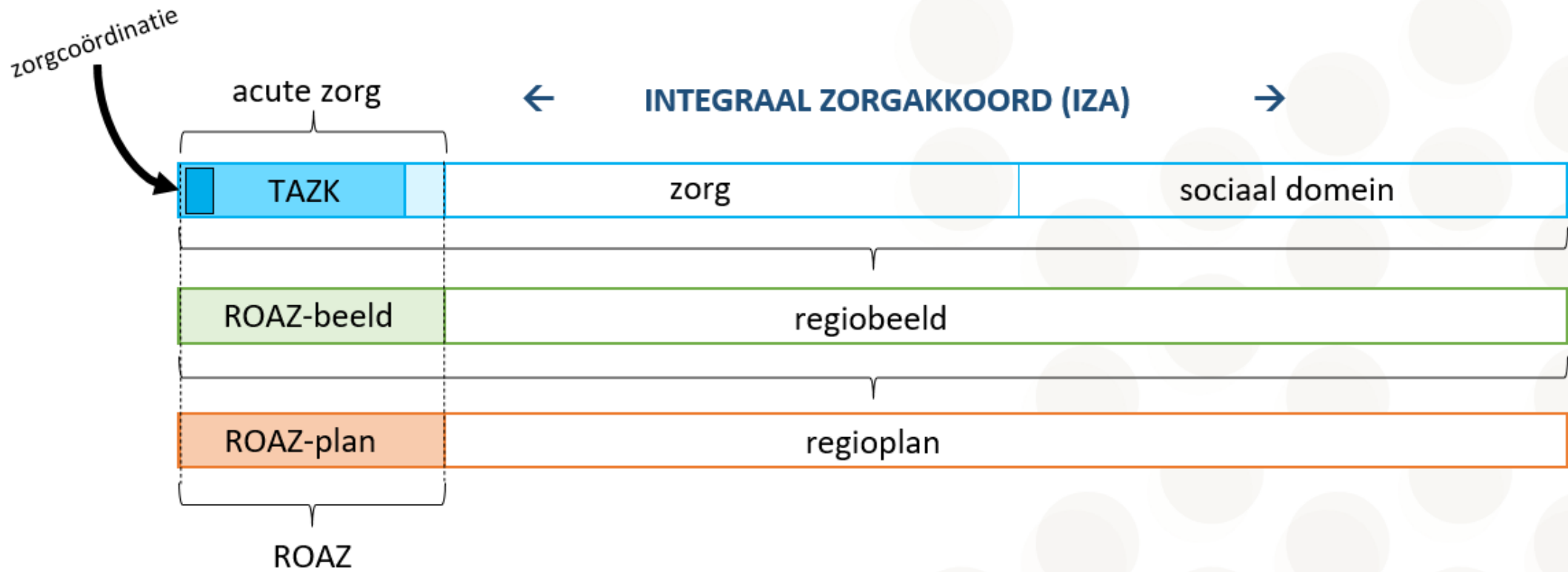


1. Inleiding

- IZA, TAZK en ROAZ-plan
- De subregionale indeling van de ROAZ-regio
- Opdracht ROAZ-plan
- ROAZ-beeld Noord-Holland/Flevoland



IZA, TAZK en het ROAZ-plan



Het **TAZK-programma** is voor ons ROAZ **de kapstok voor de acute zorg**

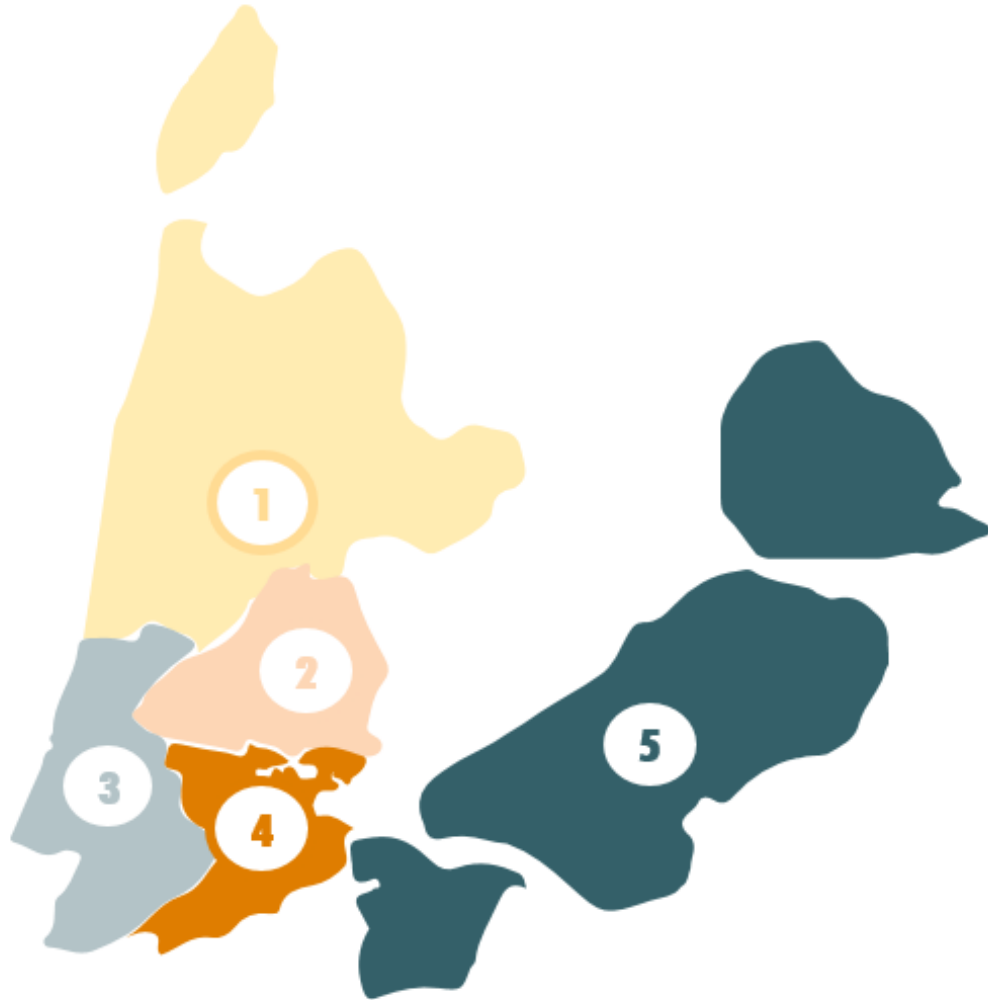
De **overige zorg** valt onder **verantwoordelijkheid** van de **zorgkantorregio's**

TAZK staat voor het programma 'Toekomstbestendige Acute Zorgketen'.



Subregio's ROAZ Noord-Holland/Flevoland

Het ROAZ-plan bestaat uit vijf subregionale ROAZ-plannen.



Noord-Holland Noord



Zaanstreek-Waterland



Kennemerland



Amsterdam-Amstelland



Gooi & Vechtstreek - Flevoland



Opdracht ROAZ-plan (1)

De opdracht is om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te borgen (rekening houdend met een beperkt aantal professionals en middelen) door afspraken te maken over het voorkomen van acute zorg, zorgcoördinatie, triage, kwaliteit van acute zorg, differentiatie, concentratie en spreiding, samenwerken in de keten en het delen van informatie.

Hierbij wordt gestreefd naar een **gedeeld en gedragen plan** van waar gezamenlijk in de acute keten naar toe wordt gewerkt.

De opgave van het ombuigen van de acute zorgvragen en passende zorg bieden, door o.a.:

- Instroom beperken (acute ontregeling voorkomen)
- Integratie HAP/SEH, multitriage
- Onderscheid spoedzorg, hoog complexe en laag complexe zorg
- Door- en uitstroom optimaliseren
- Voldoende bevlogen professionals



Opdracht ROAZ-plan (2)

- De vijf gebundelde subregionale ROAZ-plannen tezamen vormen het ROAZ-plan voor de ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland, aangevuld met de uitwerking van plannen op thema's die ROAZ-regio breed worden opgepakt;
- Elke subregio heeft een ROAZ-plan gemaakt met hierin een plan van aanpak voor de belangrijkste transformatieopgaven om toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van acute zorg binnen de subregio duurzaam te borgen. Het plan focust zich op een handvol opgaven die met prioriteit dient te worden aangepakt afgespiegeld aan het subregionale ROAZ-beeld en de uitkomsten van de duidingssessies die in dat kader georganiseerd zijn.
- Er is een aantal thema's die (ook) op ROAZ-niveau invulling krijgen:
 - Onderzoeken of en in welke vorm zorgcoördinatie binnen de ROAZ-regio georganiseerd kan worden, uitgaande van bestaande subregionale initiatieven en wensen en de landelijke ontwikkelingen;
 - Inzicht in capaciteit;
 - Digitale gegevensuitwisseling: coördinatie werkafspraken en monitoren voortgang;
 - Concentratie en spreiding – multitraumazorg.
- Nadat er aan het einde van Q2 de ROAZ-beelden zijn opgeleverd, is in de periode juli t/m december 2023 in de ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland met alle ketenpartners gewerkt aan de subregionale ROAZ-plannen.
- De opdracht was dat er nadrukkelijk plannen gemaakt worden die qua commitment en ambitie gedragen worden door de ketenpartners, zowel bestuurlijk als tactisch.

Patienten flow ROAZ NH/FL 2022 2030

In duizenden (x1.000)

Toekomstverkenning

Bevolking 2022 ROAZ NH/FL



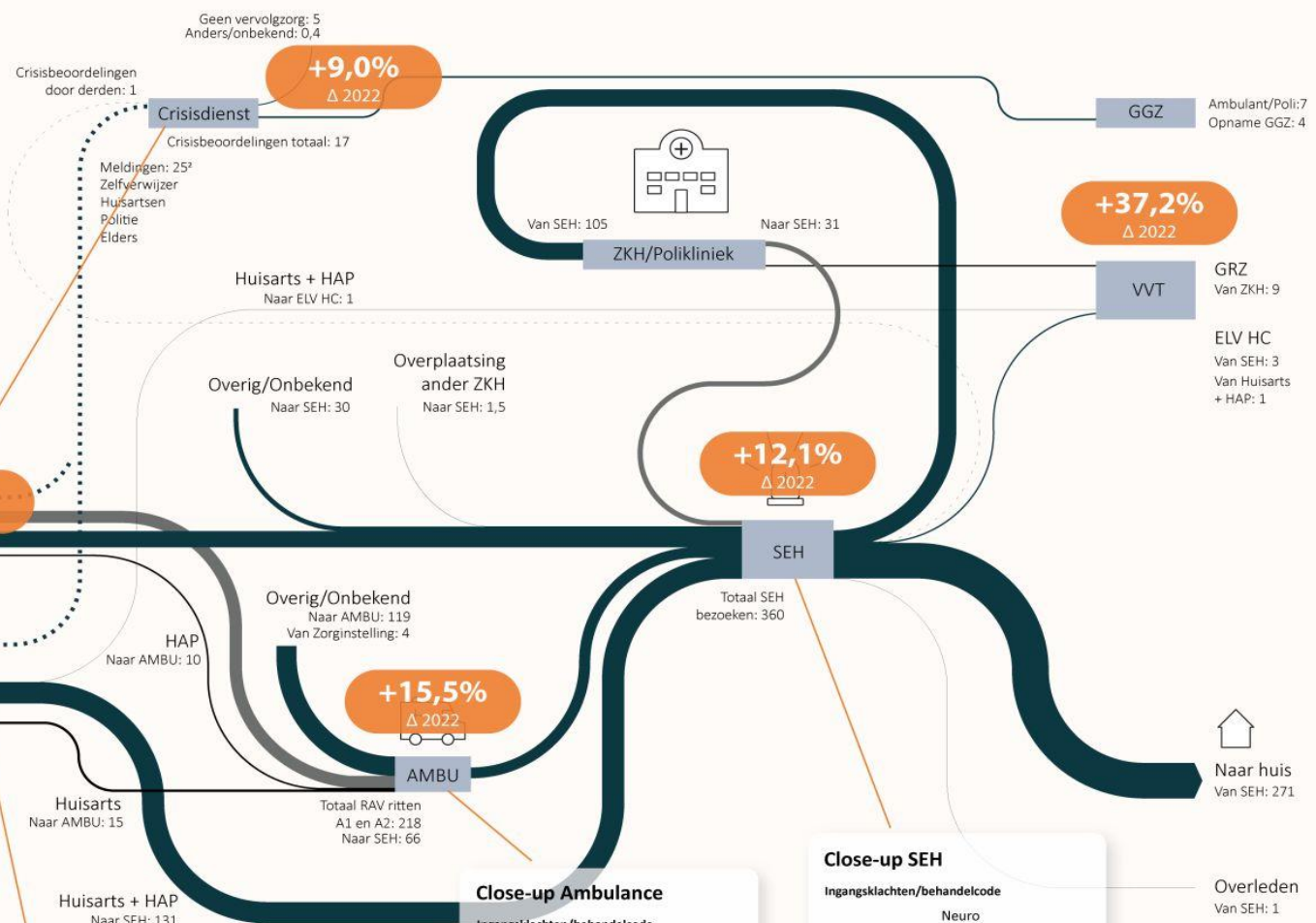
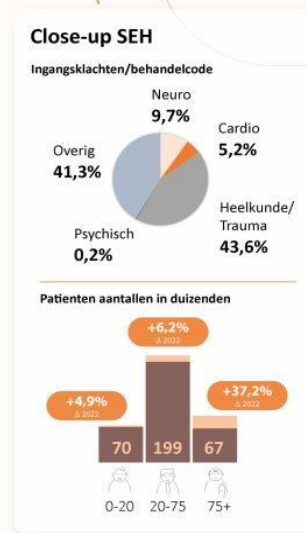
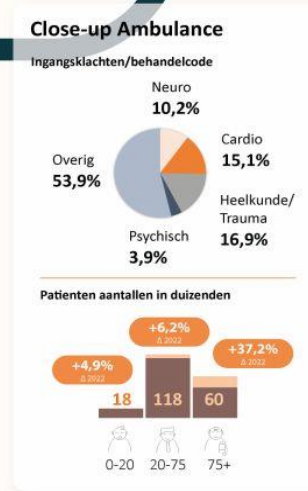
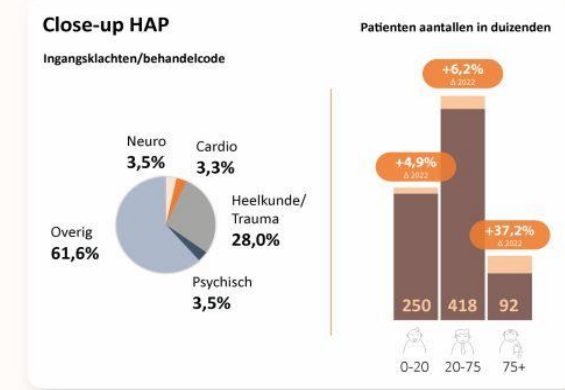
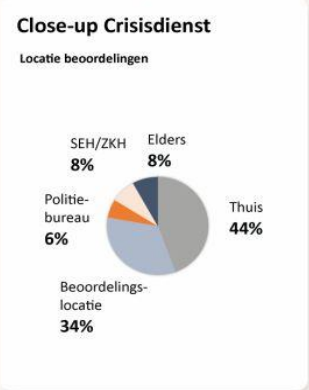
Patient met acute zorgvraag

Meldingen crisisdienst: 25
Zelfverwijzer AMBU: 74
Zelfverwijzer SEH: 100
Zelfverwijzer HAP: 25

Geen zelfverwijzer HAP: 804

Zelfverwijzer Huisarts: 600¹

Digi Zelftriage: 100



Voor meer info over de ROAZ-beelden klik [hier](#)

Lijndikte 2,5 pt staat voor 25.000 patiënten
1 Schatting o.b.v. NZA data aangeleverd door het RIVM
2 Meldingen GGZ instroom niet volledig



2. De subregionale ROAZ-plannen

Link naar en managementsamenvatting van de ROAZ-plannen:

1. [Noord-Holland Noord](#)
2. [Zaanstreek-Waterland](#)
3. [Kennemerland](#)
4. [Amsterdam-Amstelland](#)
5. [Gooi en Vechtstreek / Flevoland](#)



1. Noord-Holland Noord

[Klik hier voor het ROAZ-plan Noord-Holland Noord](#)

[Klik hier voor het IZA-regioplan Noord-Holland Noord](#)



ROAZ-plan Noord-Holland Noord

Managementsamenvatting

De acute zorg in Noord-Holland Noord staat onder druk. Het borgen van toegankelijke, betaalbare en goede zorg vraagt om actie.

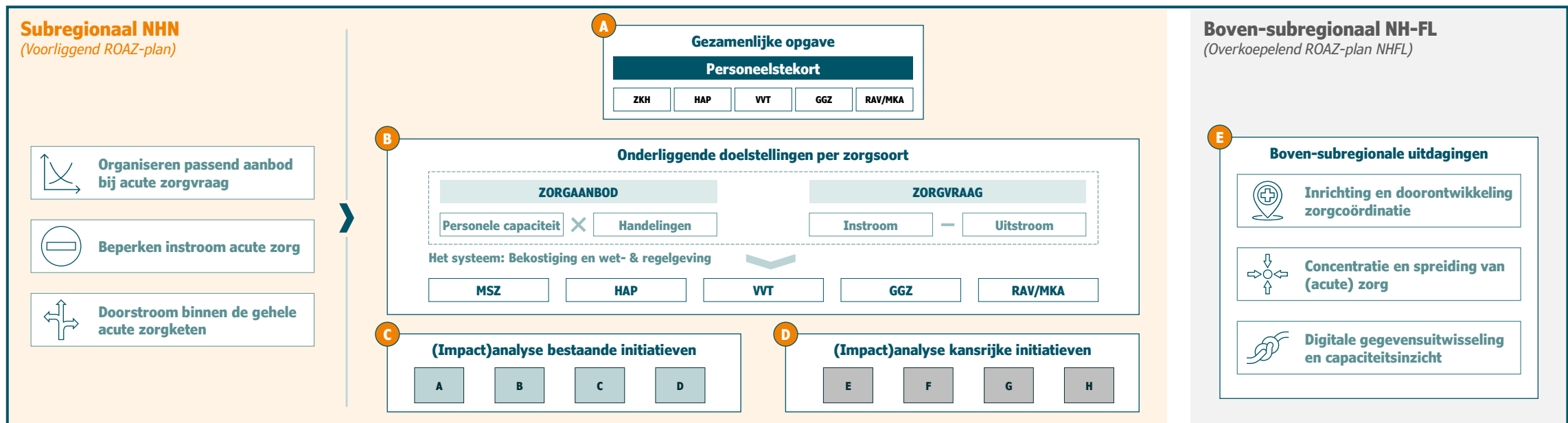
Goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Dat vinden we belangrijk. Voor onszelf, voor onze naasten en voor de samenleving als geheel. De (acute) zorg staat echter onder druk. Als gevolg van toenemende en meer complexere zorgvraag en een afnemende arbeidsmarkt. Als we niets doen dreigt de zorg vast te lopen. In de regio Noord-Holland Noord moet men met elkaar aan de slag om de zorg toekomstbestendig te maken. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgsector, de politiek en de maatschappij.

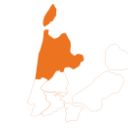
Acute zorgpartners committeren zich aan een strategische werkagenda voor de komende jaren. Met domeinoverstijgende samenwerking als sleutel tot succes.

Om de acute zorgketen zo te organiseren dat zowel de zorgvraag als het zorgaanbod zo goed mogelijk op elkaar aansluiten, moeten zorgaanbieders nauw met elkaar samenwerken. Lokaal als dat kan en domeinoverstijgend als dat moet. Zo ontstaat er een netwerk van (acute) zorg rondom de patiënt. Acute ketenpartners hebben daarom voorliggende strategische werkagenda voor de komende jaren opgesteld, met focus op gemeenschappelijke doelstellingen en domeinoverstijgende samenwerking.



Het doel van dit ROAZ-plan is richting te geven aan de activiteiten van alle acute ketenpartners voor het versterken van de acute zorg in de regio. Dat betekent dat het ROAZ-plan de gezamenlijke visie bevat op de prioritaire opgaven en alle afspraken en maatregelen om met deze opgaven aan de slag te gaan. Deze gezamenlijke werkagenda bestaat uit diverse onderdelen die samen het ROAZ-plan vormen voor de regio Noord-Holland Noord. Deze bouwstenen sluiten aan bij de prioritaire uitdagingen zoals in het ROAZ-beeld Noord-Holland Noord gedefinieerd.





ROAZ-plan Noord-Holland Noord

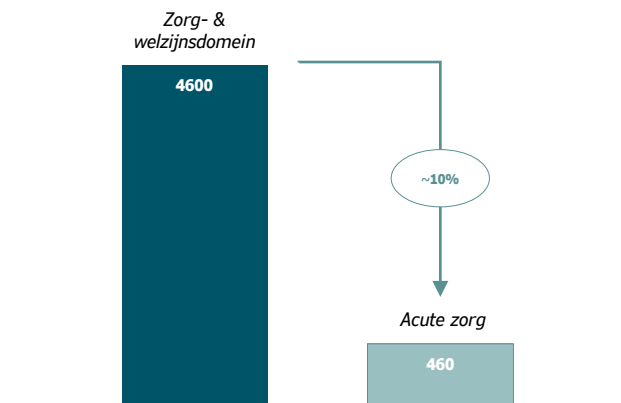
Managementsamenvatting

A **Personeelstekort is de gemeenschappelijke taal om het verschil uit te drukken tussen de zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod. Het adresseren van het verwachte personeelstekort vormt de overkoepelende, gemeenschappelijke opgave van het ROAZ-plan NHN¹.**

Arbeid is in toenemende mate de beperkte factor in de beschikbare capaciteit binnen de zorgsector. Het beschikbare arbeidspotentieel is onvoldoende om aan de zorgvraag te voldoen. Hierdoor raken de drie pijlers van zorg (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) uit balans. Op basis van deze overtuiging is ervoor gekozen het personeelstekort te hanteren als maatstaf om het verschil tussen zorgvraag en zorgaanbod te duiden.

Het verwachte personeelstekort in het hele zorg en welzijnsdomein in 2032 stijgt (bij ongewijzigd beleid) tot zo'n 4.600 – 9.800 personen. Het tekort manifesteert zich in alle sectoren en vraagt om een gezamenlijke aanpak. In samenspraak met ketenpartners is een eerste inschatting gemaakt welk deel hiervan zich binnen de acute zorg voordoet. Dit is ca. 10% en betreft een eerste grove inschatting die de komende periode aanscherping verdient.

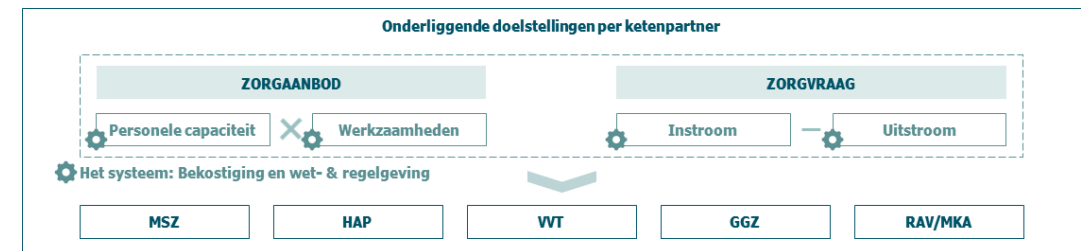
Het doel is niet om tot een perfecte berekening te komen. Het doel is wel om de basis te leggen voor het fundamentele uitgangspunt dat het huidige en toekomstige personeelstekort vraagt om een andere inrichting van de zorg. In andere woorden, het is geen arbeidsmarkt vraagstuk, maar een inrichtingsvraagstuk.



B **Per zorgsoort zijn onderliggende doelstellingen vastgesteld. Dit zijn mechanismen die impact hebben op het vergroten van het zorgaanbod en het verlagen van de zorgvraag. En daarmee van invloed zijn op de overkoepelende gemeenschappelijke opgave: het personeelstekort.**

Aanbieders hebben op basis van drie perspectieven per zorgsoort samen in kaart gebracht waar de grootste knelpunten en daarmee transformatiekansen liggen om het zorgaanbod te vergroten, of de zorgvraag te verlagen.

Het gaat hierbij om beïnvloedbare uitdagingen (of 'draaiknoppen') waarvan aanbieders verwachten dat het adresseren van deze uitdagingen impact heeft op het verminderen van de verwachte personele tekorten. Daarmee geven deze doelstellingen richting aan de te ontplooiën initiatieven op de strategische werkagenda. De geïdentificeerde transformatiekansen zijn vertaald naar SMART 'subdoelstellingen', die komende jaren worden gemonitord en opgevolgd.



Perspectief zorgaanbod:

Een beter passend aanbod kan gerealiseerd worden door het vergroten van de personele capaciteit én door het effectiever inrichten van de dingen die werknemers doen. Bijvoorbeeld door het ontregelen van de zorg, digitalisering en automatisering.

Perspectief zorgvraag:

Het afbuigen van de instroom en het bevorderen van de uitstroom kunnen gerealiseerd worden door nog meer in te zetten op dat patiënten de juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment ontvangen. Dit vraagt ook kritisch te kijken naar welke zorg daadwerkelijk spoedzorg betreft.

Perspectief het systeem:

Zorgaanbieders geven aan dat bekostiging en wet- & regelgeving soms de belangrijkste knelpunten vormen in de mismatch tussen zorgaanbod en zorgvraag. Het inventariseren én oplossen van deze knelpunten vragen dus ook aandacht.

1) Deze aanpak is in lijn met het regioplan NHN, waarbij het personeelstekort tevens als kapstok wordt gehanteerd. Dit is een bewuste keuze, om daarmee de samenhang tussen beide plannen te borgen.



ROAZ-plan Noord-Holland Noord

Managementsamenvatting

C D

Bestaande initiatieven

Potentiele initiatieven

Initiatieven	Passend aanbod	Instroom	Door- en uitstroom	Realisatie	Kwantitatieve impact op personele tekort
Prognose personeelstekort acute zorg 2032					460
Woongemak is kinderspel	○	●	○	1 – 3 j	
Coördinatiepunt ouderenzorg Noord-Holland	○	●	●	3 – 5 j	
Spoed = Spoed	○	●	●	< 1 j	
Optimaliseren meldkamerproces ambulancezorg	●	○	○	1 – 3 j	
Verbeterde urgentie-indeling	●	●	○	< 1 j	
DIRK: Niet medische tilassistentie Rode Kruis	●	●	○	1 – 3 j	
Regionale capaciteitsdeling	●	●	○	< 1 j	
Vrij Roosteren	●	○	○	< 1 j	
Generiek Module Acute Psychiatrie	●	●	●	< 1 j	
Sigra jaarplan 2024	●	○	○	1 – 3 j	
Digitale gegevensuitwisseling en capaciteitsinzicht	●	○	●	ntb	
Acute VWT-zorg in Beeld	○	●	●	< 1 j	
Optimaliseren bekostiging acute-zorgketen	○	●	●	1 - 3 j	
Ambulance(zorg) thuis	○	●	●	1 - 3 j	
Overheveling Ziekenhuiszorg	○	●	●	> 5 j	
Verkenning spoedplein Alkmaar	●	●	●	1 – 3 j	
Spoedplein Hoorn	●	●	●	1 – 3 j	
VWT-triagist spoedplein Den Helder	●	●	●	< 1 j	
Domeinoverstijgende crisisdienst	●	●	●	1 – 3 j	
Verplicht lespakket zorg & welzijn	●	●	○	1 – 3 j	
Regionale publiekscampagne acute zorg	○	●	○	< 1 j	
Domeinoverstijgend ontregelen van de acute zorg	●	○	○	1 – 3 j	
Zorgcoördinatie	●	●	●	ntb	
Initiatieven uit regioplan NHH	●	●	●	ntb	
Resterend personeelstekort 2032					230

-50%

Noord-Holland Noord staat niet stil. Alle acute aanbieders zijn betrokken bij de (door)ontwikkeling van allerlei bestaande en nieuwe initiatieven. Al deze initiatieven bij elkaar hebben de ambitie dat het voorspelde personeelstekort in 2032 met 50% vermindert. Daar werken we de komende jaren naar toe.

De genoemde initiatieven worden komende jaren (door)ontwikkeld en uitgevoerd. Aanbieders hebben zich geïnteresseerd en tijd, mensen en middelen vrijgespeeld om hiermee aan de slag te gaan. De meeste initiatieven starten direct, maar kennen een verschillende realisatietermijn.

Om de voortgang op de afspraken te bewaken is een regionale governance noodzakelijk. Daarom is besloten de stuurgroep, werkgroep en programmacoördinator tot medio 2024 te verlengen. Voor de boven-subregionale onderwerpen blijft de governance-structuur zoals georganiseerd vanuit het ROAZ Noord-Holland / Flevoland van kracht.

Aankomend jaar wordt aansluiting gezocht op de regionale governance die vanuit het regioplan is voorgesteld. Men bouwt hierbij voort op het samenwerkingsplatform Noord-Holland Noord Gezond. Waarbij het bestuur wordt verrijkt met nieuwe partijen voor een zo'n breed als mogelijke vertegenwoordiging.

Samengenomen is er voor 2024 nog een aantal overkoepelende aandachtspunten waarmee de acute ketenpartners gezamenlijk aan de slag gaan:

- (Door)ontwikkeling en uitvoering van de initiatieven conform planning
- Plan van aanpak t.a.v. overlap, tegenstrijdigheden en witte vlekken andere ROAZ- en regioplannen
- Snelle toets en aanvragen transformatiegelden waar passend
- Beter specificeren van prognose verwacht personeelstekort voor de acute zorg in 2032
- Ontwikkelen van een procesvoorstel hoe het resterende personeelstekort te adresseren
- Operationalisatie en opstellen meetplannen voor alle subdoelstellingen en uitvoering 0-metingen
- Het integraal in beeld brengen van de effecten van de diverse initiatieven op de keten
- Aansluiting op regionale governance voor gehele zorg- en welzijnsdomein (zie regioplan)
- Inrichten overkoepelende informatievoorziening ten behoeve van leren en verbeteren
- Verbinding houden met de (door)ontwikkeling van de boven-subregionale onderwerpen
- Evaluatie en herijking van (gezamenlijke) strategische werkagenda inclusief de samenwerking



2. Zaanstreek-Waterland

[Klik hier voor het ROAZ-plan Zaanstreek-Waterland](#)

[Klik hier voor het IZA-regioplan Zaanstreek-Waterland](#)



We doen het samen,
We doen het beter.

Totstandkoming ROAZ-plan Zaanstreek-Waterland

De basis voor het ROAZ-plan Zaanstreek-Waterland is gelegd in een tweetal werkconferenties met zowel bestuurders als leden van de tactische werkgroep. In de eerste werkconferentie is op elke prioritaire uitdaging een verdieping gemaakt op knelpunt, oorzaak en effect. Alsmede de betekenis daarvan en wat er voor nodig is om deze op te lossen. Elke uitdaging werd vanuit meerdere perspectieven belicht.

In de tweede werkconferentie stond het SMART maken van doelstellingen centraal. De prioritaire uitdagingen werden daarbij zowel vanuit een denkkader zorg als maatschappelijk denkkader besproken.

De verkregen inzichten en uitwerking hebben geleid tot dit ROAZ-plan Zaanstreek-Waterland.

1. De oneigenlijke/onnodige zorgvraag terug te dringen. Het sociaal domein bewust te maken van de druk op de acute keten en hen te ondersteunen bij de ontwikkeling en implementatie van de regioplannen;
2. Het aantal onnodige ambulance bewegingen te reduceren;
3. De triage te verbeteren. We laten ons hierbij leiden door het First Time Right principe en we spreken daarbij één taal;
4. Het percentage verkeerde bedden terug te dringen door onnodige instroom in het ziekenhuis te voorkomen en de doorstroom vanuit de SEH en kliniek te verbeteren;
5. De capaciteit van ZKH en VVT beter te benutten door optimaal inzicht te krijgen in benodigde en beschikbare capaciteit en door gebruik te maken van betrouwbare data en de inzet van AI;
6. Gegevensuitwisseling door de hele keten beschikbaar te krijgen. Zowel patiëntgegevens als gegevens m.b.t. capaciteit en te verwachte zorgvraag en zorgconsumptie;
7. De acute thuiszorg, de inzet van wijkteams en de palliatieve zorg te verbeteren. De zorg en expertise anders in te richten, zodat we op alle acute vragen een antwoord hebben. Generalistisch waar het kan, specialistisch waar het echt moet. Dit vraagt om 'herdesign' door grote en kleine partijen met elkaar;
8. De vele en onnodige administratie, vastlegging en rapportage terug te dringen;
9. Het imago van werken in de zorg ten positieve te keren en aantrekkelijk te maken;
10. Leren te complimenteren.



Onze ambitie

Prioritaire opgave



ROAZ PLAN ZW ROADMAP (1/4)
We doen het samen. We doen het beter.

Initiatieven

2024				2025			
Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
[Progress bar]							
[Progress bar]							
[Progress bar]							
[Progress bar]							
[Progress bar]							
[Progress bar]							

2.1. Proactieve Zorgplanning (PZP)

Betrokken partijen
hzw, Regioplatform

Regievoerders
zaans medisch centrum, Ambulance Amsterdam, DIJKLANDER ZIEKENHUIS, De Zorgriekel, evean

2.2. Verdere integratie van de HAP en SEH

Betrokken partijen
Dijklander Ziekenhuis, zaans medisch centrum, hzw

Regievoerders
evean, Parnassia groep, De Zorgriekel, Ambulance Amsterdam, CLM&B

2.3. Zorg voor semi-acute geriatrische patiënten

Betrokken partijen
zaans medisch centrum

Regievoerder
hzw, DIJKLANDER ZIEKENHUIS

Doelstelling initiatieven

Eind 2024 voert 80% van de huisartsen in de regio pzp gesprekken.

Eind 2024 is onderzocht of en hoe de informatie die is vastgelegd door de huisarts elektronisch beschikbaar kan komen voor MKA, RAV, SEH en VVT.

Eind 2025 heeft 50% procent van de kwetsbare ouderen een gesprek gehad.

Eind Q1 2024 is er van de betrokken partijen commitment op het proces en heeft een eerste verkenning op inhoudelijke visie plaatsgevonden

Voor einde Q2 2024 heeft ZMC onderzocht hoe de zorg voor de semi-acute geriatrische patiënten op de locatie Zaandam het beste kan worden ingericht.

Prioritaire opgave

Personeel
 Toenemende zorgvraag
 Instroom
 Instroom, doorstroom en uitstroom (IDU)
 Samenwerking



ROAZ PLAN ZW ROADMAP (2/4)
We doen het samen. We doen het beter.

Initiatieven

2.4. Multidisciplinaire samenwerking en geriatrische medebehandeling op de SEH

Personeel
 Toenemende zorgvraag
 IDU
 Samenwerking

Betrokken partijen

Regievoerders

2.5. Doorontwikkeling Acute thuiszorg

Personeel
 Toenemende zorgvraag
 IDU

Betrokken partijen

Regievoerders

Andere VVT-organisaties

2.6. Harmonicamodel in de wijkkliniek

Personeel
 Toenemende zorgvraag
 Instroom
 Samenwerking

Betrokken partijen

Regievoerders

2024				2025			
Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
[Initiative 2.4 bar]							
[Initiative 2.5 bar]							
[Initiative 2.6 bar]							

Doelstelling initiatieven

Voor einde Q2 2024 hebben ziekenhuizen een plan voor multidisciplinaire samenwerking en geriatrische medebehandeling op de SEH ontwikkeld, dit in samenhang met hun beleid ten aanzien van semi-acute geriatrische patiënten.

Voor einde Q3 2024 ontwikkelen beide VVT-organisaties en in samenhang met elkaar een plan om de acute thuiszorg toekomstbestendig in te richten.

Voor eind 2024 is een haalbaarheidsstudie gemaakt ten aanzien van de mogelijkheid van een harmonicamodel tussen de wijkkliniek en het ziekenhuis, waarbij bedden en medewerkers flexibel kunnen worden ingezet op basis van de meest gewenste vraag. Pas de bekostiging hierop aan middels domein overstijgende financiering.

Prioritaire opgave



ROAZ PLAN ZW ROADMAP (3/4)
We doen het samen. We doen het beter.

Initiatieven

2024				2025			
Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
2.7. Verkenning vernieuwing van het tijdelijk verblijf ELV							
2.8. Voorkom onnodige instroom en pak dit op samen met sociaal domein							
2.9. Regionaal het begrip passende zorg uitdragen							

2.7. Verkenning vernieuwing van het tijdelijk verblijf ELV

Betrokken partijen

Regievoerders

2.8. Voorkom onnodige instroom en pak dit op samen met sociaal domein

Betrokken partijen

Regievoerders

2.9. Regionaal het begrip passende zorg uitdragen

Betrokken partijen

Regievoerders

Doelstelling initiatieven

Eind Q4 2024 is er een plan over een vernieuwing van het tijdelijk verblijf ELV, afgestemd met de ketenpartners, rekening houdend met voldoende flexibele capaciteit en met uitzicht op een passende financiering.

Eind Q1 2024 hebben de partners uit de acute keten een inhoudelijke afstemming gemaakt met het IZA-regioplan.

Eind Q3 2024 ligt er een communicatieplan om het begrip passende zorg uit te dragen in de gehele regio bij zorgverleners hun organisaties en toezichthouders en de inwoners van de regio.



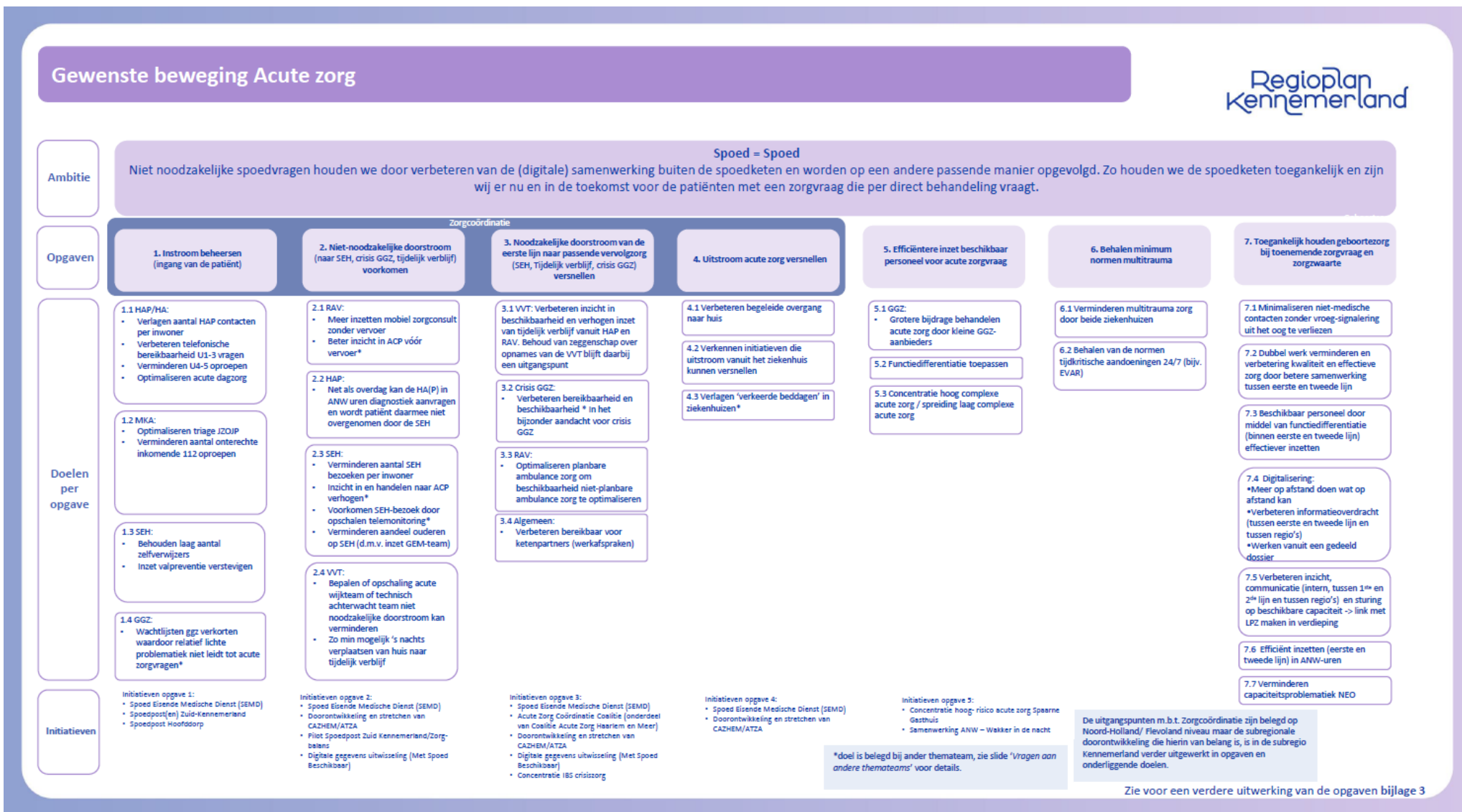
3. Kennemerland

[Klik hier voor het IZA-regioplan Kennemerland \(inclusief ROAZ-plan\)](#)

[Klik hier voor het IZA-regioplan Haarlemmermeer](#)

Prioritaire opgaven Kennemerland

De inzichten uit het ROAZ-beeld zijn als uitgangspunt genomen en vertaald in prioritaire opgaven



Om de gewenste beweging ingang te zetten is gezamenlijk een ambitie voor acute zorg in Kennemerland opgesteld. Een gedragen ambitie alleen is echter niet genoeg. Een beweging ingang zetten vraagt een cultuur waarbij vergaande integrale samenwerking de norm is. Integrale innovatie gaat verder dan ketenzorg. Het leidt ertoe dat huisartsen(posten), ambulancediensten, VVT-, GGZ-instellingen en ziekenhuizen als één team functioneren en continu nadenken wat de juiste plek voor de patiënt is. We zullen de eerste lijn moeten versterken, vertrouwen op goede intenties van anderen, loslaten van autonomie, onzekerheid en ongemak omarmen en constructief bijdragen aan duurzame intenties in handelen en gedrag.

- De prioritaire opgaven die hierbij aansluiten zijn:
1. Instroom beheersen (ingang van de patiënt)
 2. Niet-noodzakelijke doorstroom (naar SEH, crisis ggz, tijdelijke verblijf) voorkomen
 3. Noodzakelijke doorstroom van de 1e lijn naar passende vervolgzorg (SEH, Tijdelijk verblijf, crisis ggz) versnellen
 4. Uitstroom acute zorg versnellen
 5. Efficiëntere inzet beschikbaar personeel voor acute zorgvraag
 6. Behalen minimum normen multitrauma
 7. Toegankelijk houden geboortezorg bij toenemende zorgvraag en zorgzwaarte

Per prioritaire opgave zijn doelen geformuleerd en initiatieven gekoppeld.

Uitwerking initiatieven Kennemerland

De initiatieven zijn aan de prioritaire opgaven gekoppeld

Inventarisatie huidige samenwerkingsinitiatieven (1 van 2)

NB 1 Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend
NB 2 De volwassenheid van elk initiatief verschilt. Voor sommige initiatieven geldt dat er al sprake is van een effectieve werkwijze, waarbij het voorstel is deze activiteiten uit te breiden. Terwijl voor andere initiatieven nog een verkenning, intentieverklaring, plan en/of business case moet worden opgesteld. Het gaat om een inventarisatie binnen Midden en Zuid Kennemerland.

Naam initiatief	Betrokken partijen	Doel / ambitie
Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD)	RKZ, HVMK, ViVa-zorggroep, ggz InGeest, GGD (RAV Kennemerland), Parnassia Groep, HAP Beverwijk,	1 loket voor acute zorg. Alle aangesloten aanbieders hebben daarin een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de in-, door- en uitstroom te optimaliseren. Dit leidt tot passende acute zorg die begrijpelijk en goed vindbaar is voor patiënten.
Acute Zorg Coördinatie Coalitie (is onderdeel van Coalitie Acute Zorg Haarlem en Meer)	Trekkers: Spaarne Gasthuis, Huisartsen Zuid Kennemerland Participanten: RAV Kennemerland, CAZHEM, GGZ InGeest, Huisartsen Haarlemmermeer worden geïnformeerd en betrokken waar nodig	Stapsgewijze en incrementele verbetering van Zorgcoördinatie met de partners én elkaar beter leren kennen en korte lijnen creëren
Doorontwikkeling en stretchen CAZHEM (is onderdeel Coalitie Acute Zorg Haarlem-en-Meer)	Trekkers: Zorgbalans en Kennemerhart, St.Jacob (uitbereiding: Amstelring en Cordaan) Geïnformeerd en betrokken waar nodig: Huisartsen Zuid Kennemerland, Spaarne Gasthuis, GGZInGeest Voor het 1e punt worden contacten gelegd met de hospices in de regio.	<ul style="list-style-type: none"> • Uitbreiding van de doelgroep: Bemiddeling vrijwillige inzet, particuliere inzet en andere innovaties in geval van uitval van de mantelzorgers van de thuiswonende kwetsbare oudere. • Uitbreiding type zorg: opvolging 24u acute thuiszorg optimaliseren. Als via CAZHEM acute thuiszorg is ingezet, wordt de cliënt gekoppeld aan het dichtstbijzijnde thuiszorgteam. Door de wijkverpleegkundige wordt beoordeeld of de cliënt vervolgzorg nodig heeft of dat de zorgorganisatie zich terug kan trekken. De inspanningen van de huisarts t.b.v. organiseren van de vervolgzorg na acute thuiszorg komt hiermee te vervallen (veelvuldige telefoontjes naar verschillende organisaties). • Uitbreiding werkgebied: Verkennen of de inzet van de werkwijze van CAZHEM wel / niet van waarde is voor het werkgebied Haarlemmermeer. En hoe implementatie kan worden gerealiseerd.
Aanmeldportaal Tijdelijke Zorg Amstelland en Haarlemmermeer	Na integratie deel Haarlemmermeer met CAZHEM samenwerking met Sint Jacob, Zorgbalans, Kennemerhart, Cordaan en Amstelring (SEH/HAP/Huisartsen als gebruiker)	Koppelen Haarlemmermeer aan CAZHEM
Samenwerking ANW - Wakker in de nacht (Coalitie Acute Zorg Haarlem-en-Meer)	Spaarne Gasthuis en Zorgbalans Betrokken: alle partijen waar mensen wakker zijn in de nacht voor de acuterie; HCKZ, Huisartsen Haarlemmermeer, RAV, GGZInGeest, Kennemerhart	<p>"Zo weinig mogelijk mensen wakker in de nacht"; Bundelen van ANW functies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Low care spoedpost • Samenwerking ANW uren VVT en huisartsen • Optimalisatie inzet capaciteit nacht en weekend • VVT en huisartsen

Uitwerking initiatieven Kennemerland

De initiatieven zijn aan de prioritaire opgaven gekoppeld

Inventarisatie huidige samenwerkingsinitiatieven (2 van 2)

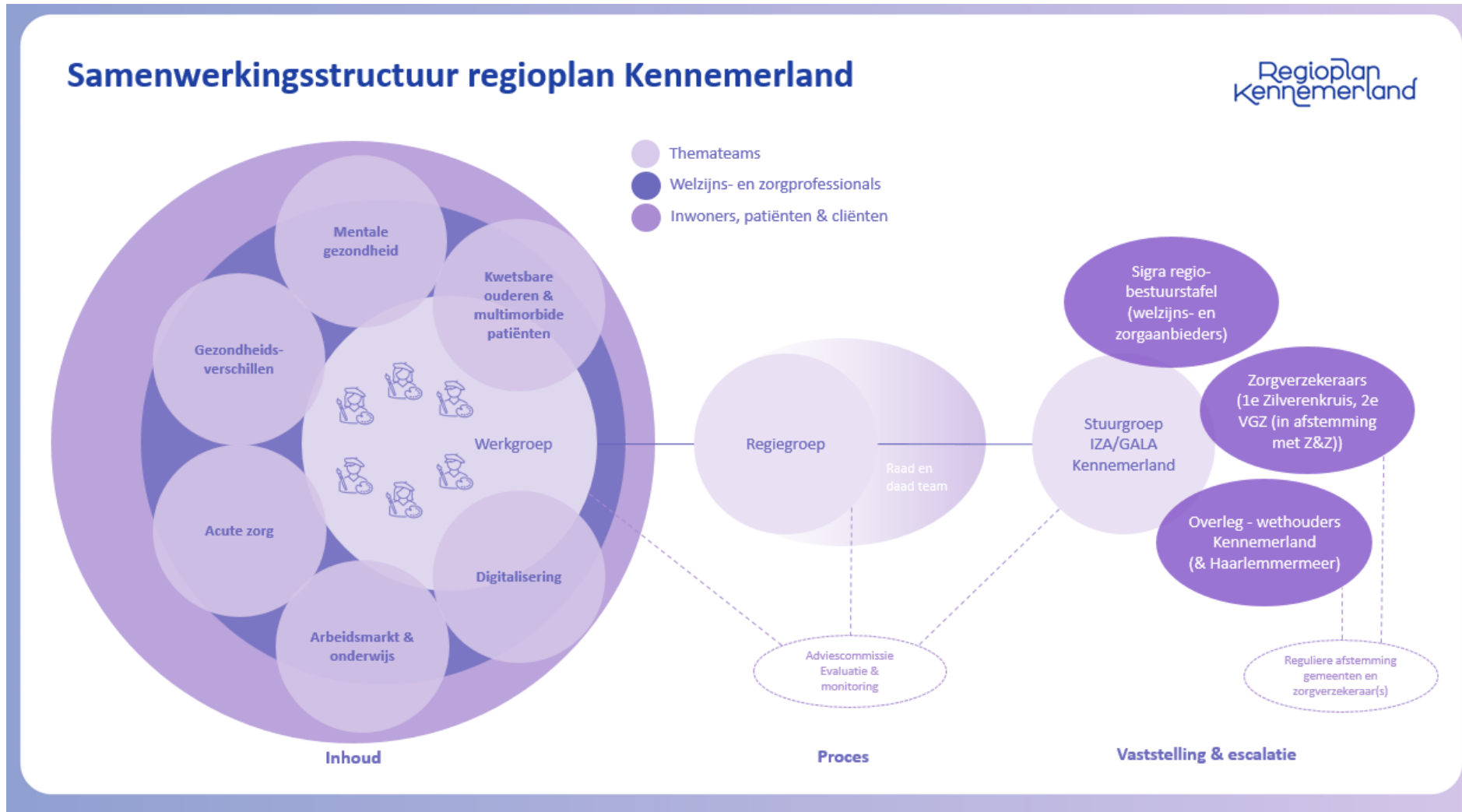
RegioPlan
Kennemerland

NB 1 Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend
NB 2 De volwassenheid van elk initiatief verschilt. Voor sommige initiatieven geldt dat er al sprake is van een effectieve werkwijze, waarbij het voorstel is deze activiteiten uit te breiden. Terwijl voor andere initiatieven nog een verkenning, intentieverklaring, plan en/of business case moet worden opgesteld. Het gaat om een inventarisatie binnen Midden en Zuid Kennemerland.

Naam initiatief	Betrokken Partijen	Doel / ambitie
Pilot Spoedpost Zuid Kennemerland/Zorgbalans Acuut wijkteam i.s.m. Spoedpost	Spaarne Gasthuis en Zorgbalans, Spoedpost ZK	Technisch Thuiszorg Acute Zorg Team + Team Alarmering van ZorgBalans kan technisch vpk handelingen verrichten na aanvraag vanuit Spoedpost ZK. Zodat HA niet hoeft te gaan.
Concentratie hoog- risico acute zorg Spaarne Gasthuis	Spaarne Gasthuis, met effect op: HAP en RAV	Toegankelijk houden van acute zorg door personeel efficient in te zetten middels centralisatie acute zorg
Met Spoed Beschikbaar (MSB)		Bij spoed data beschikbaar hebben (landelijke projectorganisatie stopt per maart 2024)
Spoedpost Zuid Kennemerland	HCK, Spaarne Gasthuis in nauw contact met RAV, GGZ, dienstapotheek, VVT-organisaties	In de ANW-uren vanuit dezelfde locatie en organisatie door één poule van triagisten JZOJP leveren voor patiënten die 1ste of 2de lijns acute zorg nodig hebben.
Spoedpost Haarlemmermeer	HA Haarlemmermeer, Spaarne Gasthuis in nauw contact met RAV, GGZ, dienstapotheek en VVT-zorgorganisaties.	In de ANW-uren vanuit dezelfde locatie en gezamenlijke werkafspraken JZOJP leveren voor patiënten die 1ste of 2de lijns acute zorg nodig hebben.
Concentratie IBS crisiszorg	Amstelring, Cordaan, GGZ inGeest en Zorgbalans	Met nieuwe samenwerkingsafspraken wordt ervoor gezorgd dat cliënten met een IBS crisiszorgvraag uit de regio Haarlemmermeer worden opgenomen bij Zorgbalans. De regio Haarlemmermeer sluit vanaf 1 januari 2024 aan bij de werkwijze van regio Kennemerland.

Governance Kennemerland

Zorgdragen voor continuïteit in de sub-regio Kennemerland



Anders dan in de andere sub-regio's binnen NH-FL is het ROAZ-plan acute zorg Kennemerland integraal onderdeel van het regio/ROAZ-plan Kennemerland.

Ten behoeve van dit sub-regionale plan is er een projectstructuur ingericht bestaande uit werkgroepen rondom themateams (waaronder acute zorg), regiegroep en stuurgroep IZA/GALA Kennemerland. Door het opstellen van het regio/ROAZ-plan is de samenwerking in 'de driehoek': gemeenten, zorgverzekeraar en welzijns- en zorgorganisaties versterkt.

Vanaf 2024 verzilveren we de samenwerking en zorgen voor een toekomstbestendige samenwerkingsstructuur. Om daarmee te borgen dat de strategisch werkagenda (het regio/ROAZ-plan) wordt uitgevoerd en de beoogde resultaten worden gerealiseerd.

Voor de boven-sub-regionale onderwerpen blijft de governance-structuur zoals georganiseerd vanuit het ROAZ van kracht.



4. Amsterdam-Amstelland

[Klik hier voor het ROAZ-plan Amsterdam-Amstelland](#)

[Klik hier voor het IZA-regioplan Amsterdam](#)

[Klik hier voor het IZA-regioplan Amstelland](#)

ROAZ-plan Amsterdam-Amstelland

Managementsamenvatting

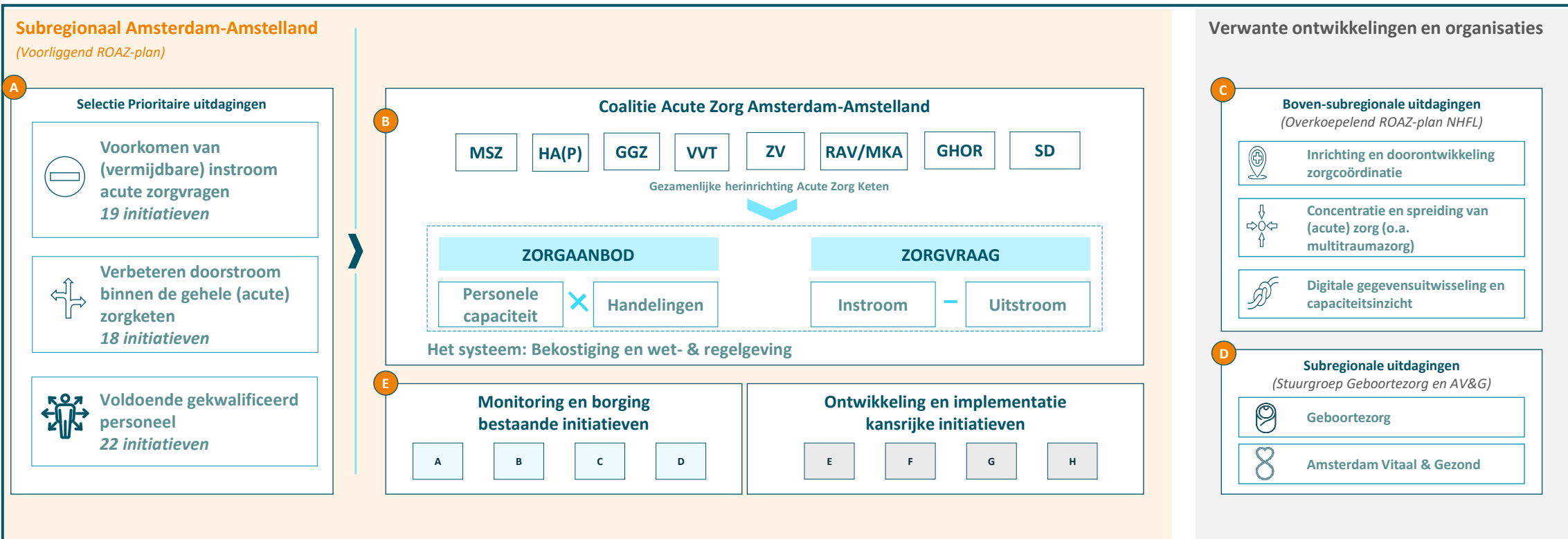
Transitie in de acute zorg noodzakelijk

De acute zorg staat onder druk met als gevolg langere wachttijden en SEH stops. Door de dubbele vergrijzing en toenemende personeelsschaarste zullen knelpunten alleen maar groter worden. Als er niets verandert, komen de toegang tot zorg en betaalbaarheid onder druk te staan. Hierdoor kan de kwaliteit van de zorg niet geborgd worden. Patiënten kunnen er niet op vertrouwen dat ze de juiste zorg, op het juiste moment ontvangen.

De aansluiting tussen de zorgvraag en het zorgaanbod in de acute zorg moet beter om schaarse middelen (geld en personeel) doelmatiger in te zetten. Dit vraagt op regionaal niveau om een herziening van de acute zorgketen. Hiervoor is intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars nodig.

Doel van het ROAZ-plan

Het ROAZ-plan fungeert als het werkdocument waarmee de coalitie acute Zorg Amsterdam-Amstelland (sinds 2021 actief) en het tactisch overleg Amsterdam-Amstelland de herinrichting van Acute Zorg mee bewerkstelligen. Het werkdocument wordt in 2024 en de daaropvolgende jaren verder uitgewerkt. Voortschrijdend inzicht en (sub)regionale, landelijke en internationale ontwikkelingen zullen leiden tot aanpassingen in initiatieven en afspraken. Wijzigingen zullen in de overleggen van de coalitie acute zorg Amsterdam-Amstelland worden vastgesteld en vervolgens verwerkt in nieuwe versies. Coalitieleden behouden de mogelijkheid om specifieke transformatieplannen los van het ROAZ-beeld en ROAZ-plan tot stand te laten komen.



ZKH = ziekenhuizen, HA(P) = Huisartsen(post), GGZ = Geestelijke gezondheidszorg, VVT = Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg, RAV = Regionale ambulancevoorziening, MKA = Meldkamer ambulance, GHOR = Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio, SD = Sociaal domein, AV&G = Amsterdam Vitaal & Gezond

ROAZ-plan Amsterdam-Amstelland

Managementsamenvatting



A Prioritaire opgaven

Het ROAZ-beeld van de subregio Amsterdam-Amstelland zoals gepubliceerd op dejuistezorgopdejuisteplek.nl geeft 7 prioritaire opgaven weer. Drie prioritaire opgaven zijn in voorliggend subregionaal ROAZ-plan voorzien van (sub)regionale initiatieven die in een strategische agenda zijn geplaatst.

D Van de overige vier zijn twee prioritaire opgaven verweven in de initiatieven en twee belegd bij een coalitie, stuurgroep of organisatie waar de coalitie Acute Zorg nauw mee samenwerkt.

B Coalitie Acute Zorg Amsterdam-Amstelland is sinds 2021 actief met herinrichting Acute Zorg

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en GGD in de regio Amsterdam-Amstelland zijn sinds 2021 georganiseerd in de coalitie Acute Zorg Amsterdam Amstelland (gelinkt aan Amsterdam Vitaal & Gezond) om de herinrichting van de acute zorg in gezamenlijke afstemming vorm te geven. Herinrichting van het acute zorgaanbod heeft tot doel kwalitatief goede zorg beschikbaar en betaalbaar te houden. Burgers en bezoekers van Amsterdam-Amstelland mogen erop vertrouwen dat 24/7-spoedzorg voor iedereen in onze regio toegankelijk en betaalbaar blijft. Daar voelt de coalitie zich verantwoordelijk voor.

Coalitieoverleg

De bestuurders van de aangesloten zorgpartners komen vanaf 2024 eenmaal per drie maanden bijeen. In de jaren 2021 tot en met 2023 kwam de coalitie maandelijks bij elkaar om tot planvorming en opdrachtformulering aan het tactisch overleg te komen. Inmiddels staat de structuur dusdanig stevig dat eenmaal per drie maanden evenwichtig is. De agenda van het overleg wordt gevoed door het tactisch overleg en vastgesteld door een voorzitter uit eigen gelederen en een afgevaardigde van de grootste zorgverzekeraar.

Tactisch overleg

Maandelijks komt het tactisch overleg bijeen. Ieder van de gelieerde zorgpartners van de coalitie heeft een afgevaardigde uit de tactische laag als deelnemer toegewezen aan het tactisch overleg. Dit overleg heeft als opdracht de initiatieven te monitoren die nodig zijn om de herinrichting van het acute zorgaanbod te bewerkstelligen. Het tactisch overleg voorziet het coalitieoverleg van: afwijkingen ten aanzien van de voortgang; knelpunten en hieraan gekoppelde oplossingsrichtingen; en specifieke bestuurlijke vragen in het kader van bestuurlijke besluitvorming.



ROAZ Noord-Holland - Flevoland

De coalitie acute zorg Amsterdam-Amstelland is als één van de vijf subregio's onderdeel van de ROAZ Noord-Holland - Flevoland. Onderwerpen die de subregio ontstijgen worden belegd binnen de ROAZ Noord-Holland Flevoland. Denk hierbij aan Zorgcoördinatie in de regio Noord-Holland – Flevoland, inzicht in capaciteit, digitale gegevensuitwisseling en concentratie en spreiding: multitraumazorg.

In het ROAZ-plan van Noord-Holland – Flevoland staat de governance voor de gehele ROAZ-regio toegelicht.

ROAZ-plan Amsterdam-Amstelland

Managementsamenvatting



E Geselecteerde initiatieven per prioritaire opgave

Er zijn 59 initiatieven binnen Amsterdam-Amstelland die in meer of mindere mate aan de herinrichting van de acute zorgketen bijdragen. Het betreft initiatieven waar de volgende elementen in terugkomen: het verstevigen van de samenwerking in de gehele acute zorgketen; (sub)regionale zorgcoördinatie; Verhogen kwaliteit en naleven kwaliteitsnormen die betrekking hebben op de keten; differentiatie, concentratie ((hoog-)complexe acute zorg) en spreiding (van basis acute zorg); en gezamenlijke voorzieningen in de keten (zoals een spoedplein of zorgcoördinatie centrum).

Het is te omvangrijk voor het ROAZ-plan Amsterdam-Amstelland om alle initiatieven uit te werken. Om deze reden zijn de volgende selectie criteria toegepast om tot selectie van initiatieven te komen die in dit ROAZ-plan staan uitgewerkt. Per initiatief is voor zover mogelijk in de bijlagen benoemd welke zorgpartijen afspraken maken, welke partijen met welk initiatief aan de slag gaat en op welke schaal, op welke (meetbare) resultaatafspraken daarbij worden gestuurd (werkagenda) en hoe de voortgang inzichtelijk wordt gemaakt. Deze algemene afspraken zijn transparant. De regionale zorgpartijen committeren zich aan deze afspraken.

Selectiecriteria

- Het initiatief heeft impact op een groot aantal zorgpartijen;
- Het initiatief is keten gerelateerd;
- Het initiatief heeft een hoge impact op prioritaire opgave (subjectief bepaald).

Prioritaire opgaven	Initiatieven	Eigenaar
Voorkomen (vermijdbare) Instroom	Realiseren ASA-020 project (integratie van HAP en SEH op 3 locaties in Amsterdam en 1 in Amstelveen)	Extern Projectleider Coalitie Acute Zorg
	NOA (Netwerk Ouderengeneeskunde Amsterdam) projecten	Bestuurder Cordaan (Vertegenwoordiging Sector VVT) Strategisch adviseur Ketenzorg
	Wijkzorg Amstelveen	Programmamananger Amstelland Zorg Bestuurder Amstelland Zorg
Verbeteren doorstroom	Ontwikkeling zorgcoördinatievoorziening (ZCV)	Extern Projectleider Coalitie Acute Zorg
	Aanmeldportaal tijdelijke zorg Amsterdam (ATZA) / Aanmeldportaal Amstelland Haarlemmermeer: ELV/Crisisbedden	Bestuurder Cordaan (Vertegenwoordiging Sector VVT) Strategisch adviseur Ketenzorg
	Self-Service BI – dashboard (patiëntenstromen van het ziekenhuis naar de verpleeg-en wijkzorg) – Bestuurlijk ketenoverleg Amsterdam	Bestuurder Cordaan (Vertegenwoordiging Sector VVT) Strategisch adviseur Ketenzorg
	Intensiveren samenwerking SEH Amsterdam UMC en OLVG – GGZ Crisis dienst Amsterdam-Amstelland in samenwerking met Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam - ter uitwerking in 2024	Directeur Behandelzaken bij Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam
	Transformatie aanpak fit-4-the-future; met een geïntegreerd Spoedplein Amstelland	Directeur-bestuurder Huisartsenpost Amstelland Bestuurder Ziekenhuis Amstelland
Personeel	Uitrollen Spoedpolikliniek SEH (Laag complex / niet urgente spoedzorg)	Bestuurder OLVG Strategisch adviseur OLVG
	Implementeren HIGH-5 project	Strategisch adviseur Amsterdam UMC
	Aantrekkelijke werkplek (e.g. DUO-baan; wijkkliniek; etc.) - ter uitwerking in 2024	Coalitie Acute Zorg
	Lateralisatie Acute as Amsterdam UMC	Strategisch adviseur Amsterdam UMC



5. Gooi en Vechtstreek / Flevoland

[Klik hier voor het ROAZ-plan Gooi en Vechtstreek / Flevoland](#)

[Klik hier voor het IZA-regioplan Gooi en Vechtstreek](#)

[Klik hier voor het IZA-regioplan Flevoland](#)



Belangrijkste conclusies ROAZ-beeld

De prioritaire opgaven uit het ROAZ-beeld zijn het startpunt voor de gezamenlijke initiatieven

Prioritaire opgaven in het ROAZ-beeld

Onderstaand staan de belangrijkste thema's voor de acute zorg in Flevoland en Gooi en Vechtstreek die samen met de ketenpartners in het ROAZ-beeld zijn geïdentificeerd en als zodanig geduid. De thema's zijn weergegeven in willekeurige volgorde. Het is niet mogelijk hier een eenduidige prioritering aan te hangen omdat de thema's onderling verband houden, elkaar versterken en niet uitputtend zijn. Daarnaast hangt de prioritering af van het perspectief en de situatie van individuele ketenpartners. De beschrijving van de thema's heeft als doel op hoofdlijnen een beeld te geven van de belangrijkste opgaven (knelpunten) die een nauwe samenwerking vragen tussen de diverse ketenpartners in Flevoland en Gooi en Vechtstreek, om ook in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te borgen.



A. Door- en uitstroom verbeteren

De doorstroom in de acute keten is suboptimaal. Dit leidt onder andere tot verkeerde beddenproblematiek in de ziekenhuizen en knelpunten rondom de inzet van ELV (en WLZ-crisis) bedden en acute wijkverpleegkundige zorg. Het onvoldoende benutten hiervan is onder meer het gevolg van (te) weinig capaciteit, kennis/gebruik van elkaars kennis en kunde, inzicht in elkaars zorgcapaciteit en uitdagingen op het gebied van digitale gegevensuitwisseling. Gevolg is dat patiënten niet altijd de juiste zorg op de juiste plek ontvangen en schaarse capaciteit onnodig bezet houden.



B. Personele capaciteit integraler en gezamenlijk oppakken

Werven van meer personeel is ook in Flevoland en Gooi en Vechtstreek geen haalbare oplossing. Personeel moet slimmer en anders worden ingezet, met aandacht voor het behoud van personeel. Dit begint al bij het opleiden en ook moet men anders gaan kijken naar wie welke inhoudelijke taken verricht. Dit kunnen de sectoren en organisaties echter niet afzonderlijk bereiken: men zal hierin samen moeten optrekken en veel meer in gezamenlijkheid moeten gaan organiseren (zoals opleiden) en meer weten over elkaars specifieke kennis en competenties binnen de verschillende sectoren.



C. Preventie en zelfredzaamheid vergroten

Huisartsen geven aan dat sociaal-maatschappelijke problematiek een zware wissel trekt op de zorgcapaciteit van de huisartsen en hun beschikbaarheid op andere vlakken. Patiënten met problemen die starten als sociaal-maatschappelijk en vervolgens escaleren, komen uiteindelijk ook in de spoedzorgketen terug. De juiste zorg op de juiste plaats is dus in dit verband nodig: verbinding met het sociale domein!



D. Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten

In de acute zorgketen is een snelle, betrouwbare en volledige overdracht van gegevens randvoorwaardelijk voor een toekomstbestendige acute zorgketen. Zorgprofessionals zien hier ruimte voor verbetering of het ontbreken hiervan. Dit raakt aan verschillende aspecten van de spoedzorg, zelfs bij het voorkomen van instroom in de acute zorgketen. Een uitwisseling van inzage capaciteit en patiëntinformatie – over de sectoren heen – worden gezien als een pré (binnen de geldende landelijke wetgeving en standaarden).



E. Psychische expertise sneller en eerder beschikbaar maken (conform GMAP)

Acute GGZ is bij uitstek een vorm van zorg waarbij de aantallen niet hoog zijn, maar de impact ervan binnen de acute zorgketen groot is. Bijvoorbeeld van een persoon met onbegrepen gedrag die op de SEH terecht komt, of bij de politie, wijkteams of ambulance. In de huidige situatie neemt acute GGZ veel tijd en moeite in beslag, wat de capaciteit in de acute zorgketen niet ten goede komt.



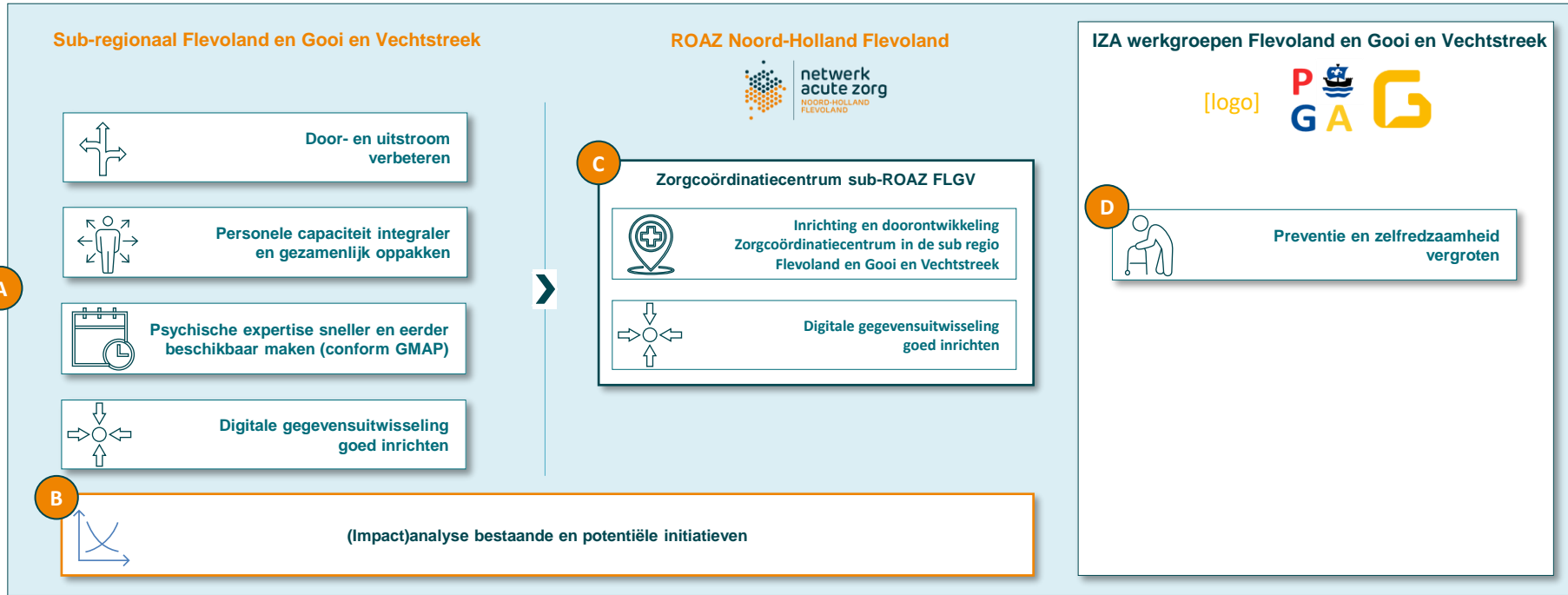
F. Inrichting en doorontwikkeling zorgcoördinatie in sub regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

In 2025 moet er in elke ROAZ-regio een concrete strategie zijn rondom zorgcoördinatie. Conform [opdracht](#) Ministerie van VWS. Dit vraagt van het ROAZ om hier een plan voor uit te werken, met aandacht voor de patiëntengroepen waarvoor coördinatie van toegevoegde waarde is en met behoud van bestaande goed werkende samenwerkingsafspraken en zorgaanbod. Met als doel dat patiënten snel en op de juiste plek worden geholpen en dat er beter zicht en sturing is op capaciteit in de regio. Waardoor opstopping wordt voorkomen en de doorstroom van patiënten in de acute zorgketen verbetert. Zie ook: [vervolgproces implementatie zorgcoördinatie](#).



Prioritaire opgaven binnen Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Welke opgaven vallen uit in welk regiodeel en waar gebeurt wat?



Ter illustratie

Er wordt een tekort aan tijdelijke opvangbedden ervaren, maar een opvanglocatie in midden Flevoland heeft te maken met te weinig aanbod vanuit de eerste en tweede lijn. Een 0-meting (analyse) is in deze regel randvoorwaardelijk om te achterhalen wat het werkelijke – en niet het gepercipieerde – aanbod is van opvangbedden in de hele sub-regio.

Ter illustratie

Er wordt een grote impact ervaren wanneer er een escalatie plaatsvindt van een burger met onbegrepen gedrag op een HAP of SEH. Het is tot nu toe onduidelijk hoe vaak dit plaatsvindt en of het gaat om geïsoleerde GGZ-casus of dat er meer ten grondslag ligt aan het gedrag. Een 0-meting is randvoorwaardelijk om te bepalen of het inzetten van GGZ-expertise – in welke vorm dan ook – opportuun is.

A **Initiatieven binnen de sub-regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek**

De Werkgroep TAZK FLGV is tot meerdere initiatieven gekomen die op termijn de negatieve trends binnen het ROAZ beeld zou moeten stabiliseren of ombuigen – door het richten op de prioritaire opgaven. De initiatieven zijn een vaststaand gegeven, maar zijn onderhevig aan iteraties binnen de uiteindelijke projectvoering. Het gaat om de volgende initiatieven;

- 1) Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO)
- 2) Samenwerking GGZ met HAP & SEH
- 3) Multidisciplinaire Interprofessionele Samenwerking (MIS)
- 4) Advance Care Planning internaliseren (ACP-i)

B **(Impact)analyse van bestaande en potentiële initiatieven**

De Werkgroep TAZK FLGV ziet dat de ROAZ-beelden 2023 uitgebreid beschreven trendbeelden laten zien. Echter is het (begrijpelijkerwijs) dat deze trendbeelden niet altijd een antwoord kunnen geven op welke impact een potentieel initiatief zou kunnen hebben. Daarnaast zijn 0-metingen in sommige gevallen randvoorwaardelijk voordat men van start zou kunnen gaan met een project/initiatief.

C **Zorgcoördinatiecentrum in sub-ROAZ regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek**

Binnen de Werkgroep TAZK FLGV is naar voren gekomen dat zorgcoördinatie tot één van de initiatieven behoort, waar de sub-regio een nadere verkenning op zou willen maken. De ministeriële opdracht tot verkenning ligt bij het ROAZ NH/FL. Zij werken hier – sinds oktober 2023 – samen met IG&H waar er per sub-regio een inventarisatie is gedaan wat de behoefte is ten aanzien van zorgcoördinatie. Het werken vanuit bestaande initiatieven of complementair zijn aan deze, zijn als randvoorwaardelijk geduid.

Binnen dit (sub) ROAZ plan zal er separaat verwezen worden naar het initiatief zorgcoördinatie, omdat de opdracht elders belegd is.

D **Samenwerking met sociale en welzijnsdomeinen**

Het is gebleken dat tijdens de planvormingsfase bepaalde prioritaire opgaven een overlap hebben met sociale en welzijnsdomeinen. Meerdere zorgaanbieders werken binnen deze domeinen, maar hebben ook een aandeel in de acute zorg. Voorbeelden zijn de huisartsen(praktijken), VVT-aanbieders, ziekenhuizen en GGZ.

Binnen dit (sub) ROAZ plan zal er per initiatief separaat verwezen worden wanneer er een overlap bestaat tussen deze drie domeinen.



Nieuwe initiatieven in relatie tot prioritaire opgaven

Patiëntenstroom als gemeenschappelijke taal om tot initiatieven te komen

Starten met 5 ambitieuze initiatieven binnen sub-regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

De werkgroep, bestaande uit deelnemers van vijf zorgsectoren en zorgverzekeraar Zilveren Kruis, zijn in een drietal sessies tot initiatieven gekomen die zouden gaan bijdragen aan het bestendigen van toekomstbestendige acute zorg in de sub-regio. Men is tijdens deze sessies tot een top 15 van initiatieven gekomen. Om de ambitie waar te kunnen maken is er gefilterd op randvoorwaardelijke factoren en is er een keuze gemaakt: de werkgroep is uiteindelijk gekomen tot vijf initiatieven.


Factoren die binnen dit ontwerpproces als randvoorwaardelijk werden gezien waren:

- 1) Multidisciplinaire benadering van het initiatief;
- 2) Hanteren van de sub-ROAZ schaal;
- 3) Voorkomen ongewenste overdracht patiëntenstromen;
- 4) Openstaan voor aanvullende diagnostiek (impact analyse).

Gezien de relatieve korte doorlooptijd om tot initiatieven te komen, zijn deze vijf geen vaststaand gegeven voor de komende jaren: het toevoegen van initiatieven moet tot de mogelijkheden behoren, evenals het bijstellen van een initiatief – naar aanleiding van (bijvoorbeeld) een verrichte impactanalyse of 0-meting.


A

TAZK sub-regio FLGV

 Door- en uitstroom verbeteren

Initiatief 1: Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO)

- Toename van ouderen dus voorsorteren op instroom in de VVT; afbuigen van de patiëntenstroom vanuit het ziekenhuis. Zorggebruik HAP en SEH zal afnemen (of niet toenemen); huisartsenzorg zal worden ontlast door goede tijdelijke opvang; ouderen / GGZ-cliënten komen dan minder in het ziekenhuis.

 Psychische expertise sneller en eerder beschikbaar maken (conform GMAP)

Initiatief 2: Samenwerking GGZ met HAP & SEH

- Er is – vanuit de huisartsen en SEH-zorg – een sterke behoefte om een snellere doorverwijzing te realiseren van SEH/HAP naar de acute GGZ. GGZ Centraal houdt zich aan de landelijke richtlijn (GMAP) en behalen de streefnormen als benoemd in deze richtlijn. Juist daarom wordt een samenwerking tussen beide domeinen wordt gezien als opportuun. Niet alleen op vakinhoudelijke aspecten, maar ook wederzijdse begripvorming over elkaars vakgebied, want deze lijken niet altijd duidelijk.

 Personele capaciteit integraler en gezamenlijk oppakken

Initiatief 3: Multidisciplinaire Interprofessionele Samenwerking (MIS)

- Het zou mooi zijn om tot een hybride zorgmodel te komen, waarbij zelfstandig bevoegde zorgprofessionals – zoals Verpleegkundige Specialist (VS) of Physician Assistants (PA) – meerdere domeinen weten te bedienen, tijdens één dienst.


 Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten

Initiatief 4: Advance Care Planning internaliseren (ACP-i)

- Het probleem is dat er momenteel acute zorg actoren bij zorgvragers komen, terwijl ACP-content niet voorhanden is. Dit induceert een verkeerd verwachtingspatroon tussen zorgprofessional en -vrager en kan aspecten als 'Shared Decision Making' (SDM) in de weg zitten. Een adequate (digitale) gegevensuitwisseling is randvoorwaardelijk in deze.

C

Zorgcoördinatiecentrum sub-ROAZ FLGV

 Inrichting en doorontwikkeling Zorgcoördinatiecentrum in de sub regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Initiatief 5: Zorgcoördinatiecentrum sub-regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

- Een Zorgcoördinatiecentrum zou complementair kunnen zijn aan de gestelde prioritaire opgaven binnen de sub-regio.

 Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten

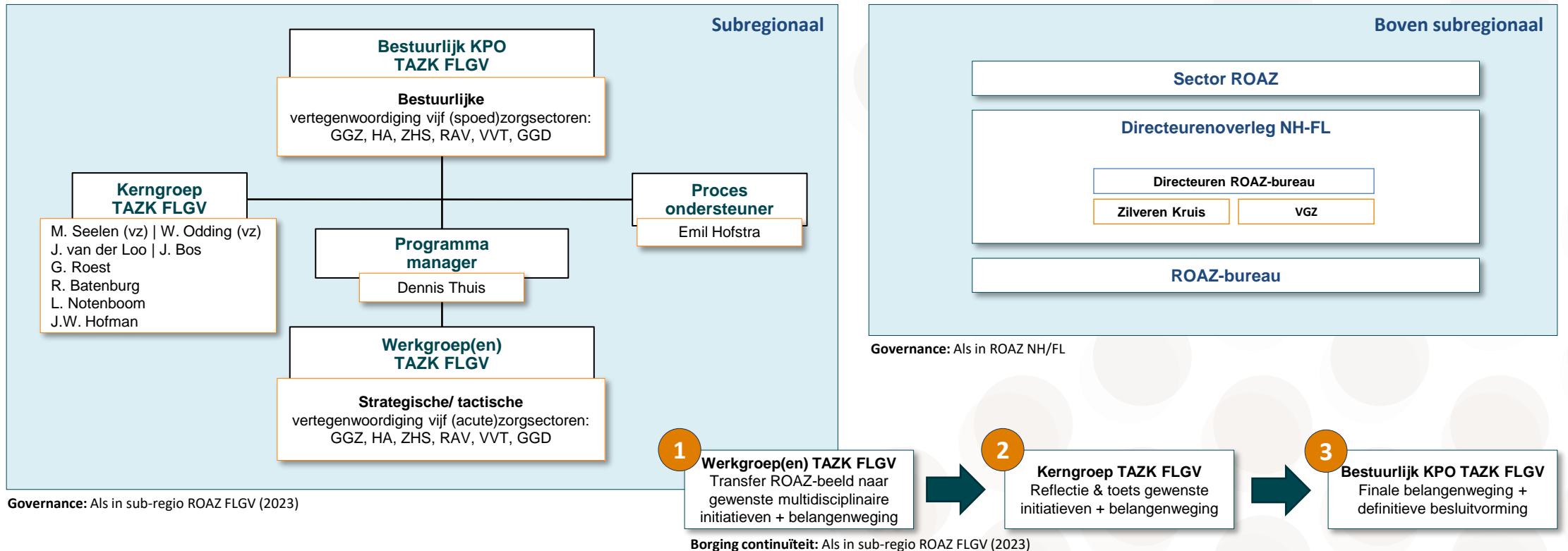


Borging en governance

Zorgdragen voor continuïteit in de subregio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Huidige werkwijze

Het opsplitsen van de ROAZ-regio in vijf sub-regio's heeft voor de regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek geleid tot het vraagstuk wie en in welke vorm verantwoordelijk is voor de (bestuurlijke) borging en opvolging van deze strategische werkagenda. Ten behoeve van dit sub-regionale plan is er een tijdelijke projectstructuur ingericht bestaande uit een Werkgroep TAZK, Bestuurlijk KPO en een Kerngroep TAZK. Partijen hebben uitdrukkelijk de wens uitgesproken toe te werken naar een structurele governance. Om daarmee te borgen dat deze strategisch werkagenda (dit ROAZ-plan) wordt uitgevoerd en de beoogde resultaten worden gerealiseerd. In januari 2024 zal de huidige werkwijze geëvalueerd worden, evenals de structuur van de in te richten projecten. Daarbij zal projectfinanciering vanuit IZA-gelden ook aanbod komen. Voor de boven-sub-regionale onderwerpen blijft de governance-structuur zoals georganiseerd vanuit het ROAZ van kracht.





3. Onderwerpen op ROAZ-niveau

- Zorgcoördinatie in de ROAZ-regio
- Regionaal inzicht in capaciteit
- Digitale gegevensuitwisseling
- Multitraumazorg



Zorgcoördinatie in de ROAZ-regio

Samenvatting

- Doel en scope
- Proces
- Visie
- Verdieping per subregio
- Veranderopgaven

[Klik hier voor het volledige document over de visie zorgcoördinatie](#)



Opdracht vanuit de minister

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

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



Landelijke kaders vanuit de opdracht

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

Fase 1 voor ROAZ NH-FL

Opstellen van een visie met de betrokken ketenpartijen:

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

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

⁷ Kamerbrief Inrichting van zorgcoördinatie (12 mei 2023).

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



Doel en scope van het huidige document

Een regionale visie voor zorgcoördinatie met duidelijke veranderopgaven voor de regio

Regionale visie zorgcoördinatie

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

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

Voor u ligt de regionale visie voor zorgcoördinatie die:



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

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



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



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



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

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



Aanpak

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

1

Interviews

- Identificeren van knelpunten en behoefte voor zorgcoördinatie
- Verkennen toekomstige visie op zorgcoördinatie
- Verdiepen in bestaande initiatieven

2

Subregionale sessies⁹

- Valideren van beelden uit interviews
- Verkennen stip op de horizon zorgcoördinatie sub-regio's
- Brainstorm doorontwikkeling bestaande initiatieven

3

Regionale sessie

- Samenbrengen visies uit de sub-regio's
- Aanscherping inrichting van zorgcoördinatie in subregio's
- Sub-regio overstijgende onderwerpen identificeren
- Vervolgstappen vanuit ROAZ en in subregio's bepalen

4

Visie

- Bundelen van beelden uit interviews en sessies in ROAZ-visie en roadmap m.b.t. zorgcoördinatie
- Visie is besproken in het sector ROAZ (30 november 2023)

5

Veranderopgaven doorvertalen naar plannen

- Vanuit de veranderopgaven vanuit de ROAZ-regio, zorgcoördinatie regio's en lokaal aan de slag

Buiten scope van dit document

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



Framework zorgcoördinatie

Visie zorgcoördinatie opgebouwd aan de hand van onderstaand framework

1. Doelstelling: herbevestigen doelen en ambities zorgcoördinatie

2. Organisatiemodel: invulling geven aan bouwstenen voor zorgcoördinatie

3. Operationeel model: invulling geven aan randvoorwaarden

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

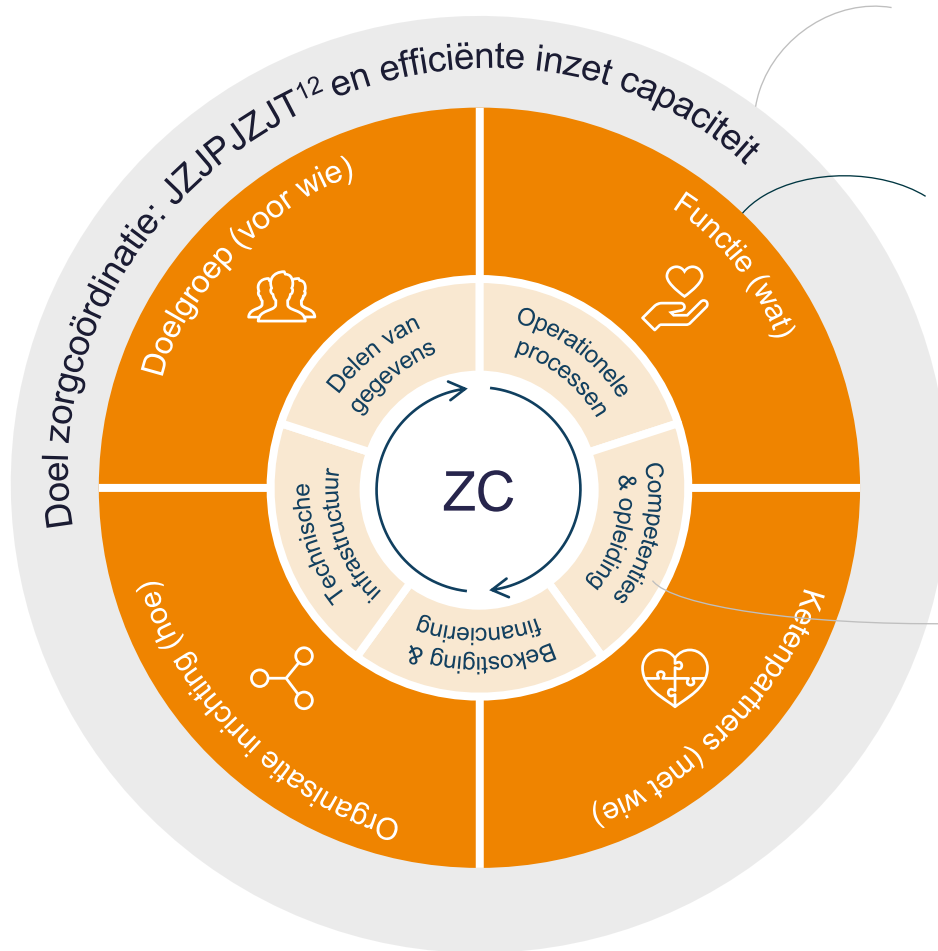
Doelgroep: Voor wie gaat zorgcoördinatie helpen?

Functies: Wat zijn de functies van zorgcoördinatie en hoe worden deze ingevuld?

Ketenpartners: Welke ketenpartners zijn vanuit welke rol betrokken bij de uitvoering van zorgcoördinatie?

Organisatie inrichting: Op welke schaal, in welke vorm, waar en wanneer opereert zorgcoördinatie?

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



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



Doelgroep | voor wie gaat zorgcoördinatie helpen

Zorgcoördinatie inzetten voor patiënten met complexe casuïstiek waaronder kwetsbare ouderen



Voor welke patiënt kan zorgcoördinatie een oplossing zijn?

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

Ervaringen vanuit de zorg

Ketenpartners geven bij complexe casuïstiek te maken te hebben met:

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

Drie patiëntgroepen te onderscheiden

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



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



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



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

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



Functies | waar dient zorgcoördinatie voor?

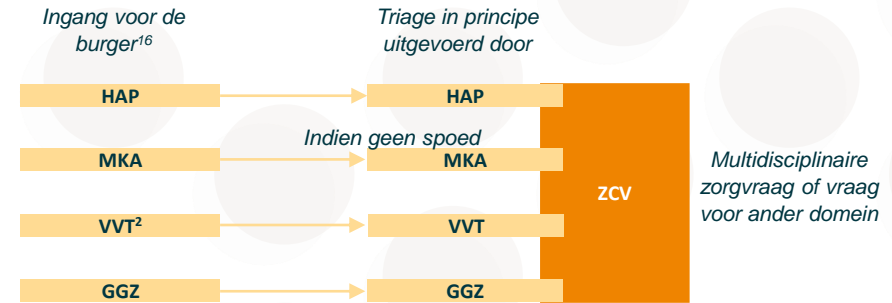
Afhankelijk van hoe en wanneer zorgvragen binnenkomen zorgcoördinatie inzetten

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

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

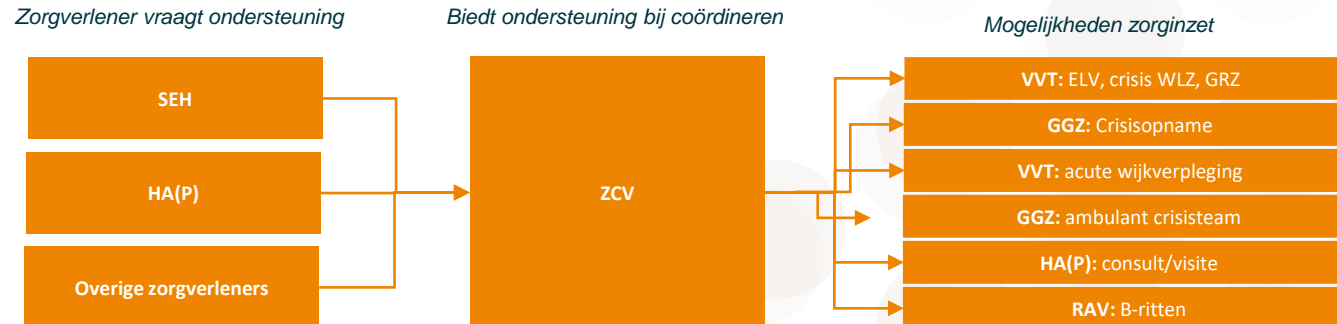
Tijdens **ANW-uren** maken we gebruik van reguliere loketten (voor inkomende zorgvragen), maar wordt in het geval van multidisciplinaire vragen gebruik gemaakt van de zorgcoördinatievoorziening (zcv)

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



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

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



Legenda

Huidige situatie blijft gelijk

Nieuwe situatie

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

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

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



Functies | uitgangspunten



Triagisten met voldoende kennis en mandaat; coördinatie als gelijkwaardige partijen



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



Ketenpartners | welke partijen zijn betrokken?

Streven naar gedeelde verantwoordelijkheid tussen ketenpartners

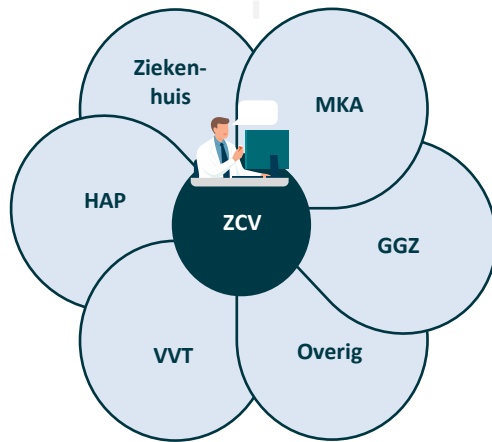
We werken toe naar een zorgcoördinatievoorziening waarin ketenpartners met gedeelde verantwoordelijkheid samenwerken

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

Ter illustratie



Escalatiepunt bestaande uit specialisten (bijv. MMA, SO, psychiater, SEH-arts)



Een échte multidisciplinaire voorziening¹⁷;



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



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



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

¹⁷ Per zorgcoördinatievoorziening openingstijden, schaal en vorm bepalen



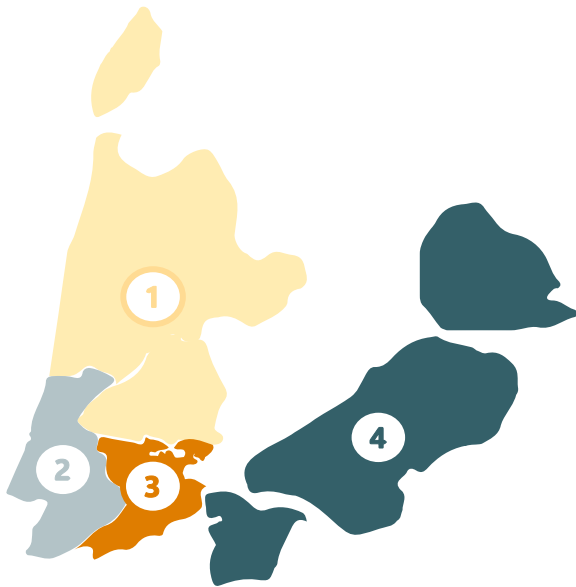
Organisatie-inrichting | startpunt regio-indeling



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

Vier regio's als startpunt voor verdere stappen op zorgcoördinatie

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



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

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

Aandachtspunten voor regio-indeling:

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

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



Organisatie-inrichting | openingstijden en vorm



Op basis van inzichten in type zorgvragen en piekmomenten ZCV verder inrichten

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

Wanneer komen welke type zorgvragen binnen?

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

Wanneer ervaren ketenpartners 'piekmomenten' in zorgvragen?

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

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



Stapsgewijs zorgcoördinatie doorontwikkelen

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

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

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

Vanaf januari 2024

Vertrekpunt – fase 0

- Regio's geven aan te willen starten met de **bestaande coördinatiepunten en/of spoedpleinen/posten**.
- Op basis van deze bestaande **samenwerkingsverbanden** zorgcoördinatie verder uittekenen met de ketenpartners.

Eerste stap – fase 1

- Vanuit deze bestaande initiatieven op lokaal niveau samenwerking verbeteren binnen **eigen domein** (van elkaar leren en op elkaar afstemmen) en **multidisciplinair** (wat heeft de andere ketenpartner te bieden).
- **Monitoren** en opvolgen van zorgvragen- en uitkomsten om **doelmatigheid** van zorgcoördinatie continue te toetsen.

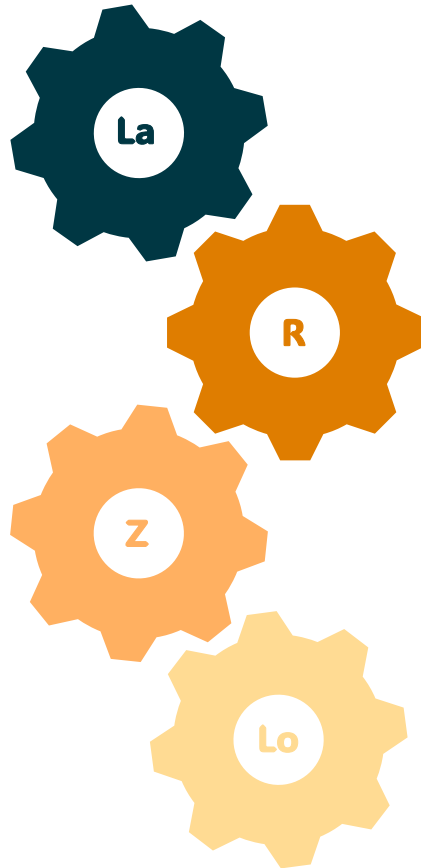
Toekomstige doorontwikkeling – fase 2

- Op basis van evaluatie overwogen of op zorgcoördinatie op **grotere schaal** kan worden ingericht (bepalen per activiteit en expertise).
- **Uitbreiden naar andere ketenpartners** die nog niet betrokken zijn bij zorgcoördinatie (bijv. geboortezorg).



Veranderopgaven voor zorgcoördinatie

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



Opgaven en randvoorwaarden vanuit landelijke partijen

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

Opgaven voor de ROAZ-regio

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

Opgaven voor de zorgcoördinatie regio's

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

Opgaven voor lokale samenwerkingsverbanden

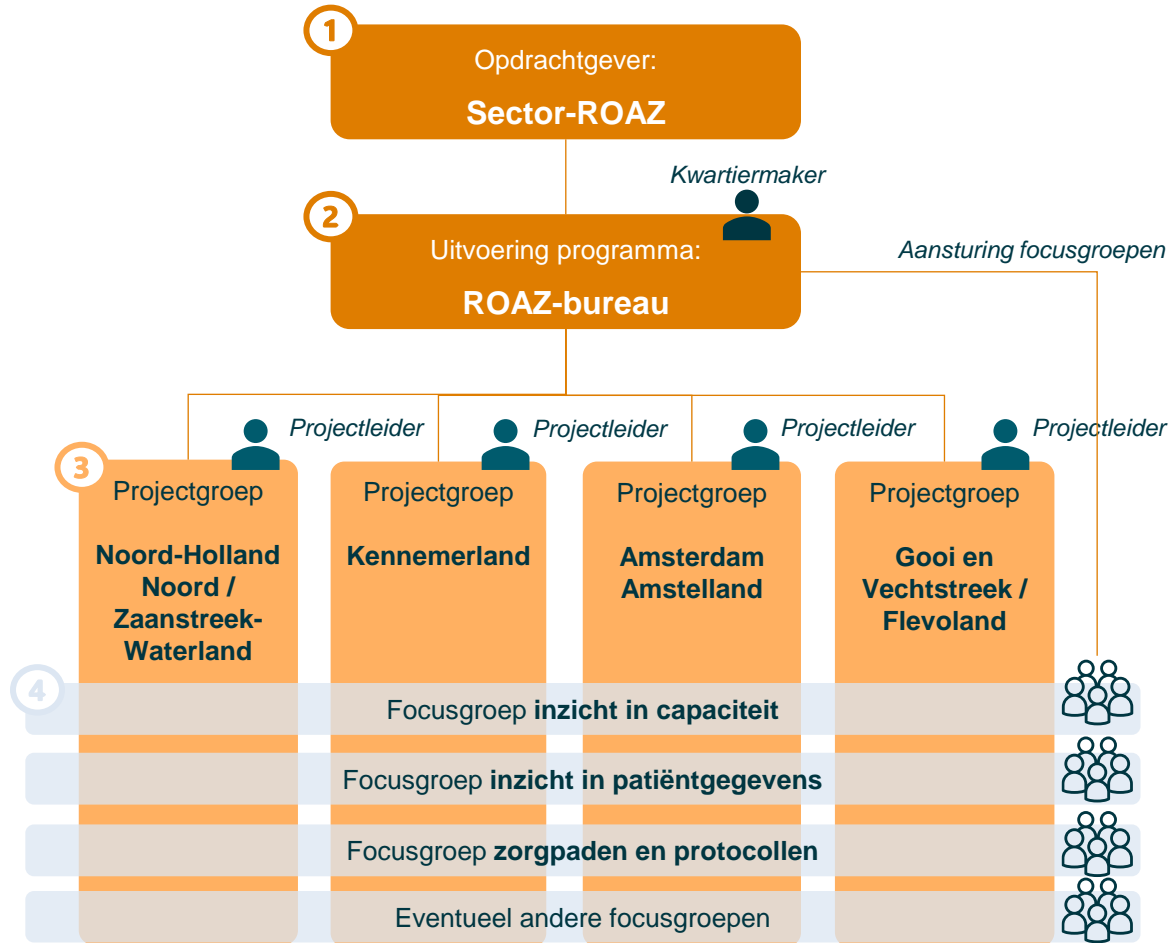
Eerste logische stappen die in het eerste kwartaal van 2024 gemaakt kunnen worden om te komen tot zorgcoördinatie op lokaal niveau. De eerste stap is het betrekken van andere ketenpartners.

Veranderopgaven zijn op basis van een indicatieve timing weergegeven.



Programmaorganisatie

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



- 1 Opdrachtgever: Sector-ROAZ**
- Bestuurlijk commitment en eigenaarschap voor realisatie van zorgcoördinatie in ROAZ-regio NH-FL
 - Beleid en koers bepalen en bijsturen wanneer noodzakelijk
- 2 Uitvoering programma: ROAZ-bureau**
- Kwartiermaker van zorgcoördinatie (aanjagen en betrekken van landelijke en regionale stakeholders)
 - Meegeven kaders en richtlijnen aan project- en focusgroepen
 - Bewaken voortgang en afhankelijkheden
 - Monitoren en opvolgen van KPI's en afspraken
- 3 Projectgroepen zorgcoördinatie regio's**
- Individuele sturing aan verdere inrichting en implementatie van zorgcoördinatie in de regio o.l.v. projectleider
 - Delen van best practices met andere regio's
- 4 Overkoepelende focusgroepen op randvoorwaarden**
- Focusgroepen (experts) waarin samen opgetrokken wordt om standaarden in te richten in het kader van o.a. gegevensuitwisseling en inzicht in capaciteit vanuit de ROAZ opgaven (zie pagina 24 en 24)
 - Zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande focusgroepen in het ROAZ NH-FL



Regionaal inzicht in capaciteit / LPZ



Regionaal inzicht in capaciteit – LPZ (1)

De capaciteit in de acute zorgketen staat al jaren onder druk. Eén van de deeloplossingen betreft een meer optimale benutting middels 24/7 real-time inzicht in drukte, beschikbare capaciteit en deskundigheid in de gehele spoedzorgketen. Landelijk is in 2020 besloten dat het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) ‘het instrument’ is om landelijk en regionaal inzicht te verkrijgen in de binnen de gehele (spoed)zorgketen, te beginnen met de ziekenhuizen. De regio volgt deze landelijke ontwikkeling.

Ziekenhuizen

- Alle ziekenhuizen zijn technisch aangesloten op het LPZ.
- Nog niet alle informatie wordt door iedereen gedeeld en ook is nog niet alle informatie altijd valide.
- Voor 2024 wordt ingezet op een verdere implementatie van alle beschikbare modules (stops, drukte op de SEH, klinische capaciteit en covid), de validatie van de data en het gebruik van deze informatie in de keten.

Ambulancediensten

- Alle ambulancediensten en meldkamers zijn aangesloten op het LPZ en gebruiken met name de informatie over stops.



Regionaal inzicht in capaciteit – LPZ (2)

Geboortezorg

Vrijwel alle verloskunde praktijken zijn aangesloten op het LPZ en kunnen informatie over verloskunde stops en beschikbare bedden in de ziekenhuizen raadplegen.

VVT

Landelijk zal het LPZ het systeem worden voor inzicht in vrije acute bedden in de VVT. In 2024 starten er 4 pilots in het land, waaronder één in onze ROAZ-regio, waarbij de beschikbaarheid van capaciteit van acute bedden zichtbaar moet worden voor de ketenpartners. In een later stadium zal ook de capaciteit van de acute wijkverpleging in het LPZ worden getoond.

Ontwikkelingen

Het LPZ is voornemens ook voor andere ketenpartners, zoals de HAP's, de GGZ en de ambulancediensten capaciteit en drukte inzichtelijk te maken, dit ook ten behoeve van de inrichting van zorgcoördinatie.



Voortgang LPZ, december 2023

Ziekenhuis	Ziekenhuis-profiel (Acuut zorgprofiel)	Contactpersonen ziekenhuis	Afkondigen stops (SEH, EE(L)H, CCU, PCI, CT Trombo, SR)	Afkondigen stops (verloskunde)	Module Klinische capaciteit (bedden-capaciteit klinische afdelingen incl IC)	COVID/RCPS cijfers (covid-aantallen en bedbezetting)	Dashboard Geboortezorg (capaciteit verloskunde en neonatologie)	SEH proces indicatoren (doorloop- en wachttijden SEH)	NEDOCS score (drukmeting obv SEH en kliniek bezetting en procesindicatoren)
Criterium kwaliteitskader spoedzorgketen	5.2.2/5.2.10	5.1.3	5.2.12 / 5.2.14	5.2.12 / 5.2.14	5.2.1 / 5.2.12	5.2.1 / 5.2.12	5.2.1 / 5.2.12	5.2.12 / 5.2.14	5.2.12 / 5.2.14
Betrokken partijen	ZH, MKA, RAV, HAP	ZH, MKA, RAV, HAP	ZH, MKA, RAV, HAP	ZH, VK	ZH, MKA, RAV, HAP	ZH, MKA, RAV, HAP	ZH, VK	ZH, MKA, RAV, HAP	ZH, MKA, RAV, HAP
Amsterdam UMC, Vumc				n.v.t.			n.v.t.		
Amsterdam UMC, AMC									
OLVG Oost									
OLVG West									
SG, Haarlem Zuid									
SG, Hoofddorp				n.v.t.			n.v.t.		
SG Haarlem Noord				n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.		n.v.t.
Tergooi, Hilversum									
Dijklander, Hoorn									
Dijklander, Purmerend				n.v.t.			n.v.t.		
Rode Kruis Ziekenhuis									
NWZ, Alkmaar									
NWZ, Den Helder									
Flevoziekenhuis									
Zaans Medisch Centrum									
BovenIJ Ziekenhuis									
Ziekenhuis Amstelland									

	gereed
	bijna gereed
	gestart
	nog niet gestart
	n.v.t. (niet aanwezig)



Digitale gegevensuitwisseling



Digitale gegevensuitwisseling HAP-SEH en RAV-SEH

Doel

Het digitaal uitwisselen van patiëntengegevens in de acute keten is van belang voor **kwaliteit van zorg** door betere, snellere en vollediger overdracht en voor **vermindering administratieve last**.

De partners uit de regio sluiten hiervoor aan bij de landelijke richtlijn “Gegevensuitwisseling in de acute zorg”. Ze worden hierbij ondersteund door VZVZ, Nictiz en de drie RSO’s. Het ROAZ-bureau coördineert, bewaakt de voortgang en rapporteert hierover.

Voor 2023 en 2024 ligt de focus op de berichten tussen HAP en SEN en RAV en SEH.

- Eind 2023 zijn de berichten van de **HAP naar de SEH** (verwijzingen) op de meeste plekken gerealiseerd of zal het in Q1 2024 het geval zijn.
- Er zijn **regionale werkafspraken opgesteld** over het gebruik van de **berichten vanuit de ambulance** naar de SEH en het **retourbericht** ter evaluatie van de gestelde werkdiagnose.
- Eind 2023 worden de gestructureerde berichten vanuit de ambulance door drie ziekenhuizen gebruikt. Het eerste half jaar van 2024 zullen de meeste andere ziekenhuizen aansluiten.
- Het sturen van de retourberichten is technisch nog niet overal mogelijk en zijn de ziekenhuizen afhankelijk van hun leverancier.



Voortgang berichten HAP-SEH, december 2023

SEH	HAP											
	Den Helder	Alkmaar	West-Friesl.	Zaanstreek Waterland	Beverwijk	Haarlem	Hoofddorp	Amsterdam	Amstelland	Hilversum	Almere	Lelystad Emmeloord
NWZ, Den Helder	■											
NWZ, Alkmaar		■										
Dijklander, Hoorn			■									
Dijklander, PR				■								
ZMC				■								
RKZ					■							
Spaarne Gasthuis HZ						■						
Spaarne Gasthuis HN						■						
Spaarne Gasthuis HD							■					
OLVG								■				
BovenIJ								■				
Amsterdam UMC								■				
ZHA									■			
Tergooi										■		
Flevoziekenhuis											■	
St Jansdal, Lelystad												■
Antonius, Sneek												■

■	gereed
■	in ontwikkeling
■	nog niet gestart/planning onduidelijk



Voortgang berichten RAV-SEH, december 2023

SEH	RAV					
	RAV NHN	RAV ZW	RAV KML	RAV AA	RAV GV	RAV FL
NWZ, Den Helder	in ontwikkeling					
NWZ, Alkmaar	in ontwikkeling					
Dijklander	in ontwikkeling	in ontwikkeling				
ZMC		in ontwikkeling				
RKZ			gereed			
Spaarne Gasthuis			in ontwikkeling			
OLVG				nog niet gestart/planning onduidelijk		
BovenIJ				in ontwikkeling		
Amsterdam UMC				in ontwikkeling		
ZHA				in ontwikkeling		
Tergooi					gereed	
Flevoziekenhuis						gereed
St Jansdal						gereed

gereed
in ontwikkeling
nog niet gestart/planning onduidelijk



Digitale gegevensuitwisseling elders in de acute keten

Andere uitwisselingen:

- Andere berichten uit de richtlijn acute zorg
 - Na eerder genoemde berichten zullen ook de andere berichten uit de richtlijn moeten worden geïmplementeerd. Hiervoor is nog geen concrete planning gemaakt.
- Uitwisselingen met de GGZ
 - Er is nog geen landelijke richtlijn. Er zijn hier nog geen concrete landelijke plannen over.
- Uitwisselingen tussen ziekenhuis en VVT
 - Deze worden opgenomen in regioplanen en vallen daarmee buiten het ROAZ-plan



Concentratie en spreiding - Multitraumazorg



Multitraumazorg (1)

Binnen het Kwaliteitskader Spoedzorgketen bestaan 2 multitrauma ZIN-normen die gaan over “Juiste Zorg op de Juiste Plek” (JOZJP):

- Volumennorm: het regionale level 1 ziekenhuis moet jaarlijks minimaal 240 multitrauma patiënten (Injury Severity Score >15) opvangen op hun SEH.
- 90%-norm: per acute zorg regio moet 90% van de multitraumapatiënten direct in het level 1 traumacentrum gepresenteerd worden.

Om binnen de regio Noord-Holland en Flevoland aan deze landelijk gestelde normen te kunnen voldoen, is er een regionaal actieplan ‘Implementatie multitraumanorm regio Noord-Holland/Flevoland’ opgesteld. Tevens is er een werkgroep ingericht met traumachirurgen uit verschillende ziekenhuizen uit de regio en afgevaardigden vanuit de RAV’s.



Multitraumazorg (2)

In het regionale actieplan wordt ingezet op de volgende pijlers om de multitraumazorg volgens de gestelde normen te kunnen gaan leveren:

1. Optimaliseren preklinische triage ambulancezorg
 - Inbouwen feedback t.a.v. wel/niet juiste triage
 - Inventariseren mogelijkheden t.a.v. implementatie van de trauma triage-app
 - Organiseren thema-avonden
2. Instellen regionale afspraken regio Noord-Holland/Flevoland → overlegstructuren:
 - Focusgroep Traumazorg
 - ROAZ-overleg
 - Overleg ziekenhuizen
 - Traumavisitatie
3. Overleg Mobiel Medisch Team
4. Organiseren gezamenlijke casuïstiekbesprekingen
5. Initiëren van en participeren in wetenschappelijk onderzoek
 - O.a. onderzoek naar juiste triage en de verbetering van (multi)traumazorg



Multitraumazorg (3)

Parallel aan de uitvoering van de acties genoemd in het regionale actieplan, is het van belang om te bepalen hoe de traumazorg in regio Noord-Holland en Flevoland het beste ingericht kan worden, passend binnen het gestelde landelijke kader.

Een onafhankelijk onderzoeksbureau onderzoekt hiertoe twee mogelijke scenario's, waarbij kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en toegankelijkheid van zorg leidend zijn:

1. Alles op één locatie; concentratie van alle multitrauma-patiënten in traumacentrum AUMC, locatie AMC.
2. Eén team, twee locaties; opvang en behandeling van alle multitraumapatiënten op twee locaties (AUMC, locatie AMC & NWZ locatie Alkmaar), onder de regie van AUMC.

De uitkomsten van dit onderzoek zullen begin januari 2024 beschikbaar komen.



4. Van plannen naar uitwerking

- De rode draad van de ROAZ-plannen
- Governance ROAZ-regio
- Organogram ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland
- Landelijke randvoorwaarden



De rode draad van de ROAZ-plannen

Het ROAZ-plan is geen finaal document, maar onderdeel van de beweging waarbij acute ketenpartners zich committeren en de handen ineen te slaan om op basis van gemeenschappelijke doelstellingen samen tot oplossingen te komen. Het ROAZ-plan vormt daarmee de basis voor het meerjarige programma Toekomstbestendige Acute Zorg Keten (TAZK) in de ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland.

Er gebeurt al heel veel, zowel in de subregio's als in de gehele ROAZ-regio. Alle betrokken organisaties zetten zich in om stap voor stap aan oplossingen te werken voor de opgaven die er liggen. In elke subregio is op eigen wijze de governance ingericht en door alle inspanningen zijn er veel plannen voor de toekomst. Deze plannen sluiten veel al aan bij bestaande initiatieven.

Over het geheel genomen zien we de volgende uitdagingen in alle subregio's terugkomen:

- Organiseren passend zorgaanbod
- Voorkomen van onnodige instroom
- Optimaliseren van doorstroom en uitstroom
- Samenwerking in de keten
- Personeel: gezamenlijke aanpak werving en aantrekkelijke werkplek

Het is belangrijk dat er regie wordt gevoerd op de uitwerking en realisatie van de plannen. Dit moet bestuurlijk en tactisch worden geborgd, zowel in de subregio's als in de hele ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland.

Winstwaarschuwing

De opgaven in de (acute) zorg zijn groot en niet alles kan worden opgelost met deze plannen. Daarnaast zijn de plannen ook onderhevig aan ontwikkelingen en zullen in de loop der tijd aangepast worden.



Governance ROAZ/TAZK (1)

Hoe was het in 2023?

- Het bestuurlijke Sector-ROAZ fungeert als stuurgroep en is daarmee opdrachtgever van het TAZK (Toekomstbestendige Acute Zorg Keten)-programma. Het TAZK-programma is de uitwerking van het onderdeel acute zorg in het IZA. Het Sector-ROAZ houdt sturing op de (proces)voortgang van de sub-regionale ROAZ-plannen op hoofdlijnen, in het bijzonder waar het gaat om de uit te werken thema's/onderwerpen op het niveau van de ROAZ-regio.
- In elke subregio fungeren de bestuurders van de betrokken ketenpartnerorganisaties als stuurgroep (en daarmee opdrachtgevers van het subregionale ROAZ-plan). Bestuurlijk commitment en gedeelde ambitie zijn noodzakelijk om effectief invulling te geven aan het ROAZ-plan. Elke subregio kent een bestuurlijke vertegenwoordiger die tevens de rol van voorzitter vervult van de subregionale stuurgroep. Hij of zij wordt eventueel ondersteund door een programmacoördinator. Vanuit het ROAZ-bureau hebben alle subregio's hun eigen adviseur acute zorg toegewezen gekregen.



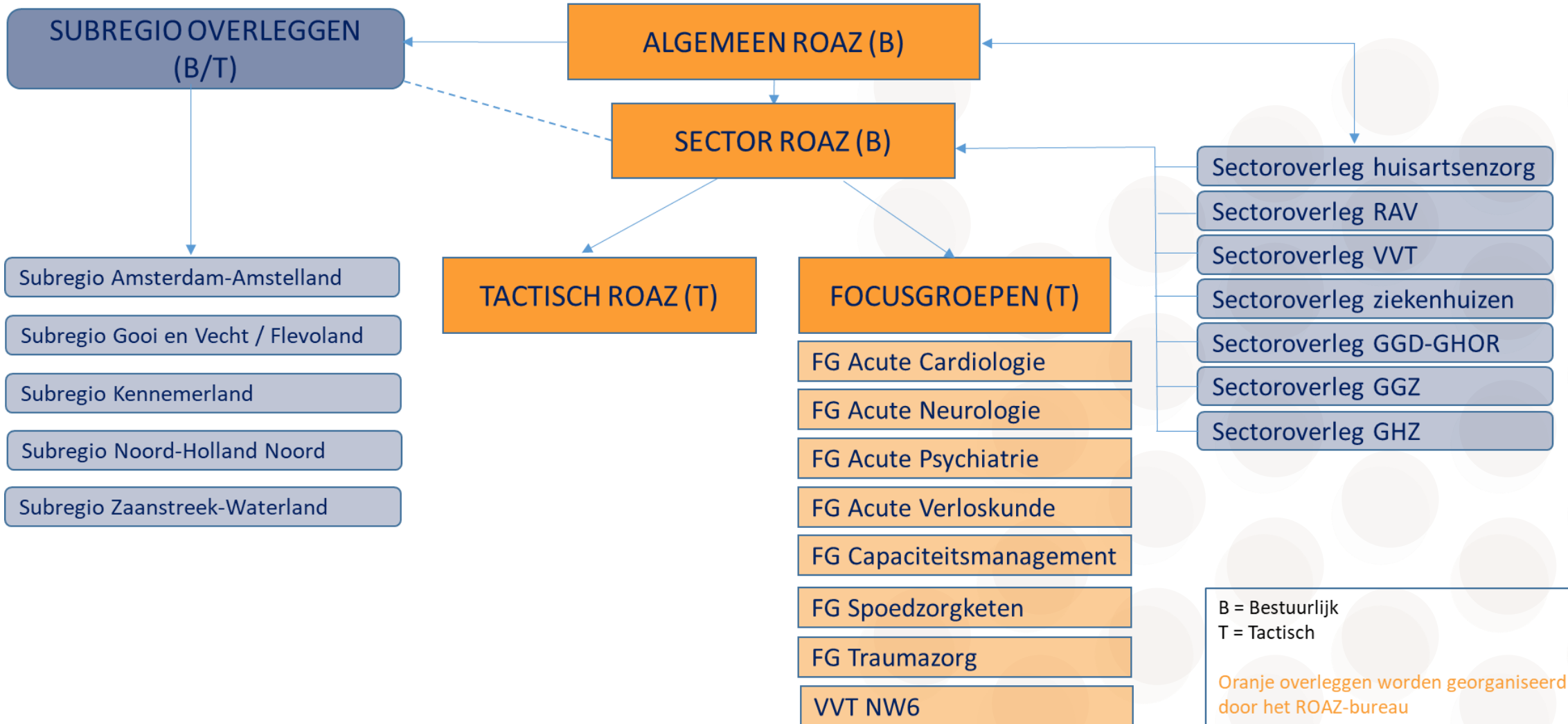
Governance ROAZ/TAZK (2)

Inrichting 2024:

- Het Sector ROAZ blijft als stuurgroep TAZK aan, waarbij zij eindverantwoordelijk is voor de monitoring, voortgang en realisatie van de onderwerpen uit het IZA die op ROAZ-niveau worden uitgewerkt, waaronder het voornamelijk gaat om a) zorgcoördinatie, b) digitale gegevensuitwisseling en c) multitraumapatiënten. Het Sector ROAZ wordt hierin ondersteund door het ROAZ-bureau.
- De eindverantwoordelijkheid voor monitoring, voortgang en realisatie van onderwerpen die in subregionale ROAZ-plannen staan beschreven, blijft zoals nu bij het bestuurlijk gremium van de betrokken zorgaanbieders in de subregio. Periodiek wordt het Sector ROAZ geïnformeerd over de voortgang van de subregionale ROAZ-plannen.
- In de eerste helft van 2024 wordt een evaluatie uitgevoerd op deze vorm in de totstandkoming van de ROAZ-plannen en wordt geagendeerd in één van de voortgangsoverleggen.
- In de vijf subregio's gaan de ketenpartners gezamenlijk verder met de uitwerking en uitvoering van hun subregionale plan. Hierbij zal worden afgestemd met de activiteiten uit de IZA-regioplannen en andere relevante projecten of initiatieven.



Organogram ROAZ-regio



B = Bestuurlijk
T = Tactisch

Oranje overleggen worden georganiseerd door het ROAZ-bureau



Landelijke randvoorwaarden

Het bereikbaar en beschikbaar houden van de acute keten kan niet alleen lokaal of regionaal worden opgelost. Ook de landelijke partijen zoals VWS, verzekeraars en de koepels moeten hun verantwoordelijkheid nemen en randvoorwaarden scheppen:

- Landelijk beleid aantrekkelijkheid zorg en salariëring. Hierbij hoort ook landelijk beleid over beperken van inzet ZZP-ers.
- Landelijk beleid en keuzes over ontregelen van de zorg en beperken van de registratielast.
- Landelijk beleid en keuzes over welke zorg niet meer doelmatig en haalbaar is als capaciteit verder onder druk komt te staan. Hierbij horen ook keuzes in financiering.
- Landelijk beleid en keuzes omtrent data-uitwisseling mogelijk maken en ICT-systemen op elkaar laten sluiten. Wetten en regels moeten hier niet in de weg staan.



5. Bijlagen

- Acute ouderenzorg
- Geboortezorg
- Cardiologie
- Neurologie



Toelichting bijlagen

Naast de subregionale ROAZ-plannen en de onderwerpen die op ROAZ-niveau onderdeel zijn van het ROAZ-plan, wordt er in de acute keten (o.a. in de focusgroepen) ook gewerkt aan acute ouderenzorg, geboortezorg, cardiologie en neurologie. In deze bijlagen wordt dit samengevat weergegeven per onderdeel.



Acute ouderenzorg (1)

Uit de ROAZ-beelden zijn samengevat de volgende priortaire opgaven naar voren gekomen:

- Voorkomen acute ontregeling;
 - Preventie: domeinoverstijgende samenwerking met eerstelijns (huisartsen)
 - Acute wijkzorg: positie en profilering van de wijkverpleging in relatie tot subacute situaties
- 24/7 infrastructuur bij acute gebeurtenis:
 - Duidelijke visie op zorg thuis inclusief acute wijkzorg en regionale zorglogistiek
- Alternatieven ziekenhuiszorg;
- Optimaliseren doorstroom en uitstroom naar vervolgzorg (naar én binnen VVT).

Deze opgaven sluiten aan bij de vier bouwstenen van de acute ouderenzorg van het Leernetwerk Acute Ouderenzorg. In de acute keten (ROAZ) ligt de focus op bouwsteen 2 – 24/7 infrastructuur in de eerste lijn bij acute gebeurtenis en gedeeltelijk bij bouwsteen 3 - passende alternatieven voor ziekenhuiszorg.

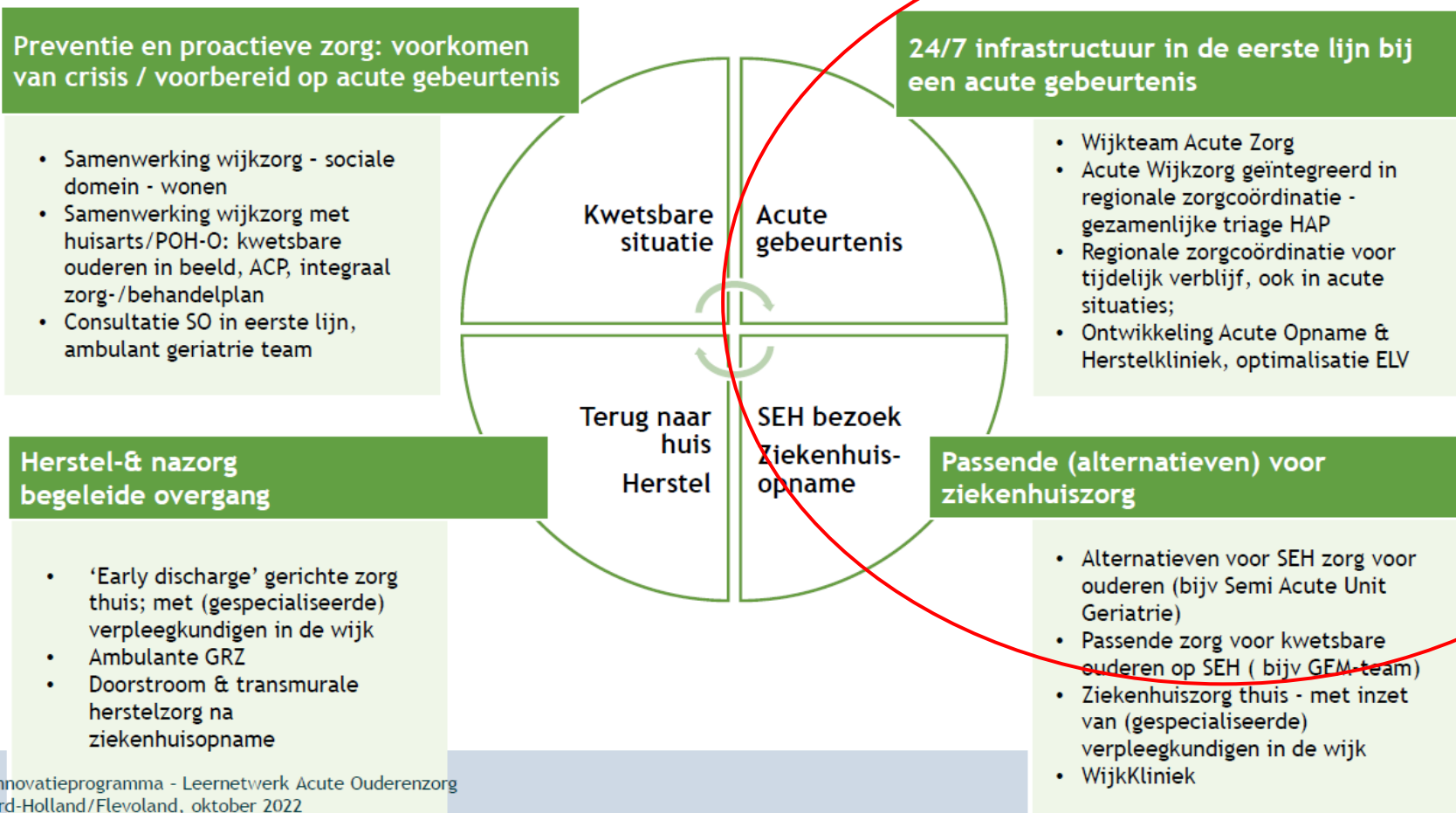
Kern: gezamenlijk (als keten) oplossen van een groeiend maatschappelijk probleem



De vier bouwstenen acute ouderenzorg (2)



De vier bouwstenen acute ouderenzorg





Acute ouderenzorg (3)

• Regioperspectief

Vanuit het ROAZ-beeld wordt richting 2030 een aanzienlijk toename verwacht in het aantal ouderen 75+ (gem: 37%), al met aanzienlijke variatie tussen subregio's. De zorgpartijen zien en bevestigen het beeld dat zij een toename op zich zien afkomen van kwetsbare ouderen en geven aan dat ouderenzorg en de impact die de ouderenzorg heeft op de acute zorgketen de allergrootste uitdaging vormt. Dit zal bij ongewijzigd beleid leiden tot/vragen om toename in vraag- en zorggebruik.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in NH&FL?

Er is, jammer genoeg, niet één algehele oplossing voorhanden om deze capaciteitsproblematiek te reduceren. De verschillen tussen de subregio's in de benodigde groei, maar ook in de bestaande organisatievormen en samenwerkingen, vraagt om een aanpak (ROAZ-plan) op maat op 3 niveaus: Interventies op lokaal, subregionaal en ROAZ-niveau voor de korte, middellange en lange termijn.

Wat gebeurt er al en wat is er nog meer mogelijk?

Uit de ROAZ-beelden kwamen samengevat vier opgaven/bouwstenen voor oplossingen naar voren (A-D). Hiernaast werd duidelijk dat personeel en opleiding (5^e opgave E.) een algemene opgave betreft voor de acute zorgketen als geheel. Voor de ROAZ-regio wordt voor de V&V-sector in 2030 bijv. een tekort voorspeld van 6.300 medewerkers (-8%) en in de thuiszorg met 1.400 medewerkers (-7%).

Om een overzicht te maken van alle lokale en (sub)regionale interventies EN om te onderzoeken waar er wellicht nog mogelijkheden bestaan zijn gesprekken gevoerd met alle leden vanuit het tactische VVT NW6 overleg. De organisaties en regio's blijken zeer actief; er gebeurt al heel veel. Bijna alle organisaties en subregio's werken aan, of zijn bezig met uitbreiding van:

A. Preventie en pro-actieve zorg

- *Secundaire preventie VVT (bijv. fysiek door verpleegkundige, SO of paramedici, of via app)*
- *Advanced care planning binnen de VVT*
- *Interventies/tools beperken registratielast (bijv. 1 dossier, uitwisselen/koppelen dossier, spraakherkenning, minder kwaliteitsregistraties)*
- *Thuismonitoring en slimme technologie (alarm, medicijndispensers, beeldbellen, digitale dagbesteding en leefstijlmonitoring, robots etc.)*

B. 24/7 infrastructuur 1^e lijn bij acute gebeurtenis

- *Inzicht capaciteit en Zorgcoördinatie/aanmeldpunten voor overloop en betere spreiding regio ('s)*
- *Inzetten van lokaal of regionaal capaciteitsmanagement, voorspelmodellen en/of AI om in, door en uitstroom te voorspellen*
- *Wijkteams acute zorg (mogelijk met achterwacht)*

C. Passende alternatieven voor ziekenhuiszorg

- *Wijkkliniek en vergelijkbare initiatieven*
- *Transmurale zorgpaden (ziekenhuis)verplaatste zorg thuis*
- *Transmurale zorgpaden (of plekken) andere partners zoals GGZ, Verslavingszorg, HA*

D. Herstel en nazorg begeleide overgang

- *(Uitbreiden) tijdelijk of eerstelijns verblijf (ELV)*
- *Volledig pakket thuis (VPT) voor WLZ zorg-thuis*

E. Personeel en opleiding

- *Maximaal/bovenformatief opleiden VVT-organisatie*
- *Flexibele schil tussen organisaties door uitwisselen personeel bij drukte, bijv. wijkteam of thuiszorg*
- *Functiedifferentiatie door inzet en versterken mantelzorgers, netwerk & community (training zorg/techniek en verandering mind-set)*
- *Functiedifferentiatie inzet gespecialiseerde verpleegkundigen VVT thuis (Bijv. Parkinson, COPD, Oncologie, Palliatief)*
- *Functiedifferentiatie via Physician Assistent of Verpleegkundig Specialist (laag/midden complexe) zaken geprotocolleerd van SO overnemen)*

Vaker benoemd (financieel) knelpunt wat landelijk aanpassing behoeft betreft het flexibel(ler) kunnen wisselen tussen bedsoorten, bijv. GRZ en ELV, WLZ en ELV, wijkkliniek en ELV.

Tot slot

Afhankelijk van de interventie zal deze op lokaal of (sub)regionaalniveau moeten worden uitgewerkt, geprioriteerd en opgepakt. Lokaal zal vanuit de organisatie en afdeling geanticipeerd moeten worden op de verwachte groei. Op subregionaal (programma-coördinator) en ROAZ-niveau (Tactisch overleg VVT NW6) zal voortgang gevolgd worden en kennis uitgewisseld. Waar mogelijk wordt vanuit deze niveaus nog projectondersteuning geboden (bijv. op 1 gezamenlijk geprioriteerd bovenregionaal project, zoals 74 bij zorgcoördinatie). Begin 2024 zal hier in het tactische VVT NW6 overleg verder over worden gesproken.



Acute geboortezorg

Regioperspectief

Vanuit het ROAZ-beeld wordt richting 2030 een toename verwacht in het aantal levend geboren kinderen in Noord-Holland en Flevoland. Al zal dit in praktijk minder zijn menen de professionals in de subregio's, er zal sprake zijn van groei. Deze groei zal bij ongewijzigd beleid leiden tot/vragen om een soortgelijke toename in zorggebruik (bevallingen, inleidingen, sectio's en NEO-opnames) en zorgaanbod (verloskamers, bedden, OK-capaciteit en bijbehorend gespecialiseerd personeel). In de subregio's waar er al momenteel al grotere (personele) problemen spelen, is de geboortezorg als prioritaire opgave benoemd: Amsterdam-Amstelland, Kennemerland en G&V-streek.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen/VSV's in NH&FL?

Er is, jammer genoeg, niet één algehele oplossing voorhandig om deze capaciteitsproblematiek te reduceren. Het vergt verschillende korte, middellange en lange termijn oplossingen en intensieve samenwerking op met name organisatie en VSV-niveau.

Wat gebeurt er al en wat is er nog meer mogelijk?

Er zijn in dit kader gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers uit de ROAZ-focusgroep acute verloskunde om te vragen welke interventies al zijn ingepast/in startblokken staan en waar zij nog mogelijkheden zien in de toekomst (zie bijlage). De organisaties/VSV's en subregio's blijken al zeer actief; er gebeurt al heel veel. Bijna alle organisaties/VSV's en subregio's werken, of denken aan (uitbreiding van):

A. Voorkomen is beter genezen

- *Substitutie:*
 - Gezamenlijke mid-risk zorgpaden 1^e & 2^e lijn (zoals meconium, balloninleidingen, 40+ zwanger, sectio in voorgeschiedenis, indicaties 35-37 weken & CTG en echo's in 1^e lijn)
 - Gezamenlijk geboortecentrum/-huis 1^e & 2^e lijn
- *Preventie:*
 - Stoppen met begeleiding, consulten en (tel) contacten die NIET medisch noodzakelijk zijn (landelijk)
 - Interventies/tools beperken registratielast (brieven, geboorteplan, registraties)

B. Opleiding en personeel

- Maximaal/bovenformatief opleiden van O&G+NEO verpleegkundigen
- Functiedifferentiatie door zorg-/afdelingsassistentes
- Functiedifferentiatie door partusassistentie kraamzorg (poli)klinisch

C. Optimaal (keten)processen

- Voorspellen geboortes o.b.v. a terme registratie, incl. beter roosteren
- LPZ voor overloop en betere spreiding regio's
- Thuismonitoring van high-risk zwangeren (CTG + bloeddruk)

Er zullen echter ook bepaalde zaken in de toekomst NIET meer kunnen zien de professionals, dit zal landelijk moeten worden opgepakt (o.a. registratielast & stoppen met zaken die niet medisch noodzakelijk zijn).

Tot slot

Lokaal zal vanuit de organisatie/VSV geanticipeerd moeten worden op de verwachte groei. Afhankelijk van de interventie zal deze vervolgens op organisatie of VSV-niveau moeten worden uitgewerkt, geprioriteerd en opgepakt. Op subregionaal (programmacoördinator) en focusgroep-niveau (ROAZ-bureau) zal voortgang gevolgd worden en kennis uitgewisseld. Waar mogelijk wordt op die niveaus nog projectondersteuning geboden (bijv. op 1 gezamenlijk geprioriteerd bovenregionaal project focusgroep). Een meer specifieke uitwerking per (prioritaire) subregio is te vinden in de desbetreffende hoofdstukken



Cardiologie (1)

Regionaal Netwerk Cardiologische Zorg Noord-Holland en Flevoland

De 11 ziekenhuizen met een hoofdlocatie in de provincies Noord-Holland en Flevoland nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van de cardiologische zorg, nu en in de toekomst. Dat wordt gedaan via vier hoofdambities:

1. Voorkomen van onnodige instroom in- en tijdige uitstroom uit ziekenhuiszorg
2. Anders organiseren van de zorg zodat minder capaciteit (menskracht) nodig is
3. Voorkomen verstopping derdelijnszorg, door niet hoogcomplexe zorg te spreiden in de regio
4. Versterken en efficiënter maken van het samenwerkings- en verwijzingsproces

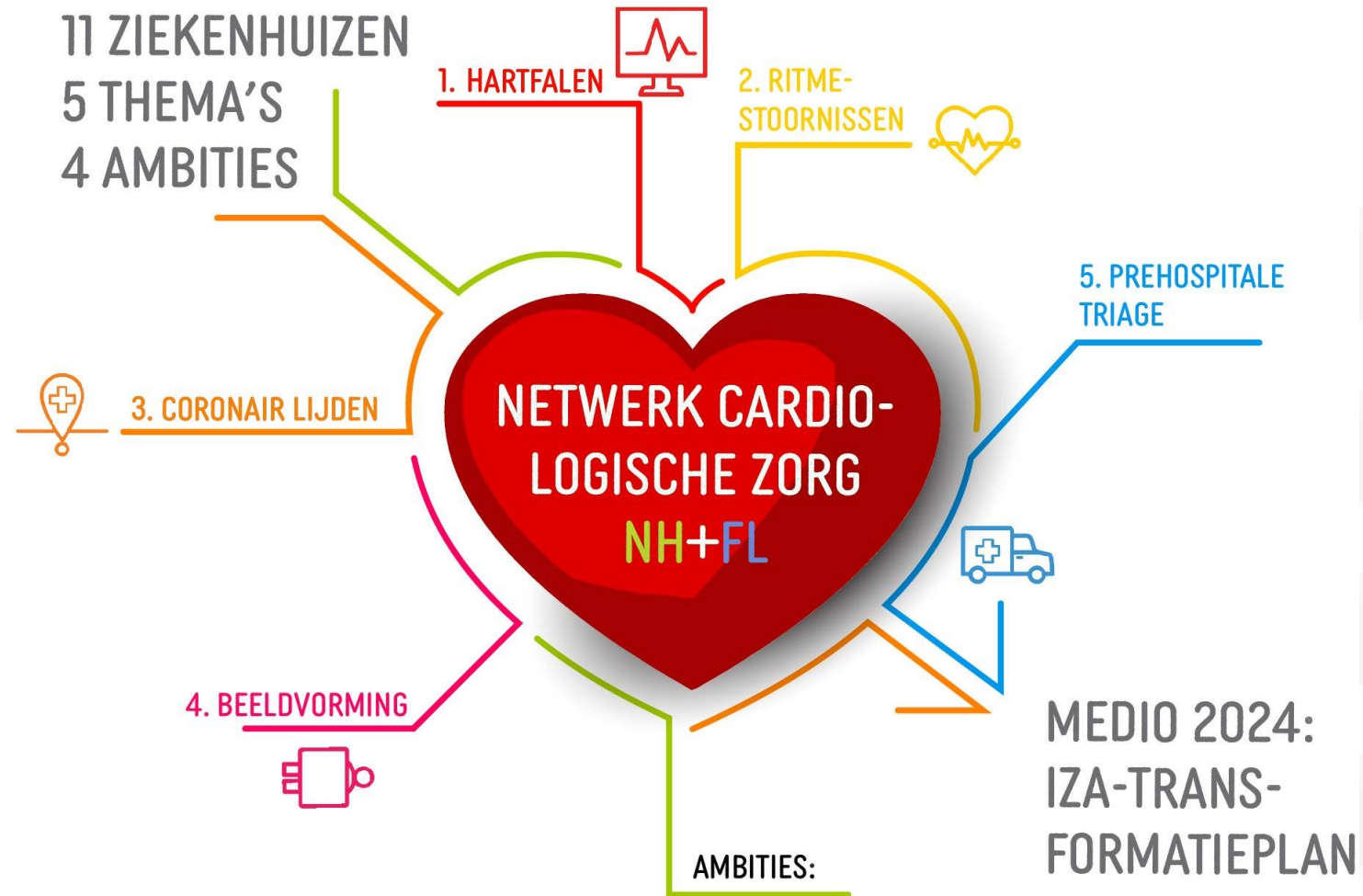
Het Netwerk werkt toe naar een actiegerichte aanpak om verschil te maken op die behandelvormen en thema's waar concrete kansen en of urgente uitdagingen spelen. Het heeft daartoe de volgende thema's geselecteerd:

1. Hartfalen
2. Beeldvorming
3. Pre-hospitale triage
4. Coronair lijden
5. Ritmestoornissen

In de eerste helft van 2024 zullen de thema's in werkgroepen worden uitgewerkt om tot concrete verbeterinitiatieven en/of samenwerkingsverbanden te komen.



Cardiologie (2)



I. VOORKOMEN
ONNODIGE INSTROOM
& REALISEREN TIJDIGE UITSTROOM

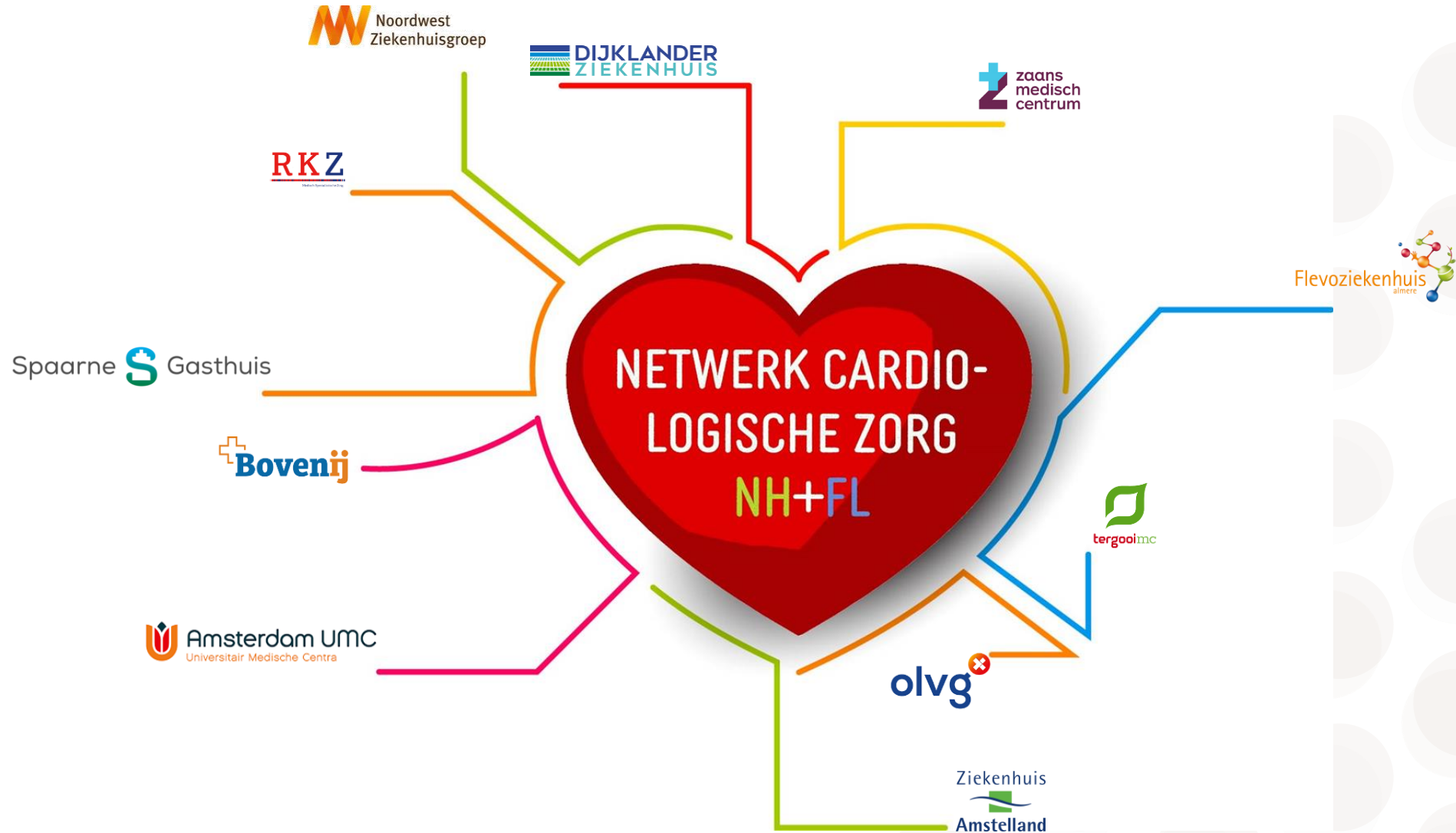
II. INZET DIGITALE /
HYBRIDE ZORG

III. SPREIDING NIET
COMPLEXE ZORG

IV. VERBETEREN EN UNIFORMEREN
SAMENWERKING & DOORVERWIJZING



Cardiologie (3)





Neurologie

• Regioperspectief

Vanuit het ROAZ-beeld wordt richting 2030 een aanzienlijke toename verwacht in de zorgvraag de komende jaren (tot +37%). Vanuit de focusgroep wordt dit beeld herkend, al wisselen de meningen over de mate van de stijging. Een aantal denkt bijv. dat het aantal IVT/IAT soortgelijk zal toenemen door het uitbreiden van inclusiecriteria. Een aantal denkt dat de aantallen mogelijk ook wat zullen afnemen bijv. omdat lichtere strokes minder vaak zullen worden opgenomen en dat de ouderen misschien gezonder worden. Leden verwachten hiernaast ook dat andere neurologische indicaties zullen toenemen zoals Parkinson, Alzheimer en MS. Grootste probleem wordt verwacht in doorstroom naar VVT.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Noord-Holland / Flevoland?

Er is, jammer genoeg, niet één algehele oplossing voorhanden om deze capaciteitsproblematiek te reduceren. Het vergt verschillende korte, middellange en lange termijn oplossingen en intensieve samenwerking op met name organisatie en regionaal niveau.

Wat gebeurt er al en wat is er nog meer mogelijk?

Vanwege de te verwachten stijging in vraag en aanbod en omdat acute neurologie niet als prioritaire opgave werd benoemd in de subregionale plannen, is er voor gekozen om vanuit de focusgroep toch aandacht te besteden aan de acute neurologie in het ROAZ-plan. Er zijn in dit kader gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers uit de ROAZ-focusgroep acute neurologie om te onderzoeken welke interventies al zijn ingepast/in startblokken staan en waar zij nog mogelijkheden zien voor de organisatie en regio in de toekomst.

Met name op het vlak van preventie en het verbeteren van processen in de keten (en dan vooral in de uitstroom) worden mogelijkheden gezien, al zullen er echter ook bepaalde zaken in de toekomst NIET meer kunnen. Dit laatste vraagt om aanpassingen in richtlijnen en afspraken; niet alles is straks meer mogelijk en professionals moeten meer risico durven en mogen nemen. Dit vraagt echter wat van landelijke koepels (NVN, NHG en AZN), verzekeraars en VWS.

Wat zijn de meest genoemde lokale, (sub)regionale en/of landelijke (mogelijke) interventies?

A. Preventie/substitutie

- *Secundaire preventie en nazorg fysiek of via app*
- *Interventies/tools beperken registratielast (bijv. 1 dossier, uitwisselen/koppelen dossier, spraakherkenning, aanpassingen/inkorten kwaliteitsregistraties)*
- *Minder risicomijdend: als eerste criteria draaiduizeligheid EN criteria trauma capitis*

B. Personeel en opleiding

- *Functiedifferentiatie door SEH-artsen die zaken van neurologen en assistenten overnemen*
- *Functiedifferentiatie met zorg/afdelingsassistentes*
- *Functiedifferentiatie via Physician Assistant of verpleegkundig specialist zie (laag/midden complexe) zaken geprotocolleerd van neuroloog of assistenten over nemen (bijv. bij CVA en Parkinson). Met name in kliniek en bij nazorg (registratie en preventie)*

C. Proces keten, in door- & uitstroom

- *LPZ voor overloop en betere spreiding regio ('s). Mogelijk aansluiting bij zorgcoördinatie-centra*
- *Verbouwen/uitbreiden Stroke-unit EN Nieuwe IAT-centra vs. uitbreiden huidige centra*
- *Thuismonitoring uitbreiden voor/met HA, VVT, ZKH*
- *Eerder uitplaatsen/ uitbreiden capaciteit VVT-GRZ & WLZ (ernstig hersenletsel, of psych patiënten)*

De leden maken zich in dit kader wel zorgen over de (werkelijke) bekostiging van interventies en projecten de komende jaren. Dit proces is nu te ingewikkeld en tijdrovend.

Tot slot

Afhankelijk van de interventie zal deze op lokaal of (sub)regionaalniveau moeten worden uitgewerkt, geprioriteerd en opgepakt. Lokaal zal vanuit de organisatie en afdeling geanticipeerd moeten worden op de verwachte groei. Op subregionaal (programma-coördinator) en ROAZ-niveau (Focusgroep en StrokeNet) zal voortgang gevolgd worden en kennis uitgewisseld. Waar mogelijk wordt vanuit deze niveaus nog projectondersteuning geboden (bijv. op één gezamenlijk geprioriteerd bovenregionaal project). In het voorjaar van 2024 zal hier in de focusgroep verder over worden gesproken.



Colofon

Dit ROAZ-plan is een uitgave van het Netwerk Acute Zorg Noord-Holland Flevoland.

Dit plan is mede tot stand gekomen met input van de ketenpartners uit de ROAZ regio.

Publicatiedatum: december 2023

Contactgegevens

Netwerk Acute Zorg NH/FL
ROAZ@amsterdamumc.nl