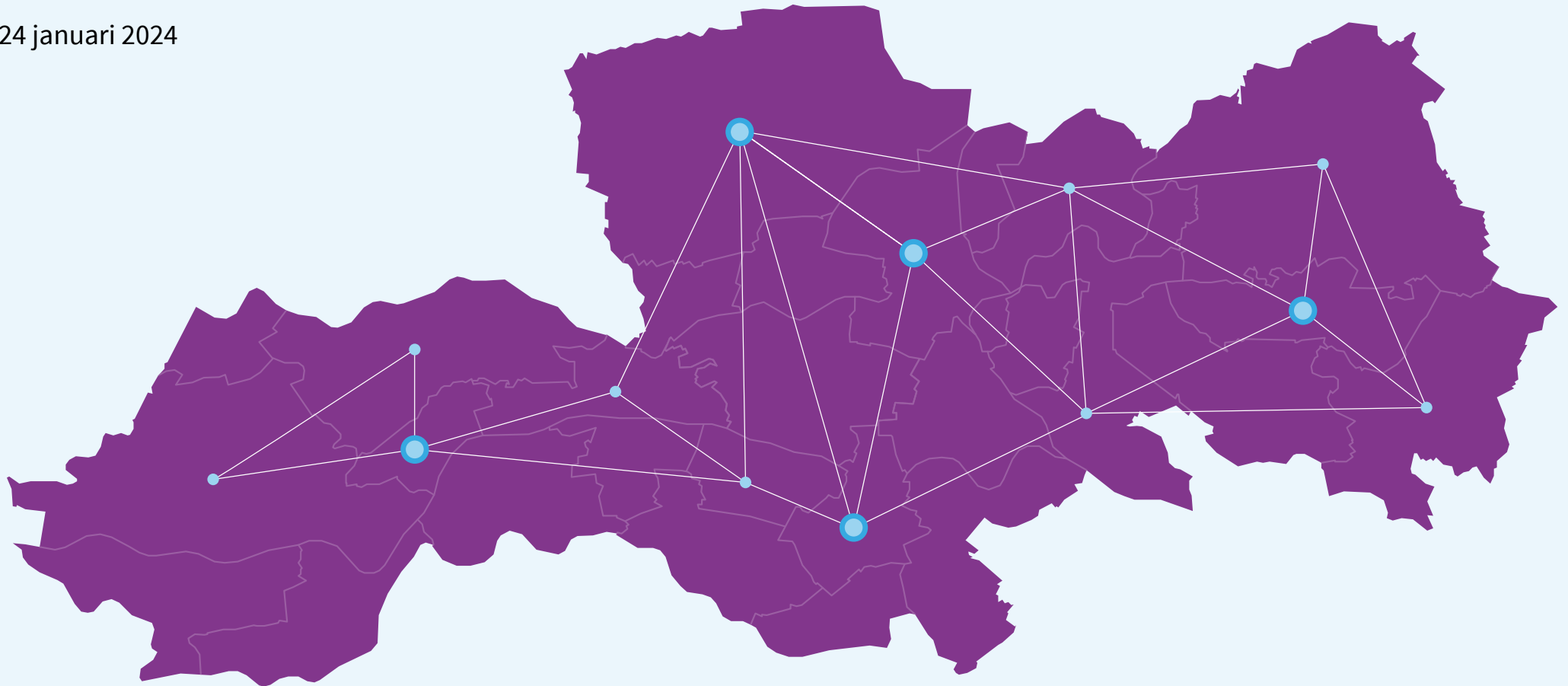


# ROAZ-plan

## Acute Zorgregio Oost

24 januari 2024





# Betrokken partijen

## Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)

### Ziekenhuizen

- Ziekenhuis Rivierenland
- Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
- Radboudumc
- Ziekenhuis Gelderse Vallei
- Rijnstate
- Slingeland ziekenhuis

### Huisartsen

- Coöperatieve Huisartsen Vereniging Gelders Rivierenland
- NEO Huisartsenzorg
- Huisartsen Gelderse Vallei
- Onze Huisartsen
- Huisartsenzorg Oude IJssel
- LHV Gelderse Rivieren

### Regionale ambulance voorzieningen

- Gelderland-Zuid
- Gelderland-Midden
- Witte Kruis Noord- en Oost-Gelderland

### DPG

- Gelderland-Zuid
- Gelderland-Midden
- Noord- en Oost-Gelderland

### Acute psychiatrie

- Pro Persona
- GGNet

### Verloskundig Samenwerkingsverbanden

- Netwerk geboortezorg Rivierenland
- VSV SAMEN Nijmegen e.o.
- VSV-plus Gelderse Vallei
- VSV Kracht Arnhem e.o.
- VSV De Slinge Doetinchem

### VVT organisaties

- Namens subregio Rivierenland
- Namens subregio Nijmegen e.o.
- Namens subregio Gelderse Vallei
- Namens subregio Arnhem e.o.
- Namens subregio West-Achterhoek

### Apothekers

- Namens (dienst-)apotheken

### Zorgverzekeraars

- Menzis
- VGZ



# Inhoudsopgave

## 1. Inleiding

## 2. ROAZ-opgaven

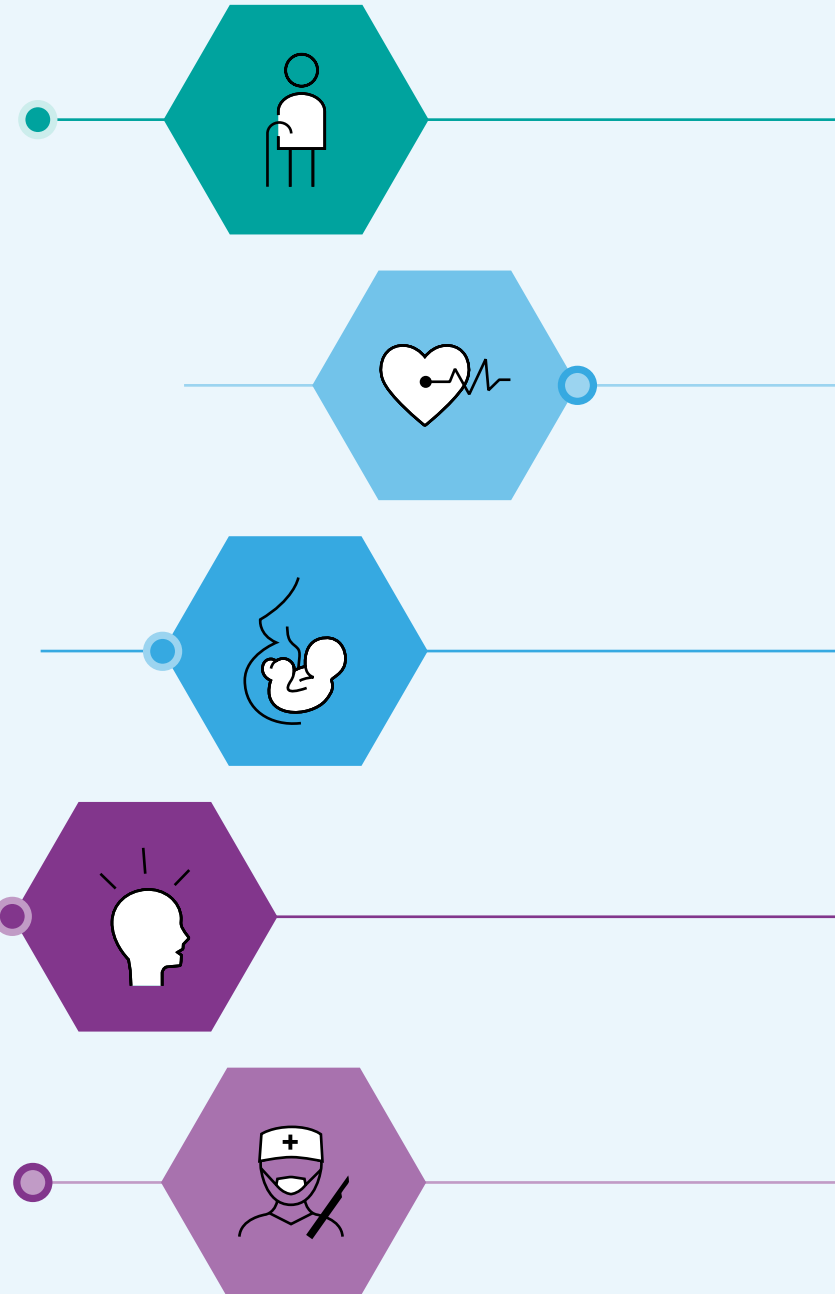
- 2.1 Passende acute zorg voor ouderen
- 2.2 Toegankelijkheid acute cardiologie
- 2.3 Toegankelijkheid acute geboortezorg
- 2.4 Toekomstbestendige organisatie van de acute psychiatrie
- 2.5 Optimaliseren multitraumazorg

## 3. Bestaande projecten

## 4. Overkoepelende thema's

## 5. Landelijke randvoorwaarden

## Bijlage





# 1. Inleiding

In Acute Zorgregio Oost vinden we het belangrijk dat de acute zorg altijd beschikbaar en van goede kwaliteit is. Zodat elke patiënt die acute zorg nodig heeft op elk moment de juiste zorg ontvangt, op de juiste plek en door de juiste zorgverlener. Deze ambitie staat echter onder druk. Enerzijds omdat de acute zorgvraag groeit door onder andere een toename van het aantal kwetsbare ouderen. Anderzijds blijft het aanbod van acute zorg achter door de toenemende krapte op de arbeidsmarkt. Deze situatie vraagt om samenwerking in de regio en een andere organisatie van de acute zorg, zodat we ook in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit kunnen blijven borgen.

Het is daarbij van belang dat we inzetten op veranderingen die duurzame oplossingen bieden voor de knelpunten in onze regio. Met oog voor werktevredenheid, behoud en duurzame inzetbaarheid van zorgprofessionals. Hiervoor is dit ROAZ-plan opgesteld. Met dit plan geven we invulling aan de opdracht vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) om met zorgpartijen samen te werken aan een transformatieplan voor een toekomstbestendige acute zorgketen.

Het ROAZ-beeld<sup>1</sup> is in juli 2023 vastgesteld. Hierin zijn op basis van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen<sup>2</sup> en andere in het IZA genoemde uitgangspunten knelpunten in de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in de regio geïdentificeerd.

De bestuurders van het ROAZ hebben op basis van deze informatie 5 prioritaire opgaven vastgesteld, waar in Acute Zorgregio Oost de focus op moet liggen om de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te kunnen blijven borgen:

1. Passende acute zorg voor ouderen
2. Toegankelijkheid acute cardiologie
3. Toegankelijkheid acute geboortezorg
4. Toekomstbestendige organisatie van de acute psychiatrie
5. Optimaliseren multitraumazorg

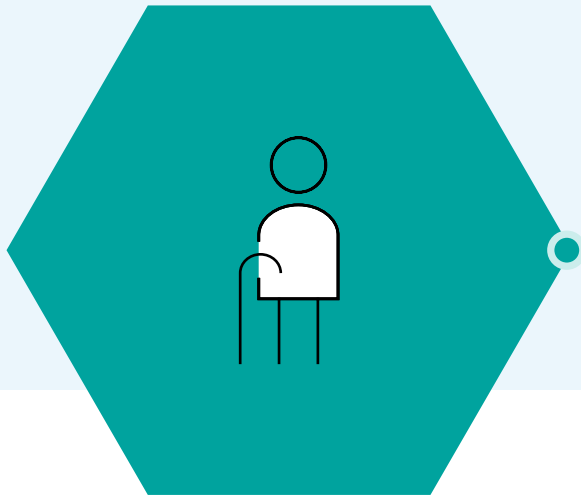
Dit plan geeft in hoofdlijnen de koers weer die we de komende jaren als ROAZ gaan varen. Er is per opgave een gezamenlijke ambitie geformuleerd en beschreven welke partijen met welke oplossingen aan de slag gaan. Dit gebeurt in nauwe samenhang met de regioplannen van de subregio's<sup>3</sup>, waarin de acute zorg als thema is opgenomen. De subregio's binnen Acute Zorgregio Oost zijn: Rivierenland, Gelderse Vallei, Arnhem e.o., Nijmegen e.o., en West-Achterhoek. In het ROAZ-plan richten we ons op de thema's die aanvullend zijn op de regioplannen en de subregio's overstijgen, aangezien de acute zorg niet los gezien kan worden van de totale zorg. Naast de prioritaire opgaven blijft het ROAZ actief werken aan andere thema's zoals crisisbeheersing en OTO, en de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute kindzorg en acute neurologie.

Het ROAZ neemt de gezamenlijke verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg in de regio te borgen. De landelijke randvoorwaarden, zoals beschreven in hoofdstuk 5, zijn essentieel om het ROAZ-plan te kunnen implementeren. In het ROAZ monitoren we de effecten van de ingezette veranderingen en stellen de plannen bij waar nodig. AZO (ondersteuningsbureau ROAZ Acute Zorgregio Oost) ondersteunt en coördineert bij de totstandkoming en uitvoering van het plan en verbindt alle betrokken partijen middels periodiek overleg.

1 Bron: [ROAZ-beeld-Acute-Zorgregio-Oost](#)

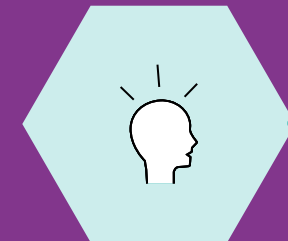
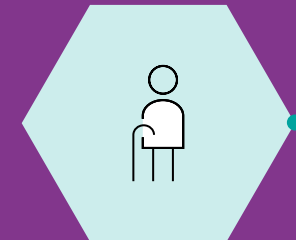
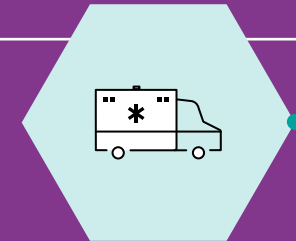
2 Bron: [Spoedzorgketen kwaliteitskader | Zorginzicht](#)

3 Bron: [Regiobeelden en regioplannen \(dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](#)



## 2.1 > Passende acute zorg voor ouderen

In Acute Zorgregio Oost ontvangen kwetsbare ouderen met een acute zorgvraag, ook over 10 jaar, de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener, met oog voor duurzame inzetbaarheid van beschikbaar personeel. >



### 2.1.1 Opgave

Het ROAZ-beeld laat zien dat het aantal ouderen (75+) in de komende 10 jaar naar verwachting met 65% zal toenemen. Daarnaast zien we nu al een grote stijging in het aantal acute zorgvragen van ouderen bij de ambulancediensten in de regio (stijging 2022 t.o.v. 2019). Verwacht wordt dat het aantal acute zorgvragen van ouderen de komende jaren in alle sectoren zal toenemen, zowel somatisch, psychogeriatrisch, psychiatrisch, als een combinatie daarvan. Tegelijkertijd zal de personele capaciteit in alle sectoren afnemen. Daarom willen we in het ROAZ samenwerken om ouderen met acute zorgvragen nu en in de toekomst passende acute zorg te kunnen bieden, met de mensen en middelen die we tot onze beschikking hebben.

### 2.1.2 Betrokken partijen

Bestuurders en managers als vertegenwoordigers van de VVT-sector per subregio (verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg), bestuurders, geriaters en spoedeisende hulp (SEH-)artsen van de ziekenhuizen, managers en huisartsen van de huisartsenposten en huisartsen-dagzorg, en vertegenwoordigers van GGZ-instellingen, de ambulancediensten/meldkamer en de dienstapotheken.

### 2.1.3 Ambitie

In Acute Zorgregio Oost ontvangen kwetsbare ouderen met een acute zorgvraag, ook over 10 jaar, de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener, met oog voor duurzame inzetbaarheid van beschikbaar personeel.

### 2.1.4 Doelstellingen

#### Voorkomen van acute zorgvragen van ouderen

In de subregio's en binnen sectoren wordt ingezet op het voorkomen van acute zorgvragen van ouderen door preventie en proactieve zorgplanning: het bespreken en vastleggen van de behandelwensen, doelen en voorkeuren voor zorg (rond het levenseinde) met de patiënt. Dat is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat vraag en aanbod van acute zorg voor ouderen in balans blijft. Er wordt naast proactieve zorgplanning bijvoorbeeld ingezet op valpreventie, digitale zelfzorg en extramurale

behandeldiensten. Dit is opgenomen in de verschillende regioplannen van de subregio's. De doelstellingen voor het ROAZ richten zich op proactieve zorgplanning en extramurale behandeldiensten:

- Regionale samenwerking bij proactieve zorgplanning moet leiden tot een afname van het aantal ouderen dat wordt ingestuurd naar de Spoedeisende Hulp (SEH) en Eerste Harthulp (EHH). Om dat te realiseren ligt de focus in het ROAZ op twee subdoelen:
  - Iedere zorgverlener in de acute zorgketen heeft inzicht in de behandelwensen van ouderen.
  - Er is helderheid over wie in de keten welke verantwoordelijkheid heeft bij proactieve zorgplanning.
- Extramurale behandeldiensten worden opgezet om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen en onnodige acute zorgvragen te voorkomen. Dat sluit aan op de Visie eerstelijnszorg 2030 van demissionair minister Kuipers (consultatieversie)<sup>4</sup>, waarin het volgende is opgenomen: *“In 2030 zorgen we dat er effectieve en intensieve samenwerking in dorpen en wijken is tussen professionals in de eerste lijn, door: (...) De rol en positie van de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten te versterken in de wijk, zodat specifieke doelgroepen in de eigen omgeving passende zorg en behandeling kunnen ontvangen. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijke gehandicapten, o.a. op het gebied van proactieve zorgplanning, draagt bij aan het verminderen van de druk op de eerste lijn en kan ziekenhuisopnames voorkomen.* Het opzetten en inrichten van extramurale behandeldiensten vindt plaats in de subregio's. In het ROAZ delen we ervaringen om te leren van elkaar en wordt gemonitord of de stijging van acute zorgvragen van ouderen wordt afgebogen.

#### Passende acute zorg voor ouderen in de eerstelijns

Om passende acute zorg voor ouderen waar mogelijk in de eerstelijns te houden, onderscheiden we twee groepen ouderen:

- Ouderen met een acute zorgvraag die met behulp van acute wijkzorg thuis kunnen blijven. In vrijwel alle subregio's kan in de nacht acute wijkzorg inzet

4 Bron: [Visie eerstelijnszorg 2030 | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

worden om ouderen bij ongevallen of andere acute vragen thuis te behandelen/verzorgen. Er zijn afspraken tussen de meldkamer en de samenwerkingsverbanden van VVT-instellingen in de subregio's. Het uitgangspunt is dat de wijkverpleegkundige altijd kan afstemmen met een huisarts of SEH-arts. Mogelijk is uitbreiding van de werkafspraken naar andere dagdelen wenselijk. In het ROAZ geven we met bestuurders VVT en huisartsen een definitie aan 'acute wijkzorg' en formuleren we een doelstelling op dit thema voor de ROAZ-regio.

- Ouderen met een acute zorgvraag die door de ernst van de zorgvraag niet langer thuis kunnen blijven wonen en bij wie er ook geen indicatie voor ziekenhuisopname is. Voor hen zijn in de VVT-sector observatiebedden of no-labelbedden ingericht, die steeds vaker vervangen worden door nieuw zorgaanbod in de vorm van een wijkkliniek. In regio West-Achterhoek is een Acute Care Unit (ACU) ingericht waar spoedzorg voor kwetsbare ouderen gegeven wordt. Dit moet o.a. leiden tot minder dure (spoed)zorg, reductie van het aantal verpleegdagen, en bevordering van de uitstroom uit de ziekenhuizen. In regio Rivierenland zijn er plannen voor een ouderenkliniek. In regio Nijmegen e.o. opent in 2024 een wijkkliniek haar deuren. Deze initiatieven vragen in het ROAZ om regionale afstemming en optimalisatie van de patiëntstromen, om zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te kunnen geven aan deze groep ouderen in de regio.

### Passende acute zorg voor ouderen in de tweede lijn

Uit het ROAZ-beeld blijkt dat het aantal acute zorgvragen van mensen met "licht" tot "matig ernstig" letsel naar verwachting flink zal stijgen. Dat zijn voornamelijk letsels bij ouderen, zoals heupfracturen. Dit vraagt om een passend zorgaanbod voor deze groep patiënten, wat niet altijd een ziekenhuisopname hoeft te zijn<sup>5</sup>.

- Met behulp van gegevens van de Landelijke Traumaregistratie (LTR) onderzoekt AZO om welke patiënten het gaat en worden de patiëntenstromen in kaart gebracht. Op basis van die informatie worden vervolgfafspraken

5 Bron: [Besluitvorming bij kwetsbare patiënt met heupfractuur](#) | NTVG, Niet opereren heupfractuur bij kwetsbare ouderen is valide optie | Huisarts & Wetenschap

6 Bron: [Spoedzorgketen kwaliteitskader](#) | Zorginzicht

7 Bron: [Pilot: Spoedzorg gebaat bij wijkverpleegkundige SEH-inzet - Radboudumc](#)

8 Bron: [Vernieuwing van de acute ouderenzorg 2023](#)

gemaakt in het ROAZ.

Daarnaast is in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen<sup>6</sup> opgenomen dat gedurende 24 uur per dag geriatrische expertise op de SEH ingezet kan worden bij kwetsbare ouderen. Hier wordt door de ziekenhuizen in Acute Zorgregio Oost in geïnvesteerd en naar aanleiding van de eerste evaluaties in 2023 zijn processen verder geoptimaliseerd.

- In het ROAZ streven we ernaar dat medio 2024 alle ouderen op de SEH worden gescreend op kwetsbaarheid. Bij een positieve screening wordt geriatrische expertise ingezet op de SEH. Om daarmee zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren voor de kwetsbare, oudere patiënt en de doorstroom in de acute zorgketen te optimaliseren.

### Begeleid ontslag en herstelgerichte nazorg om de uitstroom te bevorderen en de toegankelijkheid van de acute zorgketen te borgen

Na een bezoek aan de SEH kunnen ouderen soms weer naar huis. Vaak is revalidatiezorg nodig. Om de uitstroom uit het ziekenhuis te bevorderen, de doorstroom in de acute zorgketen te verbeteren en nieuwe acute zorgvragen te voorkomen, zien we kansen om processen rondom ontslag en nazorg te optimaliseren.

In een pilot van ZZG Zorggroep en het Radboudumc is onderzocht of een wijkverpleegkundige op de SEH kan bijdragen aan de doorstroom in de acute zorgketen. Uit het onderzoek blijkt dat kwetsbare ouderen na een SEH-opname aantoonbaar baat hebben bij ondersteuning door een wijkverpleegkundige ter plekke. Van de patiënten uit de pilotgroep kon 49,5% weer naar huis tegen 41,4% uit de controlegroep<sup>7</sup>.

Het is aan de subregio's om plannen te maken voor samenwerking tussen zorgpartijen omtrent begeleid ontslag en herstelgerichte nazorg. Het rapport Vernieuwing van de acute ouderenzorg<sup>8</sup> kan als inspiratiebron dienen. In het ROAZ

wordt besproken welke kansen we zien voor regionale samenwerking. De vertegenwoordigers van de dienstapotheken worden hier ook bij betrokken, aangezien zij een belangrijke rol in de keten spelen bij ontslag uit het ziekenhuis.

### Regionale zorgcoördinatie

In de subregio's zijn coördinatiepunten in de V&V-sector ingericht, waar inzicht is in de capaciteit van beschikbare ELV-plekken, GRZ-plekken en Wlz-crisisplekken<sup>9</sup>. Dit inzicht beperkt zich tot de subregio en het coördinatiepunt. In een fase van opschaling en ten behoeve van regionale samenwerking is het belangrijk dat dit inzicht breder toegankelijk is in de ROAZ-regio. Daardoor kan sneller de juiste zorg op de juiste plek gegeven worden, wat de doorstroom in de keten bevordert.

- Er is voor de hele ROAZ-regio inzicht in beschikbare acute V&V-plekken voor de oudere patiënt, ook in avond/nacht/weekend-uren (ANW).

Daarnaast bestaan er verschillende initiatieven in de subregio's voor het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek met behulp van zorgcoördinatie. Het bestuurlijk ROAZ heeft AZO de opdracht te geven om een regionale ambitie voor de inrichting van zorgcoördinatie op te stellen (zie ook paragraaf 3.1 over zorgcoördinatie). Het uitgangspunt hierbij is om de initiatieven in de subregio's te behouden, te versterken en waar mogelijk te uniformeren op een grotere regioschaal. Daarbij wordt de verbinding gemaakt met de inrichting van spoedpleinen<sup>10</sup> die in alle subregio's gaande is. Het is van belang dat de VVT- en GGZ-sector hierbij aansluiten. Voor de GGZ-crisisdienst is inzicht nodig in beschikbare psychogeriatrische (PG) crisisbedden in de VVT- en VG-sector, om patiënten door te kunnen verwijzen en zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren.

- Er is voor de hele ROAZ-regio dekkende en passende zorgcoördinatie ingericht waardoor iedere patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener ontvangt.

<sup>9</sup> ELV = Eerstelijnsverblijf, GRZ = Geriatrische revalidatiezorg, Wlz = Wet langdurige zorg.

<sup>10</sup> Voor een spoedplein gebruiken we vooralsnog [de definitie van de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen \(NVSHA\)](#): Het is een setting waarin professionals in de acute zorg fysiek dichtbij elkaar werken én dicht bij de patiënt. Het maakt effectieve afstemming en persoonsgerichte samenwerking mogelijk. Een Spoedplein is een plek met in ieder geval een volwaardige HAP en SEH met dienstapotheek.

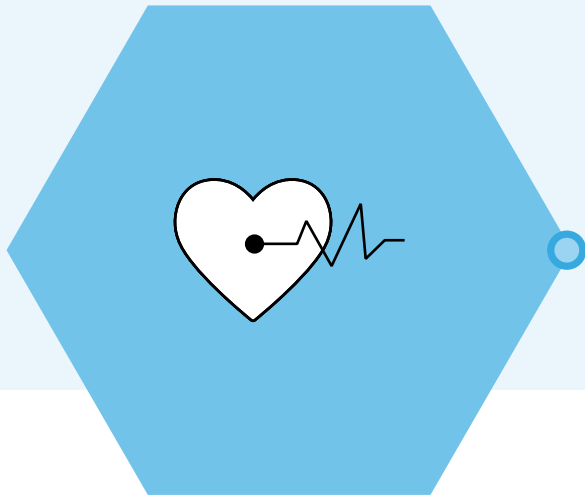
### 2.1.5 Raakvlak met andere ontwikkelingen

- Regioplannen.
- Project zorgcoördinatie.
- Ontwikkelingen Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) ten aanzien van de VVT-sector.
- Ontwikkelingen en implementatie Visie eerstelijnszorg 2030.
- Ontwikkelingen aansluiting VVT-sector op het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

### 2.1.6 Vervolgafspraken

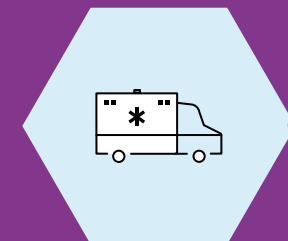
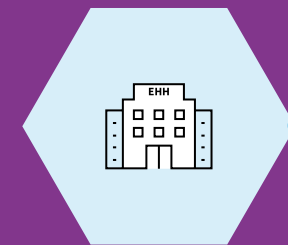
- Q2 2024** AZO zet met de betrokken partijen een programmastructuur op voor uitvoering en monitoring van deze opgave.
- Q2 2024** Formuleren van een definitie en doelstelling voor de acute wijkzorg met bestuurders/vertegenwoordigers VVT en huisartsen.
- Q2 2024** Proactieve zorgplanning: AZO stelt een werkgroep samen met wie een projectplan wordt opgesteld.
- Q2 2024** AZO voert een analyse uit met betrekking tot oudere patiënten met 'licht' tot 'matig ernstig' letsel.
- Q3 2024** Wijkklinieken: VVT/ziekenhuis-bestuurders delen kennis en ervaringen en in het netwerk worden afspraken gemaakt over optimaliseren patiëntenstromen.
- Q4 2024** Evalueren vorderingen extramurale behandeldiensten in de subregio's.
- Q4 2024** Evalueren implementatie van de norm geriatrische expertise op de SEH door geriaters en SEH-artsen.
- Q4 2024** Afspraken maken over welke kansen we zien voor begeleid ontslag en herstelgerichte (acute) nazorg.
- Q4 2024** Plan voor inrichting regionale zorgcoördinatie gereed en afspraken gemaakt over regionaal inzicht in capaciteit V&V.





## 2.2 > Toegankelijkheid acute cardiologie

In Acute Zorgregio Oost borgen we de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute cardiologische zorg, nu en in de toekomst. Door onder andere verbeterde prehospitala triage en integrale samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, leveren we in de regio de juiste zorg op de juiste plek voor patiënten met een acute cardiologische zorgvraag. >



### 2.2.1 Opgave

Het ROAZ-beeld schetst een toename van het aantal patiënten met cardiale klachten in Acute Zorgregio Oost. Deze stijging in cardiologische zorgvraag is momenteel al zichtbaar en neemt in de komende jaren naar verwachting nog sterker toe. Daarnaast hebben we (landelijk) te maken met een personeelstekort onder cardiologen in opleiding en cardiologie (CCU) verpleegkundigen. Het aantal zorgvragen bij de huisartsen/HAP en via 112-oproepen zal naar verwachting ook toenemen, en daarmee het aantal verwijzingen naar de EHH. Dit geeft een disbalans tussen zorgvraag en -aanbod. Regionale ziekenhuizen zijn met regelmaat genoodzaakt een EHH-presentatiestop af te kondigen, waardoor de ambulance-diensten en huisartsen tijdelijk met patiënten moeten uitwijken naar een ander ziekenhuis. Deze ontwikkelingen benadrukken het belang om te investeren in een toekomstbestendige organisatie van de acute cardiologische zorg.

### 2.2.2 Betrokken partijen

Cardiologen, EHH-managers, vertegenwoordigers vanuit de huisartsenposten/dagpraktijken en ambulancediensten.

### 2.2.3 Ambitie

In Acute Zorgregio Oost borgen we de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute cardiologische zorg, nu en in de toekomst. Door onder andere verbeterde prehospital triage en integrale samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, leveren we in de regio de juiste zorg op de juiste plek voor patiënten met een acute cardiologische zorgvraag.

### 2.2.4 Doelstellingen

Binnen het ROAZ-netwerk acute cardiologie zijn enkele patiëntgroepen geïdentificeerd die naar de EHH verwezen worden met verdenking op acute cardiologische klachten, en waarbij de verwijzing mogelijk voorkomen kan worden. Onderstaande doelstellingen richten zich daarom met name op de optimalisatie van de prehospital triage, om zo de toegankelijkheid te waarborgen.

<sup>11</sup> Bron: [articaltrial.nl](http://articaltrial.nl)

### Verbeterde diagnostische mogelijkheden voor de HAP bij pijn op de borst

Patiënten met thoracale pijn of pijn op de borst (POB) vormen een groot aandeel van de consulten bij de huisarts/HAP of oproepen aan de ambulance. Bij een deel van de patiënten die met deze klachten ingestuurd worden naar de EHH wordt uiteindelijk geen acuut hartinfarct geconstateerd. Het verbeteren van de diagnostische mogelijkheden binnen de eerste lijn kan helpen om een cardiale oorzaak prehospital vast te stellen of uit te sluiten. Binnen de regio wordt daarom gekeken naar de mogelijkheden om laag-risico-patiënten met POB tijdig te identificeren, zodat zij niet naar de EHH ingestuurd hoeven te worden.

- De ARTICA-studie (2019-2022)<sup>11</sup> heeft uitgewezen dat het veilig is voor ambulanceverpleegkundigen om via de HEART-score te beoordelen of patiënten met POB verantwoord thuis kunnen blijven. De regio zet in op de implementatie van de ARTICA als standaard zorg, zodra dat mogelijk is. Eerst moet gewacht worden op het nationaal consensus document 'pijn op de borst/ acuut coronair syndroom', geschreven door een landelijke klankbordgroep.
- In de tussentijd worden de mogelijkheden verkend voor het oprichten van een POB-zorgpad op de HAP Nijmegen, in samenwerking met cardiologie en SEH van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ). Dit houdt in dat een eerste risicostratificatie uitgevoerd wordt op de HAP Nijmegen, via berekening van de HEART-score, een elektrocardiogram (ECG) en troponinebepaling. Er wordt gestart met de laag-risico-patiënten met POB en een hoge verdenking acuut coronair syndroom. Uitbreiding naar andere HEART-scores volgt mogelijk later. Randvoorwaarden voor dit zorgpad zijn een goede inrichting van de ICT-infrastructuur, de mogelijkheid voor de huisarts om terug te vallen op een specialist voor de beoordeling ECG, en aanschaf van de juiste apparatuur op de HAP Nijmegen. Om de veiligheid te borgen zullen de patiënten ook worden gemonitord wanneer zij niet ingestuurd worden naar het ziekenhuis.
- Een multidisciplinaire projectgroep is opgezet om dit POB-zorgpad verder uit te werken en te implementeren.
  - Deze innovatie is meegenomen in de aanvraag voor IZA-transformatiegelden van het CWZ.

- Om het uiteindelijke effect van het POB-zorgpad te meten, zal data opgevraagd worden bij de HAP Nijmegen over het huidige aantal patiënten met thoracale pijn of ACS-verdachte klachten die voor een consult op de HAP zijn geweest, en naar de EHH van CWZ zijn verwezen.

### Passende zorg voor kwetsbare patiënten met behulp van proactieve zorgplanning

Binnen de (acute) cardiologie kunnen mogelijk onwenselijke opnames van kwetsbare patiënten (al dan niet in de laatste levensfase) voorkomen worden, omdat zij geen baat meer hebben bij deze opname. Dit kan met name relevant zijn bij patiënten met chronisch hartfalen. Het bespreken en vastleggen van de behandelwensen bij deze kwetsbare patiëntengroep is nog niet overal standaard ingebed. De opgave is dan ook om de juiste zorg op maat te bieden bij deze patiënten, op de juiste plek. Lees meer over de doelstelling voor het ROAZ rondom proactieve zorgplanning in paragraaf 2.1.4.

### Optimaliseren van de ketenzorg bij acute klachten van atriumfibrilleren

De prevalentie van atriumfibrilleren (AF) neemt toe bij het stijgen van de leeftijd. Door de vergrijzing is de verwachting dat deze patiëntencategorie de komende jaren verder zal toenemen<sup>12</sup>. Patiënten met ritmeklachten melden zich vaak eerst bij de huisarts, waarna ze mogelijk doorverwezen worden naar de cardioloog. Vooral patiënten met nieuwe ritmeklachten zijn lastig te beoordelen voor de huisarts, mede doordat huisartsen vaak geen volledig ECG kunnen maken. Deze patiënten worden daarom voor verdere beoordeling ingestuurd naar de EHH. Het beleid voor wel of niet doorverwijzen is daarnaast niet eenduidig waardoor huisartsen verschillend handelen. Een deel van de patiënten met AF wordt nu onnodig in de tweede lijn behandeld.

- Een multidisciplinaire werkgroep richt zich op passende zorg bij patiënten met AF waarbij escalatie mogelijk voorkomen kan worden. Er wordt nagedacht over:
  - Het schrijven van een regionaal protocol (beslisboom), dat als handvat voor de huisarts kan dienen bij de beoordeling van patiënten met acute AF klachten en bij de bepaling van het vervolgbeleid. Dit ondersteunt hen in de besluitvorming om patiënten naar de EHH te verwijzen

12 Bron: NHG-standaard atriumfibrilleren, [Atriumfibrilleren | NHG-Richtlijnen](#).

of om iemand in de eerste lijn te laten. Dit regionale protocol richt zich op de spoedzorg. Hierbij zal rekening gehouden worden met de nieuwe NHG-standaard en transmurale werkafspraken in de subregio's, om tegenstrijdigheden en overlap te voorkomen.

- In het ROAZ-netwerk acute cardiologie zullen de opname- en ontslagcriteria van de ziekenhuizen naast elkaar worden gelegd, om waar mogelijk eenduidige afspraken te maken en verwachtingen naar patiënten beter te kunnen managen.
- Ten slotte volgt het ROAZ-netwerk de ontwikkelingen binnen Rijnstate met betrekking tot het 'virtueel zorgcentrum', waarbij een van de speerpunten is om patiënten met atriumfibrilleren thuis te monitoren.
  - Dit virtuele zorgcentrum is in oktober 2023 live gegaan. Het doel is een afname in het aantal (onnodige) policonsulten en op termijn minder bezoeken aan de EHH. Daarnaast zorgt deze virtuele monitoring voor meer zelfmanagement in de thuissituatie.
  - De ambitie is om in de andere subregio's ook te starten met monitoring op afstand bij AF-patiënten.

### Verbeterde prehospital screening door de ambulancedienst bij patiënten met syncope

De grootste groep patiënten waarbij zorg op locatie wordt verleend door de ambulancedienst zijn de patiënten die tijdelijk het bewustzijn verliezen (syncope of andere vorm van wegraking). Ambulancezorgprofessionals hebben onvoldoende handvatten en/of ondersteunende tools beschikbaar bij de zorgverlening van deze patiëntengroep om adequaat het risicoprofiel in te schatten en te bepalen of een patiënt alleen zorg op locatie nodig heeft of toch naar het ziekenhuis vervoerd moet worden. Gevolg is dat een grote groep laag-risico-syncopepatiënten onterecht gepresenteerd wordt op de SEH of EHH. Een grote winst zou daarom behaald worden door het meer stroomlijnen en protocolleren van de prehospital screening bij syncope.

In het Landelijk Protocol Ambulancezorg 9.0 (LPA) is een nieuw Protocol Wegraking/Syncope opgenomen. In 2025 start naar verwachting een landelijke



wetenschappelijke studie naar de implementatie van dit syncope protocol binnen de ambulancezorg, met daarbij de ervaringen in de praktijk, de klinische impact en de kosteneffectiviteit. Deze zogenaamde ‘AMBUSYNC-trial’ wordt geïnitieerd vanuit het Amsterdam UMC. Onderzocht wordt of met een geprotocolleerde prehospital screening van syncopepatiënten een efficiëntieslag (zowel in tijd als kostenbesparing) gemaakt kan worden in de dagelijkse besluitvorming bij de ambulance-medewerkers, met daaropvolgend een verminderde instroom naar de acute poort en een afname in het aantal onnodige ambulanceritten.

- In Acute Zorgregio Oost wordt verkend of en welke regionale ambulancediensten en huisartsen aan kunnen sluiten bij de AMBUSYNC-trial.
- AZO houdt in 2024 nauw contact met het Amsterdam UMC en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen om de voortgang van de studie te volgen.

### 2.2.5 Raakvlak met andere ontwikkelingen

- Regionale transmurale werkafspraken (RTA's) in de subregio's.
- Regioplannen.
- Landelijk vervolg van de ARTICA-studie.

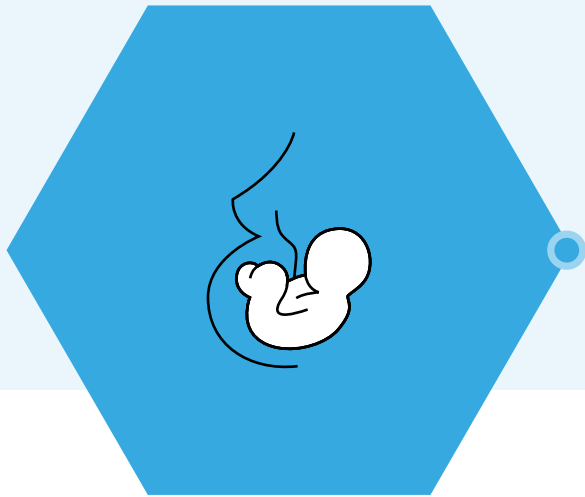
### 2.2.6 Vervolgafspraken

**Q2 2024** Het regionale protocol (beslisboom) atriumfibrilleren is afgerond door de werkgroep en vastgesteld door alle regionale ketenpartners.

**Q2 2024** De eerste resultaten van het ‘virtueel zorgcentrum’ in Rijnstate zijn gedeeld en geëvalueerd in het ROAZ-netwerkoverleg.

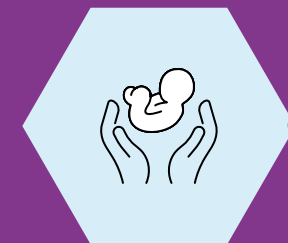
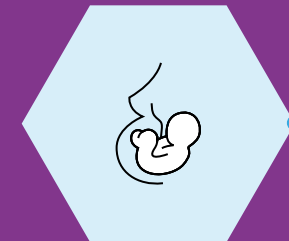
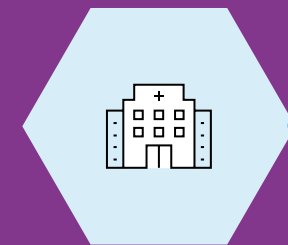
**Q2 2024** In het ROAZ-netwerkoverleg zijn de opname- en ontslagcriteria voor patiënten met atriumfibrilleren vergeleken door de ziekenhuizen, alsook de ontslaginstructies aan de patiënt. Er is meer eenduidigheid gecreëerd in hoe de ziekenhuizen met hun patiëntenaanbod omgaan.

**Q4 2024** Er wordt gestart met de risicostratificatie van POB-patiënten op de HAP Nijmegen.



## 2.3 > Toegankelijkheid acute geboortezorg

In Acute Zorgregio Oost borgen we samen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (acute) geboortezorg in de keten, waardoor een vrouw voor, tijdens en na de bevalling zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek ontvangt. >



### 2.3.1 Opgave

Er is een nauwe balans tussen zorgvraag en zorgaanbod. Enerzijds vanwege personele krapte, voornamelijk in de ziekenhuizen en bij de kraamzorg. Anderzijds is er een toenemende vraag naar pijnstilling en inleidingen, wat leidt tot een toename van het gebruik van 2<sup>e</sup> lijns-zorg.

In de hele keten van de geboortezorg is de ervaring dat de zorg voor vrouwen steeds meer tijd kost, door hogere verwachtingen van vrouwen en hun partners.

Verloskunde-afdelingen in de ziekenhuizen zijn regelmatig genooddaakt een presentatiestop af te kondigen of een vrouw die gaat bevallen te weigeren. Dit komt onder andere door een piek in het aantal bevallingen en een tekort aan met name obstetrie & gynaecologie- en neonatologie-verpleegkundigen, wat de doorstroom bemoeilijkt.

Bij een weigering kijken de eerstelijnsverloskundigen met hun cliënt uit naar een ander ziekenhuis, vaak buiten hun regio. Dat heeft vervolgens invloed op de beschikbaarheid van eerstelijns verloskundige zorg in hun eigen regio. En hoewel de capaciteit in de eerstelijns verloskunde voldoende is, is het ook kwetsbaar omdat de uitstroom van personeel relatief groot is.

Kraamzorgorganisaties kampen met capaciteitsproblemen. Om partusassistentie te kunnen borgen moeten er keuzes gemaakt worden, zoals minder uren kraamzorg waar mogelijk en geen opstartzorg in de nacht. Dat laatste leidt tot een langere ligduur in het ziekenhuis en dus tot een tragere doorstroom in de keten.

Demografische ontwikkelingen laten zien dat het aantal geboortes in Acute Zorgregio Oost in de toekomst zal toenemen<sup>13</sup>. De personele capaciteit neemt naar verwachting in alle sectoren af. Om de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute geboortezorg in de toekomst te kunnen borgen is een transformatie nodig. Dit vraagt om betere samenwerking in de keten en in de regio en gezamenlijke inspanning en lef om complexe keuzes te maken.

<sup>13</sup> Bron: [ROAZ-beeld-Acute-Zorgregio-Oost](#)

### 2.3.2 Betrokken partijen

Gynaecologen en managers afdeling verloskunde van de ziekenhuizen, vertegenwoordiging eerstelijns verloskundigen en vertegenwoordiging kraamzorg. In Acute Zorgregio Oost werken we samen met vijf verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's).

### 2.3.3 Ambitie

In Acute Zorgregio Oost borgen we samen de toegankelijkheid en kwaliteit van de (acute) geboortezorg in de keten, waardoor een vrouw voor, tijdens en na de bevalling zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek ontvangt.

- Verhogen van het aandeel geboortes dat binnen het eigen VSV plaatsvindt.
- Zorgen voor meer opvang binnen onze ROAZ-regio, van de geboortes die niet binnen het eigen VSV plaatsvinden.
- Behoud van de beschikbaarheid van derdelijnszorg in de regio (Radboudumc).

### 2.3.4 Doelstellingen

#### Optimaliseren van beleid en werkafspraken om de opnameduur in het ziekenhuis te verkorten

In de VSV's wordt gewerkt aan het optimaliseren van protocollen en werkafspraken om de opnameduur in het ziekenhuis te verkorten. Dat gaat bijvoorbeeld om eenduidig beleid bij inleiden, wanneer wel/niet insturen naar de tweedelijns en ontslag in de nacht. In het ROAZ werkt een regionale werkgroep aan de uitwerking van de volgende afspraken:

- Komen tot een eenduidig, regionaal beleid, waarin het burger-/patiënt-perspectief van aanstaande ouders is meegenomen.
- Instrueren van zorgprofessionals om dit eenduidige beleid uit te dragen en te handhaven, ook als het niet druk is.
- Voorlichten en verwachtingen managen van aanstaande ouders over het regionale beleid.

### Inzetten op de juiste zorg op de juiste plek en het verlagen van het aantal verwijzingen naar de tweedelij

Wat de juiste zorg op de juiste plek is wordt in de geboortezorg bepaald door twee factoren. Enerzijds door een medische indicatie, waarmee een vrouw in het ziekenhuis (tweede- of derdelijn) gaat bevallen. Anderzijds door de wensen van een zwangere vrouw, bijvoorbeeld ten aanzien van pijnstilling of een inleiding. Dit betreft medische zorg in een ziekenhuis. We zien dat deze wensen van vrouwen de laatste jaren toenemen, waardoor meer vrouwen medische zorg in het ziekenhuis ontvangen. Door deze stijgende zorgvraag en tegelijkertijd een dalend zorgaanbod, vanwege capaciteitsproblematiek in de ziekenhuizen, staat de toegankelijkheid van de tweede- en derdelijnszorg onder druk.

- Alle VSV's zetten in op preventie, om medische zorg te voorkomen. Bijvoorbeeld ondersteund door landelijke actieprogramma's zoals Gezond Zwanger Worden en Kansrijke Start<sup>14</sup>.
- In het ROAZ worden afspraken gemaakt over voorlichten en managen van de verwachtingen van aanstaande ouders om het aantal verwijzingen naar de tweedelij te verlagen.
- In het ROAZ wordt verkend of bevalcentra met kraamzorg, als substitutie van zorg, het aantal verwijzingen naar de tweedelij kunnen verlagen. In een bevalcentrum vinden eerstelijns bevallingen plaats en kan gebruik gemaakt worden van extra voorzieningen door de eerste lijn, zoals bevalbaden en lachgas. Enerzijds is de verwachting dat daarmee meer bevallingen in de eerstelij worden gehouden. Anderzijds leidt deze concentratie van zorg tot een optimale inzet van eerstelijns verloskundigen doordat meerdere bevallingen op één locatie plaatsvinden. Ook de kraamzorg wil hier graag bij aansluiten, omdat concentratie van kraamzorg een oplossing kan bieden voor het huidige en verwachte personeelstekort binnen de kraamzorg.
- In het ROAZ wordt verkend of een verloskundigenpost een oplossing kan bieden voor het verlagen van het aantal verwijzingen naar de tweedelij, met name in ANW. Een verloskundigenpost wordt doorgaans georganiseerd op

<sup>14</sup> Bron: [Kansrijke Start](#)

<sup>15</sup> Werkgeversvereniging van zorg- en welzijnsorganisaties in Midden-, Zuid-, en Zuidwest-Gelderland.

een centrale locatie in de VSV-regio, bijvoorbeeld bij de HAP of op een spoedplein, en er vindt in de ANW-uren triage plaats bij eerstelijns spoedklachten tijdens de zwangerschap. Hier kan bijvoorbeeld een cardiotocogram (CTG) gemaakt worden.

### Vergroten van beschikbare personele capaciteit

Om de druk op de geboortezorg te verminderen zetten de betrokken partijen zich in voor behoud en waar mogelijk uitbreiding van personele capaciteit. Daarmee ontstaat er een betere balans tussen zorgvraag en zorgaanbod. In het ROAZ dragen we zorg voor eenduidig beleid en afspraken ten aanzien van volgende initiatieven:

- Opleiden van personeel:
  - Bovenformatief opleiden leidt tot het vergroten van de capaciteit, wat nodig is om aan de huidige en toenemende zorgvraag te kunnen voldoen.
  - Gezamenlijk opleiden heeft als doel de belasting op het huidige personeel in de ziekenhuizen, bijvoorbeeld met betrekking tot het begeleiden van stagiaires, evenredig te verdelen.
  - Dubbel opleiden van personeel wordt in steeds meer ziekenhuizen de norm, zodat zorgprofessionals flexibel inzetbaar zijn. Hierbij is het belangrijk dat er oog is voor werkplezier en binding met een team. In het ROAZ vindt uitwisseling en kennisdeling plaats.
- Binden, boeien en behouden van personeel: om de uitstroom van zorgprofessionals in de geboortezorg te beperken is het belangrijk dat er meer aandacht komt voor het binden en boeien van personeel. Voor de uitvoering hiervan zal samenwerking gezocht worden met de WZW<sup>15</sup>. Als zorgprofessionals ervoor kiezen om een organisatie te verlaten dan streven we ernaar om hen in onze ROAZ-regio te behouden.



### Optimale inzet van beschikbaar personeel

Naast het inzetten op het vergroten van de capaciteit, ligt de focus op optimale inzet van beschikbare zorgprofessionals. De volgende initiatieven dragen hieraan bij:

- Er worden kansen gezien om gebruik te maken van een regionale flexpool, bijvoorbeeld voor obstetrie en neonatologie verpleegkundigen. Dit wordt eerst verkend in VSV Samen Nijmegen. Waar mogelijk kunnen andere VSV's dit voorbeeld volgen of kan de flexpool een grotere regio gaan bedienen.
- Om de partusassistentie in de regio te kunnen blijven borgen willen we regionaal dekkende partuspools inrichten. Kraamverzorgenden kunnen zich daarmee specialiseren als partusassistent in de eerstelijns. Meer ervaring bij partusassistentie leidt tot een hogere kwaliteit van zorg. Tevens zorgt dit voor planbare roosters omdat deze partusassistenten meedraaien in een dienstenstructuur.
- Uit ervaringen in het Radboudumc en ROAZ-regio Midden-Nederland lijkt de geboortezorg in hoofdlijnen voorspelbaar te zijn. Met de juiste data en slimme rekenmodellen zou het mogelijk zijn om drukte in de geboortezorg te voorspellen. Zo kan beschikbaar personeel zo optimaal mogelijk worden ingezet. Een werkgroep uit het regionale netwerk (acute) geboortezorg stelt een plan van aanpak op om dit verder uit te werken. Het streven is om voor alle betrokken partijen in de geboortezorg meer inzicht in verwachte instroom te realiseren.
- Er worden kansen gezien om bij piekdrukke meer samen te werken, en waar mogelijk verloskundigen uit te wisselen tussen de eerste- en tweedelijns.

### 2.3.5 Raakvlak met andere ontwikkelingen

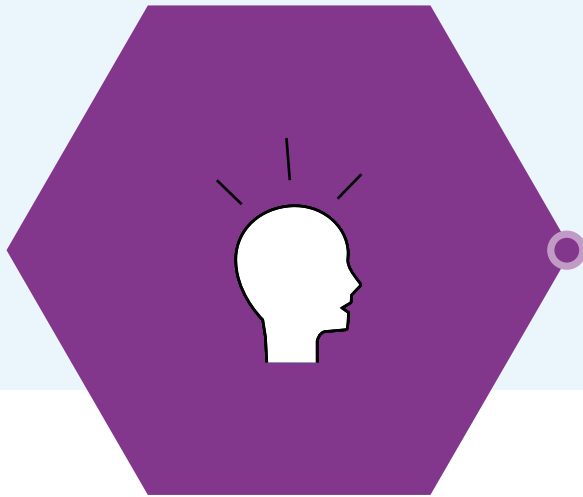
- Samenwerkingsinitiatieven en -plannen binnen de verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV's).
- Ontwikkelingen met betrekking tot integrale bekostiging.
- Ontwikkelingen landelijk plan van aanpak capaciteitsproblematiek, gefaciliteerd door het College Perinatale Zorg (CPZ) in samenwerking met Bo Geboortezorg, KNOV, NVOG, CPZ, NVK, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Federatie van VSV's, V&VN, LNAZ, NZa en VWS.

- Landelijke actieprogramma's zoals Gezond Zwanger Worden en Kansrijke Start.

### 2.3.6 Vervolgafspraken

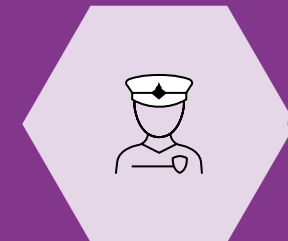
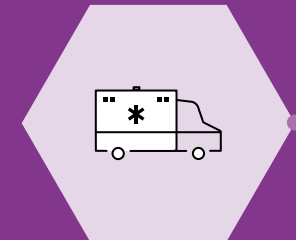
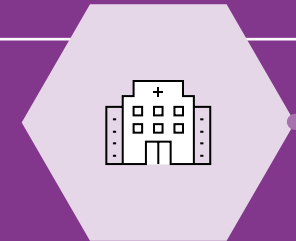
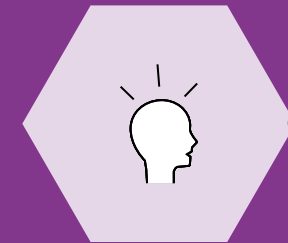
- |                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Ieder kwartaal</b> | Terugkijken en voorbereiden op (verwachte) capaciteit en (verwachte) instroom met het netwerk (acute) geboortezorg. |
| <b>Q1 2024</b>        | Start bijeenkomsten werkgroepen, die in Q4 2023 zijn opgericht om de doelstellingen verder uit te werken.           |
| <b>Q2 2024</b>        | Uitwerken plan van aanpak per doelstelling.   |





## 2.4 > Toekomstbestendige organisatie van de acute psychiatrie

In Acute Zorgregio Oost ontvangen mensen met een acute psychiatrische zorgvraag de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener, binnen de gestelde normen voor bereikbaarheid en kwaliteit. >



### 2.4.1 Opgave

Acute psychiatrische zorg richt zich op onmiddellijke interventie en ondersteuning bij psychiatrische en psychische crisissituaties, waarbij een hele zorgketen betrokken is. Meldingen over een crisis komen bijvoorbeeld binnen bij de huisarts, die de crisisdienst betreft of de patiënt doorverwijst naar de SEH. Daar wordt een patiënt beoordeeld en eventueel opgenomen op een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (PAAZ). Wanneer de situatie gestabiliseerd is, wordt er vaak doorverwezen naar verdere behandeling of begeleiding binnen de bredere geestelijke gezondheidszorg. Goede samenwerking tussen alle betrokken sectoren is van belang voor de patiënt en noodzakelijk voor een toekomstbestendige organisatie van de acute psychiatrie.

De GGZ-partijen zijn, samen met alle ketenpartners, vertegenwoordigd in alle subregio's en betrokken bij de totstandkoming van de regioplannen. Tevens werken zij aan de implementatie van de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)<sup>16</sup>, dat de inhoud en organisatie van hulpverlening beschrijft voor mensen in een crisissituatie die vermoedelijk een acute psychische stoornis hebben. Samenwerking in het ROAZ is van belang om de verschillende plannen en initiatieven goed met elkaar te verbinden, zodat dit waar mogelijk tot generieke afspraken en werkprocessen leidt.

De beschikbaarheid van de acute psychiatrie staat onder druk. GGZ-organisaties kampen met personele capaciteitsproblemen en er zijn onvoldoende doorstroommogelijkheden na crisisinterventies, wat voornamelijk veroorzaakt wordt door de wachtlijsten in de reguliere GGZ.

Acute psychiatrische zorg moet 24 uur per dag ingezet kunnen worden. Dit wordt georganiseerd door middel van een dienstenstructuur. De crisisdienst wordt bezet door Acuut Psychiatrisch Hulpverleners. Er dreigt een tekort aan psychiaters en andere disciplines, bijvoorbeeld sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, die zich beschikbaar stellen voor de crisisdienst. In een adviesrapport in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en De Nederlandse GGZ '24x7 continuïteit en kwaliteit van psychiatrische zorg: knelpunten en oplossingsrichtingen vanuit het

<sup>16</sup> Bron: [GGZ Acute psychiatrie | Zorginzicht](#)

<sup>17</sup> Bron: [Eindrapport 24x7 continuïteit en kwaliteit van psychiatrische zorg \(denederlandseggz.nl\)](#)

perspectief van zorgprofessionals<sup>17</sup> is het volgende opgenomen: *“Met de hoge uitstroom naar onder andere het zzp-schap of naar GGZ-instelling waar geen diensten buiten kantooruren gedraaid hoeven te worden, dragen steeds minder schouders de (crisis)diensten. Deze schouders raken uitgeput. Het is belangrijk beter gebruik te (kunnen) maken van psychiaters die niet (meer) meedraaien in de diensten.”* Zorgverzekeraars stimuleren door middel van inkoopafspraken de inzet van psychiaters voor de crisisdienst. De hoop is dat dit een positief effect zal hebben op de bereikbaarheid van de crisisdienstverlening en werkdruk van zorgprofessionals die de huidige crisisdiensten invullen.

Ten slotte is de doorstroom van de GGZ-crisisdienst naar crisisafdelingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie nog onvoldoende geborgd.

### 2.4.2 Betrokken partijen

Vertegenwoordigers van GGZ-instellingen, SEH-afdelingen en psychiatrische afdelingen (PAAZ) van de ziekenhuizen, huisartsen, verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie, ambulancedienst, ouderenzorg (crisisbedden), gehandicaptenzorg (crisisbedden), politie en de zorgverzekeraars.

### 2.4.3 Ambitie

In Acute Zorgregio Oost ontvangen mensen met een acute psychiatrische zorgvraag de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener, binnen de gestelde normen voor bereikbaarheid en kwaliteit.

### 2.4.4 Doelstellingen

#### Voorkomen van acute psychiatrische zorgvragen

In alle subregio's en binnen de GGZ is het voorkomen van acute psychiatrische zorgvragen een groot aandachtspunt. Goede samenwerking en werkafspraken tussen alle betrokken zorgorganisaties en de gemeentes zijn nodig om te voorkomen

dat een crisis ontstaat. In de subregio's werkt men samen aan initiatieven zoals voorzorgcirkels<sup>18</sup> en het gebruik van crisiskaarten en signaleringsplannen. Enerzijds is het van belang dat alle partijen in de eerstelijns, zoals huisartsen, dreigende crisissen vroegtijdig signaleren. Anderzijds zullen Acute Psychiatrische Hulpverleners 24 uur per dag bereikbaar moeten zijn voor consultatief overleg met andere zorgverleners, juist bij dreigende crisissen. Pro Persona heeft in de pilot zorgcoördinatie samen met betrokken partijen, zoals ambulancediensten, huisartsenposten en politie, een meld- en adviespunt ingericht voor (acuut) psychiatrische zorgvragen. Dit is positief geëvalueerd door alle partijen maar kon wegens capaciteitsproblemen niet meer fysiek bezet worden. Nieuwe samenwerkingsafspraken worden gemaakt. In het ROAZ is dit onderdeel van het plan voor de implementatie van zorgcoördinatie dat in 2024 tot stand komt (paragraaf 3.1).

### Bereikbare crisisdienst

Vanwege personele capaciteitsproblemen en een moeizame doorstroom naar crisisplekken, met name in de kinder- en jeugdpsychiatrie, staat de bereikbaarheid van de crisisdienst onder druk. We onderscheiden drie doelstellingen:

- Optimaliseren van de organisatie van de crisisdiensten
  - Vanwege de huidige en verwachte personele tekorten zal de crisisdienst anders ingericht moeten worden. Samen met de betrokken organisaties wordt in de subregio's en in het ROAZ verkend welke mate van centralisatie mogelijk is. Daarbij wordt o.a. gekeken naar opschalingsmogelijkheden in de nacht. De normen uit de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) en het aantal beoordelingen bij de crisisdiensten in de verschillende verzorgingsgebieden zullen als uitgangspunt dienen.
- Vergroten van het aantal professionals dat bijdraagt aan de dienstenstructuur
  - Voor voldoende bezetting van de crisisdienst is het van belang dat meer professionals bijdragen aan de dienstenstructuur. Daarbij moet er aandacht zijn voor training en onderhoud van bekwaamheden crisiszorg. Dit is met name een opgave voor alle GGZ-aanbieders, inclusief vrijgevestigde, en de zorgverzekeraars die dit stimuleren via inkoopafspraken.

- Verbeteren van de doorstroom van jeugdigen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP)
  - Met name in de kinder- en jeugdpsychiatrie kunnen jeugdigen moeizaam doorstromen door capaciteitsproblemen op de opnameafdelingen. Hierdoor staat de beschikbaarheid van acute zorg voor deze groep patiënten onder druk. In subregio Nijmegen e.o. worden op korte termijn afspraken gemaakt om deze problemen zo snel mogelijk op te lossen. Zodra dit positief resultaat oplevert, wordt bekeken of de afspraken binnen de hele ROAZ-regio gemaakt kunnen worden.

### De juiste zorg op de juiste plek met behulp van zorgcoördinatie

In de subregio's wordt door alle betrokken partijen samengewerkt aan plannen voor zorgcoördinatie en samenwerking in een spoedplein. Ook de acute psychiatrie heeft hierin een belangrijke rol. Met name voor het organiseren van een meld- en adviesfunctie acute psychiatrie in de regio. In het project zorgcoördinatie, zie paragraaf 3.1, is beschreven welke stappen het ROAZ zet om te komen tot een regionale inrichting van zorgcoördinatie.

### Betere digitale gegevensuitwisseling en data-inzicht

- Voor een optimale samenwerking in de keten, het verlagen van de administratieve last en om in acute situaties altijd te beschikken over de juiste informatie, is het van belang dat patiëntgegevens digitaal kunnen worden uitgewisseld. Uitwerking van deze opgave ligt met name in de subregio's. Er ligt een belangrijke rol voor het ROAZ om ervoor te zorgen dat initiatieven op elkaar aansluiten. Dat geldt voor techniek én voor eenduidige proces- en werkafspraken. Zie ook paragraaf 3.3 over digitale gegevensuitwisseling.
- Op dit moment is er voor het ROAZ maar beperkte data over de acute psychiatrie toegankelijk, waardoor geen goede analyses gemaakt worden over de daadwerkelijke patiëntstromen in de keten van de acute psychiatrie. Dit geldt zowel voor volwassenen als kinderen en jeugd. Meer inzicht in data is nodig om de effecten van de plannen te kunnen monitoren.

<sup>18</sup> Het idee achter een voorzorgcirkel is dat buurtbewoners, vooral ouderen, zelf een ondersteunend en sociaal netwerk vormen om langer zelfstandig te kunnen wonen.

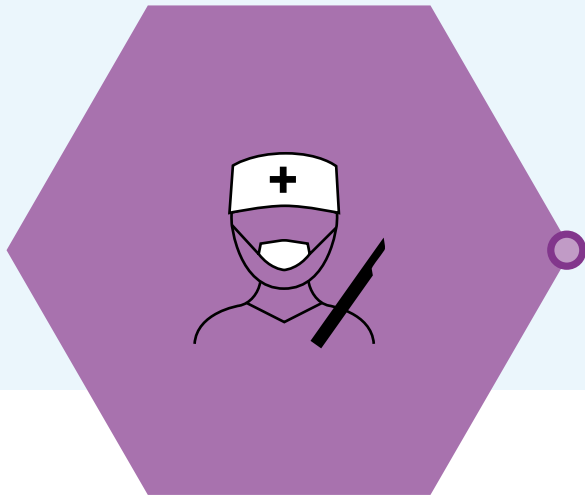


### 2.4.5 Raakvlak met andere ontwikkelingen

- Regioplannen.
- GMAP.
- Project zorgcoördinatie.

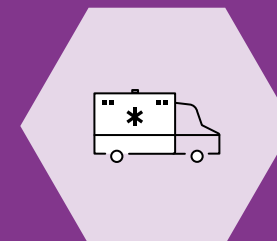
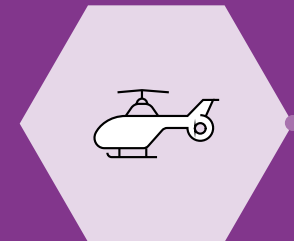
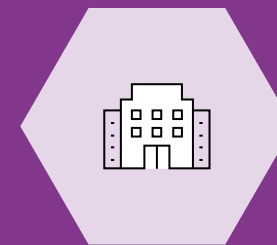
### 2.4.6 Vervolgafspraken

- Q1 2024** In regio Nijmegen e.o. worden afspraken gemaakt ten aanzien van de doorstroom naar de kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Q2 2024** Oprichten ROAZ-netwerk acute psychiatrie.
- Q3 2024** In het ROAZ-netwerk acute psychiatrie worden concrete afspraken gemaakt over verdere uitwerking en monitoring van bovenstaande doelstellingen en de datatoegankelijkheid voor het ROAZ.
- Q4 2024** Implementatieplan inrichting van regionale zorgcoördinatie gereed (ROAZ).



## 2.5 > Optimaliseren multitraumazorg

In Acute Zorgregio Oost werken de ziekenhuizen, ambulancediensten en het MMT samen om de beste multitraumazorg op de juiste plaats in de regio te organiseren, waarbij recht wordt gedaan aan de posities van alle ziekenhuizen in de regio en het traumacentrum haar level 1 status behoudt. >



### 2.5.1 Opgave

Multitraumapatiënten zijn patiënten met ernstig, veelal meervoudig letsel met een groot risico op blijvende schade of zelfs overlijden. Uit onderzoek<sup>19</sup> blijkt dat de kans hierop aanzienlijk vermindert als multitraumapatiënten direct worden behandeld in een level 1 traumacentrum. Hier zijn alle benodigde voorzieningen en medisch specialisten 24/7 beschikbaar.

De multitraumanorm *'Minimaal 90% van de multitraumapatiënten wordt direct in het regionaal traumacentrum gepresenteerd'* staat daarom sinds 2014 in het register van Zorginstituut Nederland. De kwaliteitsnorm is tevens opgenomen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en in de levelcriteria 2020-2024 van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVT). In het IZA is deze gezamenlijke opdracht voor ROAZ-ketenpartners bekrachtigd. Daarnaast dienen alle level 1 traumacentra te voldoen aan de volumennorm van 240 multitraumapatiënten per jaar. In het ROAZ-beeld zien we dat in 2022 in onze regio 81% van de multitraumapatiënten direct gepresenteerd is in het level 1 traumacentrum. Dit is een stijging ten opzichte van eerdere jaren. Maar hiermee voldoet de regio nog niet aan de 90%-norm voor multitraumapatiënten. Het regionale traumacentrum Radboudumc voldoet met 502 multitraumapatiënten in 2022 wel ruim aan de volumennorm.

### 2.5.2 Betrokken partijen

Medisch managers van de drie ambulancediensten (MMA's) en van het mobiel medisch team (MMT), traumachirurgen van de zes ziekenhuizen, neurochirurg traumacentrum en neurologen van het ROAZ-netwerk acute neurologie.

### 2.5.3 Ambitie

In Acute Zorgregio Oost werken de ziekenhuizen, ambulancediensten en het MMT samen om de beste multitraumazorg op de juiste plaats in de regio te organiseren, waarbij recht wordt gedaan aan de posities van alle ziekenhuizen in de regio en het traumacentrum haar level 1 status behoudt.

### 2.5.4 Doelstelling

Een belangrijke doelstelling om de opgave ten aanzien van multitraumazorg aan te pakken en recht te doen aan de ambitie is het behalen van de multitrauma kwaliteitsnorm. Daarnaast is het van belang dat de kwaliteit van de eerste opvang en eventuele behandeling van (vermoedelijke) multitraumapatiënten in de level 2/3 ziekenhuizen geborgd blijft.

**Het aandeel multitraumapatiënten dat direct in het regionaal traumacentrum wordt gepresenteerd neemt de komende jaren toe en is uiterlijk vanaf 1 januari 2025 minimaal 90%**

Bij een incident waarbij sprake is van een patiënt met (vermoedelijk) ernstig letsel wordt meestal, via een 112-melding, door de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) een ambulance ingezet. Soms wordt direct of later door de ambulanceverpleegkundige ook het MMT ingeschakeld. Op de plaats van het incident vindt vervolgens prehospital triage plaats en eventueel een eerste behandeling ter stabilisatie. Op basis van de bevindingen en mede met behulp van het LPA bepaalt het ambulanceteam (eventueel samen met het MMT) naar welk ziekenhuis de patiënt vervoerd wordt voor verdere behandeling: ofwel het traumacentrum ofwel een level 2/3 ziekenhuis. De ambulancezorg, inclusief MMT, speelt dus een cruciale rol in het behalen van de multitraumanorm.

Zorginstituut Nederland heeft in april 2023 een advies opgeleverd aan de minister van VWS, waarin zij beschrijft welke belemmeringen er zijn om de 90%-norm in de multitraumazorg te halen en waarin zij aanbevelingen doet om de implementatie van de norm te bevorderen. De betrokken ketenpartners in Acute Zorgregio Oost richten zich daarbij vooral op:

- Optimalisatie prehospital triage van multitraumapatiënten:
  - Implementatie van LPA 9.0 in de drie ambulancezorgregio's in Acute Zorgregio Oost. In 2023 is versie 9.0 van het LPA geïntroduceerd in alle ambulancezorgregio's in Nederland. Hierin staan aangescherpte criteria voor de keuze van het ziekenhuis bij (vermoedelijke) multitraumapatiënten. Door daadwerkelijk gebruik van deze nieuwe criteria door ambulanceverpleegkundigen in de regio zal naar verwachting vaker de keuze gemaakt worden voor vervoer naar een traumacentrum.

19 Bron: [Advies Bevordering Implementatie Multitraumanorm: Verder weg omdat het beter is!](#) Zorginstituut Nederland, 2023.

- Implementatie van de Trauma Triage App, wanneer de app beschikbaar is en voldoet aan landelijke voorwaarden zoals CE-markering, governance en inrichting dataplatform. Dit kan echter nog enkele jaren duren. Deze app is een digitale medische beslisondersteuning voor ambulanceverpleegkundigen en kan helpen bij de beoordeling van de ernst van het letsel en bij de ziekenhuiskeuze. Belangrijk hierbij is voldoende draagvlak bij de ambulanceverpleegkundigen en validatie van de app specifiek voor de ambulanceregio's.
- Regionale afspraken maken over consequenties van mogelijke overtriage van minder ernstig gewonde patiënten. Een dergelijke overtriage kan leiden tot vaker vervoer van minder ernstig gewonde patiënten naar het traumacentrum. Uit een recente simulatiestudie<sup>20</sup> blijkt dat dit gevolgen heeft voor de beschikbaarheid van ambulances, bijvoorbeeld vanwege vervoer over langere afstanden naar het traumacentrum en verwachte extra vervoersbewegingen om minder ernstig gewonde patiënten terug te plaatsen naar level 2/3 ziekenhuizen. Maar dit heeft ook consequenties voor de benodigde capaciteit van (de SEH van) het traumacentrum en de level 2/3 ziekenhuizen. Binnen de regio worden daarom afspraken gemaakt met betrekking tot het overplaatsen van (minder) ernstig gewonde patiënten tussen het traumacentrum en de level 2/3 ziekenhuizen, zowel pre- als post-operatief. In aansluiting daarop wordt bekeken of het simulatiemodel ook toegepast kan worden op de situatie in de regio, om de benodigde ambulancecapaciteit en ziekenhuiscapaciteit in kaart te brengen.

- Leren en verbeteren door scholing en kennis delen:
  - Ontwikkelen van een e-learning voor ambulanceverpleegkundigen gericht op het herkennen van multitraumapatiënten en het maken van de juiste keuze voor het primair presenteren van de multitraumapatiënt.
  - Organiseren van kennisbijeenkomsten voor alle professionals in de traumazorgketen in de komende jaren.
- Leren en verbeteren door feedback:
  - Veelal is achteraf, in het ziekenhuis, pas duidelijk of er sprake is van een

<sup>20</sup> Bron: [Onderzoek | Acute Zorg Euregio](#)

<sup>21</sup> Bron: Eindrapport werkgroep multitraumazorg in Acute Zorgregio Oost. AZO, 2022.

multitraumapatiënt. Terugkoppeling over de ernst van het letsel vanuit het ontvangende ziekenhuis aan de ambulancedienst en deze feedback intern bespreken bevordert het leren en verbeteren van ambulanceverpleegkundigen.

- Implementatie van feedbackbericht 12 (SEH-Ambulance) in het kader van digitale gegevensuitwisseling, zie ook paragraaf 3.3.
- Aangezien het feedbackbericht 12 nog niet geïmplementeerd kon worden, is binnen de regio in 2022 gestart met een laagdrempelig feedbacksysteem op basis van Landelijke Traumaregistratie-data (LTR). MMA's en ambulanceverpleegkundigen ontvangen elk kwartaal enkele LTR-gegevens van de multitraumapatiënten die in level 2 en 3 ziekenhuizen zijn gepresenteerd en bespreken deze casuïstiek intern. Ook doelmatig inzet van het MMT wordt in deze casuïstiek besproken.
- Eenduidige regionale afspraken maken:
  - Het voorkomen van een tussenstop bij instabiele patiënten. Bij patiënten die ter plekke of tijdens vervoer een ernstige verslechtering van vitale functies ontwikkelen wordt door ambulancezorgprofessionals stabilisatie nodig geacht, terwijl direct vervoer naar een verder weg gelegen traumacentrum geïndiceerd is. Stabilisatie is soms mogelijk door inzet van het MMT via een zogenaamde rendez-vous of door een tussenstop te maken bij de dichtstbijzijnde SEH. Koepels hebben voorgesteld daarover eenduidige afspraken te maken. Deze afspraken tussen ambulancezorg, MMT, traumacentrum en level 2/3 ziekenhuizen moeten vervolgens in de regio bekrachtigd worden.

### Optimaliseren van intercollegiale afstemming over multitraumapatiënten tussen level 2/3 ziekenhuizen en traumacentrum

Ook bij het bereiken van de 90%-multitraumanorm worden er (vermoedelijke) multitraumapatiënten gepresenteerd en behandeld in level 2/3 ziekenhuizen. In dit geval kan bij sommige multitraumapatiënten afstemming met het traumacentrum bijdragen aan de kwaliteit van zorg<sup>21</sup>. Bijvoorbeeld door een gezamenlijke afweging te maken over de in te zetten behandeling.

Voor de intercollegiale afstemming wordt in de regio inmiddels gebruik gemaakt van de Siilo-app, een beveiligde messenger-app voor zorgverleners. Indien afstemming heeft plaatsgevonden is het van belang om deze afstemming en de uitkomst vast te leggen in het dossier van de patiënt, zowel in het level 2/3 ziekenhuis als in het traumacentrum. Er worden afspraken gemaakt over de manier van vastleggen van de afstemming en de uitkomst. Vervolgens worden deze afspraken in alle ziekenhuizen geïmplementeerd.

#### Regionale afspraken over intercollegiale afstemming én vastlegging daarvan in het patiëntendossier, met name gericht op multitraumapatiënten met neurologisch letsel

Het traumacentrum is gestart met het ontwikkelen van een zorgpad schedel-hersenletsel. Onderdeel daarbij is het maken van afspraken tussen neurologen/traumachirurgen van level 2/3 ziekenhuizen en neurochirurgen/traumachirurgen van het traumacentrum over intercollegiale afstemming en de verslaglegging rondom multitraumapatiënten met neurologisch letsel. De afstemming en verslaglegging wordt besproken in het ROAZ-netwerk acute neurologie en er worden daarover afspraken gemaakt. Vervolgens worden deze afspraken in alle ziekenhuizen geïmplementeerd.

#### 2.5.5 Raakvlak met andere ontwikkelingen

- Project Digitale gegevensuitwisseling.
- Landelijke ontwikkeling Trauma Triage App.
- Landelijke afspraken over het voorkomen van een tussenstop bij instabiele patiënten.

#### 2.5.6 Vervolgafspraken

- 2024** Implementatie en gebruik LPA9.0 door de ambulancediensten.
- 2024** Casuïstiekbespreking multitraumapatiënten op basis van feedback vanuit LTR door ambulancediensten en MMT.
- 2024** Ontwikkelen e-learning herkennen van multitraumapatiënten en bepalen keuze ziekenhuis voor ambulanceverpleegkundigen door de werkgroep prehospitale triage multitrauma.
- 2024** Kennisbijeenkomsten multitraumazorg door het ROAZ-traumanetwerk.
- 2024** Afspraken maken met betrekking tot het overplaatsen van (minder

ernstig gewonde patiënten tussen traumacentrum en level 2/3 ziekenhuizen, zowel pre- en post-operatief, door het ROAZ-traumanetwerk.

- 2024** Toepassen regionaal simulatiemodel en inzichtelijk maken gevolgen overtriage voor ambulancezorg en ziekenhuiszorg in de regio door het ROAZ-traumanetwerk.
- 2024** Afspraken maken over vastleggen afstemming multitraumapatiënten door het ROAZ-traumanetwerk.
- 2024** Afspraken maken over afstemming en vastleggen daarvan multitraumapatiënten met neurologisch letsel door het traumacentrum, ROAZ-traumanetwerk en het ROAZ netwerk acute neurologie.





## 3. Bestaande projecten

### 3.1 Inrichting van passende zorgcoördinatie in de regio

Van alle ROAZ-regio's wordt verwacht dat zij 1 januari 2025 een vorm van zorgcoördinatie hebben ingericht die de regio dekt. Het doel is om voor zowel burgers als zorgverleners met een acute zorgvraag zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te organiseren.

Het ROAZ-beeld bevestigt dat samenwerking in de keten noodzakelijk is om ervoor te zorgen dat de acute zorg toegankelijk blijft, en de juiste zorg op de juiste plek geleverd kan worden. Daarom wordt er in Acute Zorgregio Oost gewerkt aan een plan voor de inrichting van zorgcoördinatie in onze regio.

#### Oprichting zorgcoördinatie

AZO heeft van het bestuurlijk ROAZ (tevens de stuurgroep zorgcoördinatie) de opdracht gekregen om met het ROAZ een gezamenlijk plan op te stellen voor de inrichting van zorgcoördinatie, dat in het bestuurlijk ROAZ van maart 2024 wordt gepresenteerd. Om daartoe te komen onderscheiden we drie fasen:

1. *Foto van zorgcoördinatie in de ROAZ-regio*  
Deze foto schetst een beeld van wat er al is op het gebied van zorgcoördinatie, aangevuld met wensen en behoeftes die nog gerealiseerd en vervuld moeten worden.
2. *Regionale ambitie*  
In de regionale ambitie wordt onder andere uitgewerkt welke functies van zorgcoördinatie we in onze regio willen implementeren, op welke regioschaal, welke ketenpartners waarbij betrokken zijn en welke randvoorwaarden van toepassing zijn.
3. *Plan van aanpak*  
Het plan van aanpak omschrijft de stappen die gezet moeten worden om de ambitie te behalen en binnen welk tijdspad dat mogelijk is.

#### Projectorganisatie

AZO heeft adviesbureau Berenschot ingeschakeld voor ondersteuning bij de uitvoering van deze opdracht. Dit adviesbureau is verantwoordelijk voor het proces, vastleggen van formele afspraken met betrokken partijen, en het schrijven van het plan van aanpak. Vanuit Berenschot is Janneke Bootsma als projectleider aangesteld, in nauwe samenwerking met Lieke van den Heuvel vanuit AZO.

Informatie wordt vergaard uit dossieronderzoek en interviews met betrokkenen. In werksessies, met vertegenwoordigers van het ROAZ, wordt een gezamenlijke ambitie uitgewerkt. Het bestuurlijk ROAZ vormt de stuurgroep.

### 3.2 Inzicht in capaciteit

Met de toenemende acute zorgvraag en de personele krapte is het van belang de schaarse capaciteit optimaal te benutten. Inzicht in beschikbare capaciteit helpt om, ook tijdens piekmomenten, de acute zorgvraag op te vangen en de patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te verlenen. Daarom is enkele jaren geleden het landelijk platform zorgcoördinatie (LPZ) geïmplementeerd, waar alle ziekenhuizen in de regio op zijn aangesloten. Dit systeem is ontwikkeld door het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) vanuit de opdracht van het ministerie van VWS om te komen tot één landelijk dekkend systeem, die kan voorzien in inzicht in bedden- en bezetting. De applicatie haalt deze informatie uit de gekoppelde elektronisch patiëntendossiers van de ziekenhuizen. Een ziekenhuis kan daarnaast ook handmatig een presentatiestop afkondigen voor de SEH, EHH of geboortezorg. Deze stop is direct zichtbaar voor ziekenhuizen in de regio en voor de meldkamer. De meldkamer overlegt met de ambulancedienst wanneer uit te wijken naar een ander ziekenhuis waar wel een plek beschikbaar is. Regionaal zijn werkafspraken vastgelegd over het gebruik van LPZ en het afkondigen van presentatiestops. Het periodiek genereren van overzichten van deze presentatiestops ondersteunt bij de gesprekken in het ROAZ over het optimaal benutten van de schaarse capaciteit.



De verdere doorontwikkeling van het LPZ is nog volop gaande en wordt gecoördineerd door LNAZ. AZO volgt deze landelijke ontwikkelingen via de bestaande overlegstructuren. Een belangrijk vraagstuk dat momenteel speelt is het verkrijgen van inzicht in de capaciteit van de V&V. Het LNAZ is hierover in gesprek met ActiZ (brancheorganisatie VVT) en via landelijke pilots wordt de mogelijkheid verkend om bestaande systemen aan het LPZ te koppelen. Het doel hiervan is om in een fase van opschaling inzicht te hebben in de beschikbare acute V&V-plekken in de ROAZ-regio.

### 3.3 Digitale gegevensuitwisseling

In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is de volgende passage opgenomen over digitale gegevensuitwisseling:

*“De beschikbaarheid van actuele gegevens van de patiënt tijdens iedere schakel in de spoedzorgketen, zowel uit de eerste als tweedelijnszorg, is essentieel en onmisbaar om kwalitatief hoogstaande spoedzorg te kunnen leveren (NHG en Nictiz, 2014; patient journeys). Het gaat hierbij onder andere om informatie over de voorgeschiedenis, medicatiegebruik en behandelwensen en -beperkingen.”*

In Acute Zorgregio Oost zijn de afgelopen jaren al veel koppelingen tussen informatiesystemen gerealiseerd, zoals tussen de huisartsenposten en de ziekenhuizen (SEH/EHH), tussen de meldkamer en de huisartsenposten (resultaat pilot zorgcoördinatie) en tussen de ambulancediensten en de ziekenhuizen (SEH/EHH). We volgen daarmee de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg<sup>22</sup>.

Om patiënten passende en juiste zorg te kunnen geven, is het noodzakelijk dat ook andere vormen van gegevensuitwisseling gerealiseerd worden:

- Passende acute zorg voor ouderen
  - Gegevensuitwisseling tussen (acute) VVT-aanbieders, huisartsenposten en ziekenhuizen. Gegevensuitwisseling met VVT-aanbieders is op dit moment nog niet opgenomen in de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg.
  - Inzicht in behandelwensen (door proactieve zorgplanning), zoals inzicht door de ambulancezorgprofessionals in de spoedsamenvatting van de huisarts. De spoedsamenvatting bevat actuele medische gegevens van de

22 Bron: [Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg](#)

patiënt die van belang kunnen zijn in acute situaties. Dit is ook belangrijk voor de toegankelijkheid en kwaliteit acute cardiologie.

- Toegankelijkheid (acute) geboortezorg
  - In onze regio zijn de ketenpartners in de geboortezorg momenteel (buiten het ROAZ-netwerk om) bezig met de implementatie van Babyconnect. Het doel van Babyconnect is zorgen voor inzage in patiëntendossiers, en volledige en juiste overdracht van gegevens bij overplaatsingen. Ook de jeugdgezondheidszorg, kinderarts en huisarts zijn hierbij aangesloten.
- Toekomstbestendige organisatie van de acute psychiatrie
  - Voor een optimale samenwerking met andere ketenpartners in de acute zorg, met name op het gebied van zorgcoördinatie, is digitale gegevensuitwisseling noodzakelijk. Gegevensuitwisseling met GGZ-aanbieders is op dit moment nog niet opgenomen in de richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg.
- Optimaliseren multitraumazorg
  - In een werkgroep met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen (ICT-professionals en SEH-artsen) en vertegenwoordigers van de ambulancediensten (ICT-professionals en projectleiders) wordt gesproken over de implementatie van feedbackbericht 12 (SEH-Ambulance). Het feedbackbericht is de terugkoppeling die plaatsvindt vanaf de SEH naar een ambulancezorgprofessional en betreft feedback op de werkdiagnose ter lering en verbetering (zie ook paragraaf 2.5.4). In onze regio bestaat de voorkeur voor een bepaalde manier van koppeling tussen twee patiënt-informatiesystemen (via het landelijk schakelpunt). Deze koppeling kan naar verwachting begin 2024 gerealiseerd worden.

In de subregio's wordt gewerkt aan de implementatie van digitale gegevensuitwisseling in de acute zorgketen. In het ROAZ wisselen we kennis en informatie uit en bespreken we of regionale werkafspraken kunnen bijdragen aan het optimaliseren van de werkprocessen. Landelijke partijen, zoals Nictiz en VZVZ, sluiten bij de regionale overleggen in het ROAZ aan.



## 4. Overkoepelende thema's

### 4.1 Binden, boeien en behouden van personeel in de ROAZ-regio

In vrijwel alle opgaven in het ROAZ-plan zien we dat de tekorten op de arbeidsmarkt voor personele capaciteitsproblemen zorgen. De toegankelijkheid van de acute zorg is daardoor kwetsbaar, zeker bij een toenemende zorgvraag.

In Acute Zorgregio Oost werken zorgpartijen samen aan het binden, boeien, en behouden van personeel. Voor een groot deel van de ROAZ-regio geldt dat (acute) zorgpartijen zijn aangesloten bij de Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn (WZW). Binnen dit netwerk trekken partijen samen op om concurrentie op de arbeidsmarkt te voorkomen en een aantrekkelijke regio te vormen voor zorgprofessionals om in te werken.

Er is een aantal thema's waar op dit moment al veel aandacht voor is in de regio, zoals gezamenlijk opleiden en dubbel opleiden. Gezamenlijk opleiden houdt bijvoorbeeld in dat gespecialiseerde verpleegkundigen zowel door een ziekenhuis als een ambulancedienst worden opgeleid. Dubbel opleiden houdt in dat bijvoorbeeld verpleegkundigen in twee specialismen worden opgeleid, zodat ze op meerdere afdelingen inzetbaar zijn.

Meer aandacht voor dit thema is nodig en daarom zal het ROAZ waar mogelijk in samenwerking met de WZW verder werken aan een gezamenlijk aanpak voor het binden, boeien en behouden van personeel in de regio.

### 4.2 Patiënt- en burgerperspectief

In Acute Zorgregio Oost vinden we het belangrijk dat de acute zorg altijd beschikbaar en van goede kwaliteit is. Zodat elke patiënt die acute zorg nodig heeft deze op het juiste moment ontvangt en op de juiste plaats. We vinden het daarom belangrijk om de beschreven veranderopgaven te toetsen bij patiënten en burgers, om te weten of deze aansluiten bij hun wensen en behoeftes. Dit doen we in een fase waarin de plannen door betrokken zorgpartijen zijn uitgewerkt, maar er nog wel voldoende ruimte is om de plannen bij te stellen.

Een onderwerp waar we ook over in gesprek willen gaan met patiënten en burgers is de maatschappelijke verwachting met betrekking tot acute zorg en het feit dat deze in de huidige en verwachte omstandigheden niet altijd waargemaakt kan worden. Er ligt daarom een opdracht voor het ROAZ om samen met patiënten en burgers zorg te dragen voor wederzijds begrip en goede informatievoorziening over de mogelijke veranderingen in de toegankelijkheid van de acute zorg.

AZO stemt in Q1 2024 af met Zorgbelang Inclusief en de GGD (ten aanzien van hun burgerpanels) over welke partij, op welke manier, wanneer betrokken zal worden bij de verdere uitwerking van de plannen.

### 4.3 Monitoring van het ROAZ-plan

We monitoren de uitvoering van het ROAZ-plan door de voortgang en de impact inzichtelijk te maken. Dit doen we zowel met kwantitatieve als kwalitatieve informatie.

Binnen de bestaande overlegstructuren en (nieuw) opgerichte werkgroepen bespreken we elk kwartaal via de PDCA-cyclus de voortgang van de voorgenomen activiteiten, interventies en afspraken.

Om de impact van de voorgenomen activiteiten, interventies en afspraken inzichtelijk te maken stellen we Indicatoren op voor elke opgave en enkele generieke Indicatoren om de balans tussen acute zorgvraag en acuut zorgaanbod te monitoren. Uitgangspunt daarbij is om zoveel mogelijk gebruik te maken van beschikbare bronnen, zowel op landelijk, ROAZ, als subregionaal niveau.

In het kader van het ROAZ-beeld heeft AZO de beschikking gekregen over landelijk verzamelde acute zorg-gegevens, bijvoorbeeld Vektisdata via de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze landelijke gegevens hebben echter vaak een hoog aggregatieniveau en zijn weinig actueel. AZO heeft toegang tot rapportages uit het LPZ, waarmee we de trends in het aantal EHH-, SEH-, en geboortezorg-stops kunnen volgen.



Ook heeft AZO inzicht in de LTR-data voor de monitoring van het aantal presentaties van multitraumapatiënten en het al dan niet behalen van de 90%-norm multitrauma.

Om de patiëntenstromen in de regio in kaart te brengen tussen huisartsenpost-ambulance-SEH, kunnen we gebruik maken van reeds beschikbare gegevens uit het jaarlijkse Trendonderzoek en de driejaarlijkse Monitor Acute Zorgketen. Om trends in de tijd en effecten van het ROAZ-plan te monitoren is inzet van beide instrumenten in 2024 en volgende jaren noodzakelijk. Voor een aantal opgaven (acute cardiologie, acute geboortezorg en acute psychiatrie) ontbreken op dit moment kwantitatieve gegevens over de (ontwikkelingen in de) acute zorgvraag en het acuut zorgaanbod.

In het eerste kwartaal van 2024 wordt per opgave een monitoringplan opgesteld met daarin:

- De werkwijze en planning om de voortgang te monitoren.
- Generieke en specifieke Indicatoren.
- Beschrijving van beschikbare kwantitatieve bronnen.
- Beschrijving van nog te exploreren kwalitatieve en kwantitatieve bronnen.



## 5. Landelijke randvoorwaarden

Een aantal thema's is van belang voor het realiseren van een toekomstbestendige inrichting van de acute zorg:

- Financiële ruimte om te kunnen veranderen en samenwerking te stimuleren.
- Bestuurlijke ruimte om beargumenteerd de zorg anders te organiseren en af te wijken van bestaande structuren en normen.
- Mogelijkheid om acute zorgdata uit te wisselen, zowel landelijk als regionaal.
- ICT-systemen die op elkaar aansluiten binnen de acute zorgketen.
- Maatschappelijk bewustzijn over het juiste gebruik van acute zorg.



# Bijlage

## Afkorting

## Omschrijving

<b>ACU</b>	Acute Care Unit
<b>ANW</b>	Avond, Nacht en Weekend
<b>APH</b>	Acuut psychiatrische hulpverlening
<b>AZO</b>	Ondersteuningsbureau ROAZ Acute Zorgregio Oost
<b>ECG</b>	Elektrocardiogram
<b>EHH</b>	Eerste Harthulp
<b>ELV</b>	Eerstelijnsverblijf
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheidszorg
<b>GMAP</b>	Generieke Module Acute Psychiatrie
<b>GRZ</b>	Geriatrische revalidatiezorg
<b>HAP</b>	Huisartsenpost
<b>IZA</b>	Integraal Zorgakkoord
<b>LNAZ</b>	Landelijk Netwerk Acute Zorg
<b>LPA</b>	Landelijk Protocol Ambulancezorg
<b>LPZ</b>	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
<b>LTR</b>	Landelijke traumaregistratie
<b>MMA</b>	Medisch manager ambulancedienst

<b>MMT</b>	Mobiel Medisch Team
<b>NVT</b>	Nederlandse Vereniging voor Traumatologie
<b>OTO</b>	Opleiden, Trainen, Oefenen
<b>PDCA</b>	Plan, Do, Check, Act
<b>RAV</b>	Regionale ambulance voorziening
<b>RIVM</b>	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
<b>ROAZ</b>	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
<b>SEH</b>	Spoedeisende Hulp
<b>VG</b>	Verstandelijke Gehandicaptenzorg
<b>VSV</b>	Verloskundig samenwerkingsverband
<b>V&amp;V</b>	Verpleeg- en verzorgingszorg
<b>VVT</b>	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
<b>VWS</b>	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>VZVZ</b>	Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
<b>Wlz</b>	Wet langdurige zorg
<b>WZW</b>	Werkgeversvereniging van zorg- en welzijnsorganisaties in Midden-, Zuid-, en Zuidwest-Gelderland

「 Samen voor de beste zorg 」

### **Contact**

T (024) 361 07 22

E [info@azo.nl](mailto:info@azo.nl)

### **Acute Zorgregio Oost**

Huispost 345

Postbus 9101

6500 HB Nijmegen

[www.acutezorgregiooost.nl](http://www.acutezorgregiooost.nl)