



netwerk
acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND



ROAZ-plan

Sub-ROAZ regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Lokaal wanneer het kan, sub-ROAZ regionaal wanneer het moet





Colofon

Ketenpartners en contactgegevens

Dit document is tot stand gekomen met:



Contactgegevens:

Coördinerend zorgverzekeraar

Naam: Jan-Willem Hofman & Tamara van Beek

Mailadres: Jan-Willem.Hofman@zilverenkruis.nl

Mailadres: tamara.van.beek@zilverenkruis.nl

TAZK Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Voorzitters: Wolter Odding & Marc Seelen

Mailadres: wodding@tergooi.nl

Mailadres: mseelen@flevoziekenhuis.nl

Programmamanagement: Dennis Thuis & Emil Hofstra

Mailadres: d.thuis@ggdflevoland.nl

Mailadres: E.Hofstra@ghorfgv.nl

Netwerk acute zorg Noord-Holland Flevoland

Naam: Leo Notenboom

Mailadres: w.notenboom@amsterdamumc.nl



Inhoudsopgave

1. Inleiding	p. 4
<ul style="list-style-type: none">• Aanleiding en urgentie• Gezamenlijke duiding & planvorming• Belangrijkste conclusie ROAZ-beeld 2023	
2. Ambitie en aanpak	p. 9
<ul style="list-style-type: none">• Gezamenlijke ambitie• Scope acute zorg in relatie tot IZA-regio's• Prioritaire opgaven binnen Flevoland en Gooi en Vechtstreek	
3. Gezamenlijke opgave en doelstellingen	p. 14
<ul style="list-style-type: none">• Toenemende patiëntenstroom als gezamenlijke opgave• Nieuwe initiatieven in relatie tot prioritaire opgaven	
4. Bestaande en nieuwe initiatieven	p. 17
<ul style="list-style-type: none">• Bestaande initiatieven• Nieuwe initiatieven & uitwerking• Planning nieuwe initiatieven	
5. Governance	p. 35
<ul style="list-style-type: none">• Borging en governance	
6. Bijlage(n)	p. 38
<ul style="list-style-type: none">A. Betrokken aanbieders ROAZ NH/FL	





1. Inleiding



Aanleiding en urgentie

Het behoud van toekomstbestendige acute zorg in Flevoland en Gooi en Vechtstreek

De zorg in Flevoland en Gooi en Vechtstreek staat onder druk

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. Als we niets doen dreigt de zorg in de nabije toekomst vast te lopen. In de regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek 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.

Professionals in de zorg

Zorgprofessionals in Nederland zijn goed opgeleid en leveren op dagelijkse basis kwalitatief zeer hoge prestaties. Dezelfde zorgprofessionals maken zich tegelijkertijd zorgen of zij deze kwaliteit kunnen blijven geven aan hun zorgvragers. Tijdgebrek, werkdruk en personeelstekorten spelen hierbij parten, blijkt onder andere uit het [recente rapport](#) van Nivel (2023) en de in 2023 gepubliceerde ROAZ beelden van [Flevoland](#) en [Gooi en Vechtstreek](#).

Schotten

Hoe goed onze zorgprofessionals ook mogen zijn, zolang de ‘schotten’ overeind blijven staan, is de verwachting dat de kosten van de [\(Zvw\) zorg gemiddeld per jaar met 4,3% zal toenemen](#) (SiRM, 2018). Kosten zeggen per definitie niet iets over kwaliteit, maar kunnen wel consequenties hebben op de houdbaarheid van het (acute) zorgsysteem als geheel.

Het is van belang dat de (acute) zorgaanbieders, de zorgverzekeraars, maar ook de toezichthoudende partijen, 1) de schotten herkennen en 2) commitment tonen om over de schotten heen te werken.

Kortom, het borgen van toegankelijke, goede en betaalbare (acute) zorg vraagt om actie, maar ook lef en durf om *schotoverstijgend* te werk te gaan: Een integrale benadering en domein overstijgend samenwerken – waarbij er de mogelijkheid is tot digitale gegevensuitwisseling – zal gaan helpen om het hoofddoel te behalen: Het borgen van Toekomstbestendige Acute Zorg!

Financiële schot: Financier A		
Financiële schot: Financier A₁	Financiële schot: Financier A₂	Financiële schot: Financier A₃
Regulerende schot: Toezichthouder A	Regulerende schot: Toezichthouder B	Regulerende schot: Toezichthouder C
Schotten in de praktijk : Zorgsector A	Schotten in de praktijk : Zorgsector B	Schotten in de praktijk : Zorgsector C

Voorbeeld: naar wat er bedoeld wordt met drie soorten schotten in de zorg (financiële-, regulerings- en praktijkschotten).



Aanleiding en urgentie

Domein overstijgende samenwerking als sleutel tot succes

Het Integraal Zorg Akkoord (IZA)

Door een groeiende vraag naar zorg die sneller stijgt dan het aanbod, staat de toegankelijkheid van de zorg in Nederland onder toenemende druk. Er zijn steeds meer ouderen met multimorbiditeit en het aantal werkenden of zorgverleners ten opzichte van het aantal zorgvragers is onvoldoende. Dit heeft als effect dat er te weinig handen zijn om de zorg te leveren, wachttijden oplopen en de kwaliteit van de zorg onder druk staat.

Volgens het ministerie van VWS zijn de afspraken in het IZA de weg naar toekomstbestendige zorg die voor iedereen toegankelijk is, kwalitatief goed en betaalbaar is te houden. Het belangrijkste uitgangspunt in het zorgakkoord is passende zorg. Let wel, een belangrijke opmerking daarbij is dat het zorgakkoord gaat over de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw).



Toekomstbestendige Acute Zorg (TAZK)

Het TAZK-programma staat voor Toekomstbestendige Acute Zorg Keten (TAZK). Dit programma is begin van 2022 opgesteld voor de ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland en vlak na de zomer in 2022 definitief vastgesteld door het Sector ROAZ. Het gaat specifiek in op de acute zorgketen, daar waar het zorgakkoord breder is en gaat over de h ele zorgketen van zorg die onder de ZvW valt.

Het TAZK-programma is opgesteld vanuit de wens en urgentie van de bestuurders uit alle sectoren om zelf als ROAZ proactief te werken aan een toekomstbestendige acute zorgketen. De inhoud van het TAZK-programma komt logischerwijs overeen met het Integraal Zorgakkoord (lees: de acute zorg – Onderdeel C) en is daar ook op getoetst. Evenals andere beleidsdocumenten zoals de Algemene Maatregel van Bestuur acute zorg (AMvB acute zorg).



netwerk
acute zorg
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

Programma TAZK en IZA

Vlak nadat de opdracht tot het schrijven van een programma was gegeven startten de ontwikkelingen vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin ook de acute zorgketen werd beschreven. We constateerden dat er veel overlap zat in wat er in het IZA werd beschreven en hoe het ROAZ het programma wilde opstellen.

Uiteindelijk is ervoor gekozen om TAZK en het IZA, enkel daar waar het gaat om de acute zorg, aan elkaar gelijk te stellen. TAZK en IZA zijn daarmee inwisselbare begrippen geworden.

Binnen het IZA staat in de werkagenda (onderdeel C) beschreven wat van alle ROAZ-regio's wordt verwacht. Het ROAZ-beeld en ROAZ-plan zijn daarvan het meest in het oog springend. Deze onderdelen staan ook in het TAZK-programma beschreven.

Ofwel, door aan het IZA te werken, werken we ook aan het TAZK-programma!

Gezamenlijk duiding en planvorming

Acute aanbieders committeren zich aan het toegankelijk houden van de acute zorg in de regio

Het ROAZ-plan Flevoland en Gooi en Vechtstreek

- Het ROAZ-plan Flevoland en Gooi en Vechtstreek betreft de werkagenda voor de acute zorg in de regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek voor de komende jaren.
- Het is een actieplan dat **doelen**, **prioriteiten** en **initiatieven** bevat om de acute zorg in de regio te versterken en de grootste knelpunten aan te pakken.
- Het plan wordt omarmd door alle betrokken (zorg)partners en dat betekent dat zij de geformuleerde doelstellingen en plan van aanpak onderschrijven vanuit de gedachte: **'Lokaal wanneer het kan, sub-ROAZ regionaal wanneer het moet'**. Dit vraagt op sommige vlakken het loslaten van eigen autonomie, ten behoeve van het gemeenschappelijke doel de acute zorg in Flevoland en Gooi en Vechtstreek toekomstbestendig te maken en te behouden.

Startpunt ROAZ-plan

Het doel van het ROAZ-beeld is het identificeren van de ontwikkelingen in de zorgvraag en zorgaanbod en de knelpunten in toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg. Het ROAZ-beeld geeft inzicht in welke actoren en karakteristieken in de regio een rol spelen om te komen tot effectieve interventies. Hiermee vormt het ROAZ-beeld een belangrijke basis voor het ROAZ-plan.



Inhoud ROAZ-plan

Het ROAZ-plan is een strategische werkagenda bestaande uit afspraken die richting geven aan het versterken van de acute zorg in de regio en daarmee het toegankelijk houden van de acute zorg in Flevoland en Gooi en Vechtstreek.

ROAZ-opgaven

Bepalen prioritaire opgaven

De belangrijkste regionale opgaven om de toegankelijkheid, bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg duurzaam te borgen, welke met prioriteit gezamenlijk worden opgepakt.

Regio-afspraken

Uitwerking initiatieven t.b.v. prioritaire opgaven

Afspraken over de wijze waarop partijen de regio-opgaven geïntegreerd gaan oppakken en wie daarbij betrokken zijn.

ROAZ-plan

Vertaling van oplossingen naar een regionaal gedragen plan

Vertaling van de regio-afspraken naar een regionale werkagenda, inclusief benodigde governance, planning & monitoring en randvoorwaarden voor succes



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.



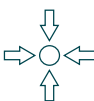
B. Personele capaciteit integraler en gezamenlijk oppakken

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](#).



2. Ambitie en aanpak





Gezamenlijke ambitie

Het toegankelijk houden van de acute zorg vraagt om het anders organiseren van zowel zorgvraag als zorgaanbod

Het doel van dit sub regionale 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 sub regionale ROAZ-plan de gezamenlijke visie bevat op de prioritaire opgaven en alle afspraken en maatregelen om met deze opgaven aan de slag te gaan.

Het sub regionale ROAZ-plan is **geen finaal document**, maar is de eerste stap in de beweging waarbij acute ketenpartners zich committeren en de handen ineen te slaan om op basis van een gemeenschappelijke doelstelling samen tot oplossingen te komen. Het ROAZ-plan vormt daarmee de basis voor het meerjarige programma Toekomstbestendige Acute Zorg Keten (TAZK) in de regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek.

Deze beweging waarbij acute zorgpartners op basis van een gezamenlijke opgave initiatieven opzetten, volgen en door ontwikkelen, is op zichzelf staand al een belangrijke doelstelling van dit sub regionale ROAZ-plan. Om deze beweging na de oplevering van het ROAZ-plan vast te houden is het ook randvoorwaardelijk dat partijen gezamenlijk blijven optrekken in de uitvoering van deze plannen.

Het ROAZ-plan bevat dus niet alleen een set van initiatieven om de belangrijkste knelpunten het hoofd te bieden, maar is breder dan dat. Het is de basis waarop de samenwerking in de acute zorg in Flevoland en Gooi en Vechtstreek voor de komende jaren is gestoeld.

1

Het fundament van de samenwerking binnen de acute zorg betreffen de zes prioritaire opgaven, die vragen om een gezamenlijke aanpak binnen de regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek.

Concreet:

1. Bij elk bestaand of nieuw initiatief nagaan of dit bijdraagt aan de gezamenlijke prioritaire opgaven;
2. Nagaan of de multidisciplinariteit en schaalgrootte van de sub-ROAZ regio benut wordt en/ of toereikend is.

2

De eerste aanzet is het aanscherpen van zowel bestaande als nieuwe initiatieven die bijdragen aan het stabiliseren of ombuigen van de negatieve trends binnen de acute zorg (ROAZ-beeld 2023).

Concreet:

1. Inventarisatie initiatieven die bijdragen aan toekomstbestendige acute zorg;
2. (H)erkenning van aanvullende diagnostiek om initiatieven te toetsen op haal-/ schaalbaarheid.

3

Het is van belang dat er afstemming is tussen de verschillende IZA werkgroepen in de regio die werken aan toekomstbestendige (acute) zorg

Concreet:

1. Periodieke afstemming met Zorgzaam Flevoland, Positief Gezond Almere (PGA) en Gezond Gooi;
2. (Her)verdeling van taken tussen bovenstaande gremia/ projecten en TAZK Flevoland en Gooi en Vechtstreek

4

Bestuurlijk draagvlak en commitment voor de komende jaren is randvoorwaardelijk om initiatieven tot een succes te brengen.

Concreet:

1. Een heldere beschrijving van de governance structuur;
2. Een beschrijving van de projectstructuur per initiatief;
3. Adequate weergave van taken en verantwoordelijkheden binnen de scope van TAZK.



Scope in relatie tot IZA-regio's

Patiënten/ cliënten met een acute zorgvraag inclusief de in, door en uitstroom van en naar andere zorgdomeinen

Scope gericht op de acute zorgketen

In de acute zorgketen werken zorgaanbieders in de ambulancezorg, huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, kortdurende zorg, langdurige zorg en geestelijke gezondheidszorg samen. Om patiënten die dat nodig hebben, 24 uur per dag, 7 dagen in de week acute zorg te kunnen bieden ([NZa, 2023](#)).

Voor de scope van dit document betekent dit dat de inhoud gericht is op het toegankelijk en betaalbaar houden van kwalitatief goede acute zorg, verleend door de genoemde ketenpartners. Dit is met inbegrip van een soepele in- en uitstroom naar andere zorgdomeinen om op deze manier te borgen dat patiënten de juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment ontvangen.

We hanteren in dit ROAZ-plan dus een brede (keten)definitie van acute zorg, geredeneerd vanuit de noodzakelijke zorg voor de patiënt. Oftewel; zorg in situaties waarin zonder acuut ingrijpen gevaar is voor overlijden of irreversibele gezondheidsschade. Binnen de opgemaakte initiatieven hebben we geen rekening gehouden met labels, indicaties en andere consequenties van de huidige inrichtings- en bekostigingssystematiek.

Samenhang met regioplannen Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Zorgzaam Flevoland, Positief Gezond Almere (PGA) en Gezond Gooi richten zich op het volledige zorg- en welzijnsdomein in Flevoland en Gooi en Vechtstreek. Dit is dus inclusief acute zorg. Door beleidsmakers is de keuze gemaakt om de acute zorgketen specifiek uit te lichten in het (sub) ROAZ-plan. Dit vraagt een afbakening van de acute zorg en daarmee om een definitie.

In de praktijk zal de scheiding niet zo zwart-wit zijn, geredeneerd vanuit de ketengedachte en de wetenschap dat de impact zich op meerder vlakken manifesteert. Het (sub) ROAZ-plan en de regioplannen van Zorgzaam Flevoland, PGA en Gezond Gooi dienen dan ook in samenhang te worden gezien.

Dit vraagt om voldoende afstemming tussen beide plannen nu en in de toekomst, om deze samenhang te borgen en overlap en blinde vlekken te voorkomen. Daartoe is de keuze gemaakt om de programmaleiding in contact te brengen met de programmeerteams van de drie eerdergenoemde gremia.

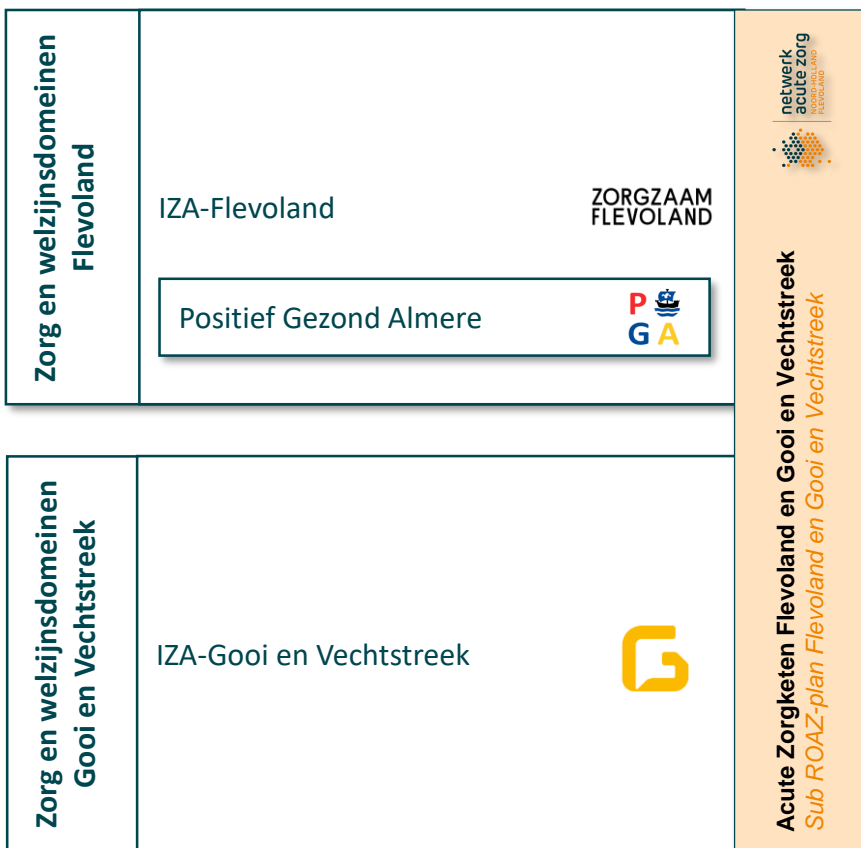


Scope in relatie tot IZA-regio's

Patiënten/ cliënten met een acute zorgvraag inclusief de in, door en uitstroom van en naar andere zorgdomeinen

Overzicht transformatie gremia Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Onderstaand staan de transformatiegremia in Flevoland en Gooi en Vechtstreek weergegeven. In het najaar van 2023 zijn er dwarsverbanden gelegd met en tussen programma- en projectmanagement van deze drie tafels met TAZK Flevoland en Gooi en Vechtstreek. Zorgzaam Flevoland wordt begeleid door Proscop in samenwerking met GGD Flevoland, Flever en de provincie. Gezond Gooi wordt begeleid door IG&H in samenwerking met gemeenten en zorgaanbieders. Positief Gezond Almere is een samenwerkingsverband tussen alle zorgdomeinen en de gemeente in Almere. Dit programma bestaat uit vijf pijlers waar er vanuit pijler 4 (zorgcoördinatie) en pijler 5 (digitale gegevensuitwisseling) grote overeenkomstigheden liggen binnen de initiatieven van TAZK Flevoland en Gooi en Vechtstreek. Binnen Gezond Gooi is er veel raakvlak op het gebied van Advance Care Planning (ACP). Onderstaand een visuele weergave hoe de programma's zich tot elkaar verhouden.

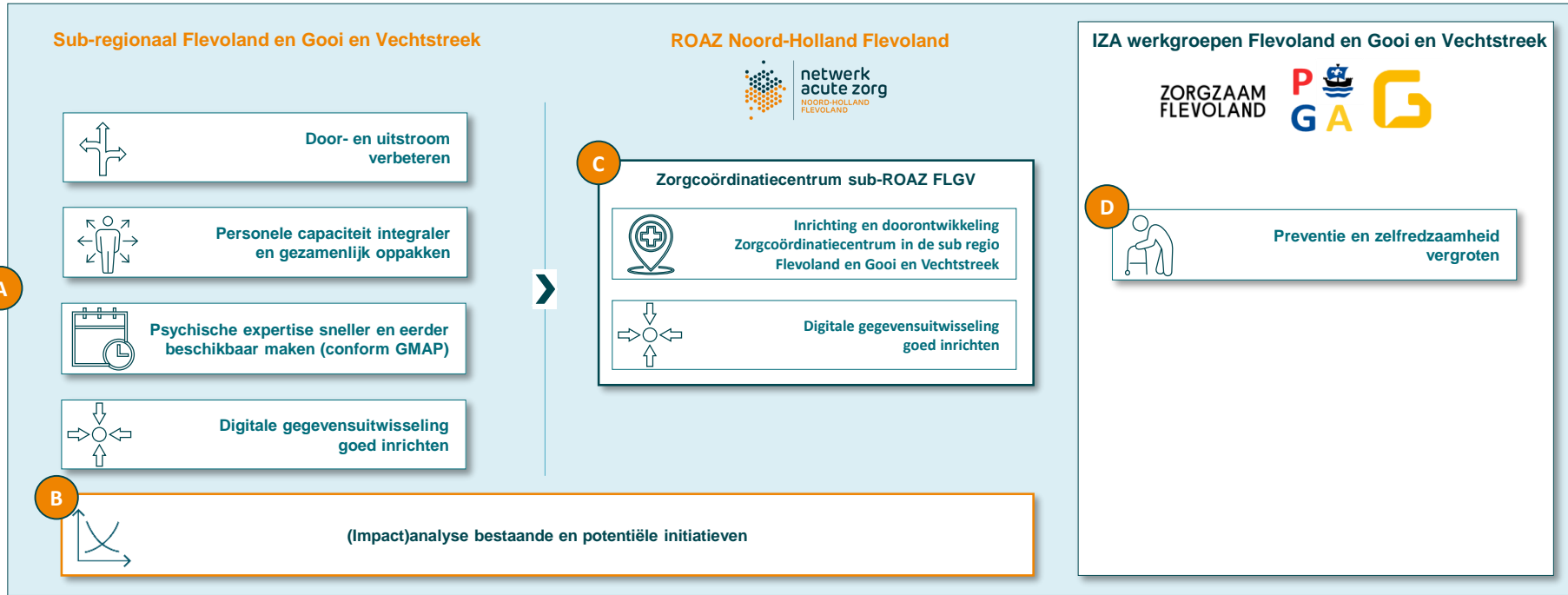


- Acute MSZ (medisch specialistische zorg)**
 Acute zorg geleverd door het ziekenhuis voor acute klachten en aandoeningen waarvoor de patiënt niet elders terecht kan.
- Spoedzorg door HA(P) (huisarts- huisartsenspoedpost)**
 Acute zorg geleverd door de huisarts(enspoedpost) voor dringende klachten die niet kunnen wachten totdat de patiënt een reguliere afspraak kan maken bij zijn (eigen) huisarts.
- Acute VVT (verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg)**
 Patiënten waarvoor een aanvraag komt via de huisarts, HAP of SEH en waarvoor binnen 24 uur tijdelijk verblijf (ELV-zorg of Wlz-crisiszorg) of acute thuiszorg moet zijn georganiseerd.
- Acute GGZ (geestelijke gezondheidszorg)**
 Acute psychiatrische zorg is zorg die snel beschikbaar is om een (psychiatrische) crisis te behandelen en/of te coördineren. De zorg vindt plaats volgens de landelijk vastgestelde Generieke Module Acute Psychiatrische (GMAP) waarin behandel- en aanrijtjdnormen beschreven staan.
- Ambulancezorg**
 Het totaal aan verrichtingen uitgevoerd door ambulancepersoneel noodzakelijk voor de zorgbehoefte van de patiënt met als doel het voorkomen of beperken van gezondheidsschade.
- Meldkamerzorg**
 Het totaal aan verrichtingen uitgevoerd door meldkamercentralisten voor het vaststellen of ambulancezorg noodzakelijk is, met welke urgentie en het zorgdragen dat de juiste (ambulance)zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet.



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 toch onduidelijk hoe vaak dit plaatsvindt en of het gaat om geïsoleerde GGZ-casusstiek 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.



3. Gezamenlijke opgave en doelstellingen





Toenemende patiëntenstroom als gezamenlijke opgave

Patiëntenstroom als gemeenschappelijke taal om sectorale verschillen uit te drukken

Niet elke sector ervaart dezelfde problematiek en hectiek

Het is goed om te beseffen dat elke sector kijkt vanuit een eigen unieke bril naar de acute zorg in Flevoland en Gooi en Vechtstreek. Dat is logisch te noemen, maar vraagt wel om wederzijdse begripsvorming. Mede hierom is er door de werkgroep – in het najaar van 2023 - uitgebreid stilgestaan bij elkaars verschillende zienswijzen, maar ook waar sectoren elkaar kunnen versterken en hier spraakverwarringen of een (potentieel) ongewenste overdracht van patiëntstromen te voorkomen.

Regioverschillen

Het begint al bij de twee regio's in de sub-regio: de provincie Flevoland en de regio Gooi en Vechtstreek. De verschillen zitten hier al in de bevolkingssamenstelling: de mate van vergrijzing en SES, en dus het type zorgvraag wat men op de lange termijn kan verwachten. In Flevoland zal de dubbele vergrijzing de komende jaren fors toenemen, waar de gemiddelde leeftijd van burgers in Gooi en Vechtstreek relatief stabiel blijft.

HAP

Er worden verschillen ervaren tussen de drie huisartsenposten in de sub-regio. Medrie en Spoedpost Almere ervaren een groot tekort aan praktijkhouders en hebben hier uitdagingen om HAP-diensten ingevuld te krijgen, waar RHOGO meer de uitdagingen zien binnen het huidige operationele proces ('DJZODJP').

Ambulancezorg

Op de ambulancezorg wordt er veelal een beroep gedaan op pre hospitale acute zorg, echter zien zij een patiëntencategorie die zowel in hun eigen als het huisartsendomein zou kunnen vallen. De ambulancedienst is gebaat bij een efficiëntere (gezamenlijke) triage en een nauwere veldsamenwerking met de eerste lijn om deze patiëntencategorie zo optimaal als mogelijk te kunnen bedienen.

Ziekenhuis

Beide ziekenhuizen in de sub-regio ervaren een toename van toestroom naar hun SEH's. Dit vereist uitdagingen in zorgdifferentiatie en samenwerking met omliggende zorgaanbieders (VVT, ambulancezorg en HAP). Waar een SEH gebaat is bij snelle uitplaatsing en overdracht lijkt hier een uitdaging te liggen in de totale (acute) zorgketen.

Acute GGZ

De GGZ kampt met personeelstekorten binnen de crisisdienst. Daarnaast bestrijken het totale gebied van de sub-regio om burgers te voorzien van spoedeisende GGZ. Daarbij is er een uitdagende factor dat het begrip 'spoed' op een andere wijze (GMAP) geïnterpreteerd wordt dan binnen de andere sectoren (lees: aanrijtijd- en behandelnormen).

Acute VVT

De VVT-sector bestrijkt een breed palet aan typen zorg. Binnen de gehele VVT-sector is 'acute zorg' niet hun kernactiviteit. Tegelijkertijd wordt er binnen de acute zorgketen gekeken naar samenwerkingsmogelijkheden met deze sector, bij vraagstukken omtrent tijdelijke (gespecialiseerde) opvang (ELV) en acute wijkverpleging.

Er mag geconcludeerd worden dat regio- en sectorverschillen uitdagend te noemen zijn. Desalniettemin heeft de werkgroep gewerkt richting een vijftal initiatieven waar deze verschillen zijn erkend, maar de sectoren er niet van weerhield om domein overstijgend het (her)ontwerpproces in te gaan en de patiënt/ cliënt hierin centraal te stellen. Binnen het volgende hoofdstuk zal er op een gedetailleerdere wijze ingegaan worden op de vijf initiatieven.

Tijdens de eerste werkgroep sessie werd duidelijk dat de huisartsenzorg in Almere, midden en noord Flevoland andere uitdagingen ervaren dan de huisartsenzorg in Gooi en Vechtstreek

Observatie

"We moeten oppassen dat wij niet kijken naar één sector om alle patiënten op te vangen, want dan creëer je een 'waterbedeffect'. Wij moeten hierover heel goed blijven nadenken."

Quote

Deelnemer Werkgroep

Tijdens alle werkgroep sessies werd duidelijk dat de ambulancezorg gebaat is bij een éénduidige wijze van het triageproces. Niet alleen vanuit de systemen geredeneerd, maar vooral vanuit de gedachte van het lerende effect in de spoedketen, wanneer triagisten (fysiek) samenwerken.

Observatie

"Ik snap dat ambulances snel ter plaatse moeten zijn, maar binnen de GGZ kunnen ze dat nooit halen gezien de personele bezetting en de geografische oppervlakte van de regio. Je moet je trouwens ook afvragen of patiënten hier wel bij gebaat zijn. Als we dit wel willen, moeten we een straaljager aanschaffen om dezelfde normen te halen als in de ambulancezorg."

Quote

Deelnemer Ketenpartneroverleg



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 begripsvorming 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



4. Bestaande en nieuwe initiatieven





Bestaande initiatieven in scope

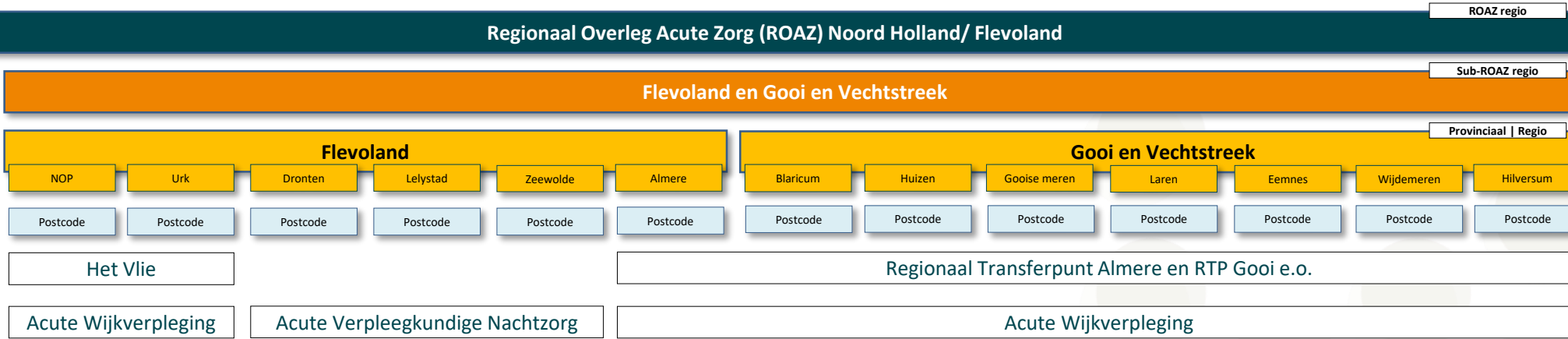
Blijven kijken naar de verbinding met bestaande initiatieven in de regio

1. Het Vlie
2. RTP Almere
3. RTP Gooi e.o.
4. Wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie NOP/ Urk
5. Wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie Almere
6. Regionaal Ambulant Verpleegkundig Team Gooi e.o.
7. Digitale Gegevensuitwisseling PGA Pijler 5
8. E3 Digitalisering Gezond Gooi
9. Spoedplein Almere
10. Spoedpoli Tergooi MC



Bestaande initiatieven Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Blijven kijken naar de verbinding met bestaande initiatieven in de regio



Het zou van groot belang zijn om acute wijkverpleging teams in de sub-regio op termijn te verbinden met RTP's, Het Vlie en vice versa. De kennis van deze actoren zullen bijdragen aan de 'juiste hulpverlener op de juiste plaats', mede door hun bijdrage aan passende zorginzet en coördinatie van zorg.

Daarbij is het ook van belang om in verbinding te blijven met de klant- en transferbureaus, binnen en buiten de sub-regio (!), omdat dit van waarde kan zijn voor een groot deel van inwoners in de sub-regio. Met name midden en oostelijk Flevoland, waar St Jansdal Harderwijk en de VVT-sector adherentie heeft.

Regionale Transferpunten (RTP's) binnen de sub-regio

In regio Gooi en Vechtstreek bestaat er al een RTP waar er vanuit een multidisciplinair perspectief zorg wordt gecoördineerd. Binnen Almere wordt er ook een RTP georganiseerd, maar deze bevindt zich nog in de projectfase en valt onder het programma Positief Gezond Almere (PGA) pijler 4. In regio Noordoostpolder/ Urk wordt er gewerkt aan gezondheidscentrum het Vlie, waar mogelijk op dezelfde wijze zorg op multidisciplinaire wijze gecoördineerd zou kunnen worden.

Acute Wijkverpleging (multidisciplinair raadpleegbaar)

In Almere en NOP/ Urk zijn tussen 2020 en 2023 ZCV-pilots verricht met acute wijkzorg, die door de gehele acute keten raadpleegbaar waren. Deze pilots zullen in 2024 ingebed worden in het proces, dat wil zeggen dat er gekeken wordt naar andere financieringsvormen dan een pilotsubsidie en dat er een decharge van de projectvorm plaatsvindt. In regio Gooi en Vechtstreek wordt er gewerkt met acute technische thuiszorg, raadpleegbaar vanuit de SEH en HAP.

Almere: Wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie

Werkvorm:

Fysiek aanwezig op HAP/SEH & mobiel

Inzetbaar:

Vrijdagavond, Zaterdag & Zondag overdag, Maandagavond

NOP/ Urk: Wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie

Werkvorm:

Mobiel en in bestaande wijkteams (roosters)

Inzetbaar:

7 dagen per week tijdens ANW-uren

Gooi e.o.: Regionaal Ambulant Verpleegkundig Team

Werkvorm:

Mobiel en in bestaande wijkteams (roosters)

Inzetbaar:

7 dagen per week tijdens ANW-uren

Quote

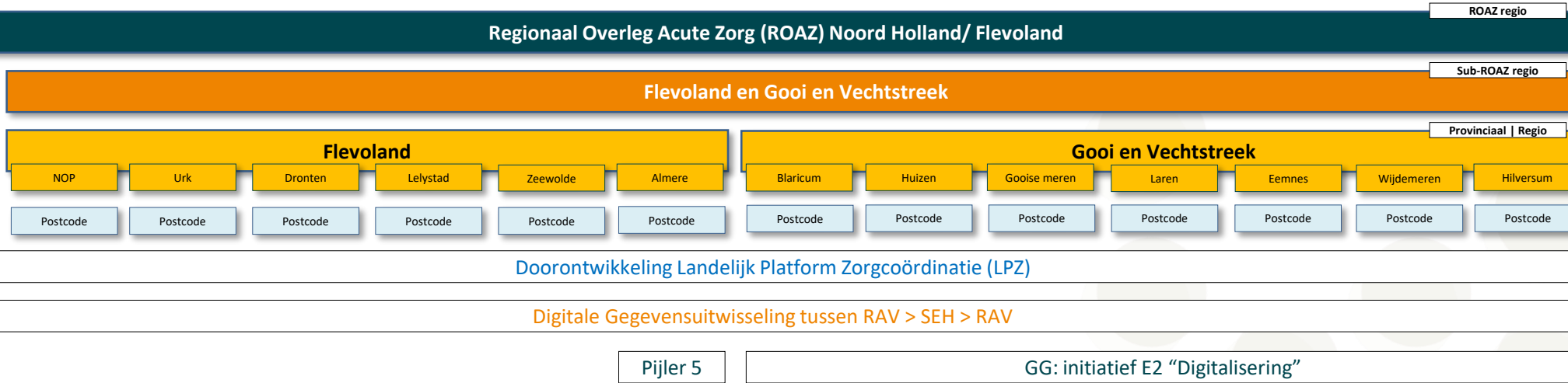
"We moeten blijven kijken naar omliggende ROAZ-regio's, omdat daar veel van onze inwoners opgenomen worden in onder andere het ziekenhuis. Wij moeten verbinden met zorgaanbieders aldaar."

Deelnemer KPO



Bestaande initiatieven Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Blijven kijken naar de verbinding met bestaande initiatieven in de regio



Digitale Gegevensuitwisseling initiatieven in de IZA-regio's

De sub-regio kijkt mee initiatieven die zich ontvouwen in de IZA-werkgroepen. Binnen Positief Gezond Almere (PGA) is er een toegewijde werkgroep (Pijler 5) die zich richt op het delen van informatie tussen zorgaanbieders. Zij maken hier gebruik van de landelijke/wettelijke standaarden. Binnen Gezond Gooi werken zijn ze voornemens om gegevensuitwisseling te faciliteren. Dit dient nader verkend te worden.

Digitale Gegevensuitwisseling binnen ROAZ NH/FL

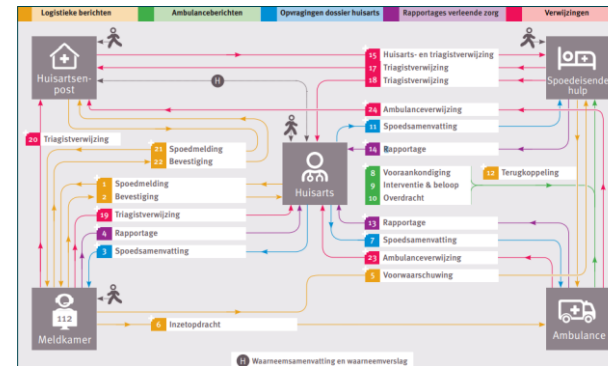
Het ROAZ bureau richt zich op de doorontwikkeling van het LPZ en het faciliteren van een uniform gedragen werkwijze en infrastructuur binnen de gegevensuitwisseling tussen de zes ambulancediensten en ziekenhuizen (lees: berichten 8, 9, 10, 12). Dit wordt dus bovenregionaal opgepakt en valt niet binnen de scope van dit sub-regionale plan.

Noot: Gegevensuitwisseling verschilt per HAP in de sub-regio en dient nader verkend te worden.

Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg

(Nictiz, VZVZ, NVSHA, InEén, NVAVG, AZN, NHG)

Klik hier!



Quote

"We moeten ACP-gegevens kunnen delen met elkaar, want anders blijven ambulances onterecht patiënten reanimeren en presenteren op een SEH, die niet meer behandeld willen worden."

Meerdere deelnemers Werkgroep

Het zou van groot belang zijn om vraagstukken met betrekking tot Digitale Gegevensuitwisseling op termijn te verbinden met de IZA-werkgroepen en de vier andere sub-regio's. De kennis van alle actoren zullen bijdragen aan de 'juiste gegevens op de juiste plaats'.

Daarbij is het ook van belang om in verbinding te blijven met het ROAZ bureau, omdat dit van waarde kan zijn voor een efficiënte coördinatie van werkwijzen (zie voorbeeld AMBU-SEH berichten).



Bestaande initiatieven Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Blijven kijken naar de verbinding met bestaande initiatieven in de regio



Spoedplein Almere

Het Spoedplein Almere betreft een gefaseerde verregaande samenwerking tussen de Huisartsenpost Almere en de Spoedeisende Hulp van het Flevoziekenhuis. Waar mogelijk worden in een latere fase andere ketenpartners betrokken. De focus ligt op de in-, door- en uitstroom van patiënten in de acute keten en het creëren van een integraal 'spoedpleinteam' bestaande uit SEH-personeel, HAP-personeel en huisartsen. (Personele) middelen worden gebundeld om tot een eenduidige en integrale werkwijze te komen met voordelen voor beide organisaties en de Almeerse inwoners. Het spoedplein heeft één ingang (fysiek, digitaal en telefonisch) en één integraal triageteam waar patiënten o.b.v. ingangsklacht naar een eerste of tweedelijns zorgverlener worden doorgezet. Beide entiteiten hebben toegang tot elkaars systemen en werken waar mogelijk samen. Zorgpaden worden samengevoegd om patiënten zo efficiënt en effectief mogelijk de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Ook krijgt taakdifferentiatie een prominente plek. Het spoedplein biedt de mogelijkheid om nieuwe ontwikkelingen in de acute keten, bijvoorbeeld vanuit PGA- of ROAZ-verband, effectief te implementeren

Spoedpolikliniek Tergooi MC

Het initiatief Spoedpolikliniek is met succes uitgerold in het OLVG te Amsterdam. Tergooi MC ziet dit initiatief als kansrijk om onder andere congestie binnen de SEH te reduceren.

Persbericht OLVG: [Klik hier!](#)

De Spoedpolikliniek is voor patiënten die acute zorg nodig hebben die niet hoog-complex is maar net te complex voor de huisarts. Vaak is in deze situaties aanvullend onderzoek nodig. Denk aan een foto, echo, een ECG of snel bloedonderzoek. In de Spoedpolikliniek wordt deze zorg gepland en komt de patiënt op afspraak op een vast tijdstip. Er wordt gewerkt met efficiënte zorgpaden. Het lange wachten op een SEH is hiermee verleden tijd. De gemiddelde doorlooptijd op de Spoedpolikliniek is in het OLVG 45 minuten. Ze behandelen anderhalf keer zoveel patiënten dan op de 'gewone' SEH. Maar het primaire doel is dat patiënten sneller klaar en meer tevreden zijn, en de zorgverleners minder druk ervaren. Wanneer er toch opname indicatie wordt vastgesteld, wordt patiënt doorverwezen naar de SEH.

Het zou van groot belang zijn om lokale initiatieven die bijdragen aan in-, door- en uitstroomaspecten in scope te houden binnen de sub-regio. Beide ziekenhuizen in de regio werken naar een optimalisatie om planbare spoedzorg te scheiden van niet-planbare spoedzorg. Deze initiatieven zullen op termijn effect hebben op negatieve trends in het ROAZ-beeld.

Quote

"Kijk naar ervaringen uit het land. Het zal ons verbazen over hoeveel goede dingen daar gebeuren. We moeten ook niet opnieuw het wiel willen uitvinden!"

Deelnemer Werkgroep

Quote

"We moeten blijven kijken naar lokale initiatieven, want ondanks dat dit niet altijd de schaal van de sub-regio betreft, zullen dit soort initiatieven wel degelijk een positieve impact hebben op negatieve trends in het ROAZ-beeld."

Deelnemer Werkgroep

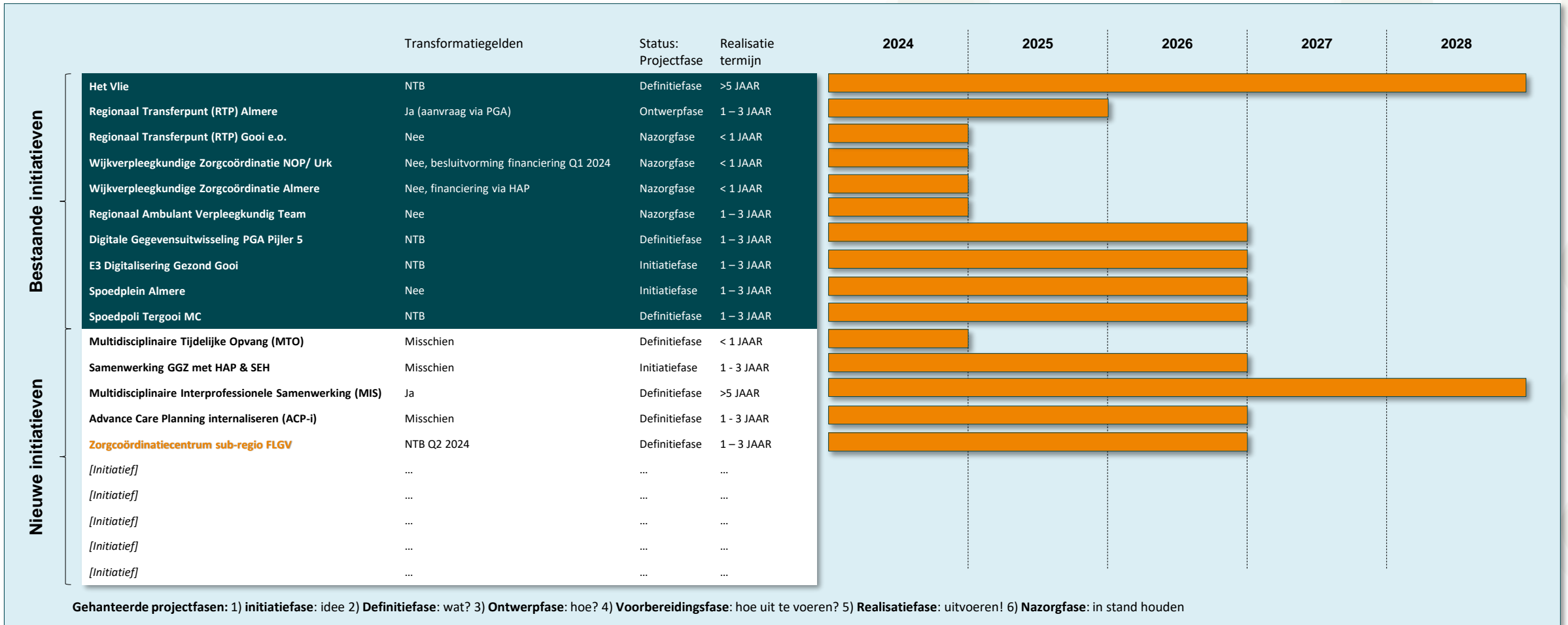


Bestaande en nieuwe initiatieven Flevoland en Gooi en Vechtstreek



De bestaande en nieuwe initiatieven in scope

Het verloop en volwassenheid van elk initiatief verschilt. Voor sommige initiatieven geldt dat zij zich hebben bewezen in effectiviteit en voor sommige initiatieven geldt dat er een doorontwikkeling of extra toetsing nodig is. Het is belangrijk om – ongeacht de status per initiatief – deze in samenhang te zien. Op termijn zullen alle initiatieven complementair moeten zijn aan elkaar. Tijdens de werkgroep sessies is hier dan ook uitgebreid bij stilgestaan. Op de volgende pagina's zal er een gedetailleerder beeld geschetst worden per elk (nieuw) initiatief, waarbij dwarsverbanden zoveel als mogelijk inzichtelijk gemaakt zijn.





Nieuwe initiatieven & uitwerking

Lokaal wanneer het kan sub-ROAZ regionaal wanneer het moet

1. Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO)
2. Samenwerking GGZ met HAP & SEH
3. Multidisciplinaire Interprofessionele Samenwerking (MIS)
4. Advance Care Planning internaliseren (ACP-i)
5. Zorgcoördinatiecentrum sub-regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

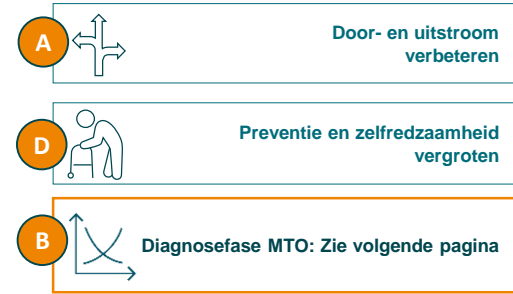


1. Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO)

Op gezamenlijke wijze zorgdragen voor tijdelijke opvang in de sub-regio

Wat gaat MTO de regio opleveren?

Er is een verwachte toename van 37% ouderen dus het voorsorteren op instroom in de VVT is verstandig en daarbij tegelijk afbuigen van de patiëntenstroom vanuit het ziekenhuis. Zorggebruik op de HAP en SEH zal afnemen (of niet toenemen). Huisartsenzorg zal worden ontlast door goede tijdelijke opvang. Ouderen komen minder in het ziekenhuis. Het initiatief is van invloed op de ligdagen ELV/WLZ die zullen omhoog gaan in relatie tot de ligdagen (*verkeerd* bed) ziekenhuis. Daarnaast zal er een verlaagde instroom intramuraal bewerkstelligd kunnen worden door een respijtfunctie: ouderen zouden langer thuis geholpen worden door naasten, die periodiek kunnen 'bijtanken'. In regio GV loopt Project Cliëntlogistiek, waarbij er wordt gestreefd naar capaciteit & inzichten in beschikbaarheid bedden en plekken in de thuiszorg. Daarnaast zijn er in Lelystad (PG), Almere (diagnostiek) en regio GV (SOABB) lopende initiatieven, om te faciliteren in tijdelijk verblijven.



Invloed op ROAZ-beeld 2023

Inschatting van ombuiging negatieve trends:

1. Beperking instroom HAP, SEH en in het ziekenhuis ('sociale indicatie' casuïstiek) en dus afname van %-congestie
2. Daling van het aantal *verkeerde* bed dagen in het ziekenhuis ('sociale indicatie' casuïstiek)
3. WLZ instroom binnen VVT neemt af (of niet verder toe terwijl het aantal ouderen stijgt)
4. Bevorderd samenwerking in de (acute) zorgketen (zorgcoördinatie en acute wijkverpleging)
5. Toename stimulatie '*reablement*' in de (acute) zorgketen en dus grotere uitstroom van ELV-cliënten naar huis

Effect Prioritaire Opgaven

Instroom

- Verhoogde instroom (tijdelijke!) VVT
- Verlaagde instroom SEH/ kliniek ZHS van geïsoleerde 'sociale casuïstiek'

Doorstroom

- Snelle(re) doorlooptijden verwijsproces door HA(P)/ ZHS

Uitstroom

- Uiteindelijk uitstroom VVT (met als doelstelling ontslag)

Preventie & zelfredzaamheid vergroten

- Uiteindelijk perspectief uitstroom VVT (met als doelstelling ontslag)
- Vergroten zelfredzaamheid ouderen, behoefte van cliënt: langer thuis wonen

Scope en Doel

Scope:

Zorgvragers met WLZ-, GGZ-, PG-, ELV en GRZ indicatie, op tijdelijke wijze opvangen en waar het kan, terugverwijzen naar thuissituatie.

Doel:

Patiëntenstroom afbuigen van ziekenhuiszorg naar VTT-zorg, waarbij de juiste zorg op de juiste plek gegeven kan worden, met daarbij inachtneming dat ontslag naar huis de doelstelling is.

Resultaat (proces)doelstellingen:

- Een goedwerkende coalitie van VVT-partners binnen Flevoland en Gooi en Vechtstreek ten behoeve van mogelijke schaalvoordelen.
- Actieve deelname GGZ-instelling(en) t.b.v. *respijtfunctie*.
- Actieve deelname HA-organisaties t.b.v. doorverwijsratio (en potentie).
- Actieve deelname ZHS-organisaties t.b.v. doorverwijsratio (en potentie).
- Op termijn, actieve deelname MKA/RAV t.b.v. doorverwijsratio.
- Op termijn, actieve deelname Welzijn organisaties (verbinding met IZA-werkgroepen).

Resultaat (operationele)doelstellingen:

- X aantal mensen op de juiste plek (en niet in het ziekenhuis).
- X aantal mensen langer thuis (te monitoren hoeveel maanden /jaren we opname kunnen uitstellen).
- X aantal via de route huisarts richting MTO neemt toe
- % vermindering doorlooptijd transferproces
- % vermindering SEH-stops t.o.v. 2022-2023 (m.u.v. exclusiecriteria MTO)
- % vermindering instroom WLZ (intramuraal) t.o.v. 2022-2023
- Aansluiting RTP's Almere en Gooi e.o. per Q3 2024
- Inzage capaciteit & beschikbaarheid bedden FLGV per Q3 2024
- Aansluiting Zorgcoördinatiecentrum FLGV per 2025

Relatie (bestaande) initiatieven

Regionale Transferpunten Almere | Gooi e.o.
(Multidisciplinaire) RTP's zullen gaan bijdragen aan de toegankelijkheid van MTO-locaties. Het zal randvoorwaardelijk zijn om te verbinden met deze RTP's om coördinatie doorlooptijden te reduceren tot een gewenst niveau.

Acute wijkverpleging NOP/Urk | Almere | Gooi e.o.
Multidisciplinair raadpleegbare acute wijkverpleging zullen gaan bijdragen aan het indicatie en verwijsproces, omdat zij expertise hebben binnen het indicatieproces. Het zal randvoorwaardelijk zijn om hen te verbinden met de RTP's en dit MTO initiatief. Multidisciplinair raadpleegbare acute wijkverpleging bevinden zich in;

1. NOP/ Urk (ZCV pilot 2020-2023)
2. Almere (ZCV pilot 2020-2023)
3. Gooi e.o.

Zorgcoördinatiecentrum FLGV

Op termijn zullen MTO-locaties inzichtelijk moeten zijn binnen een zorgcoördinatiecentrum, als dat bij RTP's zal geschieden. Het zorgcoördinatiecentrum betreft een separaat traject wat belegd is binnen ROAZ NH/FL en waar de sub-regio's op actieve wijze bij betrokken worden.

Quote

Men moet goed onder ogen zien dat – even buiten de financiële vraagstukken om – de professionals binnen de VVT-sector niet altijd toegerust zijn op het overnemen van ziekenhuiszorg. Wij moeten goed nadenken over de vereiste competenties hierin."

Deelnemer Werkgroep

Voorbehoudend op diagnosefase



Diagnosefase: Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO)

Op gezamenlijke wijze tot de kern komen van de behoefte in de regio

Wat gaat de diagnosefase de sub-regio opleveren?

Duidelijkheid! Er moet eerst bekeken worden wat het werkelijke aanbod aan tijdelijke opvang is in de sub-regio: 0-meting. Het is van belang om de GAP tussen vraag en aanbod – ook voor de toekomst – in kaart te brengen en de mate van bereikbaarheid (tijdsblokken) van aanmeldpunten en beddenscapaciteit. Tot op heden is er binnen alle transformatiegremia geen antwoord op deze cruciale vraag.



Benodigde organisaties analyse Gevraagde parameters IST-situatie

Zorgaanbieders:

- VVT
- Regionale ziekenhuizen
- Huisartsenposten (3)
- RAV
- GGZ

Afdelingen:

- Cliëntlogistiek:
 - Klantcentra (VVT);
 - Zorgadvies (VVT);
 - Transfer bureaus (ZHS).
- Acute wijkverpleging (VVT);
- Meldkamer Ambulancezorg (RAV);
- ELV/ GRZ (VVT);
- Regionaal Transferpunt (RTP).

Aanbod VVT/ GGZ:

Er zal een kwantitatieve weergave opgeleverd worden van het aanbod in de sub-regio:

- # ELV hoog
- # ELV laag
- # GRZ
- # PG (tijdelijk)
- # WLZ
- # GGZ (respijt)
- # IBS/RM

Criteria aanbod:

Per aanbod zal er een beschrijving opgeleverd worden van:

- Locatie sub-regio
- Inclusiecriteria
- Maximale verblijfsduur

Vraag ketenpartners:

In kaart brengen wat de werkelijke uitstroomvraag is van ketenpartners. En op basis van dit antwoord de GAP schetsen t.b.v. planvorming richting SOLL.

Projectaanpak		
Agile/ Scrum		
Leidende sector		
VVT Flevoland en Gooi en Vechtstreek		
Teamlead van Team <i>Diagnosefase MTO</i>		
Sector	Actor	
VVT Gooi e.o.	[naam]	
VVT Flevoland e.o.	[naam]	
Teamleden <i>Diagnosefase MTO</i>		
Aanbieder(s)	Actor	Experts (data)
Flevoziekenhuis	[naam]	[naam]
Tergooi MC	[naam]	[naam]
RAV	[naam]	[naam]
GGZ Centraal	[naam]	[naam]
RHOGO	[naam]	[naam]
Medrie	[naam]	[naam]
Spoedpost Almere	[naam]	[naam]
VVT Gooi e.o.	[naam]	[naam]
VVT Flevo e.o.	[naam]	[naam]

Aanpak diagnosefase

De werkgroep wilt een Agile aanpak hanteren om tot een diagnose te komen (lees: 0-meting/ analyse). Hierbij moet er wel opgemerkt worden dat er een strenge afbakening geldt voor de uiteindelijke publicatie van de resultaten. Het begin van Q2 2024 geldt startfase van het werkelijke project MTO.

Kritische factoren bij vervolg:

- Financiële vraagstukken (tariefhantering, inkomstendering zorgaanbieders, etc.);
- Verwijspotential & -gedrag tweede lijn.

Een aantal opmerkingen:

- Het definitief formeren/ samenstellen van het diagnoseteam moet nog plaatsvinden en zal gebeuren begin 2024;
- IZA-Flevoland, Gezond Gooi en Positief Gezond Almere dienen betrokken te worden bij Diagnosefase, gezien het gezamenlijke regionale belang in het inzichtelijk maken van MTO;
- Omliggende zorgaanbieders (Bijv.: St Jansdal, Antonius Sneek) zullen desgewenst betrokken worden bij het verrichten van analyses/ 0-metingen.

Voorgenomen planning

Jan '24 Feb '24 Mar '24 Apr '24 Mei '24 Juni '24 Jul '24 Aug '24 Sept '24

Formeren Team *Diagnosefase MTO*

Start Analyse/ 0-meting

Conclusie

Uitvoering projectplan Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang



2. Samenwerking GGZ met HAP & SEH

Op gezamenlijke wijze zorgdragen voor tijdige mentale en psychiatrisch expertise in de sub-regio

Wat gaat Samenwerking GGZ en HAP & SEH de regio opleveren?

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 streefnormen als benoemd in deze richtlijn. De intensivering van samenwerking tussen deze domeinen worden gezien als opportuun. Niet alleen op vakinhoudelijke aspecten, maar ook wederzijdse begripsvorming over elkaars vakgebied, want deze lijken niet altijd duidelijk. Interdisciplinaire scholingen worden als opportuun gezien in de sub-regio. Maar een echt (vernieuwend) samenwerkingsmodel is (nog!) niet voorhanden en de urgentie en complicerende factoren worden ook verschillend gezien tussen de domeinen: SEH/ HAP Flevoland en Gooi e.o. (=hoog). GGZ Gooi e.o. (=lager in regio GV). GGZ Flevoland (=hoger, maar wel met de kanttekening dat aanbod ook vraag creëert).

- A** Psychische expertise sneller en eerder beschikbaar maken (conform GMAP)
- D** Preventie en zelfredzaamheid vergroten
- B** Diagnosefase GGZ: Zie volgende pagina

Invloed op ROAZ-beeld 2023

Inschatting van ombuiging negatieve trends:

1. Beperking instroom HAP, SEH en in het ziekenhuis (geïsoleerde 'psychiatrie' casuïstiek) en dus afname van %-congestie
2. Daling van het aantal verkeerde bed dagen in het ziekenhuis (geïsoleerde 'psychiatrische' casuïstiek)
3. [...]
4. [...]
5. [...]

Quote

Het is verstandig om eerst goed met elkaar in gesprek te gaan, hiervoor écht de tijd te nemen, alvorens wij met initiatieven komen die dan mislukken omdat we elkaar aan de voorkant niet goed begrepen hebben. Dat zou zonde zijn!"

Deelnemer Werkgroep

Effect Prioritaire Opgaven

Instroom

- Verlaagde instroom SEH/ kliniek ZHS van geïsoleerde 'psychiatrie' casuïstiek

Doorstroom

- Snelle(re) doorlooptijden verwijsproces door HA(P)/ ZHS richting GGZ

Psychiatrische en mentale expertise sneller en eerder beschikbaar maken

- Wanneer de acute sector het sociale domein betreft, zullen op er lange termijn positieve effecten optreden t.a.v. beschikbaarheid van de acute psychiatrie.
- (Digitaal) consultatief meedenken in scope houden t.b.v. psychiatrische expertise

Voorbehoudend op diagnosefase

Scope en Doel

Scope:

Zorgvragers met psychiatrische hulpvraag op(laten)vangen door gespecialiseerd personeel ongeacht locatie/ instituut.

Doel:

Tijdens ANW: De juiste hulpverlener op de juiste plaats, met de juiste expertise en het begrip voor de somatische/ psychiatrische discipline.

Resultaat (proces)doelstellingen:

- Een goedwerkende coalitie van HAP/SEH/GGZ-partners binnen Flevoland en Gooi en Vechtstreek ten behoeve van proces-/ werkmodelontwerp.
- Actieve deelname GGZ-instelling(en)/ WMO instellingen t.b.v. *respijtfunctie*. (respijtfunctie is nadrukkelijk een oplossing in het sociale domein (WMO gefinancierd) om druk op ZvW gefinancierde zorg te verlichten.
- Actieve deelname HA-organisaties t.b.v. begripsvorming (en potentie).
- Actieve deelname ZHS-organisaties t.b.v. begripsvorming (en potentie).

Resultaat (operationele)doelstellingen:

- X aantal medewerkers SEH en HAP zijn in 2024 geschoold omtrent "onaangepast gedrag"
- X aantal medewerkers SEH en HAP geven aan effectiever om te kunnen gaan met burgers die zich onaangepast gedragen.
- % afname telefonische belasting HAP-triagist bij geïsoleerde GGZ-casuïstiek.
- % afname visite-/ consultduur (visite)arts bij geïsoleerde GGZ-casuïstiek.
- % afname SEH bezoeken van geïsoleerde GGZ-casuïstiek.
- % afname verkorting van de ligduur op SEH van geïsoleerde GGZ-casuïstiek.
- Per 2025 bestaat er een werkmodel waarbij de 'juiste hulpverlener op de juiste plaats' bij acute psychiatrie.

Relatie (bestaande) initiatieven

Zorgcoördinatiecentrum FLGV

Op termijn zou GGZ-expertise beschikbaar kunnen zijn binnen een ZCC. Echter is dit nog niet als zodanig besproken binnen de sub-regio en dient verder verkend te worden in 2024.

Het zorgcoördinatiecentrum betreft een separaat traject wat belegd is binnen ROAZ NH/FL en waar de sub-regio's op actieve wijze bij betrokken worden.



Diagnosefase: Samenwerking GGZ met HAP & SEH

Op gezamenlijke wijze tot de kern komen van de behoefte in de regio

Wat gaat de diagnosefase de sub-regio opleveren?

Wederzijds begrip! Er moet eerst bekeken worden wat de werkelijke behoefte is in de sub-regio. Gaat het om een diepere dialoog tussen sectoren, gaat het scholingsbehoefte, gaat het om een nieuw te ontwerpen werkmodel of gaat het om alle drie? Er is ook een sterke behoefte om de verbinding te leggen met het sociaal- en welzijnsdomein.



Benodigde organisaties

Zorgaanbieders:

1. GGZ
2. Regionale ziekenhuizen
3. Huisartsenposten (3)

Afdelingen:

1. Spoedeisende hulpen (ZHS)
2. Triageposten (HAP)
3. Crisisteam (GGZ)

Gevraagde parameters IST-situatie

Incidentie escalaties:

- Er zal een kwantitatieve weergave opgeleverd worden van escalatie van geïsoleerde GGZ-casuïstiek in de sub-regio, maar ook hoe werkelijke patiëntenstromen (somatiek/GGZ) zich tot elkaar verhouden:
1. # GGZ-patiënten in 2022-2023 (ICPC) per SEH
 2. # escalaties in 2022-2023 per HAP
 3. # GGZ-patiënten in 2022-2023 (ICPC) per SEH
 3. # escalaties in 2022-2023 per SEH

Diepere dialoog:

Er zal een diepere dialoog gevoerd worden om GAP('s) inzichtelijk te maken. Dit vereist geduld en wederzijds begrip tussen sectoren. Dit zal op termijn helpen om tot de kern van een effectieve intensieve(re) samenwerking te komen.

Projectaanpak		
Lineair: data query Agile: kwalitatieve analyse GAP samenwerking GGZ en HAP/SEH		
Leidende sector		
GGZ Flevoland en Gooi en Vechtstreek		
Teamlead van Team <i>Diagnosefase GGZ met HAP & SEH</i>		
Sector	Actor	
GGZ	[naam]	
Teamleden <i>Diagnosefase GGZ met HAP & SEH</i>		
Aanbieder(s)	Actor	Experts (data)
Flevoziekenhuis	[naam]	[naam]
Tergooi MC	[naam]	[naam]
GGZ Centraal	[naam]	[naam]
RHOGO	[naam]	[naam]
Medrie	[naam]	[naam]
Spoedpost Almere	[naam]	[naam]

Aanpak diagnosefase

De werkgroep wilt een lineaire aanpak hanteren om tot een deel van de diagnose te komen (lees: incidentie casuïstiek). Daarnaast zijn de sectoren gebaat bij een diepere dialoog om tot een gezamenlijke consensus te komen t.a.v. de werkelijke problematiek in de acute setting. Het begin van Q3 2024 geldt als voorgenomen startfase van het werkelijke project Samenwerking GGZ met HAP & SEH.

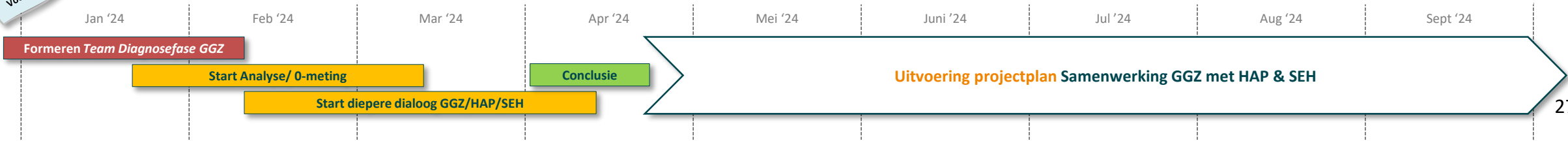
Kritische factoren bij vervolg:

- Beschikbaarheid actoren (mate van multidisciplinariteit);

Een aantal opmerkingen:

- Het definitief formeren/ samenstellen van het diagnoseteam moet nog plaatsvinden en zal gebeuren begin 2024;
- IZA-Flevoland, Gezond Gooi en Positief Gezond Almere dienen betrokken te worden bij Diagnosefase, gezien het gezamenlijke regionale belang in het inzichtelijk maken van GAP's binnen dit vraagstuk;

Voorgenomen planning



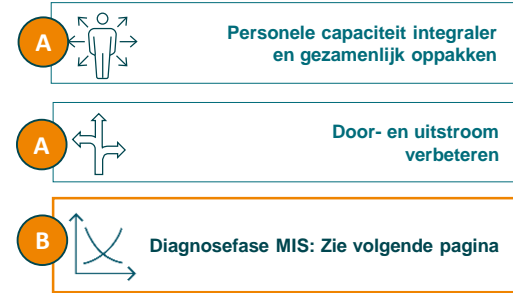


3. Multidisciplinaire Interprofessionele Samenwerking (MIS)

Op gezamenlijke wijze zorgdragen voor de toenemende patiëntenstroom in de sub-regio

Wat gaat MIS de regio opleveren?

Ketenpartners werken naast elkaar in een ge-schot model (zowel triage als diagnose-/ indicatieproces). Het gevolg is dat men een zelfde patiëntencategorie bedient, waar een zorgprofessional pas ter plaatse inziet, welke hulpverlener de meest geschikte is (mede door defensieve karakter én tijdsdruk van/ binnen triageprocessen). Soms komt een triagist ook uit op een U3, maar zegt het 'onderbuikgevoel' iets anders en zou men daarop expertise willen inschakelen. Het is soms ook van belang dat een zorgprofessional langer bij een patiënt thuis kan blijven om de zorg te regelen omdat het 'thuis niet langer gaat'. Mede door dit soort aspecten ziet men dat niet altijd de juiste hulpverlener op de juiste plaats komt. Onderling (inefficiënt) verwijsgedrag is dan het gevolg. Het zou mooi zijn om tot een hybride zorgmodel te komen, waarbij zelfstandig bevoegde zorgprofessionals – zoals Verpleegkundige Specialisten (VS) of Physician Assistants (PA) – meerdere domeinen weten te bedienen, tijdens één dienst. In Flevoland worden er VS-en en PA-ers opgeleid, om zo tussen Ambulancezorg en Huisartsenzorg te fungeren. Dit traject vereist lef: zowel vanuit opleidingsperspectief als uiteindelijke uitwerking van een hybridisering tussen RAV en HA(P). Op een sub-ROAZ schaal én tussen meerdere sectoren zou dit werkmodel opportuun kunnen zijn: zowel vanuit een inhoudelijk- als een opleidingsperspectief.



Invloed op ROAZ-beeld 2023

Inschatting van ombuiging negatieve trends:

1. Beperking instroom HAP, SEH en in het ziekenhuis en dus afname van %-congestie
2. Verhoging van prestatienorm A1/2-normen ambulancezorg
3. Daling van het aantal verkeerde bed dagen in het ziekenhuis
4. Bevordering samenwerking in de (acute) zorgketen
5. Toename arbeidspotentieel: stimulatie doorgroeimogelijkheden binnen de (acute) zorgsector

Effect Prioritaire Opgeven

Instroom

- Verlaagde instroom SEH/ kliniek ZHS
- Verlaagde instroom HAP en ALS-ambulancezorg

Doorstroom

- Langere mobiele zorgconsulten (huisartsen en ambulancezorg) verricht door MIS
- Kortere mobiele zorgconsulten verricht door ALS-ambulancezorg

Personele capaciteit integraler en gezamenlijk oppakken

- Loopbaanperspectief gespecialiseerd verpleegkundigen/ paramedici/ BMH
- Operationele capaciteit benutten bij ontschotting/ hybridisering

Scope en Doel

Scope:

Zorgvragers/ patiënten die (pre en post-triage) vallen tussen de volgende domeinen: Huisartsengeneeskunde, Ambulancezorg, Ouderengeneeskunde, SEH-geneeskunde.

Doel:

Patiëntenstroom afbuigen van institutionele zorg, waarbij de juiste zorg op de juiste plek gegeven kan worden, met daarbij inachtneming dat efficiëntie en een adequate distributie van sub-ROAZ-regionale zorgvraag & behandeling, de doelstelling is.

Resultaat (proces)doelstellingen:

- Een goedwerkende coalitie van VVT-partners binnen Flevoland en Gooi en Vechtstreek ten behoeve van mogelijke (opleiding)schaalvoordelen.
- Actieve deelname HA-organisaties t.b.v. ten behoeve van mogelijke (opleiding)schaalvoordelen.
- Actieve deelname ZHS-organisaties t.b.v. ten behoeve van mogelijke (opleiding)schaalvoordelen.
- Actieve deelname RAV t.b.v. ten behoeve van mogelijke (opleiding)schaalvoordelen.

Resultaat (operationele)doelstellingen:

- % vermindering SEH-stops t.o.v. 2022-2023 (m.u.v. exclusiecriteria MIS)
- % vermindering instroom HAP t.o.v. 2022-2023 (m.u.v. exclusiecriteria MIS)
- % verbetering aan- & afrijtijden RAV (met inachtneming urgentieclassificatie)
- # inzage kostenbesparing door inzet van MIS-actoren (besparingspotentieel + ROI)
- Inzage capaciteit & beschikbaarheid MIS-actoren per Q4 2024
- Ontsluiting MIS-actoren RTP's Almere en Gooi e.o. per Q2 2024
- Ontsluiting MIS-actoren Zorgcoördinatiecentrum FLGV per 2025
- Voorlichting burgermaatschappij tijdens en na implementatie

Relatie (bestaande) initiatieven

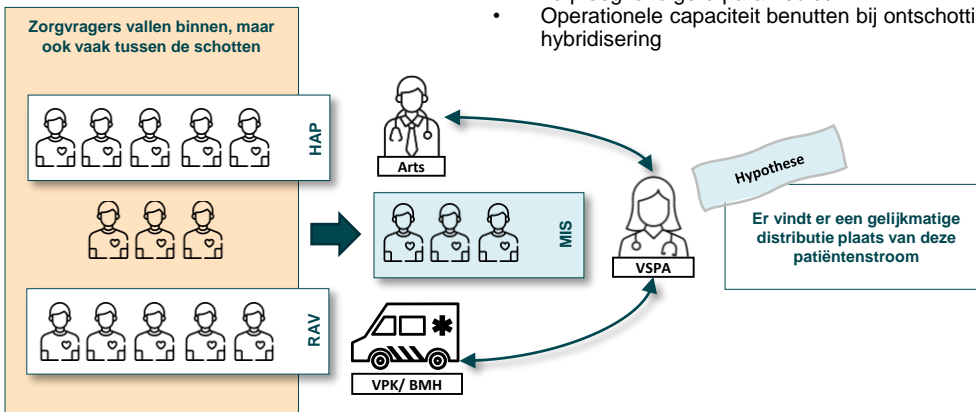
[Regionale Transferpunten Almere | Gooi e.o.](#) (Multidisciplinaire) RTP's zullen gaan bijdragen aan de toegankelijkheid van MIS-actoren. Het zal randvoorwaardelijk zijn om te verbinden met deze RTP's om coördinatie doorlooptijden te reduceren tot een gewenst niveau.

[Acute wijkverpleging NOP/Urk | Almere | Gooi e.o.](#) Multidisciplinair raadpleegbare acute wijkverpleging zullen gaan bijdragen aan MIS, omdat zij op hun beurt weer expertise hebben binnen het indicatieproces. Het zal randvoorwaardelijk zijn om MIS te verbinden met de RTP's en op termijn met een Zorgcoördinatiecentrum.

Zorgcoördinatiecentrum FLGV

Op termijn zullen MIS-actoren inzichtelijk moeten zijn binnen een zorgcoördinatiecentrum, als dat (bijvoorbeeld!) bij RTP's zal geschieden.

Het zorgcoördinatiecentrum betreft een separaat traject wat belegd is binnen ROAZ NH/FL en waar de sub-regio's op actieve wijze bij betrokken worden.





Diagnosefase: Multidisciplinaire Interprofessionele Samenwerking (MIS)

Op gezamenlijke wijze tot de kern komen van de impact in de regio

Wat gaat de diagnosefase de sub-regio opleveren?

Kennis! Er moet eerst bekeken worden wat kan gaan opleveren in de sub-regio én tussen welke domein (0-meting). Daarnaast is het van belang om de investeringskosten en de potentiële de baten te bekijken. Hiervoor moet er kritisch gekeken worden welke lokale behoeften er zijn: de sub-regio is divers en niet elk gebied binnen de regio zou evenveel baat hebben bij MIS-actoren.



Benodigde organisaties analyse Gevraagde parameters

Zorgaanbieders:

1. VVT
2. Regionale ziekenhuizen
3. Huisartsenposten (3)
4. RAV

Afdelingen:

1. Spoedeisende hulpen (ZHS)
2. Triageposten (HAP)
3. Huisartsen (Vertegenwoordigers)
4. Acute wijkverpleging (VVT);
5. Meldkamer Ambulancezorg (RAV);
6. Regionaal Transferpunt (RTP).

TCO versus ROI:

- Er zal gekeken moeten worden naar het initiatief en of de kosten zullen opwegen tegen baten.
1. Regionale/ lokale behoeften MIS
 2. # zorgvragers tussen schotten per gebied
 3. # MIS-actoren nodig in SOLL-situatie
 4. Raming TCO (scholing/ inwerken, etc.)

Criteria aanbod:

- Per MIS-actor zal er een beschrijving opgeleverd worden van:
- Hybridisatie per #-sector
 - Inzet-/ verwijscriteria MIS-actor

Wettelijke kaders:

Er zal in kaart gebracht moeten worden wat de implicaties zullen zijn op juridisch vlak wanneer er hybride gewerkt zal gaan worden. Wie is voor wat verantwoordelijk?

Projectaanpak		
Agile/ Scrum		
Leidende sector		
RAV Flevoland en Gooi en Vechtstreek		
Teamlead van Team <i>Diagnosefase MIS</i>		
Sector	Actor	
RAV FLGV	[naam]	
HAP [...]	[naam]	
Teamleden <i>Diagnosefase MIS</i>		
Aanbieder(s)	Actor	Experts (data)
Flevoziekenhuis	[naam]	[naam]
Tergooi MC	[naam]	[naam]
RAV	[naam]	[naam]
RHOGO	[naam]	[naam]
Medrie	[naam]	[naam]
Spoedpost Almere	[naam]	[naam]
VVT Gooi e.o.	[naam]	[naam]
VVT Flevo e.o.	[naam]	[naam]

Aanpak diagnosefase

De werkgroep wilt een Agile aanpak hanteren om tot een diagnose te komen (lees: 0-meting/ analyse). Hierbij moet er wel opgemerkt worden dat er een strenge afbakening geldt voor de uiteindelijke publicatie van de resultaten. maart 2024 geldt als startfase van het werkelijke project MIS.

Kritische factoren bij vervolg:

- Financiële vraagstukken (tariefhantering, inkomstenderving zorgaanbieders, etc.);
- Verwijspotential & -gedrag eerste en tweede lijn.

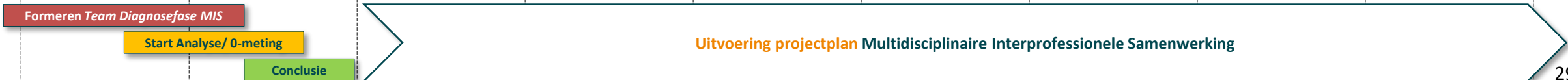
Een aantal opmerkingen:

- Het definitief formeren/ samenstellen van het diagnoseteam moet nog plaatsvinden en zal gebeuren begin 2024;
- Omliggende zorgaanbieders (Bijv.: St Jansdal, Antonius Sneek) zullen desgewenst betrokken worden bij het verrichten van analyses/ 0-metingen.

Voorgenomen planning



Jan '24 Feb '24 Mar '24 Apr '24 Mei '24 Juni '24 Jul '24 Aug '24 Sept '24



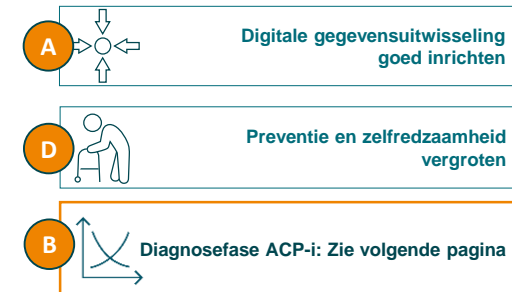


4. Advance Care Planning internaliseren (ACP-i)

Op gezamenlijke wijze zorgdragen voor kennis over zorgbehoefte in de sub-regio

Wat gaat ACP-i de regio opleveren?

Focus nu erg op zorg en niet zozeer op sociale aspecten. Bepaalde doelgroepen hebben autonomie & inzicht in eigen zorgplannen en kunnen daar verantwoordelijkheden in nemen. Een gevolg kan zijn dat men kiest voor 'kwaliteit van leven' i.p.v. de 'acute zorg'. Voorbeelden zijn: 'behandelbeperkingen', waardoor zorgvragers het 'acute-circuit' zouden kunnen vermijden. 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.



Invloed op ROAZ-beeld 2023

Inschatting van ombuiging negatieve trends:

1. Beperking instroom HAP, SEH en in het ziekenhuis en dus afname van %-congestie
2. Daling van het aantal ingezette ambulances bij zorgvragers met behandelbeperking
3. Daling van *verkeerde* bed dagen
4. Bevordering samenwerking zorgvrager – zorgverlener (SDM)
5. Bevordering samenwerking in de (acute) zorgketen (afstemming 1^e en 2^e lijn)

Effect Prioritaire Opgaven

Instroom

- Verlaagde instroom SEH/ kliniek ZHS n.a.v. ACP-behoefte(n)
- Verlaagde instroom HAP en ALS- ambulancezorg n.a.v. ACP-behoefte(n)

Uitstroom

- Mogelijkerwijs o.b.v. ACP/SDM een snellere uitstroom richting thuissituatie/ opvolging ketenpartner

Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten

- Bewerkstelligen overdracht ACP-gegevens tussen 5 domeinen
- Gebruik maken van de landelijke standaarden (Nictiz/ VZVZ)
- Gebruik maken van 'best practices' in NL (MSB.nl)
- Gebruik maken van kennis binnen IZA-werkgroepen (PGA pijler 5 en GG)

Scope en Doel

Scope:

Mogelijkheid tot het delen van ACP-content tussen alle 5 domeinen. Het gedachtengoed van ACP *internaliseren* binnen de 5 domeinen. Op inhoudelijke aspecten: actief verbinding maken met werkgroepen uit Gezond Gooi ('Gezond Ouder worden'), Positief Gezond Almere (Pijler 3) en uit IZA-Flevoland.

Doel:

Behoeften van zorgvragers breder trekken dan alleen de (acute!) zorgvraag. Patiëntenstroom afbuigen van acute zorg, waarbij de juiste zorg op de juiste plek gegeven kan worden, met daarbij inachtneming dat een adequate distributie van sub-ROAZ-regionale zorgvraag & behandeling, de doelstelling is.

Resultaat (proces)doelstellingen:

- Procesbeschrijving en systeem/netwerkplaat t.b.v. inzichtelijk maken van de waar welke informatie beschikbaar is.
- Q1 2024 organisatie-actoren overzicht
- Q2 2024 standaardiseren van beschrijving en vastleggen
- Q3 2024 Database of interface om gegevensuitwisseling mogelijk te maken

Resultaat (operationele)doelstellingen:

- Afname klinische (SEH) kosten
- % verbetering aan- & afrijtijden RAV
- % vermindering SEH-stops t.o.v. 2022-2023
- % vermindering instroom HAP t.o.v. 2022-2023
- Voorlichting burgermaatschappij tijdens en na implementatie (Cave: verbinding IZA-werkgroepen)

Relatie (bestaande) initiatieven

Regionale Transferpunten Almere | Gooi e.o. (Multidisciplinaire) RTP's zullen baat hebben bij het kunnen inzien en delen van ACP-gegevens. Het zal randvoorwaardelijk zijn om te verbinden met deze RTP's om de kwaliteit van zorg te verlenen en te delen tot een gewenst niveau.

Acute wijkverpleging NOP/Urk | Almere | Gooi e.o. Acute wijkverpleging-teams zullen baat hebben bij het kunnen inzien en delen van ACP-gegevens. Het zal randvoorwaardelijk zijn om te verbinden met deze actoren om de kwaliteit van zorg te blijven verlenen en gegevens te delen.

Zorgcoördinatiecentrum FLGV

Op termijn zullen ACP-gegevens inzichtelijk moeten zijn binnen een zorgcoördinatiecentrum, als dat (bijvoorbeeld!) bij RTP's zal geschieden.

Het zorgcoördinatiecentrum betreft een separaat traject wat belegd is binnen ROAZ NH/FL en waar de sub-regio's op actieve wijze bij betrokken worden.

Quote

"Als je éénmaal ACP-gegevens kunt delen met elkaar, wil het niet zeggen dat die informatie voor altijd vaststaat! Zorg is een dynamisch proces en we moeten blijven praten met onze zorgvragers wat zij op dat moment willen!"

Meerdere deelnemers Werkgroep



Diagnose: Advance Care Planning internaliseren (ACP-i)

Op gezamenlijke wijze tot de kern komen van de impact in de regio

Wat gaat de diagnosefase de sub-regio opleveren?

Duidelijkheid! Er moet eerst bekeken worden wie wat gaat doen. Waar liggen de verantwoordelijkheden binnen het ACP-proces. Is dit de SO, de huisarts of beide? Maar ook: wie doet wat binnen welke projectvorm. Binnen een aantal ICT-werkgroepen wordt er al gewerkt binnen de ACP-thematiek, dus aanhaken zou opportuun zijn.

Benodigde organisaties analyse Gevraagde parameters

Zorgaanbieders:

1. VVT
2. Regionale ziekenhuizen
3. Huisartsenposten (3)
4. RAV
5. GGZ

Afdelingen:

1. Spoedeisende hulpen (ZHS)
2. Triageposten (HAP)
3. Huisartsen (Vertegenwoordigers)
4. Acute wijkverpleging (VVT);
5. Meldkamer Ambulancezorg (RAV);
6. Regionaal Transferpunt (RTP);
7. Crisisteam GGZ

Criteria gegevens:

Er moete gekeken of het mogelijk is om onderstaande gegevens te kunnen delen:

1. Prognose patiënt
2. Wilsbekwaamheid
3. Te respecteren wens patiënt

Gezamenlijke visie:

Er zal een gezamenlijke visie op het werken met ACP ontwikkeld moeten worden door artsen en verpleegkundigen uit alle sectoren (ook andere zorgprofessionals?)

Welke actor is verantwoordelijk:

Er zal gekeken moeten worden welke actor verantwoordelijk is voor het documenteren en bijhouden van de ACP-gegevens.

Projectaanpak		
Agile/ Scrum		
Leidende sector		
Huisartsenorganisaties Flevoland en Gooi en Vechtstreek		
Teamlead van Team <i>Diagnosefase ACP-i</i>		
Sector	Actor	
RAV [...]	[naam]	
HAP [...]	[naam]	
Teamleden <i>Diagnosefase ACP-i</i>		
Aanbieder(s)	Actor	Experts (data)
Flevoziekenhuis	[naam]	[naam]
Tergooi MC	[naam]	[naam]
RAV	[naam]	[naam]
RHOGO	[naam]	[naam]
Medrie	[naam]	[naam]
Spoedpost Almere	[naam]	[naam]
VVT Gooi e.o.	[naam]	[naam]
VVT Flevo e.o.	[naam]	[naam]
GGZ Centraal	[naam]	[naam]

Aanpak diagnosefase

De werkgroep wilt een Agile aanpak hanteren om tot een diagnose te komen (lees: 0-meting/ analyse). Hierbij moet er wel opgemerkt worden dat er een strenge afbakening geldt voor de uiteindelijke publicatie van de resultaten. april 2024 geldt als startfase van het werkelijke project ACP-i.

Kritische factoren bij vervolg:

- Wettelijke kaders binnen gegevensuitwisseling.
- Werkinstructie sectoren bij gebruik ACP-gegevens.
- SDM bij inzage ACP-gegevens
- Scholing omtrent ACP zorgaanbieders: het willen leren van elkaar (van SO en huisartsen)
- Communicatie burgermaatschappij

Een aantal opmerkingen:

- Het definitief formeren/ samenstellen van het diagnosteteam moet nog plaatsvinden en zal gebeuren begin 2024;
- Er zal gebruik gemaakt gaan worden van expertise binnen IZA-werkgroepen (lees: PGA pijler 5 en GG)
- Omliggende zorgaanbieders (Bijv.: St Jansdal, Antonius Sneek) zullen desgewenst betrokken worden bij het verrichten van analyses/ 0-metingen.



C Zorgcoördinatiecentrum Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Een zorgcoördinatiecentrum binnen de sub-regio als regionale behoefte

Wat gaat een zorgcoördinatiecentrum de regio opleveren?

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 sub-regio's heeft het ROAZ ervoor gekozen om voor zorgcoördinatie een apart programma te starten. In de verschillende sub-regio's bestaan veel initiatieven die passend lijken binnen het concept zorgcoördinatie. Om zorgcoördinatie succesvol uit te rollen binnen de sub-regio'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.

Binnen dit sub-regionale ROAZ-plan staan de kernpunten beschreven over het ZCC-thema. Voor de inhoudelijke en gedetailleerdere uitwerking verwijzen wij naar het ZCC-plan van de opdracht nemende partij: ROAZ NH/FL en IG&H.



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.

Regio indeling

Aandachtspunten 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).

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

Scope en Doel

Scope:

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 ook relevant is voor deze zorgvraag.

Toekomstige doorontwikkeling: In de verkenning vanuit de deelnemende partijen is het van belang om de NOP / Urk en **midden en oostelijk Flevoland** te betrekken binnen het zorgcoördinatievraagstuk. Deze (twee) gebieden doen een beroep op ziekenhuizen die zich buiten ROAZ NH/FL bevinden. Het is van dien belang dat er contact is tussen deze ROAZ-en, programma-/projectleiding en zorgaanbieders. Vooral over hoe een zorgcoördinatievoorziening er uit zal gaan zien binnen de sub-ROAZ regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek.

Doel:

Multidisciplinaire triage van complexe inkomende zorgvragen en coördineren van passende zorginzet vanaf 2025.

Resultaat (proces)doelstellingen:

- N.t.b. in 2024

Resultaat (operationele)doelstellingen:

- N.t.b. in 2024

Relatie (bestaande) initiatieven

Regionale Transferpunten Almere | Gooi e.o.
Binnen het RTP Gooi en omstreken (en later Almere) werken ziekenhuizen, HAP en VVT organisaties om zorg in de regio te coördineren. Daarbij dient verkend te worden of ook de GGZ en MKA / RAV kunnen worden betrokken. Voor het opzetten van het nieuwe coördinatiepunt dient verkend te worden welke organisaties samen gaan starten.

Acute wijkverpleging NOP/Urk | Almere | Gooi e.o.
N.t.b. in 2024

Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO).
N.t.b. in 2024

Samenwerking GGZ met HAP & SEH
N.t.b. in 2024

Multidisciplinaire Interprofessionele Samenwerking (MTO)
N.t.b. in 2024

Advance Care Planning internaliseren (ACP-i)
N.t.b. in 2024

Actief te betrekken gremia in 2024:





Planning nieuwe initiatieven

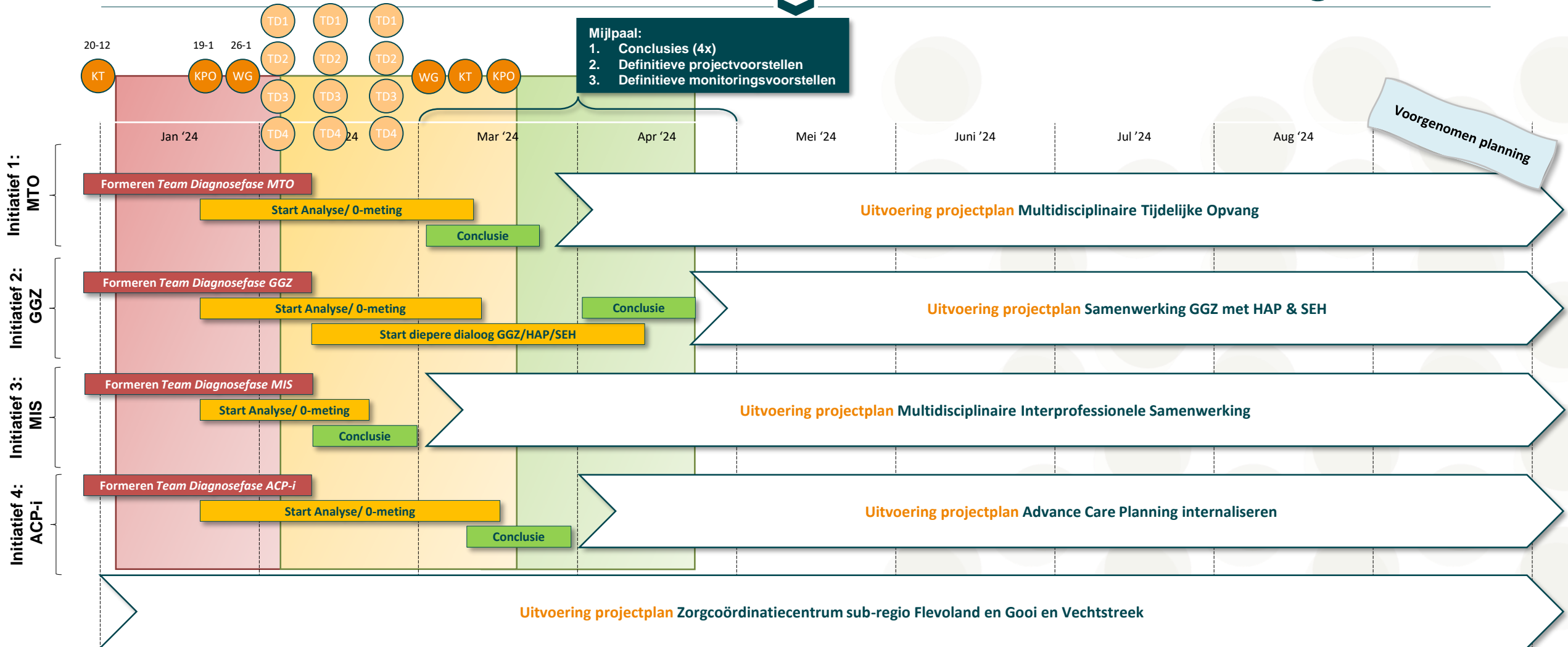
B

Planning nieuwe initiatieven

Op gezamenlijke wijze tot de kern komen van de behoefte in de regio

Zoals bij elk initiatief staat beschreven, gaat de werkgroep inzetten op een gedegen diagnosefase in het eerste kwartaal van 2024. Onderstaand staat de planning van alle initiatieven weergegeven, waarbij er gekozen is tussen 4 diagnoseteams in plaats van 1***, omdat sectoren specifieke kenmerken hebben én om de werklast binnen de werkgroep zo optimaal als mogelijk te verdelen.

- KPO Bestuurlijk Ketenpartner Overleg
- KT Kernteam TAZK FLGV
- WG Werkgroep TAZK FLGV
- TD Team Diagnosefase



*** = nog nader ter verkenning binnen Werkgroep TAZK tijdens formeren Team(s) Diagnosefase te januari 2024



5. Borging en governance



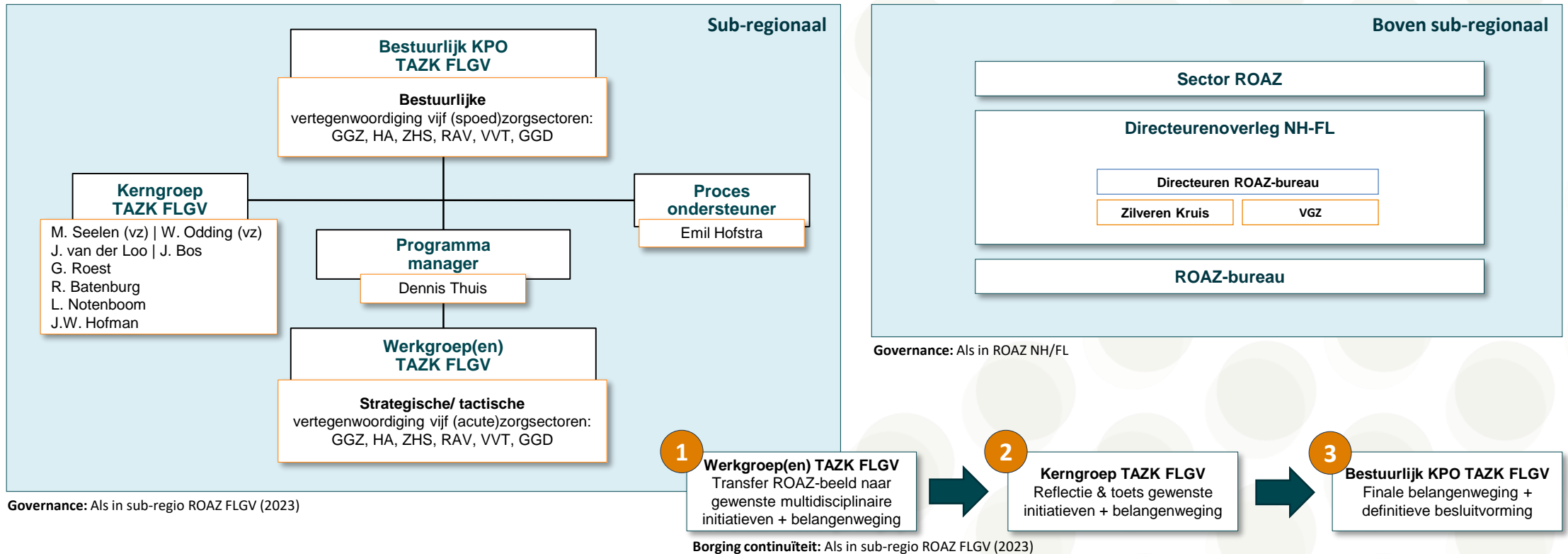


Borging en governance

Zorgdragen voor continuïteit in de sub-regio 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 (diagnose)projecten – zie eerste opzet op de volgende pagina. 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.



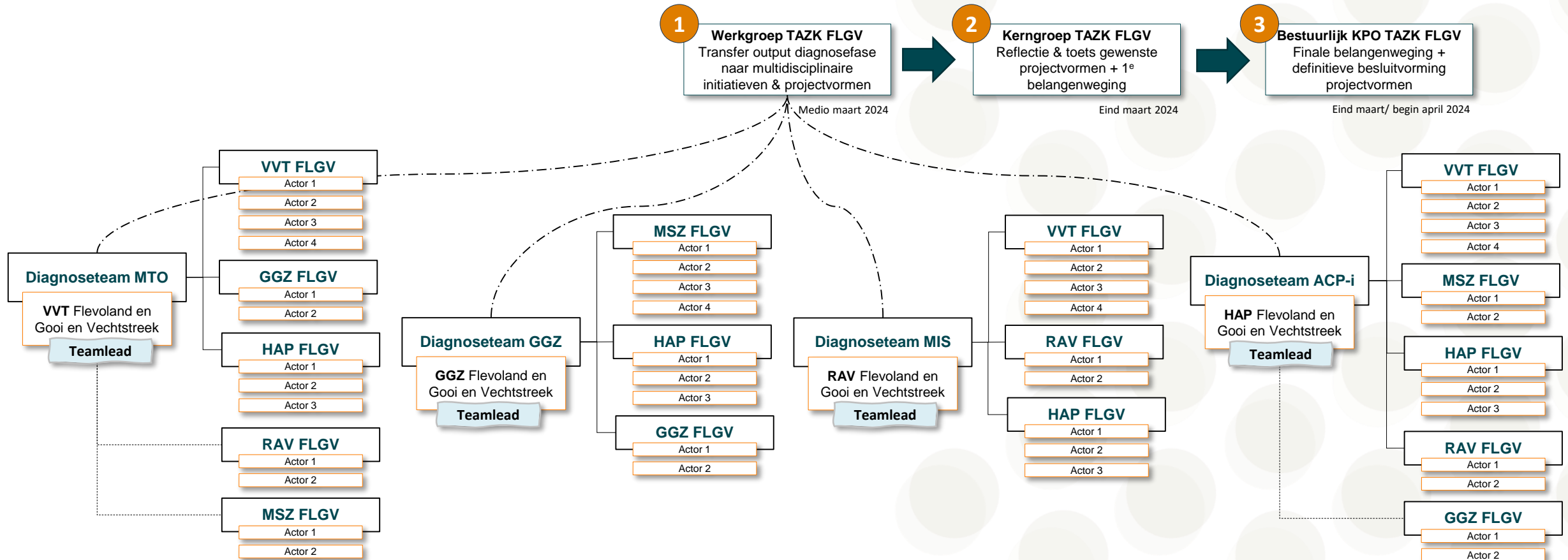


Borging en governance

Zorgdragen voor continuïteit in de sub-regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek

Werkwijze 2024

Als eerder benoemd zal een gedegen diagnosefase (impactanalyse en 0-meting) ten grondslag liggen aan het vormgeven van projectvormen over de vier initiatieven in de sub-regio. In januari 2024 zal de – voorlopig – laatste plenaire Werkgroep TAZK plaatsvinden, waarna deze uiteen zal vallen in Diagnoseteams. Er is gekozen voor vier separate teams, omdat vraagstukken dermate sector specifiek zijn en niet op generieke wijze te doorgronden zijn. Hierbij is wel door de Werkgroep aangetekend dat sectoren raadpleegbaar moeten kunnen zijn, om – binnen wettelijke kaders – kwalitatieve en kwantitatieve data te leveren. Daarom hebben de Diagnoseteams ook een multidisciplinair karakter, waar er één sector leidend is.





6. Bijlage(n)





Bijlage A: Betrokken aanbieders ROAZ NH/FL

Het ROAZ-plan NHN is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met diverse aanbieders actief in de acute zorgketen

	Noord-Holland Noord	Zaanstreek-Waterland	Kennemerland	Amsterdam-Amstelland	Flevoland en Gooi en Vechtstreek
ZVZ					
ZKH				 <small>Medisch Specialistische Zorg</small>	 <small>Flevoziekenhuis</small>
HA(P)	 <small>Huiszorgorganisatie Noord-Kennemerland</small>	 <small>HUISARTSEN</small>		 <small>Amstelland Zorg</small>	 <small>SPOEDPOST</small>
VWT		 <small>evean espria</small>	 <small>kennemerhart</small>	 <small>AMSTA</small>	 <small>Coloriet</small>
GGZ		 <small>Specialist in geestelijke gezondheid</small>			
RAV		 <small>zorg met hoofd en hart</small>		 <small>zorg met hoofd en hart</small>	 <small>Regionale Ambulancevoorziening Gooi en Vechtstreek</small>
MIKA	 <small>publieke landelijke ambulancedienst Kennemerland</small>		 <small>Veiligheidsregio Kennemerland</small>	 <small>publieke landelijke ambulancedienst Kennemerland</small>	 <small>publieke landelijke ambulancedienst Kennemerland</small>
Acute Geboortezorg	Na consultatie geen actief onderdeel van ROAZ-beeld en ROAZ-plan ²	Na consultatie geen actief onderdeel van ROAZ-beeld en ROAZ-plan ²	Na consultatie geen actief onderdeel van ROAZ-beeld en ROAZ-plan ²		Na consultatie (nog) geen actief onderdeel van ROAZ-beeld en ROAZ-plan ²

- De (acute) VVT is bij de totstandkoming van het ROAZ-plan Noord-Holland Noord vertegenwoordigd door Omring. Ook in andere regio's is er vaak sprake van vertegenwoordiging, zie hiervoor de ROAZ-plannen voor deze subregio's
- Vertegenwoordigers van de (acute) geboortezorg zijn door het ROAZ geraadpleegd. Met als uitkomst dat de uitdagingen worden herkend, maar dat de (acute) geboortezorg **ten tijde van de opmaak van dit plan** (nog) geen onderdeel uitmaakt van de prioritaire uitdagingen voor Flevoland en Gooi en Vechtstreek, vanuit het perspectief van het versterken van de samenwerking binnen de acute keten. Acute geboortezorg is een thema dat ook specifiek boven-subregionale aandacht heeft van het ROAZ-bureau.