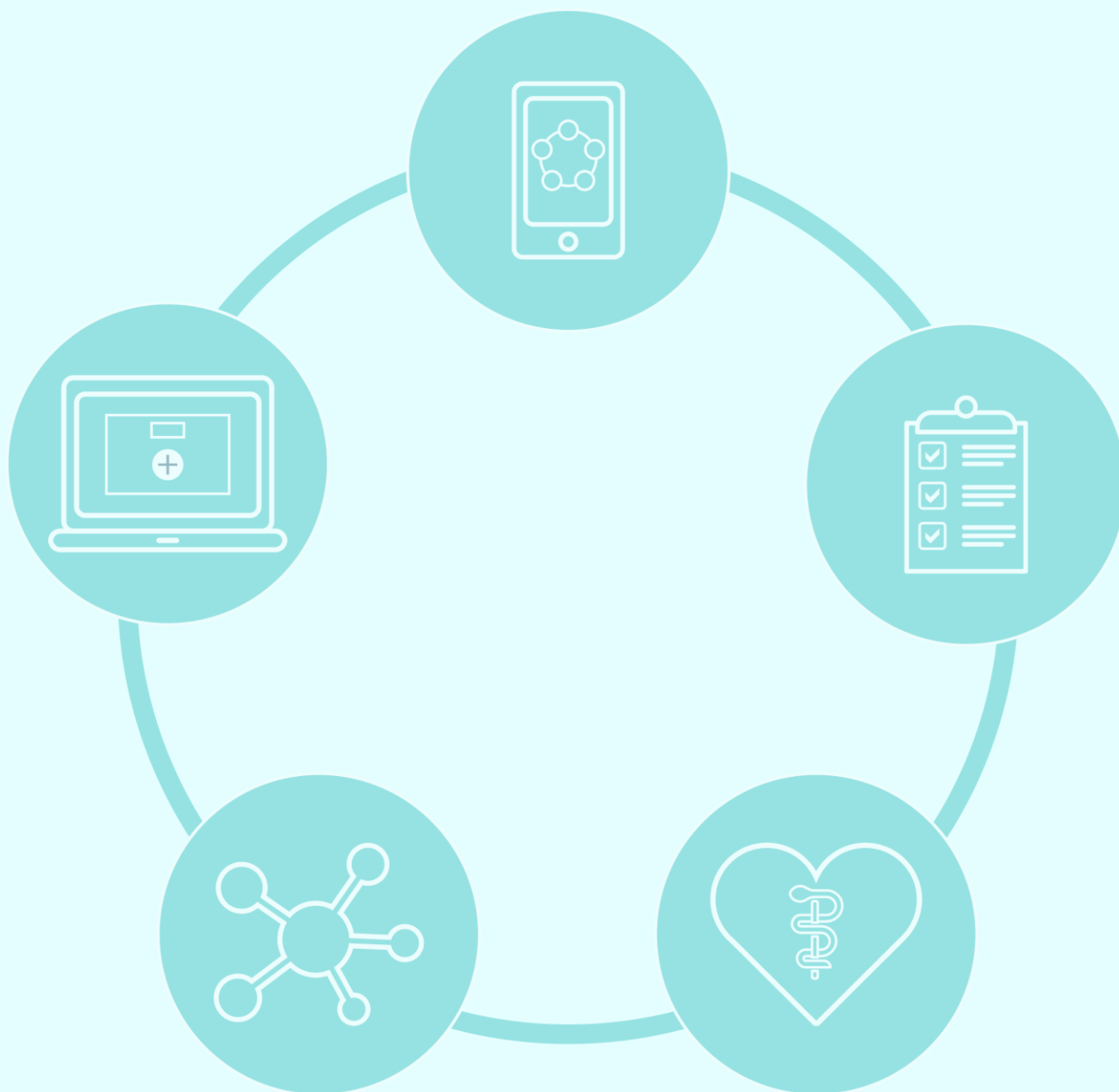


# Zorgcoördinatie

Nieuwsbrief regionale pilots



Uitgave **december 2021**



## Over de pilots Zorgcoördinatie

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

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

## In deze nieuwsbrief:

### **Regio Brabant Midden-West-Noord:**

Learning: maximale winst zorgcoördinatie bij gedeeld inzicht in triage-informatie

### **Regio Flevoland:**

Sterkere verbinding  
loketten voor acute zorg

### **Regio Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid:**

Verpleegkundige (nacht)zorg Arnhem en omgeving

### **Regio IJsselland:**

Ontwikkelingen, professionals, huisvesting en opleidingstraject

### **Regio Noord-Nederland:**

Vizier op vooruit in Noord-Nederland

### **Regio Rotterdam-Rijnmond:**

Zorgcoördinatie vanaf de meldkamer

### **Regio Twente:**

Een jaar Zorgcoördinatie Twente.  
Een terugblik naar hoe het begon en de lessons learned.

### **Pilot Zorg Coördinatie Centrum Midden-Nederland:**

ZCC Midden-Nederland: samen voor de juiste zorg op de juiste plek!

### **Regio Zuid-Holland Noord:**

COVID-19 vertraagt wederom pilotfase!

### **Regio Zuid-Holland Zuid:**

Proeftuin zorgcoördinatie

# De vijf functies van zorgcoördinatie

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

- **Eenduidige toegang**

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

- **Triage**

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

- **Passende zorginzet**

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

- **Regie vervolgzorg**

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

- **Zelfmanagement**

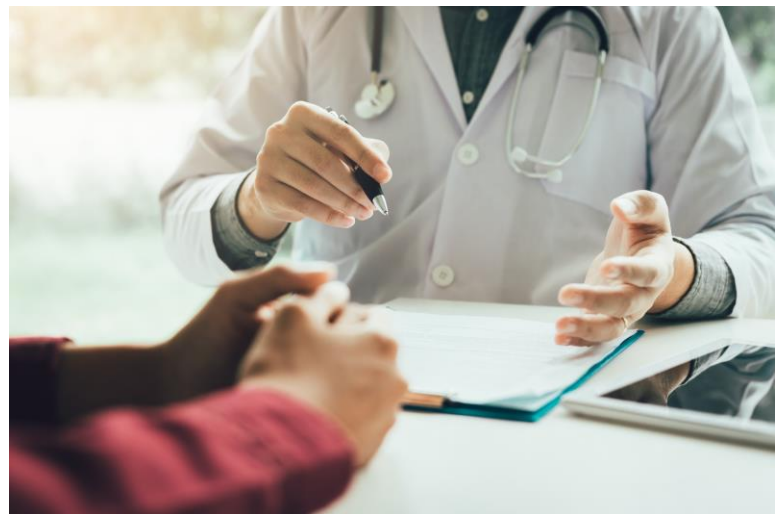
Het zorgcoördinatiecentrum ondersteunt zelfmanagement van patiënten met informatie, advies en techniek. Zo hoeven zorgaanbieders alleen in actie te komen als dat echt nodig is.

## **Alle informatie beschikbaar**

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

## **Gestroomlijnd proces**

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





**Functie:**

### *Eenduidige toegang*

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



**Functie:**

### *Triage*

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



**Functie:**

### *Passende zorginzet*

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



**Functie:**

### *Regie vervolgzorg*

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



**Functie:**

### *Zelfmanagement*

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



## Learning: maximale winst zorgcoördinatie bij gedeeld inzicht in triage-informatie

Inmiddels zijn we zo'n 1,5 jaar onderweg met de pilot Zorgcoördinatie in de Bossche regio. Een periode waarin we veel stappen hebben gezet; vooruit en soms ook weer een stapje achteruit. Door onverwachte externe ontwikkelingen (in bijvoorbeeld de coronapandemie) of zich pas tijdens de pilot ontvouwende voorwaarden voor optimaal succes. Eén zo'n voorwaarde blijkt inzicht in triage-informatie. In dit artikel vertellen we tegen welke belemmeringen we op dit vlak aanliepen in de pilotonderdelen 'verlengde gezamenlijke triage op de meldkamer' en 'digitale zelftrage', hoe we hiermee omgaan en welke vervolgstappen we gaan zetten.

### Verlengde gezamenlijke triage op de meldkamer

Sinds afgelopen zomer werken in de nachtelijke uren triagisten van Huisartsenposten Oost-Brabant (HAP) vanuit de meldkamer ambulancezorg (MKA). Overdracht van patiënten tussen HAP en MKA gebeurde altijd al als dat leidde tot beter passende zorginzet, waarbij er telefonisch contact met elkaar werd gezocht. De gedachte is echter dat door fysiek bij elkaar te zitten, de zorgpartners elkaar nog sneller en gemakkelijker weten te vinden.

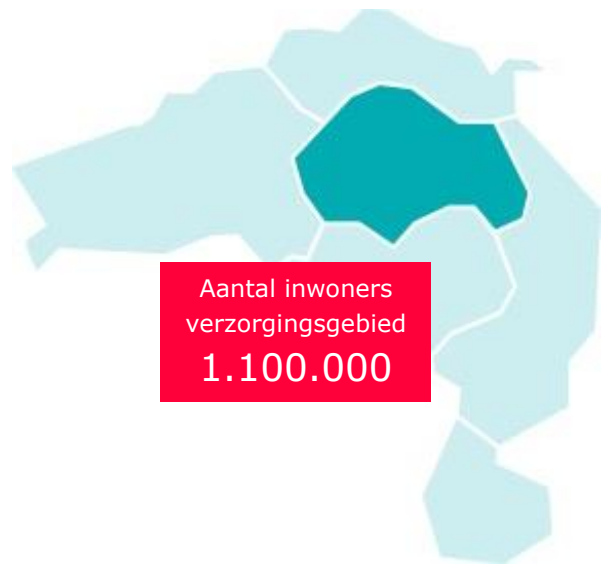
*Tegen welke belemmering qua inzicht in triage-info lopen we aan?*

Waar zo'n drie jaar geleden bij het bedenken van de pilot nog niet aan was gedacht, is dat gedeeld inzicht in de reeds beschikbare triage-informatie bij overname van een patiënt, de effectiviteit van de samenwerking nog groter zou maken. De informatie

mondeling delen met een zorgcollega van de MKA dan wel HAP die in dezelfde ruimte zit, is weliswaar laagdrempeliger dan wanneer je opbelt vanuit een andere locatie, maar het reproduceren en overtypen van de informatie is nog steeds foutgevoelig en neemt tijd in beslag. Waardevolle tijd die je bij gedeeld inzicht in de al gegeven informatie, kunt besteden aan de patiënt en het regelen van passende zorginzet. Daarnaast is het ook nog eens een stuk patiëntvriendelijker: deze hoeft minder lang te wachten en niet twee keer (deels) hetzelfde verhaal te vertellen.



# Regio Brabant Midden-West-Noord



## *Hoe gaan we ermee om?*

Pilotregio Midden-Nederland ging zo'n 1,5 jaar geleden als eerste aan de slag met het laten ontwikkelen van een applicatie die informatie-uitwisseling tussen de samenwerkende zorgpartners faciliteert. Hoewel de inrichting van de pilot en daarmee ook de specifieke gebruikswensen verschillen per regio, waren de regio's het al snel met elkaar eens dat het zonde zou zijn om allemaal zelf het wiel uit te vinden. De ZCC-applicatie die Topicus voor Midden-Nederland aan het ontwikkelen is, vormt de basis voor andere pilotregio's. Vanuit de regio Den Bosch zijn we dan ook druk in overleg met Topicus of deelfunctionaliteiten snel voor ons beschikbaar kunnen worden gemaakt, zodat we maximale meerwaarde kunnen behalen bij het overnemen van elkaars triage.

## *Welke vervolgstappen gaan we zetten?*

In de tussentijd zetten we ook alvast andere geplande stappen naar een intensievere samenwerking. Zo wordt de spoedlijn van de HAP binnenkort overgenomen door de MKA tijdens de nachtelijke uren en gaan we experimenteren met de aanwezigheid van een regie-arts van de HAP op de meldkamer om snel medisch advies te kunnen vragen.

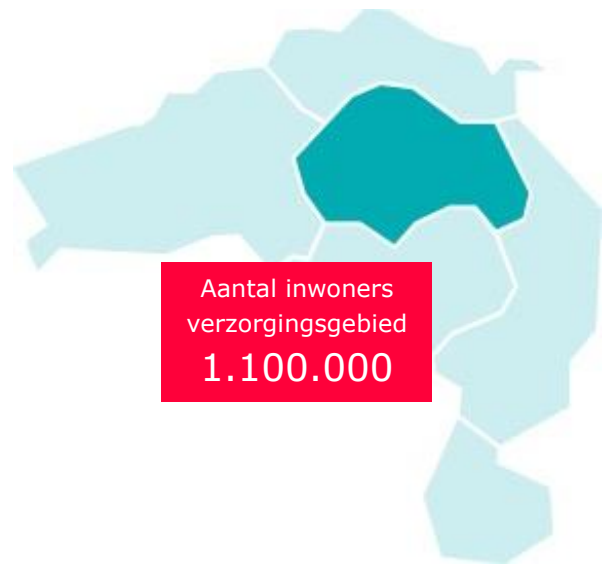
## **Digitale zelftriage**

Ander pilotonderdeel in onze regio is digitale zelftriage. Hierbij doorlopen patiënten een aantal vragen voordat ze contact hebben met de Huisartsenposten Oost-Brabant, waaruit een advies volgt op basis van urgentie. Bij lage urgentie krijgt de patiënt zelfzorgadvies, bij hogere urgenties een advies om contact op te nemen. Voor deze digitale zelftriage is gekozen voor de landelijke applicatie Moet Ik Naar De Dokter (MINDD), die toegankelijk is gemaakt via de website van de Huisartsenposten Oost-Brabant.

## *Tegen welke belemmering qua inzicht in triage-info lopen we aan?*

Idealiter zou wat de patiënt in MINDD invult, direct terechtkomen in het HAP-informatiesysteem. Zodat wanneer er na het doorlopen van de zelftriage contact nodig is met de HAP, de triagist door kan gaan op deze gegevens. De patiënt hoeft dan maar één keer zijn verhaal te doen, waarna het daadwerkelijke contact met de triagist zorgt voor verrijking en meer diepgang. Helaas is deze mogelijkheid er nog niet.

# Regio Brabant Midden-West-Noord



## *Hoe gaan we ermee om?*

Voor de tussentijd creëerden MINDD en de telefonieleverancier van de HAP een slimme work-around zodat we toch ervaring op kunnen doen met deze werkwijze. Sinds enige tijd werkt de HAP met een terugbeloptie bij klachten waarbij MINDD het advies geeft contact met de HAP op te nemen, maar waarbij geen hoge spoed is. Patiënten die ervoor kiezen om teruggebeld te worden, komen in een speciale wachtrij in het telefoniesysteem van de HAP van waaruit de gegevens van de zelftriage zichtbaar worden gemaakt. Op deze manier kunnen de triagisten het gesprek verdergaan vanuit de informatie die de patiënt al heeft ingevoerd tijdens de digitale zelftriage. Zowel patiënten als triagisten zijn enthousiast: patiënten waarderen dat ze niet nog een keer opnieuw hun verhaal hoeven te doen en de triagisten ervaren de door de patiënt ingevulde informatie als een prettige basis voor het vervolgesprek.

## *Welke vervolgstappen gaan we zetten?*

De terugbeloptie staat nog niet de hele week aan, maar op tijden dat er in de regel relatief veel laag urgente klachten zijn. De ervaringen zijn dan ook gebaseerd op een beperkt aantal terugbelcontacten, maar ze zijn zo positief dat het zeker naar meer smaakt. Binnenkort wordt de terugbelmodule dan ook uitgebreid naar andere avond-, nacht- en weekenduren waarin patiënten terechtkunnen bij de Huisartsenpost.





## Sterkere verbinding loketten voor acute zorg

**De pilot in de regio Flevoland richt zich op een sterkere verbinding tussen de bestaande loketten voor acute zorg. De nadruk ligt op de regie op vervolgzorg: het organiseren van de juiste zorg ná de eerste inzet van een zorgverlener. De partners binnen de pilot willen hierbij een infrastructuur creëren die (soepele) samenwerking tussen de verschillende (acute) zorgverleners mogelijk maakt. De pilot is gestart in de twee subregio's Almere en Lelystad/Noordoostpolder. De regio Gooi en Vechtstreek kijkt vanaf de zijlijn mee en deelt de kennis die zij opdoet in eigen pilots gerelateerd aan zorgcoördinatie.**

### Almere

Er is gekozen voor een 'algemene oplossingsrichting' voor alle zorgpartners. Namelijk de inzet van een wijkverpleegkundige Zorgcoördinatie (ZC) op pre-hospitale (opvolg)spoedvragen, die aangenomen kunnen worden door (wijk)verpleegkundigen (niveau 4-5).

Het derde kwartaal van 2021 heeft in het teken gestaan van het beantwoorden van governance-vraagstukken omtrent het ZCC Almere én de voorbereiding op het 'live' gaan van het project: de start van de wijkverpleegkundige ZC. Zo werd onder meer ingezet op de volgende activiteiten:

- Opstellen 'Taak- en functieomschrijving wijkverpleegkundige ZC'.
- Ontwerp meetinstrument (t.b.v. KPI's/ benchmark).
- Ontwerp onboardingsproces (gesprek samenstelling & stages: ambulance, SEH, MKA en

HAP) en onboardingsproces zelf (meelopen met de ketenpartners).

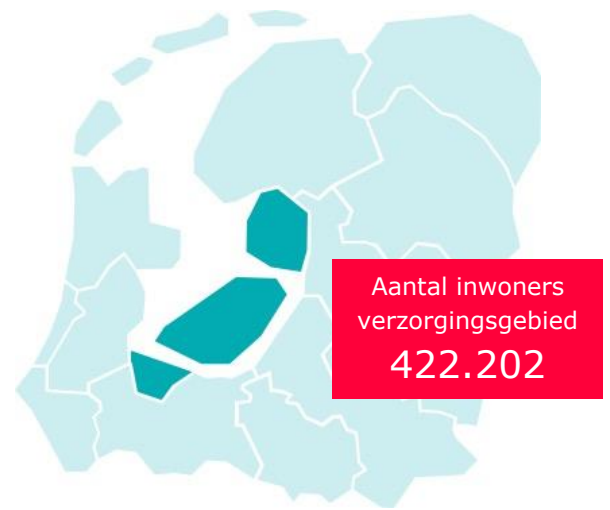
- Wervingscampagne wijkverpleegkundigen.
- Sollicitatiegesprekken.
- Inrichting werkplek en andere praktische zaken om te kunnen starten.
- Multidisciplinaire communicatie.

### Inzet wijkverpleegkundige ZC

De inzet van de wijkverpleegkundige ZC is uiteindelijk in oktober 2021 van start gegaan: op zaterdag en zondagen tussen 09.00 en 17.00u. Voor dit tijdsblok is gekozen omdat uit de data van ketenpartners blijkt dat tijdens deze uren de meeste hulpvragen worden gesteld.

Inmiddels zijn 4 wijkverpleegkundigen ZC aangenomen voor het project. De eerste maand is veel aandacht uitgegaan naar werving en selectie, het inwerken van de wijkverpleegkundigen ZC, het meelopen met de ketenpartners en het multidisciplinair inrichten van het zorgproces.





## Meetinstrument

Verder is de pilot in regio Flevoland druk bezig om het meetinstrument dat gebruikt wordt om de toegevoegde waarde van de interventies in kaart te brengen, iteratief aan te passen aan de transactionele omgeving van de wijkverpleegkundige ZC. Na deze slag kunnen stakeholders de data en prestaties ten aanzien van de vastgestelde KPI's beter interpreteren. Projectgroep Almere streeft ernaar zowel kwalitatieve- als kwantitatieve data te verzamelen. Begin december 2021 wordt de eerste dataset gedeeld met de lokale key-stakeholders. Dit is een eerste opzet, want het is dan nog te vroeg om op basis van de twee maanden durende pilot conclusies te trekken.

## Lessons learned in het ZCC Almere

De pilot met het zorgcoördinatiecentrum in Almere heeft geleid tot inzichten en verschillende lessons learned, te weten:

- Het ZCC lijkt te bewegen tussen de '2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> orde verandering'. Dit is merkbaar onder- en tussen zorgpartners (dynamiek). Het ZCC in het algemeen vereist een projectgroep en -leiding met hoog competent handelen en/ of bewustzijn

binnen de veranderkunde.

- Zorgprofessionals weten onvoldoende van elkaars kennis en kunde en dus ook de inzetbaarheid in de regio. Binnen ZCC-Flevoland zijn wij hier achter gekomen door een lange oriëntatiefase. De positieve kant van een lange oriëntatiefase is dat ketenpartners elkaar nu goed weten te vinden én dat de volgende fasen sneller en makkelijker verlopen. De andere kant van de medaille bij een lange oriëntatiefase is het energieverlies bij sommige partners.
- De toegevoegde waarde van het ZCC Almere uit zich niet primair in de verbetering van aanrijtijden binnen de ambulancezorg (bij zorgopvolging). Bijvoorbeeld omdat ambulances juist langer ter plaatse blijven om vervolgzorg te regelen, maar ook omdat de focus meer ligt bij het verpleegkundig domein, dan op de U1-ambulancezorg.
- Bepaalde zorgvragen met een (somatisch) niet-acuut karakter worden nu opgevangen door wijkverpleegkundigen (zorgcoördinatie), waardoor deze zorgvragen buiten de scope van (langdurige) inzet van de HAP, SEH of ambulance blijven. Dit kenmerkt de reeds verzamelde data binnen ZCC Almere. Voorbeelden zijn:



1. ELV-bed regelen door wijkverpleegkundige ZCC (waardoor regiearts niet belast wordt met deze zorgvraag) > doorlooptijd 120 minuten.
2. Bij taalbarrière tijdens HAP-triage de wijkverpleegkundige ZCC laten kijken (waardoor visite arts niet belast wordt met deze zorgvraag) > doorlooptijd 90 minuten.
3. Wijkverpleegkundige ZCC maagsonde laten controleren in thuissituatie (waardoor opname op SEH óf visite door SEH arts wordt voorkomen) > doorlooptijd 60 minuten.

## Vervolgactiviteiten

De volgende activiteiten krijgen in het komende kwartaal de aandacht:

- Bestendigen van de positie van de wijkverpleegkundige ZC d.m.v. aanpassing taak-procesbeschrijving (nieuwe functie/ iteratie).
- Actieve doorlopende communicatie interne stakeholders.
- Opmaak/ herontwerp businesscase ZCC Almere.
- Inventarisatie uitbreiding van diensten WKVPK ZC.
- Besluitvorming over de doorlooptijd van deze pilot (tot najaar 2022).

## Uit de praktijk

Om het voor sommige partijen wellicht nog conceptuele idee van zorgcoördinatie te concretiseren, beschrijft pilot Flevoland hieronder een voorbeeldcasus uit de praktijk:

Een man die slecht Nederlands sprak belde 112. De situatie was niet levensbedreigend, maar zijn familie was volledig in paniek. De meldkamer ambulancezorg heeft de beller doorverwezen naar de HAP (dit zal in de toekomst een rechtstreekse verwijzing naar wijkverpleegkundige ZC (WVPK ZC zijn). Het bleef echter, door de taalbarrière, onduidelijk en twijfelachtig wat er nu precies aan met de man aan de hand was. In plaats van inzet visitearts óf SEH aanloop is de WVPK ZC naar de patiënt gereden. WVPK ZC heeft de familie gerustgesteld, bloedsuiker gemeten en medicatie laten voorschrijven (i.s.m. regiearts) tegen misselijkheid – iets anders dan waarvoor in eerste instantie 112 gebeld was.



## Verpleegkundige (nacht)zorg Arnhem en omgeving

Door 8 organisaties (STMG, Santé, DrieGasthuizenGroep, Attent, Innoforte, Pleyade, Vreedenooff en Insula Dei) is er sinds september 2019 één regionaal nachtzorgteam voor alle thuiswonende cliënten van de betrokken organisaties. Momenteel wordt er door het pilot-project Zorgcoördinatie verbinding gelegd met de (acute) thuiszorgaanbieders in de regio Ede, Nijmegen en Tiel. Het doel is om te onderzoeken of (en hoe) de ervaringen die we met Arnhem hebben opgedaan ook ingezet kunnen worden in die subregio's en zo een bijdrage te leveren aan de juiste zorg op de juiste plaats. Initieel hebben de thuiszorgaanbieders dan ook niet deelgenomen aan de pilot-aanvraag maar hebben we de afgelopen periode gezamenlijk geconstateerd dat het zonde is om dergelijke initiatieven niet breder op te pakken. Hieronder volgt een uitleg van eerste ervaringen van de samenwerking.

### Wat is onplanbare nachtzorg?

Goede nachtrust is belangrijk voor veerkracht en zelfredzaamheid overdag. Het kan echter voorkomen dat tussen 23.00 uur 's avonds en 7.00 uur 's ochtends tijdelijke, incidentele zorg nodig is die absoluut niet kan wachten tot de volgende dag (denk aan hulp na valincidenten of katheter-problemen).

In Arnhem en omgeving wordt de verpleegkundige nachtzorg (zorg die niet kan wachten tot de volgende dag) op twee routes verzorgd. De medewerkers werken op de verschillende routes met elkaar samen wanneer nodig, bijvoorbeeld bij assistentie om iemand na een valincident weer in bed te leggen.

*"Werken in de zorg doen wij met gevoel. Wij doen er alles aan om ook in de nachten de juiste zorg te leveren. Wij zijn er trots op dat we dit met het team kunnen organiseren."*

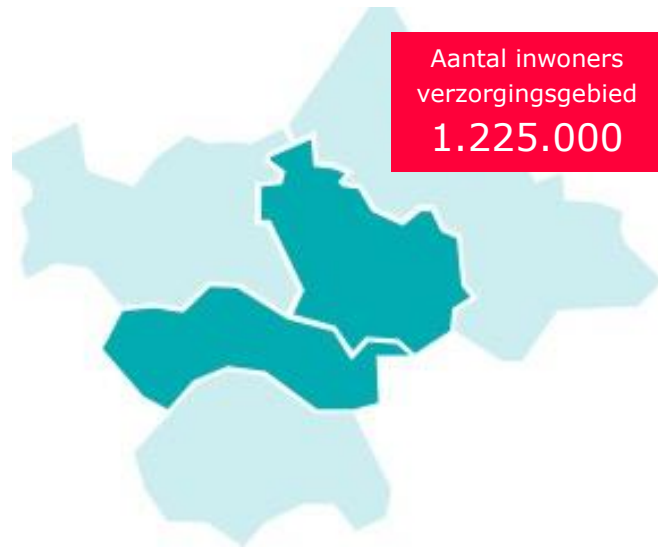
**Nancy,**  
**verpleegkundige team regionale nachtzorg**

### Hoe werkt het team?

De meldkamer kan contact opnemen met verpleegkundige (nacht)zorg Arnhem en omgeving. Zij nemen de melding aan, beschouwen in overleg met de melder of zij de juiste zorg kunnen leveren en laten dan weten of zij ter plaatse gaan. Het team kan zelfstandig verpleegkundige handelingen uitvoeren zonder uitvoeringsverzoek, zoals blaasspoeling, oplossen van problemen met

# Regio Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid

Aantal inwoners  
verzorgingsgebied  
**1.225.000**



blaaskatheters/urineopvangzakken, toedienen van medicatie (alleen oraal, rectaal of vernevelen), stomazorg en acute wondzorg. Het kan ook voorkomen dat er handelingen uitgevoerd moeten worden met uitvoeringsverzoek (bijvoorbeeld Maagsonde of blaaskatheter inbrengen, morfine en dormicum toedienen. In dat geval stemt het team af met de HAP. Er zijn ook handelingen die Verpleegkundige Nachtzorg regio Arnhem e.o. niet uitvoert: intraveneus injecteren, infuusbehandeling/systemen (wel bij storingen), venapunctie, ascites drainage spoeling en verzorging huisarts, maaghevel.

*“De samenwerking met ongeplande nachtzorg werkt erg prettig. Er is veel kennis en kunde aanwezig in het team. Hierdoor zijn we gezamenlijk beter in staat om de juiste zorg te leveren.”*

**Triagisten Lieke en Sharon, HAP Arnhem**

## De eerste ervaringen

+

Door samen te werken is verpleegkundige nachtzorg voor alle cliënten in het werkgebied beschikbaar en kunnen de verpleegkundigen sneller bij de mensen thuis zijn. Voorheen had elke thuiszorgaanbieder een team dat 's nachts beschikbaar moest zijn om zorg te leveren. Nu werkt het team over de verschillende organisaties heen. Het team ziet daardoor ook meer cliënten per nacht, dat is voor de medewerker ook motiverender en leuker dan slechts een enkele patiënt per nacht te zien.

+

Met andere betrokken hulporganisaties zoals de Huisartsenpost, SEH en de ambulancedienst wordt actief samengewerkt. Dit zorgt voor snel en gericht contact en inzet van de juiste zorgverlener.

-

Voor de medewerker is het raadplegen en registreren van informatie niet altijd eenvoudig, er wordt niet gewerkt met één eenduidig systeem maar met de verschillende systemen van de zorgaanbieders. Het kan dan even zoeken zijn waar je informatie in het dossier kan vinden.

## Blik op de toekomst

- In 2021 dienen alle regio's de regionale nachtzorg te hebben georganiseerd. Zoals eerder beschreven zijn wij erg op tijd gestart met het organiseren en vormgeven in onze regio. We zijn daarmee echt een koploper en hebben daardoor opgedane ervaring in onze regio, maar ook daarbuiten, kunnen delen met anderen.
- Vanuit het pilot-project Zorgcoördinatie leggen we nu verbinding met de (acute) thuiszorgaanbieders in de regio Ede, Nijmegen en Tiel. Het doel is om te onderzoeken of (en hoe) de bovenstaande ervaringen ook ingezet kunnen worden in die subregio's.

## Regio Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid



*"Het team verpleegkundige nachtzorg is bij bepaalde zorgvragen echt een uitkomst. Op onze meldkamer ambulancezorg komen er verschillende zorgvragen binnen waarbij de inzet van Ambulancezorg niet altijd de juiste zorginzet is. Nu we in samenwerking en afstemming ook een beroep op de acute thuiszorg kunnen doen, kunnen we samen zorgen voor de juiste zorginzet. Zo krijgt de patiënt de best passende zorg en zorgen we er zo samen voor dat de acute ambulancezorg zoveel mogelijk inzetbaar blijft voor hoog urgente ambulancezorg-vragen.*

**Marianne,**  
**verpleegkundig centralist Meldkamer Ambulancezorg Arnhem-Nijmegen**

Aantal inwoners  
verzorgingsgebied  
400.000

## Van perspectief naar realisatie, het kan!

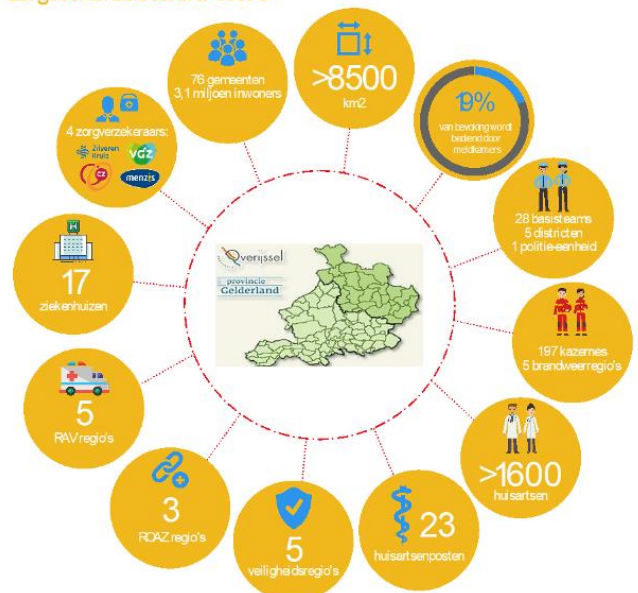
De pilot in IJsselland kent een lange historie. Al ver voor de start van de landelijke pilots vonden de HAP Medrie locatie Zwolle (plek triagepost in Zwolle) en Hardenberg elkaar in visie en initiatief. Dat heeft geholpen om ook echt in actie te komen. Wijkzorg en GGZ sloten snel aan. Met de ziekenhuizen vindt er afstemming plaats. IJsselland stemde ook af met de andere RAV's binnen de geografisch grootste (LMS) regio in Nederland, namelijk Oost-Nederland. De focus ligt weliswaar op realisatie van zorgcoördinatie maar de wettelijke taken die voortvloeien uit de wijzigingen van de Politiewet, artikel 25b moeten zijn geborgd.

De ambulancezorg heeft ook andere wettelijke taken die met name voortvloeien uit de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dat wordt in meldkamerland nog wel eens vergeten. Als dé (mobiele) ketenpartner in het (acute) zorgdomein liggen daar tal van uitdagingen.

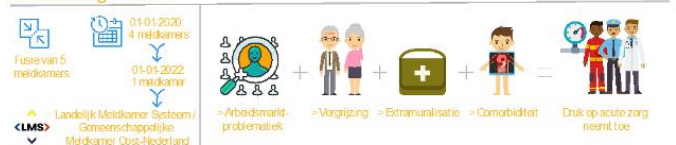
Wat is er bereikt de afgelopen periode?

- Vaststellen van een koersnotitie (basis op orde, intensiveren, uitbouwen)
- Ontwikkelen van gezamenlijke herhuisvestingsplannen (verbouwing Medrie) en afspraken over gezamenlijke investeringen
- Doorontwikkelen van de PICA-functie (zie folder)
- Ontwikkelen van en afspraken over inhoud 112-proces
  - Afstemming met inspectie over het (112-)trialogproces (vaststellen toestandsbeeld, de urgentie en inzet van zorg). De dispatch (koppeling auto aan een op de meldkamer bepaalde zorginzet) kan op ZCC, is een logistieke, uitvoerende taak, waarbij aandacht moet zijn voor randvoorwaarden zoals bijvoorbeeld ICT en communicatiesystemen.

### Zorgcoördinatiecentra Oost 5



### Ontwikkelingen Oost 5





Aantal inwoners  
verzorgingsgebied  
400.000

- Naast een solide triageproces om voor de patiënt de juiste inzet van zorg te bepalen met zo min mogelijk doorverwijzing van de patiënt en overdrachtsmomenten kan gaandeweg ervaring worden opgedaan welke indicaties zich lenen voor zorgcoördinatie.
- Ontwikkelen van één Oost-5 aannameteam 112-meldingen
- Ontwikkelen van scholing voor ZCC-centralisten ambulancezorg in samenwerking met METS Center, Ambulance Oost en RAVU. De opleiding is modulair, op basis van o.a. EPA's, bevat simulatie onderwijs ook in de eigen regio, instroom is (veel) sneller inzetbaar, de doorontwikkeling naar functie 112 aanname mogelijk, bredere instroommogelijkheden voor verpleegkundigen en doktersassistenten (allebei minimaal mbo 4), af te stemmen op functies van andere ketenpartners). Op 1 februari start een eerste groep medewerkers met de opleiding.
- Introductie van Push to Talk vanwege ontbreken beschikbaarheid C2000 op locatie van het ZCC
  - Communicatie loopt via dezelfde structuur als C2000
  - Eén apparaat per medewerker met een veelvoud aan mogelijkheden
  - Dispatch vanuit het ZCC
  - Eigen infrastructuur
  - Eigen gespreksgroepenstructuur
  - Gebruik internationale standaard vergelijkbaar met opvolger C2000
  - Audioconnect met C2000
  - Wijkzorg en GGZ zeer geïnteresseerd

## PICA

*Helderheid in een wirwar van informatie*

\*De 1-1-2 lijn blijft rinkelen: er komt steeds meer informatie over het incident binnen  
\*De OvDG vraagt om 3 extra ambulances, naast de 5 die al zijn ingezet  
\*Ondertussen hangt de ACGZ aan de lijn met specifieke vragen over de omgeving, maar de incidentcentralist heeft nog geen tijd gehad zich hierin te verdiepen  
\*De CaCo meldt dat bewoners van een woonzorgcentrum last van de rook hebben  
\*De traumahelikopter meldt zijn verwachte aankomsttijd  
\*Een centralist krijgt een 1-1-2 melding over toename van de brand  
\*Er staan 6 C2000 oproepen in de wacht van ingezette ambulances  
\*Hoeveel patiënten kunnen eigenlijk op de SEH van het ziekenhuis terecht?  
\*Een beller geeft aan dat hij beelden heeft van de brandstichter, een medewerker van het woonzorgcentrum heeft een overzicht van personen die niet zelfstandig kunnen lopen.

**Kortom...**  
Langzamerhand zie je een wirwar aan informatielijnen ontstaan. De CaCo en HIN zitten dringend op informatie te wachten...

Wie heeft nog een compleet en relevant overzicht en kan daarmee onder andere de incidentcentralist ondersteunen? Wie schetst een gestroomlijnd zorgbeeld dat voortdurend actueel en voor alle betrokkenen beschikbaar is?

Een PICA!



Aantal inwoners  
verzorgingsgebied  
400.000

## Wat moet er nog gebeuren?

De afhankelijkheid van LMS is nog groot. Er is weliswaar medewerking tijdens de pilotperiode maar besluitvorming over de periode daarna blijft uit en blijkt een politiek besluit. Dit gijzelt de voortgang en kost veel negatieve energie. Tot op heden leunt het gehele ambulanceproces op systemen die exclusief door LMS geleverd worden. Daar onafhankelijker van worden zonder dat dat ten koste gaat van multidisciplinaire samenwerking, kost tijd. Dat moet wel worden gegund! Met Push to Talk wordt een eerste stap gezet. De transitie GMS naar NMS zal in het licht van veranderingen nog eens nader moeten worden beschouwd. Voor arbitrage, telefoonlijnen en GIS zijn vast alternatieven te bedenken. Medewerkers zijn onzekerheid en onduidelijkheid beu. Er zijn afspraken gemaakt over verdeling van werk (112 én zorgcoördinatie), de meesten kiezen voor 50/50. Tijdens de veranderingen blijft 'de winkel open' en dat vraagt bijna niet op te brengen geduld en vertrouwen. Er vallen mensen af maar er blijven gelukkig gemotiveerde mensen over. Er gloort weer licht aan de horizon door nieuwe instroom.

Financiering is onduidelijk. Dit traject kent risico's waar de eenmalige risico's door Ambulance IJsselland worden genomen. De structurele lasten zullen echter opgelost moeten worden.

Verzekeraars geven terecht geen blanco check. Structurele kosten zijn nog onvoldoende inzichtelijk omdat LMS in twijfel trekt welke kosten in de macrodekking (overhevelen middelen tussen de ministeries) zijn gedekt. Overigens blijken

verzekeraars geen enkele invloed te hebben op levering en bekostiging en financiering van meldkamerapparatuur die via LMS geleverd moet worden.

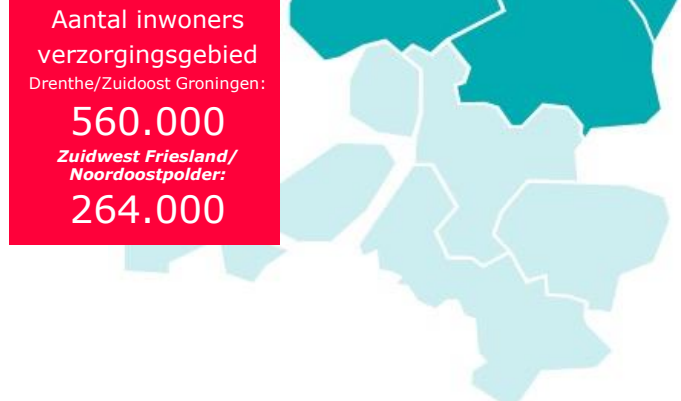
Een referentiekader voor de meldkamer (aantal bezette meldtafels) is in ontwikkeling maar nog niet beschikbaar. Daarmee is nog niet op eenduidige wijze vastgesteld waar de minimale bezetting van een meldkamer aan moet voldoen. Dat maakt het ingewikkeld om te beoordelen of ZCC én 112 een duurder concept is dan één MKA. Onze stelling is: dat zou niet zo moeten zijn, hooguit voor een korte periode. Samenwerking moet naast kwalitatieve ook financiële voordelen opleveren!

Met de verandering van het acute zorglandschap staat de politiek ook voor ingewikkelde keuzes. Stel je kaders en eis je uniformering dan slaat het creativiteit en slagkracht dood. Zijn er formuleringen denkbaar waarin dit soort ontwikkelingen worden gesteund, gemonitord en als 'Good practices' worden beschouwd? We snakken naar support en waardering, accepteren financiële kaders en vragen ruimte om te ontwikkelen en te innoveren. Daar hebben patiënten belang bij: allemaal naast elkaar in plaats van met elkaar is niet meer lang houdbaar.



## Regio Noord-Nederland

# Vizier op vooruit in Noord-Nederland



Aantal inwoners  
verzorgingsgebied  
Drenthe/Zuidoost Groningen:

560.000

Zuidwest Friesland/  
Noordoostpolder:

264.000

**We zijn tevreden met de stappen die we zetten binnen de pilot Zorgcoördinatie. We zijn onder andere voor de zomer begonnen met het uitwerken van twee patiëntreizen waarvan één al een adviesnota met concrete vervolgstappen heeft opgeleverd. Graag nemen we je mee in de vorderingen die we hebben gemaakt.**

### Patiëntreis HGNLT

In Friesland is uitvoerig gesproken over het onderwerp 'Het gaat niet langer thuis (HGNLT)' bij kwetsbare ouderen. Gezamenlijk hebben alle betrokken zorgorganisaties – ketenbreed – beschreven wat de huidige situatie in hun werk is rondom dit onderwerp, wat hierin verbeterd kan worden en hoe dat zou kunnen worden opgepakt. De afdronk van deze laagdrempelige en collectieve aanpak is positief. "We voelen ons gehoord" en "wat fijn om van elkaar te weten hoe de ander te werk gaat" waren twee uitspraken die tekenend zijn voor de dynamiek in deze groep. Zoals genoemd was het resultaat een adviesrapport met daarin regiobrede aanbevelingen en kleine verbeteringen die elke zorgorganisatie zelf intern kan oppakken. Eén van de acties die uitvoering krijgt, is samen met het ELV/GRZ-coördinatiepunt werken aan de inrichting van een ELV-triagepunt in de avond-, nacht- en weekenduren (kortdurend eerstelijns verblijf). Dit is een knelpunt dat in alle Noordelijke provincies herkenbaar is. De insteek is om dit onderwerp voor alle aangesloten partners in Friesland te gaan vergemakkelijken.

### Samenwerkingsconvenant

Een regiobrede stap die we na HGNLT ook maken, is het samenstellen van een samenwerkingsconvenant met daarin werkafspraken. Uit het adviesrapport kwam naar voren dat dit als belangrijk instrument wordt gezien om als zorgpartners op een laagdrempelige manier met elkaar te kunnen samenwerken. Je kunt hierbij denken aan afspraken als: hoe verwijzen we door, welke informatie hebben we van elkaar nodig en wie is op welk moment (medisch) verantwoordelijk. AZNN faciliteert en ondersteunt de zorgorganisaties bij de totstandkoming van het convenant.

Sinds kort is er samenwerking tussen Pilot Zorgcoördinatie en [Samen Zorg Assen \(SZA\)](#). Het netwerk SZA is sinds 2018 actief en richt zich op verbinding van de zorg in de regio. Een ambitie waarmee de Pilot Zorgcoördinatie zich verwant voelt. Een stap naar samenwerking was daarom logisch. Gezamenlijk werken we aan de ingangsklacht 'vallen'. Margreeth van der Beek is manager Behandeldienst en revalidatie bij Interzorg – één van de deelnemers aan SZA en tevens voorzitter van de kerngroep. [In een interview](#) licht Margreeth toe wat de waarde van deze samenwerking is.

## Regio Noord-Nederland

Aantal inwoners  
verzorgingsgebied  
Drenthe/Zuidoost Groningen:

**560.000**

Zuidwest Friesland/  
Noordoostpolder:

**264.000**

### Meetbaar maken

Meetbaar maken van de resultaten wordt gaandeweg deze pilot steeds belangrijker. Voor onszelf om te zien welke vorderingen we maken maar onder andere ook voor de zorgverzekeraars die de ontwikkelingen en lessons learned vanuit de pilot nauw volgen. Bureau IG&H ondersteunt hierbij zodat we in Nederland ook tot gegevens komen die met elkaar te vergelijken zijn.

### Tot slot

We maken vorderingen waarbij de één groter is dan de ander. Soms gaat het net even anders dan gedacht en ook dat hoort bij een pilot. Conclusie: we stappen door want ons vizier staat op vooruit!





## Zorgcoördinatie vanaf de meldkamer

### **Zorgcoördinatiecentrum Rotterdam-Rijnmond (ZCC RR) Successen, tegenslagen en vooruitzichten van de pilot**

#### **Kwartaal 3 en vooruit**

Langzamerhand komt het ZCC RR meer in lijn met hoe we het ZCC voor ogen hebben. We staan in de startblokken voor de laatste fase. Om die reden kijken we in dit artikel zowel terug op de afgelopen periode, als vooruit naar dat wat nog komen gaat.

Van eind september tot eind november had de pilot een flinke klap te verduren: in verband met personeelsuitval en -krapte bij een aantal partners, moesten de deuren van het ZCC tijdelijk gesloten blijven. Juist op een moment dat er steeds meer samensmelting plaatsvond tussen de acute zorgpartners en zij elkaar ook steeds beter wisten te vinden.

De sluiting van het ZCC is uiteindelijk in positieve zin benut, door de pilot na de sluiting te kunnen hervatten op de meldkamer ambulancezorg (MKA). Dit was altijd al de bedoeling. Echter moest de pilot zich onverwacht aanpassen, omdat de douane bij de MKA introk en omdat er coronamaatregelen golden. Per december wordt de pilot dus hervat maar dit keer op de MKA zelf en niet meer in een nabijgelegen ruimte. Voordeel: deelnemende partners kunnen dan nog beter op elkaars (acute) zorgvraag inspringen, doordat de lijnen letterlijk en figuurlijk korter worden.

De komst van nieuwe zorgpaden verbreedt ook de handelingsperspectieven. Tussen HAP en VVT zijn deze paden vrij vlot van de grond gekomen. Tussen MKA en HAP (en VVT/GGZ) is dit een grotere uitdaging. De reden hiervoor is dat het meldkamersysteem (ProQA) gebruikmaakt van landelijk vastgestelde paden. Het vergt relatief veel tijd om dit binnen de beperkte duur van de pilot om te buigen. Voor het succes van de pilot zien we dat hierin nog veel winst te behalen valt, dus dit blijft een belangrijk thema.

Een ander punt van aandacht blijft het op gedegen wijze meten en inzichtelijk maken van de zorgverschuiving. Zorgprofessionals ervaren de meerwaarde en we kunnen de verschuiving ook wel enigszins inzichtelijk maken, maar we merken ook dat er veel factoren zijn buiten het ZCC die e.e.a. beïnvloeden. We zetten daarom in op het turven van casuïstiek om de verschuiving zo goed mogelijk inzichtelijk te maken (lees: ervaren toegevoegde waarde van het ZCC).

Tot slot zien we dat de coalitie binnen de pilot groeit en deelnemers enthousiast zijn. Recent is ook de VVT van de Zuid-Hollandse eilanden aangesloten op de pilot (CuraMare en Careyn). Alles staat nu zoals aanvankelijk bedacht. De komende maanden moet het zich gaan bewijzen.

## Een jaar Zorgcoördinatie Twente. Een terugblik naar hoe het begon en de lessons learned.

**In oktober 2020 zijn wij in Twente gestart met de pilot zorgcoördinatie. Vanaf dat moment zaten de triagisten en centralisten van Huisartsenpost SHT, Zorgcentrale VVT Livio, GGZ Mediant en Ambulance Oost gezamenlijk in één triagecentrum op de locatie van de HAP. De functies waar het zorgcoördinatiecentrum zich op focust zijn: passende zorginzet en triage.**

### Lange aanloopfase

Voordat de pilot zover was om daadwerkelijk te starten is er door de projectgroep flink wat voorbereidend werk verzet.

In de voorbereiding van de pilot is uitvoerig aandacht besteed aan mogelijke casuïstiek die geschikt is voor het zorgcoördinatiecentrum. Samen hebben we zorgpaden gemaakt op basis van ingangsklachten. Hierin is met behulp van de NTS-triage methodiek beschreven in welke situaties overleg wenselijk is. Deze paden zijn in overleg met de huisartsen, specialisten en medisch managers ambulancezorg tot stand gekomen.

Daarnaast hebben we voor iedere organisatie werkprocessen ontwikkeld. Iedere partner heeft een eigen werkproces waarin omschreven is hoe op een verantwoorde manier een patiëntcasus overgedragen kan worden aan een collega op het zorgcoördinatiecentrum.

Het doel van de zorgpaden en de werkprocessen is om de medewerkers handvatten te geven om de samenwerking met de partners op te zoeken. Maar alleen uitwerking op papier is niet voldoende, het draait er immers om dat de partners elkaar en

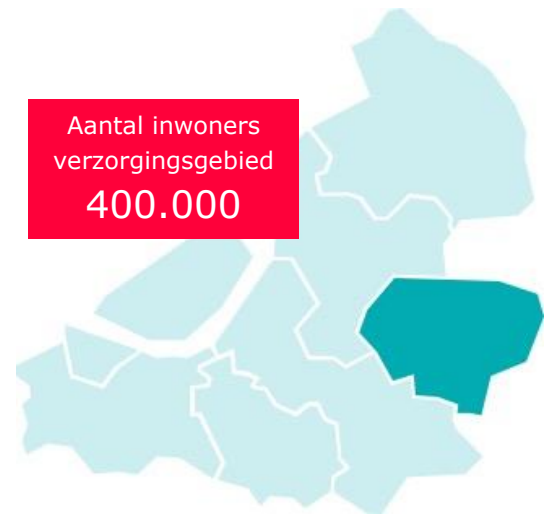
elkaars werk beter leren kennen. Daarom zijn er aanvullende kennissessies gehouden. Alle medewerkers werden uitgenodigd voor een bijeenkomst. Het doel; informatie krijgen over zorgcoördinatie maar vooral je nieuwe collega's beter leren kennen.

### Pilot nu en lessons learned

Het fundament voor een vliegende start was gelegd. De werkplekken waren gereed en de medewerkers waren enthousiast om de pilot te starten. Ondanks de start in coronatijd en alle maatregelen hebben we er een feestelijke opening van weten te maken.

Nu een jaar later hebben we zeker ook al wat lessen opgedaan.

COVID heeft een negatieve impact op personeelsgebied en heeft op organisatieniveau ook voor een turbulente start gezorgd. De effecten daarvan zijn nog steeds merkbaar. Helaas is het niet altijd mogelijk om het ZCC te bemensen zoals we dat bij de start met elkaar hadden afgesproken. Wanneer de partners fysiek samen zitten wordt er meer samengewerkt. Dat zijn ook de momenten dat de meerwaarde van zorgcoördinatie ervaren wordt door de medewerkers.



Wel hebben we gemerkt dat het belangrijk is om kleine successen te vieren. De partners werken veel meer samen dan voorheen en weten elkaar beter te vinden. Het blijft een uitdaging om dit goed weer te geven in kwantitatieve data, omdat ze juist de meerwaarde halen uit de laagdrempelige overlegmomentjes. Een uitdaging voor de aankomende periode is om de dataregistratie beter aan te laten sluiten op de ervaren meerwaarde.

Medewerkers geven aan dat ook het beter leren kennen van elkaar nog steeds een speerpunt is. Onvoldoende bemensing zorgt er ook voor dat het leren kennen van elkaar en elkaars werkprocessen (wat voornamelijk in de praktijk gebeurt) lastiger is. Dat vraagt dus om aanvullende acties. Vanuit de medewerkers komen goede ideeën zoals stagelopen en aanvullende scholing. Op dit moment wordt bij de medewerkers opgehaald wat zij graag van andere partijen willen weten en wat andere partijen van hen zouden moeten weten. Om zo doeltreffende acties in te kunnen zetten.



# Regio Zorg Coördinatie Centrum Midden- Nederland



## ZCC Midden-Nederland: samen voor de juiste zorg op de juiste plek!

**Door de groeiende en steeds complexer wordende vraag naar zorg en tegelijkertijd de toename van personeelskrapte staat ook de ROAZ regio Midden-Nederland voor grote uitdagingen. Inmiddels coördineren we binnen het ZCC Midden-Nederland (ZCC-MNL) alweer ruim een jaar zorg met elkaar. Wat betreft het creëren van één loket voor de verwijzer hebben we mooie resultaten geboekt én is de toegevoegde waarde ook kwantificeerbaar. Tegelijkertijd is de ambitie om samen toe te werken naar één loket voor de patiënt een grote uitdaging.**

### Eén loket voor de verwijzer

Sinds de COVID-crisis (april 2020) wordt vanuit het ZCC-MNL invulling gegeven aan zorgcoördinatie t.b.v. tijdelijk verblijf bedden op hiertoe aangewezen COVID cohort locaties voor de gehele ROAZ regio MNL. Op dit moment neemt het aantal aanvragen voor deze bedden helaas weer fors toe. Juist nu is het fijn dat het proces al is ingericht én dat een team zorgbemiddelaars 7 dagen / week beschikbaar is op het ZCC-MNL (doordeweeks ook in de avonden) om invulling te kunnen geven aan zorgcoördinatie in tijden van crisis!

Op dit moment is in de ROAZ regio MNL ook sprake van een geboortegolf, waardoor een crisissituatie is ontstaan i.v.m. beperkt beschikbare capaciteit qua verloskunde-bedden. Vanuit de één loket gedachte voor de zorgprofessional is het ZCC-MNL door het Traumazorgnetwerk MNL gevraagd ook zorgcoördinatie rondom geboortezorg op te pakken. Concreet betekent dit dat verloskundigen en

gynaecologen het ZCC bellen als zij op zoek zijn naar een verloskunde-bed in de regio. De zorgprofessionals op het ZCC hebben inzicht in de totaal beschikbare capaciteit.

Qua reguliere zorg is het ZCC-MNL als één loket voor de verwijzer inmiddels ook stevig verankerd binnen onze regio. Vanaf juni 2020 is de coördinatiefunctie tijdelijk verblijf regio Utrecht van start gegaan. Bij deze samenwerking zijn 17 V&V-zorgaanbieders aangesloten.

Klanttevredenheidsonderzoek toont aan dat zowel wat betreft de verwijzers - huisartsen en SEH-zorgprofessionals - als de V&V-zorgaanbieders deze nieuwe dienst waarde toevoegt in onze regio wat betreft het gezamenlijk organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Vanuit dit samenwerkingsverband zijn we aan het verkennen of het meerwaarde heeft in 2022 ook zorgcoördinatie t.b.v. direct in te zetten wijkverpleging te organiseren.

# Regio

## Zorg Coördinatie Centrum Midden- Nederland



### Eén loket voor de patiënt

De komst van COVID zorgde wat betreft het ZCC-MNL voor een enorm snelle opstart. Er werden op locatie ZCC-MNL veilige werkplekken gecreëerd voor zorgprofessionals van de acute huisartsenzorg (HAP Eemland), acute psychiatrie (GGZ Altrecht), ambulancezorg (RAVU) en de samenwerking zorgcoördinatie tijdelijk verblijf. Maar met 'samen zitten' ben je er nog niet. Om goed te kunnen 'samen werken' is begeleiding nodig op locatie, het gezamenlijk herinrichten van mono en multidisciplinaire processen en een bijbehorende ondersteuning qua ICT (Topicus traject).

Om samen stappen vooruit te zetten op het gebied van multidisciplinaire samenwerking op locatie ZCC-MNL zijn dit jaar diverse projecten & activiteiten opgestart, waarbij juist ook zorgprofessionals aan tafel zaten. In de zomerperiode is er echter een forse rem op deze ontwikkeling gezet. Doordat de personeelskrapte zo nijpend werd, heeft HAP Eemland het besluit genomen tijdelijk niet op locatie ZCC te werken. Tegelijkertijd hebben twee andere HAP's juist door deze nijpende situatie hun interesse geuit om alsnog aan te sluiten bij het ZCC-MNL.

Door deze ontwikkelingen en de wens om het huidige ZCC-MNL concept samen tegen het licht te houden, hebben we kortgesloten een herijkingsfase in te lassen. We gaan samen op basis van een uitgevoerde evaluatie en geschetste toekomstscenario's een concreet beeld schetsen van

hoe we samen verder willen. Hierbij wordt veel aandacht besteed aan HR. Inspelend op de personeelskrapte zijn we als partners in gesprek hoe we onze krachten nog meer kunnen bundelen. Wat betreft samenwerken rondom werving en opleiding van ZCC-zorgprofessionals is wel al een mooie eerste stap in de gewenste richting gezet:

Rianne volgt de opleiding tot triagist acute huisartsenzorg. "Toen ik merkte dat de werkdruk bij onze ZCC collega's van acute huisartsenzorg heel hoog lag, voelde ik: ik wil te hulp kunnen schieten." Afgelopen tijd werden HAP's soms overspoeld met telefoontjes. "Ik weet dat dit heel frustrerend kan zijn. Je wilt cliënten zo snel mogelijk helpen." Na het afronden van de opleiding kan Rianne straks meehelpen triëren. "Zorgbemiddeling is uiteraard mijn eerste job, maar is er tijd over dan kunnen we meedraaien." Opgeleide zorgbemiddelaars met een certificaat doen straks niet mee aan het telefooncarroussel, maar kunnen zelf een telefoontje kiezen en die aannemen. Rianne heeft enorm veel zin om aan de slag te gaan. "Ik heb nu al zulke leuke reacties gekregen, ook regieartsen zijn onwijs enthousiast. Wat mij betreft een goede boost voor het ZCC: we doen het samen."



## COVID-19 vertraagt wederom pilotfase!

### COVID-19 vertraagt wederom de pilotfase!

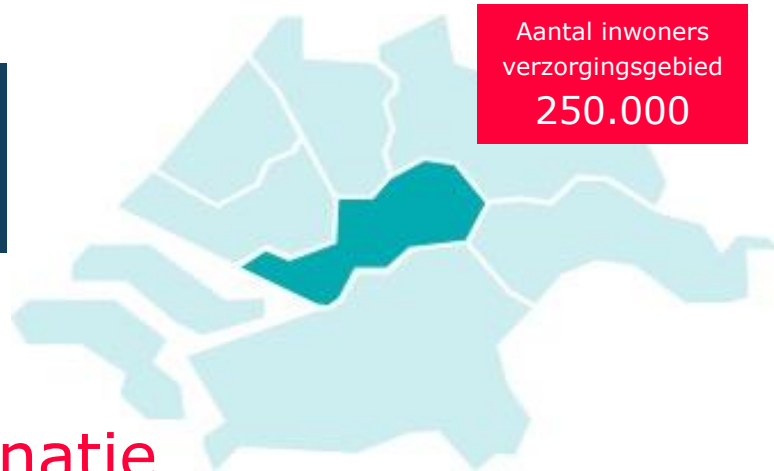
**De ketenpartners die betrokken zijn in de pilotregio Zuid-Holland Noord hebben vanaf de start van de pilot een rommelige periode gekend. Sinds eind juli zijn alle betrokken partijen gezamenlijk actief in het ZCC te Leiderdorp. Nu zij in aanloop zijn naar informatie- en casuïstiekdeling gooit corona wederom roet in het eten!**

### Lange aanloopfase

De COVID-periode gooide aardig wat roet in het eten om de pilot in deze regio van de grond te krijgen. Na inhuizing van de RAV-triagisten bij de medewerkers van de HAP moest al gauw onderbroken worden, omdat er te veel mensen in een te kleine ruimte met elkaar moesten werken. De oplopende drukte in het kader van patiëntzorg bij alle partijen maakte dat er geen ruimte over bleef voor implementatie van de ZCC-processen. Na een verlate start van de VVT-triagist aan het begin van 2021 en vervolgens een flinke kluif om de meldkamerwerkplek voor de RAV-triagist operationeel te krijgen binnen het ZCC, welke gebruikmaakt van de ICT-omgeving van een ziekenhuis zijn alle partijen compleet. Zij zijn alleen nog niet met 3 partijen tegelijkertijd op het ZCC aan het werk.

De VVT werkt in het kader van het REBOZ-project alleen in de nachten, waar het werkaanbod voor de RAV op zijn laagst is op dat moment van de dag.

Per 1 november jl. zijn er fysieke werkplekken gereed om met alle drie de partijen in de nacht op 1 centrum de werkzaamheden te kunnen uitvoeren en meer zicht te krijgen op elkaars zorgvragen, maar wederom vertraagt de coronaperiode de verdere stappen. Onder andere de geplande diensten voor de RAV-triagist moeten zo nu en dan ingetrokken worden, omdat zij binnen de rijdienst van de RAV hard nodig zijn voor het leveren van COVID-zorg en daarnaast geven de huidige coronamaatregelen en de 1.5 meter verplichting uitdagingen voor het fysiek bij elkaar zitten...



## Proeftuin zorgcoördinatie

### Proeftuin Zuid-Holland Zuid afgerond

Inmiddels is de proeftuin Zuid-Holland Zuid (ZHZ) afgerond. Deze heeft 14 maanden geduurd. In die 14 maanden heeft de Rapid HAG een gedegen plek verworven op de HAP Drechtsteden (Drechtdokters), maar niet zonder constant veel van en met elkaar te leren, bij te sturen en scherp te blijven. In de tweede nieuwsbrief is al het een en ander toegelicht wat de Rapid HAG teweeg heeft gebracht op de HAP. De inzet van een aanvullende gespecialiseerde ambulanceprofessional, de Rapid HAG, heeft een meerwaarde in de regio ZHZ. Het leidt tot meer onderling begrip tussen de verschillende ketenpartners in de spoedzorgketen en betere coördinatie van acute zorgvragen. Evenwel, is er ook nog winst te behalen binnen de samenwerking tussen de verschillende ketenpartners. De ervaringen van de Rapid HAG's laten zich omschrijven als divers; sommige Rapid HAG's zijn positief gestemd over de proeftuin, maar er zijn ook Rapid HAG's die aangeven dat zij nog onvoldoende worden betrokken op de HAP en dat zij meer samenwerking met de regiearts willen over hun inzetbaarheid als Rapid HAG. De regieartsen

omarmen de komst van de Rapid HAG en kunnen de Rapid HAG niet meer wegdenken van de HAP. Vanuit de regieartsen is ook behoefte aan meer samenwerking: onder meer door elkaar beter te leren kennen en een duidelijker beleid te hebben over de indicatiestelling en inzet van de Rapid HAG.

### Toekomst

De proeftuinperiode liep 31 oktober af en momenteel vinden er gesprekken plaats tussen de ketenpartners om te inventariseren of de Rapid HAG een structurele plaats kan krijgen in de regio ZHZ, maar daarvoor moeten eerst alle ketenpartners wederom met elkaar aan tafel. Daarnaast is het Nivel momenteel bezig met de eindrapportage van de proeftuin ZHZ. Het Nivel monitort deze proeftuin aan de hand van ritgegevens van de ambulances, triagegegevens en gegevens over de zorgverlening. Dit wordt aangevuld door vragenlijsten met patiënten, triagisten, regieartsen en de Rapid HAG's. De eindrapportage zal hoogstwaarschijnlijk begin volgend jaar worden gepubliceerd.



PILOTS REGIONALE ZORGCOÖRDINATIE

# WeMergency:

## actueel nieuws over zorgcoördinatie

---

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

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

## Kort algemeen nieuws

Vorige week heeft de stuurgroep van het programma pilots zorgcoördinatie de tussenrapportage van het programma gepubliceerd. Doel van de rapportage is inzicht geven in de status van het programma, inclusief de opgedane inzichten en uitdagingen. Daarnaast brengt de rapportage in kaart welke randvoorwaarden gezamenlijk op orde gebracht moeten worden, om zorgcoördinatie structureel in te kunnen bedden in het (acute) zorglandschap. De rapportage biedt mogelijk nieuwe inzichten en aanknopingspunten daar waar het gaat om de vraag 'of en hoe zorgcoördinatie een plek kan krijgen in het (acute) zorglandschap en wat hiervoor nodig is', zowel regionaal als landelijk.

Vragen of opmerkingen aan de stuurgroep, naar aanleiding van de tussenrapportage, kunt u sturen naar [Marijn.Lansink@igh.com](mailto:Marijn.Lansink@igh.com) en/of [Adriaan.Kraal@igh.com](mailto:Adriaan.Kraal@igh.com)

*De stuurgroep van het Programma pilots zorgcoördinatie wordt gevormd door: Bas Leerink (voorzitter, IG&H), Koos Reumer (AZN), Maaïke Schapendonk (ZN), Astrid Scholl (InEen).*

## Colofon

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

### Heeft u vragen naar aanleiding van deze nieuwsbrief?

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

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

