



netwerk
acute zorg

NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

ROAZ-plan

Strategische werkagenda Noord-Holland Noord



COÖPERATIE VGZ

Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.

15 december 2023

Versie 1.0



ROAZ-plan Noord-Holland Noord

Managementsamenvatting

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

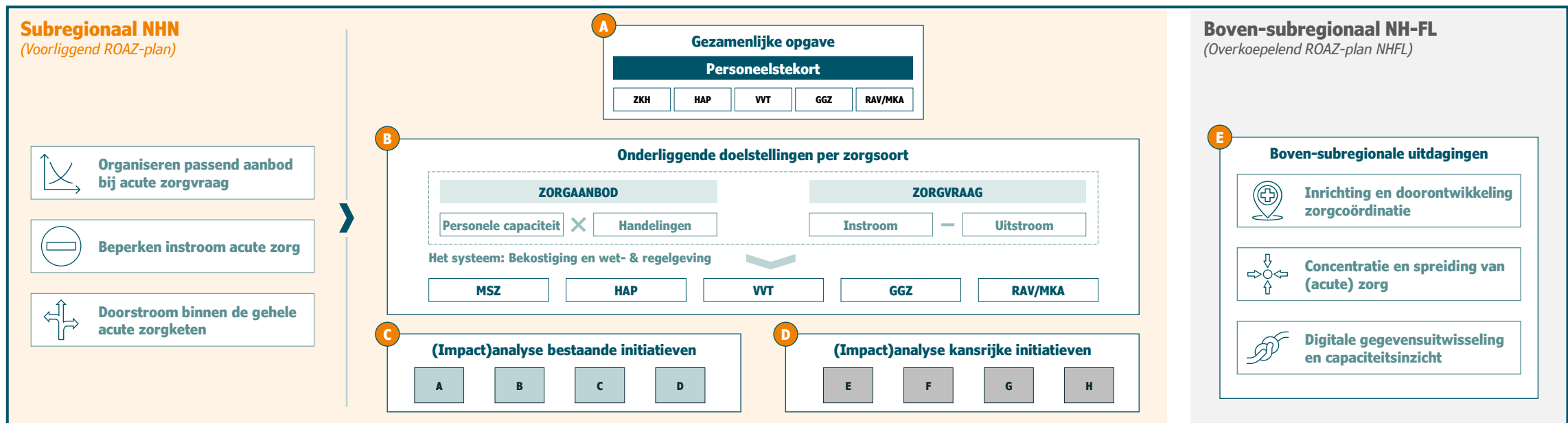
Goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Dat vinden we belangrijk. Voor onszelf, voor onze naasten en voor de samenleving als geheel. De (acute) zorg staat echter onder druk. Als gevolg van toenemende en meer complexere zorgvraag en een afnemende arbeidsmarkt. Als we niets doen dreigt de zorg vast te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

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

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



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



ROAZ-plan Noord-Holland Noord

Managementsamenvatting

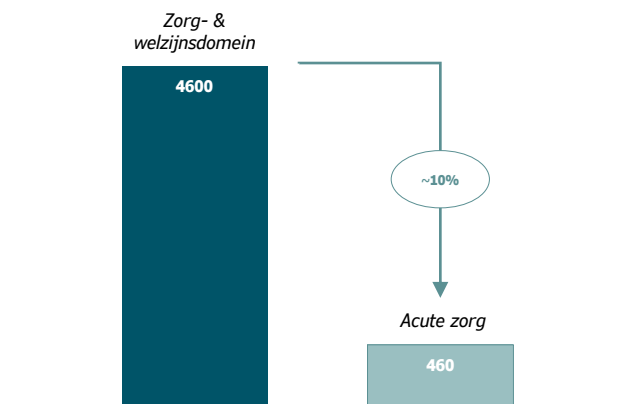


A **Personeelstekort is de gemeenschappelijke taal om het verschil uit te drukken tussen de zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod. Het adresseren van het verwachte personeelstekort vormt de overkoepelende, gemeenschappelijke opgave van het ROAZ-plan NHN¹.**

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

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

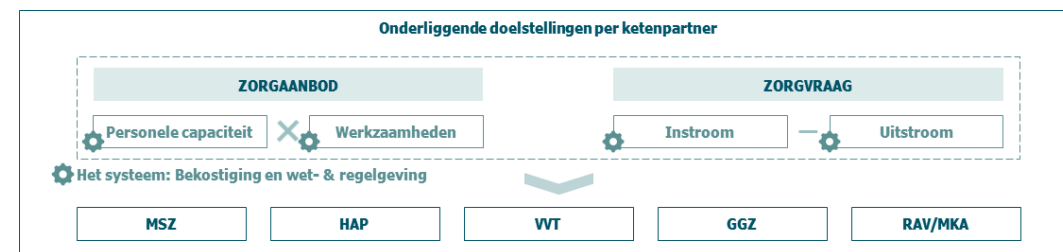
Het doel is niet om tot een perfecte berekening te komen. Het doel is wel om de basis te leggen voor het fundamentele uitgangspunt dat het huidige en toekomstige personeelstekort vraagt om een andere inrichting van de zorg. In andere woorden, het is geen arbeidsmarkt vraagstuk, maar een inrichtingsvraagstuk.



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

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

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



Perspectief zorgaanbod:

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

Perspectief zorgvraag:

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

Perspectief het systeem:

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

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



ROAZ-plan Noord-Holland Noord

Managementsamenvatting

C D

Bestaande initiatieven

Potentiele initiatieven

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

-50%

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

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

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

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

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

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



**netwerk
acute zorg**
NOORD-HOLLAND
FLEVOLAND

ROAZ-plan

Strategische werkagenda Noord-Holland Noord



COÖPERATIE VGZ
Voorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.

15 december 2023
Versie 1.0

Colofon

Ketenpartners en contactgegevens

Dit document is tot stand gekomen samen met:



GHORNHN



Huisartsenorganisatie
West-Friesland



Contactgegevens

Coördinerend zorgverzekeraar

Naam: René de Koning (VGZ)

Mailadres: R.dekoning@vgz.nl

TAZK Noord-Holland Noord

Naam: Anke Kortenaar (bestuurlijk ambassadeur)

Mailadres: Tazknoord-hollandnoord@vrnhn.nl

Netwerk acute zorg Noord-Holland Flevoland

Naam: Marloes Wessel

Mailadres: naznhfl@amsterdamumc.nl

- De (acute) WT is bij de totstandkoming van dit document vertegenwoordigd door Omring.
- Voor meer informatie over het totstandkomingsproces zie bijlage A
- Voor een overzicht van veelvoorkomende afkortingen zie bijlage F.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	p.9
1. Aanleiding en urgentie	
2. Een gezamenlijke werkagenda	
3. Belangrijkste conclusies ROAZ-beeld	
2. Ambitie en aanpak	p.15
1. Gezamenlijke ambitie	
2. Scope	
3. Bouwstenen	
4. Patiënt- en burgerperspectief	
3. Gezamenlijke opgave en doelstellingen	p.22
1. Het personeelstekort als gezamenlijke opgave	
2. Onderliggende doelstellingen per zorgsoort	
4. Bestaande en potentiële initiatieven	p.29
1. Impact bestaande initiatieven	
2. Impact potentiële initiatieven	
3. Planning en uitvoering	
5. Borging en monitoring	p.35
1. Governance vanaf 2024	
2. Borging komende jaren	
3. Commitment aanbieders	
6. Bijlagen	p.42
A. Totstandkomingsproces	
B. Verdieping onderliggende doelstellingen	
C. Verdieping bestaande initiatieven	
D. Verdieping potentiële initiatieven	
E. Achtergrond PDCA	
F. Lijst met afkortingen	





“

De veiligheidsregio bleek de afgelopen jaren een goed platform te zijn om crises of andere ontwikkelingen in de regio samen met partners aan te pakken. We faciliteren vanuit onze netwerkrol graag de samenwerking tussen ketenpartners. Dit is een belangrijk uitgangspunt waaruit de meerwaarde van de veiligheidsregio blijkt.

Als directeur zie ik het als mijn persoonlijke opdracht om zowel extern als intern te weten wat er leeft en speelt en zichtbaar en benaderbaar te zijn, zodat ik de juiste verbindingen kan maken. Met als doel het borgen van een toegankelijke (acute) zorg voor inwoners van Noord-Holland Noord. Op basis van deze overtuiging vervul ik ook graag de rol van bestuurlijk ambassadeur voor dit ROAZ-plan.

Als bestuurder van de regionale ambulancevoorziening Noord-Holland Noord onderschrijf ik het belang van deze strategische werkagenda.

De stijgende en complexe zorgvraag legt meer druk op de ambulancezorg, maar biedt ook kansen. Waarbij differentiatie van ambulancezorg bijdraagt aan de juiste zorg op de juiste plek. Vanuit de ambulancezorg dragen we dan ook graag bij aan passende oplossingen; we werken tenslotte allemaal aan hetzelfde doel.

*Anke Kortenray, directeur, Veiligheidsregio Noord-Holland Noord
& bestuurder, Regionale Ambulancevoorziening Noord-Holland Noord*

”

1. Inleiding



Aanleiding en urgentie

Toegankelijke, goede en betaalbare zorg vraagt om actie

De zorg in Noord-Holland Noord 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) zorg¹ staat echter onder druk. Als gevolg van toenemende en meer complexere zorgvraag. Als we niets doen dreigt de zorg vast te lopen. In de regio Noord-Holland Noord moet men met elkaar aan de slag om de zorg toekomstbestendig te maken. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgsector, de politiek en de maatschappij.

Perspectief medewerkers

Medewerkers in de zorg verstaan hun vak, zijn goed opgeleid en gemotiveerd. Ze doen hun werk met veel inzet voor de patiënt of cliënt. Maar de werkdruk is vaak te hoog om dit lang vol te kunnen houden. Medewerkers hebben daarnaast te maken met veel administratieve taken. Ook ervaren ze vaak te weinig autonomie in het dagelijkse werk. Dit samen leidt tot een relatief hoog ziekteverzuim en zorgprofessionals die vroegtijdig bij hun werkgever vertrekken. Hierdoor nemen de arbeidsmarktcraptes en de werkdruk nog meer toe. Waardoor zorgaanbod en zorgvraag verder uit balans raken.

Kortom, het borgen van toegankelijke, goede en betaalbare zorg vraagt om actie. Met speciale aandacht voor het medewerkersperspectief.



Druk op de **toegankelijkheid** van de zorg

De vraag naar zorg blijft stijgen. We leven langer en er zijn daardoor steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Er is nu al een tekort aan medewerkers in de zorg. We zien deze tekorten bijna overal: bij huisartsen, specialisten in de ziekenhuizen en in de geestelijke gezondheidszorg. Het gevolg: lange wachtlijsten. En ook in de wijkverpleging en op de spoedeisende-hulpafdelingen van ziekenhuizen is het te druk. Ook de gemeenten staan voor grote uitdagingen. Zij moeten zorgen voor hulp aan kwetsbare mensen. Maar ook daar zijn tekorten. Met als risico dat mensen niet altijd op tijd de zorg krijgen die ze nodig hebben.



Druk op de **betaalbaarheid** van de zorg

Als we niet in actie komen verdrievoudigen de zorgkosten tussen nu en 2060. Dat kan niet én dat willen we niet. We hebben als samenleving immers ook nog andere grote opgaven zoals klimaat, wonen, veiligheid en onderwijs. Wel blijven we de komende jaren meer geld aan de zorg besteden. Dat komt onder andere door de toenemende vraag naar zorg en het gebruik van dure medicijnen, bijvoorbeeld bij de behandeling van kanker. De kosten blijven dus stijgen, maar die stijging moet minder snel gaan dan de huidige trend. Meer geld lost ook niet vanzelf de arbeidstekorten in de zorg op. Op dit moment werkt 1 op de 6 werknemers in Nederland in de zorg. Als we doorgaan zoals nu, zou in 2040 1 op de 4 werknemers in de zorg moeten werken². Dat is (financieel) niet haalbaar. De krapte op de arbeidsmarkt en de betaalbaarheid van de zorg vragen dus om hervormingen.



Druk op de **kwaliteit** van de zorg

Nederland heeft op dit moment een hoogstaande gezondheidszorg, met een breed en fijnmazig aanbod en uitstekend gekwalificeerde en betrokken zorgprofessionals. Toch zien we dat door de toenemende druk op het stelsel en professionals de kwaliteit van zorg steeds verder onder druk komt te staan. Ook is niet alle geleverde zorg aantoonbaar effectief. Dit alles uit zich in het niet (kunnen) halen van kwaliteitsnormen, langere wachttijden en gezondheidsverlies bij patiënten. Tegelijkertijd klinkt het geluid dat door die hoge kwaliteit van zorg, de maatschappij verwachtingen heeft die niet (meer) realistisch zijn. Deze combinatie van factoren maakt dat de transformatie-opgave rondom kwaliteit van zorg tweeledig is. Enerzijds moet de zorg die we leveren effectief zijn en aan de ander kant moet er maatschappelijk een beter begrip komen van wat we van de zorgsector kunnen en mogen verwachten.

1) Zie voor een uitgebreide toelichting op de uitdagingen in de acute zorg in Noord-Holland Noord het [ROAZ-beeld Noord-Holland Noord](#)
2) Ministerie van WVS, [Samenvatting Integraal Zorgakkoord](#)

Aanleiding en urgentie

Domeinoverstijgende samenwerking als sleutel tot succes

De uitdagingen in de zorg waar we als Nederlandse samenleving voor staan, zijn enorm: de kloof tussen vraag en aanbod wordt steeds groter en de uitdagingen manifesteren zich over organisatie- en regiogrenzen heen. Er is vaak sprake van versnippering van zorg en gebrek aan samenwerking, waarbij de burger het overzicht verliest en geen eigen regie ervaart of kan nemen.

Om de acute zorgketen zo te organiseren dat zowel de zorgvraag als het zorgaanbod zo goed mogelijk op elkaar aansluiten, moeten zorgaanbieders nauw met elkaar samenwerken. Lokaal als dat kan en domeinoverstijgend als dat moet. Zo ontstaat er een netwerk van (acute) zorg rondom de patiënt. Ook van zorgverzekeraars, overheidsorganisaties en branchepartijen wordt verwacht dat zij bijdragen om dit systeem van zorg rondom de patiënt mogelijk te maken.

In de praktijk betekent dit dat er anders moet worden gekeken naar het aanbod van zorg. Van een 'oud' systeem, waar onderscheidend vermogen en concurrentie centraal stonden naar een systeem dat voorziet in een (te) hoge acute zorgvraag op basis van samenwerking. We noemen dit ook wel een paradigma shift: een ontwikkeling die ertoe leidt dat we een andere kijk op zaken krijgen.

Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) is een belangrijke stap in deze richting gezet. Het IZA geeft partijen binnen zorg en welzijn de opdracht om gezamenlijk doelstellingen en plannen te formuleren om de acute zorg in de regio te verbeteren en anders in te richten. Deze partijen moeten samen een regio-beeld en regioplan en ROAZ-beeld en ROAZ-plan opstellen. Waarbij het regioplan gaat over het hele zorg- en welzijnsdomein en het ROAZ-plan specifiek over de acute zorg. Dit document betreft het ROAZ-plan voor de regio Noord-Holland Noord en bouwt voor op de conclusies uit het eerder opgeleverde [ROAZ-beeld Noord-Holland Noord](#).

Strategische werkagenda om samenwerking te stimuleren

Het ROAZ-plan betreft de strategische werkagenda voor de acute zorg in de regio Noord-Holland Noord voor de komende jaren. Deze strategische werkagenda is tot stand gekomen door samenwerking van alle (semi-) acute partijen in de regio en wordt daarmee door alle partijen omarmd. Daarnaast is deze werkagenda opgesteld in nauwe samenwerking met de penvoerders van het regioplan Noord-Holland Noord, om de samenhang met het hele zorg- en welzijnsdomein te borgen.



Een gezamenlijke werkagenda

Acute aanbieders committeren zich aan het toegankelijk houden van de acute zorg als gezamenlijke opdracht

Het ROAZ-plan Noord-Holland Noord

- Het ROAZ-plan Noord-Holland betreft de **strategische werkagenda** voor de acute zorg in de regio Noord-Holland Noord voor de komende drie jaar¹.
- Het is een **actieplan** dat doelen, prioriteiten en maatregelen 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: '*Alleen ga je sneller, samen kom je verder*'. Dit vraagt op sommige vlakken het loslaten van eigen autonomie, ten behoeve van het gemeenschappelijke doel de acute zorg in Noord-Holland Noord toekomstbestendig te maken. Dit is een continu proces.

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 Noord-Holland Noord.

ROAZ-opgaven

Bepalen prioritaire opgaven

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

Regio-afspraken

Uitwerking oplossingen t.b.v. prioritaire opgaven

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

ROAZ-plan '24 -'26

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

1) Partijen committeren zich voor drie jaar. Periodiek zal geëvalueerd worden of dit de geldende werkwijze blijft (zie pagina 35: Borging en monitoring)

Belangrijkste conclusies ROAZ-beeld

De prioritaire uitdagingen uit het ROAZ-beeld zijn het startpunt voor de gezamenlijke interventies

Prioritaire uitdagingen in het ROAZ-beeld¹

Onderstaand staan de belangrijkste thema's voor de acute zorg in Noord-Holland Noord die samen met de ketenpartners in het ROAZ-beeld zijn geïdentificeerd. 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 NHN, om ook in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te borgen.



Organiseren van passend aanbod bij acute zorgvraag

De vraag naar acute zorg is groter dan het aanbod, waardoor capaciteitsproblemen ontstaan. Dit stelt eisen aan de inrichting van de acute zorg. De stijgende vraag uit zich in toenemende aantallen en in langere duur van contactmomenten als gevolg van complexere zorgvragen. Tegelijkertijd kampen ketenpartners met een gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel. De instroom van personeel neemt af en de uitstroom neemt toe, door werkdruk en lagere bereidheid voor 24/7 diensten. Tevens wordt er veelal uit dezelfde 'vijver' gevist. De digitalisering van de zorg en de impact daarvan op het zorgaanbod en proces is nog volop in ontwikkeling.



Beperken instroom acute zorg

Benutten van de mogelijkheden in het voorkomen van instroom/groei van onnodige of laagurgente acute zorgvragen binnen de acute zorgketen, waardoor de schaarse capaciteit zo effectief mogelijk wordt benut.



Doorstroom binnen de gehele (acute) zorgketen

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.



Inrichting en doorontwikkeling zorgcoördinatie

In 2025 moet er in elke ROAZ-regio een concrete strategie zijn rondom zorgcoördinatie². 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.



Effecten concentratie en spreiding van zorg

Er is een trend gaande waarbij aanbod van hoogcomplexere zorg wordt geconcentreerd in een aantal hiervoor gespecialiseerde ziekenhuizen. In de regio Noord-Holland Noord betreft een belangrijk vraagstuk de lateraliserings van de multitraumazorg en de effecten hiervan op onder andere aanrijdtijden, de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg en de overlevingskansen van patiënten.



Toename kwetsbare ouderen³

Het aantal kwetsbare ouderen (75+) neemt in 2030 toe met 34%. Deze ouderen hebben vaak meerdere chronische aandoeningen tegelijk en hebben meer zorg nodig. Bovendien is de zorg vaak complexer omdat er verschillende zorgverleners bij betrokken zijn.

1) Voor een uitgebreide toelichting op de genoemde uitdagingen, zie het [ROAZ-beeld NHN](#).

2) 'Zorgcoördinatiecentrum' is gewijzigd in 'zorgcoördinatie', in lijn met de brief van VWS over het [vervolgproces implementatie zorgcoördinatie](#).

3) Het thema 'Toename kwetsbare ouderen' is in het vervolg niet langer als zelfstandige prioritaire opgave benoemd. Op basis van voortschrijdend inzicht is de conclusie dat dit meer een gegeven is, waarvan de impact terugkomt in de andere vastgestelde prioritaire uitdagingen.



“

Om te voorkomen dat ouderen ten onrechte oververtegenwoordigd blijven in de acute zorgketen, dragen wij vanuit de VVT-sector bij aan passende oplossingen. Dat doen wij vanuit ons Zorgcoördinatiepunt, op de spoedpleinen en met Herstelbedden, Wijkverpleging en Maatschappelijke zorg.

Met elkaar realiseren wij met alle betrokkenen, de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek. En wel zodanig dat niemand meer verdwaalt in ons zorgsysteem, gewoon door het slimmer, effectiever en menselijker te regelen.

Jolanda Buwalda, voorzitter Raad van Bestuur, Omring

”

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 ROAZ-plan is richting te geven aan de activiteiten van alle acute ketenpartners voor het versterken van de acute zorg in de regio. Dat betekent dat het ROAZ-plan de gezamenlijke visie bevat op de prioritaire opgaven en alle afspraken en maatregelen om met deze opgaven aan de slag te gaan.

Het ROAZ-plan is geen finaal document, maar is de eerste stap in de beweging waarbij acute ketenpartners¹ 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 Noord-Holland Noord.

Deze beweging, of paradigma-shift, waarbij acute zorgpartners op basis van een gezamenlijke opgave initiatieven opzetten, volgen en doorontwikkelen, is op zichzelf staand al een belangrijke doelstelling van dit 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 Noord-Holland Noord voor de komende jaren is gestoeld.

Alles samengenomen kent het ROAZ-plan NHN meerdere doelstellingen:

1

Fundament van de beweging dat personeelstekort een gezamenlijke opgave betreft, die vraagt om een gezamenlijke aanpak in de regio Noord-Holland Noord.

Startpunt voor samenwerking in de acute zorg op basis van de gemeenschappelijke overtuiging dat personeelstekort komende jaren hét knelpunt is in het toegankelijk en betaalbaar houden van de acute zorg.

2

Eerste aanzet voor het gezamenlijk formuleren van SMART doelstellingen, die komende jaren worden gemonitord en aangescherpt.

SMART formulering van gemeenschappelijke opgaven en onderliggende doelstellingen, die tevens dienen als maatstaf voor de impact van alle bestaande en potentiële initiatieven. Waarbij (h)erkenning is voor dat data en analyses vaak nu nog niet op deze manier beschikbaar zijn of zeer beperkt, maar wel de gekozen werkwijze is voor de toekomst.

3

Brondocument waarin de eerste (gezamenlijke) initiatieven voor het toekomstbestendig maken van de acute zorg in NHN zijn vastgelegd.

Beschrijving van alle afspraken als het gaat om het toekomstbestendig maken van de acute zorg in de regio Noord-Holland Noord. Daarmee is het de verbindende factor tussen alle (gemeenschappelijke) inspanningen van acute ketenpartners in de regio.

4

Bevestiging en daarmee borging van (bestuurlijk) commitment voor deze meerjarige aanpak. Daarmee ook investering in tijd, mensen en middelen.

Beschrijven van governance die nodig is om de gemeenschappelijkheid te borgen, de voortgang op de gezamenlijke opgave en doelstellingen te monitoren en waar nodig bij te sturen. Het bestuurlijk vaststellen van dit ROAZ-plan maakt dat de ketenpartners aanspreekbaar zijn op hun inspanningen en realiseren van voldoende voortgang.

1) Waar acute ketenpartners staat worden ook de zorgverzekeraars en andere betrokken netwerkpartijen bedoeld.

Scope

Patiënten met een acute zorgvraag inclusief de instroom 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 bieden¹.

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. In deze definitie houden we geen rekening met labels, indicaties en andere consequenties van de huidige inrichtings- en bekostigingssystematiek.

Samenhang met het regioplan

Het regioplan Noord-Holland Noord richt zich op het volledige zorg- en welzijnsdomein in NHN. Dit is dus inclusief acute zorg. Door beleidsmakers is de keuze gemaakt om de acute zorgketen specifiek uit te lichten in het 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 ROAZ-plan en regioplan NHN 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 voor beide plannen een soortgelijke aanpak te hanteren. Waarbij het personeelstekort als overkoepelende gezamenlijke opgave geldt.



1) Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA)

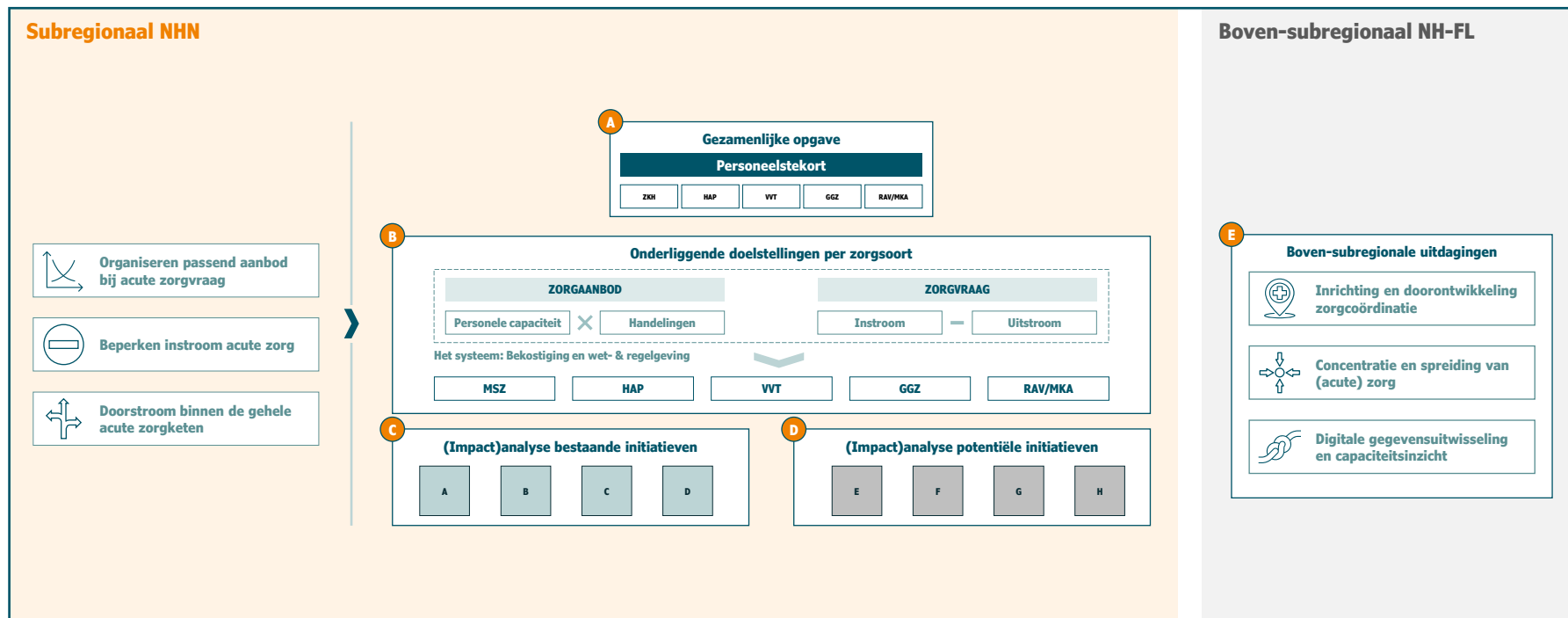
2) In dit ROAZ-plan ligt de focus op spoedzorg geleverd door de huisarts- huisartsenspoedpost. In het regioplan ligt de focus op de huisartsendagpraktijk.

3) Kan dus zowel via Zww (Wijkverpleging of ELV zorg) als WIZ (zorg thuis vanuit Wlz of Wlz Crisis zorg) financiering



Bouwstenen

De gezamenlijke werkagenda bestaat uit diverse onderdelen die samen het ROAZ-plan vormen voor de regio Noord-Holland Noord



E Boven-subregionale uitdagingen¹

Voor een deel van deze prioritaire uitdagingen, de zogeheten ‘boven-subregionale’ onderwerpen, is afgesproken dat de planvorming wordt uitgewerkt op niveau van het ROAZ NH-FL. De reden is dat voor deze uitdagingen de aanleiding en impact groter zijn dan de subregio NHN en daarmee ook een regionale aanpak op ROAZ-niveau rechtvaardigen.

Reeds bestaande initiatieven die onder deze thema’s vallen worden ook al over deze subregionale grenzen heen georganiseerd. Daarnaast vragen deze thema’s landelijke financiële kaders om tot goede uitwerking te komen, waarop regio van het ROAZ i.s.m. de verzekeraar vereist is om tot een goede uitwerking te komen.

Dat betekent dat deze zogeheten ‘boven-subregionale onderwerpen’ niet in detail in dit ROAZ-plan voor Noord-Holland Noord worden toegelicht. Dit neemt niet weg dat deze prioritaire uitdagingen zeer belangrijk zijn voor de acute zorg in deze regio en impact hebben op de vastgestelde gezamenlijke opgave en onderliggende doelstellingen.

A Gezamenlijke opgave *(zie pagina 23)*

Niet langer is kwaliteit de belangrijkste pijler in de gezondheidszorg, maar überhaupt zorgen dat inwoners toegang hebben tot zorg die ook nog eens betaalbaar is. Voldoen aan kwaliteitsnormen is een minimale randvoorwaarde.

Binnen de context van zorgvraag vs. zorgaanbod, is personeelstekort de komende jaren de beperkende factor. Het is de maatstaf om het verschil in zorgvraag en zorgaanbod uit te drukken. En het oplossen van dit tekort vormt de gezamenlijke opgave van de (acute) ketenpartners en is daarmee richtinggevend in dit ROAZ-plan voor de regio Noord-Holland Noord.

B Onderliggende doelstellingen *(zie pagina 26)*

Elke ketenpartner heeft inzicht gegeven in de belangrijkste knelpunten in het kader van zorgaanbod en zorgvraag. Daarbij gaat het om ‘beïnvloedbare’ uitdagingen waarvan men verwacht dat het verbeteren van deze uitdagingen impact heeft op de personele tekorten. Daarmee geven deze doelstellingen ook richting aan de te ontplooiën initiatieven.

De geïdentificeerde knelpunten zijn vertaald naar SMART doelstellingen per zorgsoort, die komende jaren moeten worden gemonitord en opgevolgd. Het op korte termijn uitvoeren van een 0-meting is een belangrijk aandachtspunt.

C (Impact)analyse bestaande initiatieven *(zie pagina 31)*

Voor alle bestaande initiatieven wordt in kaart gebracht wat de impact is op de gezamenlijke opgave, om te bepalen wat de resterende taakstelling is. Dit is een eerste inschatting, omdat de impact op personeel vaak nog niet bekend is.

D (Impact)analyse potentiële initiatieven *(zie pagina 32)*

Er is een start gemaakt met inventariseren van potentiële nieuwe initiatieven om de resterende opgave op te lossen. Dit betreft een eerste inventarisatie en aanpak hoe dit aan te pakken. Na oplevering van het ROAZ-plan moet dit verder vorm krijgen.

1) Ten behoeve van de uitwerking en aanpak van de boven-subregionale uitdagingen is onder regie van het ROAZ-bureau een overkoepelend document opgesteld: het ROAZ-PLAN Noord-Holland / Flevoland.



“

De Crisisdienst van GGZ NHN ontwikkelt zich de komende jaren toenemend als spin in het web van de niet primair somatische crisisketen in de regio Noord-Holland Noord.

Huisartsen, politie en collega's in het zorgnetwerk kunnen rekenen op integrale deskundigheid, korte lijnen, prima bereikbaarheid en samenwerkingsdeskundigheid die zorgt voor:

- *Optimale crisisbehandeling*
- *Snelle doorverwijzing naar de partners wanneer nodig (juiste zorg, Juiste plek)*
- *Signaleren en mede ontwikkelen om 'er eerder bij te zijn' zodat de crisisketen ontlast kan worden.*

Albert Blom, psychiater-directeur, GGZ Noord-Holland Noord

”

Patiënt- en burgerperspectief

Burgers worden betrokken bij de uitvoering van de initiatieven

Voor het opstellen van het ROAZ-plan is vanuit het IZA duidelijk te kennen gegeven dat wijziging niet over de hoofden van burgers¹ heen gebeurt, maar in goed overleg mét die burger middels vertegenwoordiging. In het Commissiedebat Integrale Zorgakkoord (11 oktober 2023) heeft minister Ernst Kuipers aangegeven dat het bij het opstellen van het ROAZ-plan niet vereist is om burgers deel te laten nemen. Bij de totstandkoming van het ROAZ-beeld en ROAZ-plan heeft de werkgroep hier vaak over gesproken. Namelijk: hoe burgers goed te betrekken zonder dat dit leidt tot schijnbetrokkenheid en waarbij daadwerkelijk waardevolle inzichten worden verzameld.

Dit bleek een ingewikkelde opgave. Vanwege de brede scope van het ROAZ-plan is het de vraag welke burgers en patiënten te betrekken om te zorgen voor een goede vertegenwoordiging. Belangrijker nog (passend bij de inleiding op pagina 9) komt er een steeds nadrukkelijker geluid dat de maatschappelijke verwachtingen gegeven de knelpunten niet altijd (meer) realistisch zijn. Er moeten steeds vaker suboptimale keuzes gemaakt worden vanuit patiëntperspectief, om überhaupt te zorgen dat burgers toegang houden tot kwalitatief goede zorg voor een acceptabele prijs.

De vraag zou dus eigenlijk ook niet moeten zijn wat burgers en patiënten vinden van de voorgestelde veranderingen in de acute zorg, maar hoe we burgers kunnen betrekken bij een beter begrip en daarmee acceptatie van de voorgestelde veranderingen. Waarbij men voldoende vertrouwen heeft dat zorgprofessionals- en aanbieders over voldoende kennis beschikken om de best mogelijke keuze te maken en richting te bepalen, gegeven alle uitdagingen waar we als maatschappij mee te maken hebben.

Op basis van deze zienswijze is voor dit ROAZ-plan bewust de keuze gemaakt om burgers niet te betrekken bij de totstandkoming van deze strategische agenda. Welke (een eerste) richting geeft aan de veranderingen in de acute zorg in Noord-Holland Noord. Maar burgers uitdrukkelijk wel te betrekken bij de implementatie(plannen) van alle individuele initiatieven. Bijv. door de groepen te betrekken via de cliëntenraden. Op basis van de vraag: wat is er nodig om het effect dat men met het initiatief voor ogen heeft ook daadwerkelijk te bereiken. Wat vraagt dit van de inrichting en wat vraagt dit van de communicatie- en informatievoorziening om burgers hierin goed mee te nemen.

1) Met burgers wordt hier zowel burgers als patiënten bedoeld





“

De huisartsenpraktijk en de huisartsenspoedpost zijn één van de eerste laagdrempelige schakels in het acute zorgproces. Als Huisartsenpost West-Friesland willen wij de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg op een hoog niveau houden, zodat patiënten de zorg krijgen die zij op dat moment nodig hebben.

Dit vraagt om nieuwe manieren van zorg verlenen voor de laagcomplexe klachten, via onder andere digitalisering en zorg op afstand, zodat er voldoende tijd en aandacht is voor complexe problematiek. Dit kan niet anders dan in goed overleg en in samenwerking met onze ketenpartners, in de dagzorg én in de Avond- Nacht- en Weekenduren.

*Marjolein Zwaan, Directeur-bestuurder en huisarts,
Huisartsenpost West-Friesland*

”

3. Gezamenlijke opgave en doelstellingen



A Het personeelstekort als gezamenlijke opgave

Personeelstekort als gemeenschappelijke taal om het verschil tussen zorgvraag en zorgaanbod in uit te drukken

Personeelstekort is de kritieke factor

De (toekomstige) personeelstekorten in de zorg zijn groot. Arbeid is in toenemende mate de beperkte factor in de beschikbare capaciteit binnen de zorgsector. De beschikbare personele capaciteit (arbeidspotentieel) is onvoldoende om aan de zorgvraag te voldoen. Hierdoor raken de drie pijlers van zorg (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) uit balans. Mede vanuit de wetenschap dat personele tekorten een directe (negatieve) link hebben met kwaliteit van zorg en hoge zorgkosten^{2,3}. Het op orde brengen van de toegankelijkheid via de weg van de personele tekorten is dus een belangrijke randvoorwaarde om de balans tussen kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg te herstellen.

Op basis van deze overtuiging is ervoor gekozen het personeelstekort in de zorg in Noord-Holland Noord te gebruiken om de impact van lopende en potentiële initiatieven tegen elkaar af te zetten. Waarbij het personeelstekort de uitkomstmaat is van het verschil tussen zorgaanbod en zorgvraag.

Het personeelstekort als overkoepelend thema sluit ook goed aan bij de prioritaire uitdagingen die in het ROAZ-beeld zijn genoemd. Te weten:

- Organiseren van passend aanbod bij acute zorgvraag
- Beperken instroom acute zorg
- Doorstroom binnen de gehele (acute) zorgketen

In gezamenlijkheid focussen deze drie uitdagingen zich ook op het verkleinen van het gat tussen zorgaanbod en zorgvraag. Door het zo effectief mogelijk inzetten én gebruik van de beschikbare capaciteit en de Juiste Zorg op de Juiste Plek.

Daarmee is het adresseren van het personeelstekort als gezamenlijke opgave een goede 'kapstok' om met deze drie prioritaire uitdagingen aan de slag te gaan. Niet als arbeidsmarkt vraagstuk, maar als inrichtingsvraagstuk.

Context gezamenlijke opgave ROAZ-plan Noord-Holland Noord¹

Doelstellingen ROAZ-plan

Kader / 'kapstok'
voor kwantificering oplossingen

Onze regionale opgaven,
voortgekomen uit het ROAZ-beeld

Landelijke kaders

"Het veld"

Toegankelijk en betaalbaar houden
van de acute zorg in Noord-Holland Noord

Het personeelstekort als gemeenschappelijke taal en daarmee 'kapstok'
Kwantificering van impact en prioritering van initiatieven



Organiseren van passend aanbod bij acute zorgvraag



Beperken instroom acute zorg



Het verbeteren van door- en uitstroom

IZA (Maar ook: WOZO, GALA en TAZ)

Het acute zorg domein
(Als onderdeel van het totale Zorg- en welzijnsdomein)

1) Dit framework sluit aan op de werkwijze van het regioplan, waarbij hetzelfde framework wordt gebruikt maar dan met een breder perspectief gericht op het gehele zorg- en welzijnsdomein.

2) Personele bezetting en patiëntveiligheid in de medisch specialistische ziekenhuiszorg (Nivel, 2021)

3) Kosten zorg stijgen komende jaren explosief (Intrakoop, 2022)



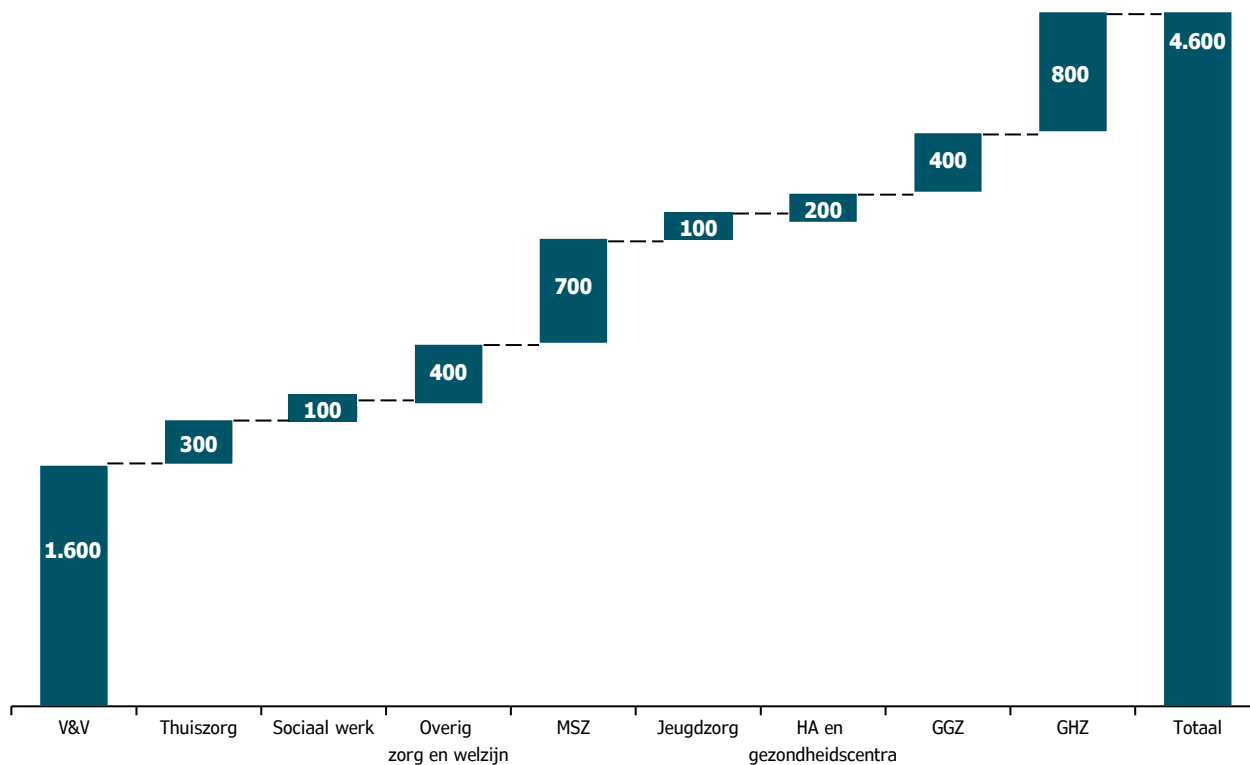
A Het personeelstekort als gezamenlijke opgave

Het oplopende personeelstekort in de zorg vraagt om impactvolle interventies

Prognose personeelstekort zorg- en welzijnsdomein 2032 (per sector)

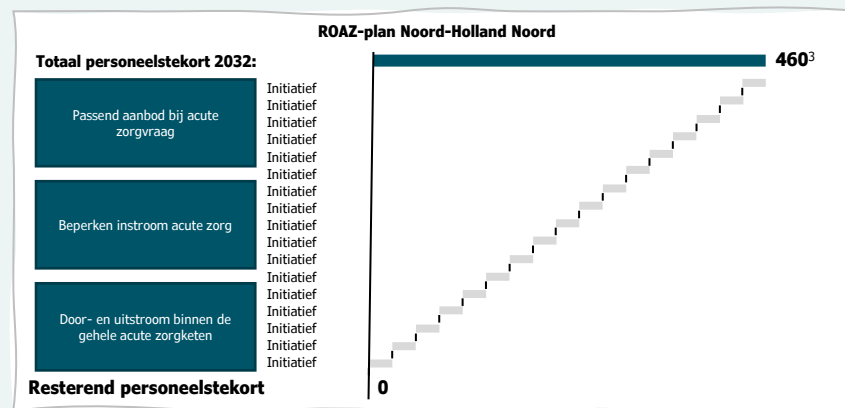
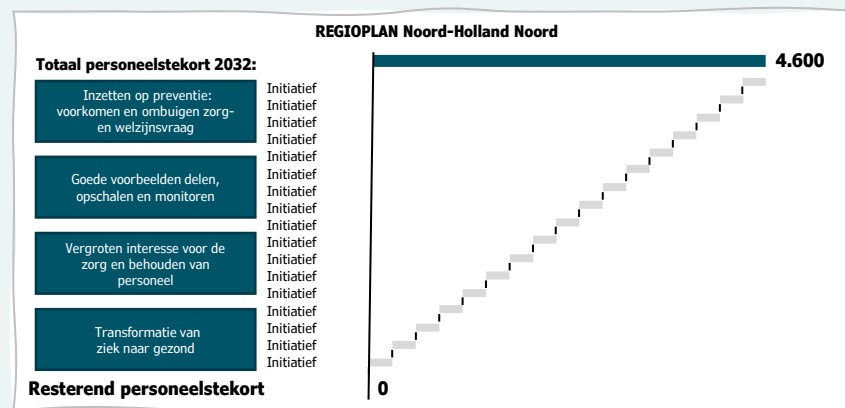
Deze grafiek bevat het verwachte personeelstekort uitgedrukt in natuurlijke personen voor het hele zorg- en welzijnsdomein in Noord-Holland Noord. Voor deze prognose is gebruik gemaakt van het prognosemodel [Zorg en Welzijn](#).

Deze grafiek is opgesteld door de penvoerders van het regioplan NHN, waarin dezelfde werkwijze wordt gehanteerd. Op deze manier proberen we de aanpak en inhoud van beide plannen zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten. Voor meer informatie over het model zie het regioplan Noord-Holland Noord¹.



Matchen van initiatieven per plan²

Ter illustratie



1) Het model is beleidsarm, dit is dus exclusief de impact van reeds genomen maatregelen. Ook is in het model rekening gehouden met het gemiddelde uitstroom % van afgelopen jaren. Initiatieven gericht op het behoud van personeel en daarmee afname van het uitstroom % hebben dus een positief effect op het voorspelde personele tekort. Voor meer informatie over het model, zie het regioplan Noord-Holland Noord.
 2) Dit is een illustratief voorbeeld van hoe de impact van de individuele initiatieven bijdraagt aan het adresseren van de gezamenlijke opgave: het personeelstekort.
 3) Zie toelichting op pagina 25

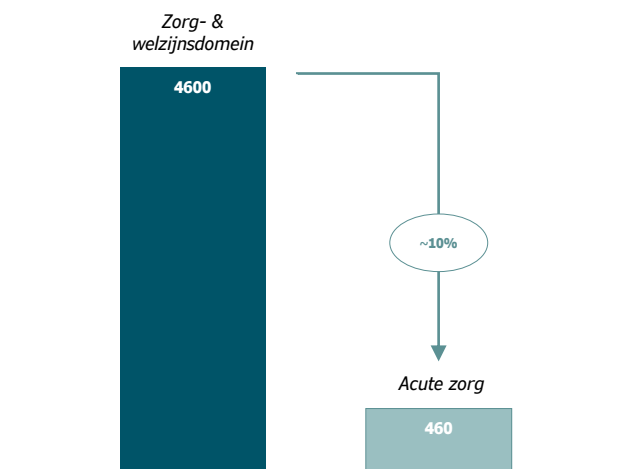


A Het personeelstekort als gemeenschappelijke opgave

Het tekort in de acute zorg bedraagt circa 460 personen; deze verbijzondering dient komende periode verder te worden gevalideerd op basis van nieuwe inzichten en data

Verbijzondering van de acute zorg (prognose 2032)¹

Als onderdeel van het totale personeelstekort in het zorg- en welzijnsdomein in de Noord-Holland Noord in 2032. Uitgedrukt in natuurlijke personen.



Observatie

Tijdens het opstellen van deze werkagenda viel op dat alle (acute) ketenpartners personeelstekort als grootste uitdaging zien, maar eigenlijk van geen enkel initiatief weten wat de impact op dit personeelstekort is. Het is de wens om dit in de toekomst wel inzichtelijk te hebben en op basis hiervan (toekomstige) initiatieven te prioriteren en te evalueren.

Personeelstekort is de gemeenschappelijke taal

- In samenspraak met ketenpartners is een eerste inschatting gemaakt van de verbijzondering van de acute zorg als onderdeel van het verwachte personeelstekort in het totale zorg- en welzijnsdomein in Noord-Holland Noord.
- Dit betreft een eerste grove schatting. Deze verbijzondering van de acute zorg op basis van een aantal uitgangspunten is een eerste exercitie die de komende periode verder vorm moet krijgen.
- Het doel is niet om tot een perfecte berekening te komen. Het doel is wel om de basis te leggen voor het fundamentele uitgangspunt dat het huidige en toekomstige personeelstekort vraagt om een andere inrichting van de zorg.
- In andere woorden, het is geen arbeidsmarkt vraagstuk, maar een inrichtingsvraagstuk met het personeelstekort als gemeenschappelijke taal (om het verschil tussen zorgvraag en zorgaanbod in uit te drukken).
- De te ontplooiën initiatieven zullen aantoonbaar effect moeten hebben op het terugdringen van personeelstekorten in de breedste zin van het woord. En om te weten of initiatieven impact hebben en of dit genoeg is er noodzaak voor een zo goed mogelijke maatstaf (nulmeting) om dit te kunnen bepalen.
- De betrokken aanbieders hebben het commitment uitgesproken in 2024 deze verbijzondering te preciseren.

1) In het regioplan NHN is een bandbreedte aangegeven van het verwachte personeelstekort voor de regio Noord-Holland Noord (4.600 – 9.800 personen). Dit betreft de voorspelling op basis van prognosemodel [Zorg en Welzijn](#). De onderkant van de bandbreedte komt voort uit het de aanname in het zorg- en welzijnsmodel dat het personeelsbestand meegroeit met de zorgvraag. De bovenkant laat deze aanname los. Voor het ROAZ-plan zijn we uitgegaan van de onderkant van deze bandbreedte, op basis van de hypothese dat in de acute zorg het tekort lager ligt dan in het gehele zorg- en welzijnsdomein omdat de acute zorg vaak nog als relatief aantrekkelijke arbeidsplek wordt gezien.



B Onderliggende doelstellingen per zorgsoort

Mechanismen met impact op het vergroten van het zorgaanbod en het verlagen van de zorgvraag; en daarmee het personele tekort

Met aan de ene kant een groei van de zorgvraag en aan de andere kant (de toenemende) schaarste op de arbeidsmarkt is de noodzaak tot transformatie duidelijk. Aanbieders hebben daarom op basis van drie perspectieven samen in kaart gebracht waar de grootste knelpunten en daarmee transformatiekansen liggen om het zorgaanbod te vergroten, of de zorgvraag te verlagen.

Het gaat hierbij om 'beïnvloedbare' uitdagingen per zorgsoort waarvan aanbieders verwachten dat het adresseren van deze uitdagingen uiteindelijk impact hebben op het verminderen van de personele tekorten. Daarmee geven deze doelstellingen richting aan de te ontplooiën initiatieven op deze strategische werkagenda.

De geïdentificeerde transformatiekansen zijn vertaald naar SMART 'subdoelstellingen', die komende jaren worden gemonitord en opgevolgd. Voor een deel van deze subdoelstellingen is dit nu nog niet het geval. Dit zal dus moeten worden ingeregeld. Net als het uitvoeren van een 0-meting.

Aanpak vergelijkbaar met werkwijze commercieel bedrijf

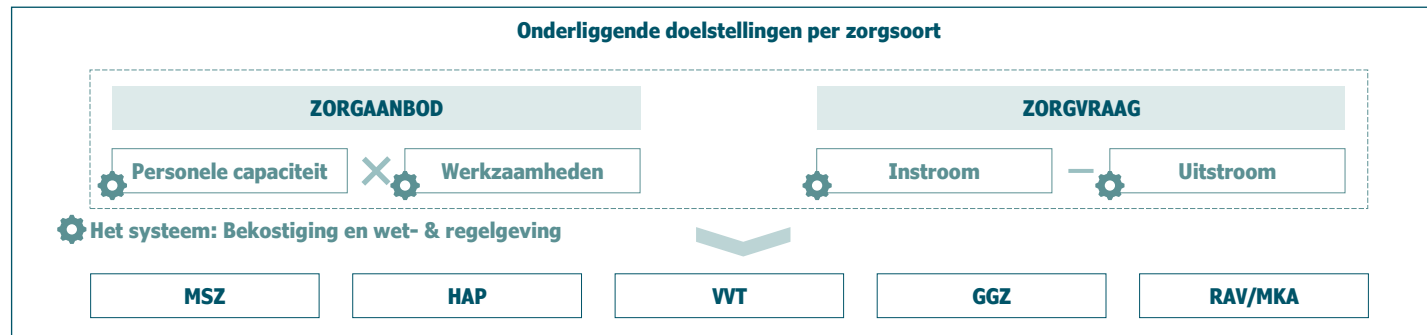
De vastgestelde gezamenlijke opgave van het verlagen van het geprognosticeerde personeelstekort kan worden vergeleken met de overkoepelende opgave van een commercieel bedrijf om de winst te verhogen.

Winst is de uitkomstmaat van het verschil tussen omzet en kosten. In het geval van deze strategische werkagenda is het personeelstekort de resultante van het verschil tussen zorgvraag en zorgaanbod.

In een bedrijf worden vervolgens per afdeling een aantal KPI's vastgesteld waarvan met verwacht dat het realiseren ervan uiteindelijk bijdraagt aan het verhogen van de winst. Deze KPI's zijn input voor de genomen maatregelen en interventies. In dit ROAZ-plan betreft het subdoelstellingen die niet per afdeling, maar per zorgsoort zijn bepaald.

In beide gevallen geldt dat men moet samenwerken om de gezamenlijke opgave en de onderliggende KPI's te realiseren door het implementeren van diverse initiatieven.

Ter illustratie



Perspectief zorgaanbod

Het totale zorgaanbod, oftewel het *arbeidspotentieel*, wordt bepaald door de (personele) capaciteit¹ keer het aantal handelingen (of werkzaamheden) dat deze werknemers kunnen verrichten. Dit betekent dat het creëren van een beter passend aanbod bij de acute zorgvraag gerealiseerd kan worden door meer personeel én door het effectiever inrichten van de dingen die werknemers doen. Bijvoorbeeld door het ontregelen van de zorg, digitalisering en automatisering. Dit heeft ook effect op het behoud van personeel door vergroten werkplezier en verlagen van de werkdruk.

Perspectief zorgvraag

De actuele zorgvraag wordt bepaald door de instroom minus de uitstroom. Om de zorgvraag te verlagen is het dus mogelijk dit te doen door de acute instroom te beperken en/of door de uitstroom te verhogen. Het beperken van de instroom en het bevorderen van de uitstroom kan gerealiseerd worden door nog meer in te zetten op dat patiënten de juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment ontvangen. Dit vraagt ook kritisch te kijken naar welke zorg daadwerkelijk spoedzorg betreft.

Perspectief het systeem (bekostiging en wet- & regelgeving)

Zorgaanbieders geven aan dat bekostiging en wet- & regelgeving soms de belangrijkste knelpunten vormen in de mismatch tussen zorgaanbod en zorgvraag. En als gevolg hebben dat zorg aan de patiënt niet op de juiste plek plaatsvindt. Het inventariseren én oplossen van deze knelpunten vraagt dus aandacht. Dat betekent dat voor deze werkagenda ook deze 'draaiknoppen' worden meegenomen in de verkenning van kansrijke initiatieven om de prognose van het verwachte personele tekort in 2032 te verkleinen.

1) Uiteraard is de capaciteit van een acute zorgaanbieder ook afhankelijk van de beschikbare materialen, middelen en fysieke locaties. Dit is echter niet meegenomen in de scope van deze strategische werkagenda, aangezien dit op zichzelf staand vanuit capaciteitsperspectief op dit moment niet de beperkende factoren zijn.

B Onderliggende doelstellingen per zorgsoort

Mechanismen met impact op het vergroten van het zorgaanbod en het verlagen van de zorgvraag; en daarmee het personele tekort

Hieronder het overzicht van alle onderliggende doelstellingen¹ per zorgsoort

	Acute MSZ	<p>Passend aanbod: personele capaciteit</p> <p>Zorgvraag: instroom</p>	<ul style="list-style-type: none"> In 2032 is er geen sprake (meer) van een personeelstekort in de acute as van het ziekenhuis² Het aantal 'onterechte' SEH presentaties neemt af tot onder de 5% in 2032. Voorbeelden daarvan zijn de volgende patiëntgroepen: <ul style="list-style-type: none"> Patiënten met een verslaving (aan bijv. alcohol of drugs) die een reguliere WLZ indicatie hebben Patiënten met een cognitieve afwijking waarbij de wet Zorg en dwang een rol speelt. Veelal moet bij deze patiënten een rechtelijke machtiging worden aangevraagd Sociale indicaties; patiënten met een reeds bestaande zorgvraag. Thuis is de situatie niet meer houdbaar en patiënten worden dan ingestuurd naar de SEH. Echter, het betreft geen ziekenhuis zorgvraag
		Zorgvraag: Door- en uitstroom	<ul style="list-style-type: none"> Het aantal verkeerde klinische beddagen is nihil.
		Zorgvraag: Door- en uitstroom	<ul style="list-style-type: none"> Voor $\geq 90\%$ van de aanvragen voor uitstroom naar tijdelijk verblijf of acute thuiszorg voor patiënten op de SEH is dit binnen 4 uur georganiseerd (ongeacht een Zvw of Wlz indicatie)³.
	HA(P)⁴	<p>Passend aanbod: personele capaciteit</p> <p>Passend aanbod: werkzaamheden</p> <p>Zorgvraag: Instroom</p> <p>Zorgvraag: Door- en uitstroom</p>	<ul style="list-style-type: none"> In 2032 is er geen sprake (meer) van een personeelstekort op de HAP² Medewerkers van de HA(P) (met name de huisarts) zijn nauwelijks tijd kwijt aan het vinden van een tijdelijk verblijf plek of inzet acute thuiszorg. Minder tot geen visites/consulten met U4 en U5 urgentie tussen 0.00/2.00⁵ 's nachts en 8.00 's ochtends door de huisartsenspoedpost. Enkel de noodzakelijk U3 urgenties worden tussen 0.00/2.00 uur 's nachts en 8.00 uur 's ochtends gezien Voor $\geq 90\%$ van de aanvragen voor uitstroom naar tijdelijk verblijf of acute thuiszorg is dit binnen 24 uur georganiseerd (ongeacht een Zvw of Wlz indicatie).
	Acute VWT	<p>Passend aanbod: personele capaciteit</p> <p>Zorgvraag: Instroom</p>	<ul style="list-style-type: none"> In 2032 is er geen sprake (meer) van een personeelstekort in de acute VWT² Voor $\geq 90\%$ van de aanvragen voor patiënten via de huisarts- of huisartsenspoed is binnen 24 uur tijdelijk verblijf of acute thuiszorg georganiseerd (ongeacht de Wlz of Zvw indicatie). Voor $\geq 90\%$ van de aanvragen voor patiënten op de SEH is dit binnen 4 uur tijdelijk verblijf of acute thuiszorg georganiseerd (ongeacht de Wlz of Zvw indicatie)⁴.
	Acute GGZ	<p>Zorgaanbod: personele capaciteit</p> <p>Passend aanbod: werkzaamheden</p> <p>Zorgvraag: Door- en uitstroom</p>	<ul style="list-style-type: none"> In 2032 is er geen sprake (meer) van een tekort van medewerkers werkzaam in de acute GGZ². Crisisdienst medewerkers zijn handelingsbekwaam bij crisisverzoeken waarbij VG/ PG en verslavingsproblematiek in combinatie met psychiatrie speelt Voor $\geq 90\%$ van de aanvragen voor patiënten die binnenkomen via de crisisdienst van de GGZ wordt binnen 24 uur een passende plek gevonden
	RAV / MKA	<p>Zorgaanbod: personele capaciteit</p> <p>Zorgaanbod: personele capaciteit</p> <p>Zorgvraag: instroom</p> <p>Zorgvraag: uitstroom richting MSZ</p> <p>Zorgvraag: uitstroom richting MSZ</p>	<ul style="list-style-type: none"> In 2032 is er geen sprake (meer) van een personeelstekort op de MKA². In 2032 is er geen sprake van een personeelstekort bij de RAV² Het percentage patiënten dat na een mobiel zorgconsult opnieuw ambulancezorg heeft ontvangen binnen 24 uur neemt af van 1,5% (Sectorkompas signaal 7A) naar 0% Het percentage patiënten dat na vervoer door de ambulance met een urgentie A0 – A1 of A2 naar de SEH is gebracht en alsnog binnen 4 uur naar huis gestuurd wordt is 0% Het percentage feedbackberichten dat de RAV ontvangt na vervoer van een patiënt naar de SEH is 0%. Toekomst beeld, de implementatie van bericht 12 (MSB) gaat vanaf Q1-2024 lopen

1) Zie bijlage B voor een toelichting op elk van de onderliggende doelstellingen.

2) Op het moment van schrijven was de verwachte personele impact per zorgsoort nog niet bekend. Partijen hebben het commitment uitgesproken in 2024 deze verbijzondering verder te preciseren (zie pagina 25).

3) Na het eerste contact met de medisch specialist

4) Dit heeft uiteraard ook impact op de huisartsensdagpraktijk

5) Het tijdsframe verschilt per huisartsenspoedpost



“

Als regionale huisartsenorganisatie willen wij de huisartsenzorg toekomstbestendig organiseren waarin het hebben van toegang tot een lokale huisarts voor elke inwoner een uitgangspunt is. De huisartsenpraktijk zorgt overdag voor kwalitatief goede en veilige spoedeisende huisartsenzorg, en de huisartsenspoedpost buiten kantooruren.

Onze triagisten zijn deskundig om met triage een passende urgentie bij de zorgvraag vast te stellen en waar nodig een zelfzorgadvies. Door middel van digitale zelftriage worden laag-urgente vragen weggehouden bij de huisartsenspoedpost en zijn wij beter beschikbaar om zorg te bieden aan patiënten met een daadwerkelijke spoedvraag.

Als huisartsen zijn wij een belangrijke schakelfunctie in de acute zorgketen. Door een toename van complexe zorgvragen is de druk op de (acute) huisartsenzorg hoog. Voor het organiseren en versterken van de spoedzorg hebben wij onze ketenpartners nodig voor het inzetten van de benodigde vervolgzorg. Coördinatie met daarin een focus op complexe zorgvragen is essentieel. Dit zal bijdragen aan een verbeterde verwijzing en doorstroming in de acute zorgketen.

Ronald Hijmering, praktijkhoudend huisarts & voorzitter HONK Bestuur

”

4. Bestaande en potentiële initiatieven





“

Het Dijklander ziekenhuis is er voor alle bewoners in West-Friesland en Waterland. Maar wij staan daarin niet alleen. De zorg is een netwerk van zorgverlenende partijen. De acute zorg in het bijzonder. Samen zijn we er voor de bewoner die acute zorg nodig heeft. Bij de mensen thuis of digitaal als het kan en op het spoedplein aan het ziekenhuis als dat nodig is. Dat is de manier om de acute zorg in de regio, dichtbij de patiënt, toegankelijk, betaalbaar en op kwalitatief goed niveau te blijven leveren.

Joger Jacobs, SEH-arts & medisch centrum manager acute zorg, Dijklander

”



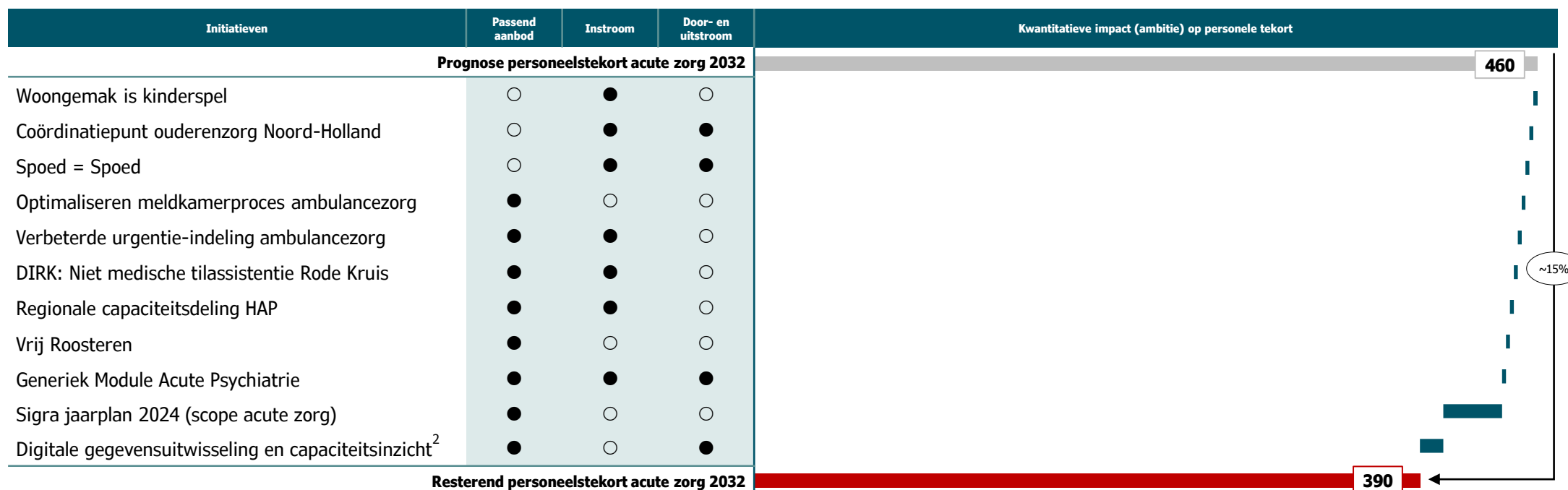
C Impact bestaande initiatieven

Een eerste inschatting laat zien dat de bestaande initiatieven ~15% van het voorspelde personeelstekort adresseren

Bestaande initiatieven in beeld¹

Samen met de werkgroep is een inventarisatie gemaakt van bestaande initiatieven in de regio die mogelijk impact hebben op de gezamenlijke opgave (personeelstekort). Voor meer informatie over dit proces, zie bijlage A (totstandkomingsproces). De kwantificering van de impact van deze initiatieven betreft een eerste inschatting (ambitie) die komende periode verder aangescherpt en gevalideerd moet worden.

Het relateren van initiatieven aan personeelstekort is een nieuwe werkwijze die meer tijd vergt dan nu voor het ROAZ-plan is gegeven. Wel is het de gekozen werkwijze voor de toekomst die door alle aanbieders wordt omarmd. Partijen (h)erkennen dat de impact op de gemeenschappelijke personeelstekort een belangrijk instrument is in de keuze en prioritering en daarmee investering in (nieuwe) initiatieven.



1) Voor gedetailleerde informatie per initiatief, zie bijlage C

2) Digitale gegevens uitwisseling en capaciteitsinzicht is een initiatief waarbij de subregio-overstijgende regie bij het ROAZ-bureau ligt. Wel is de ambitie dat dit ook impact heeft op de personele opgave voor NHN.

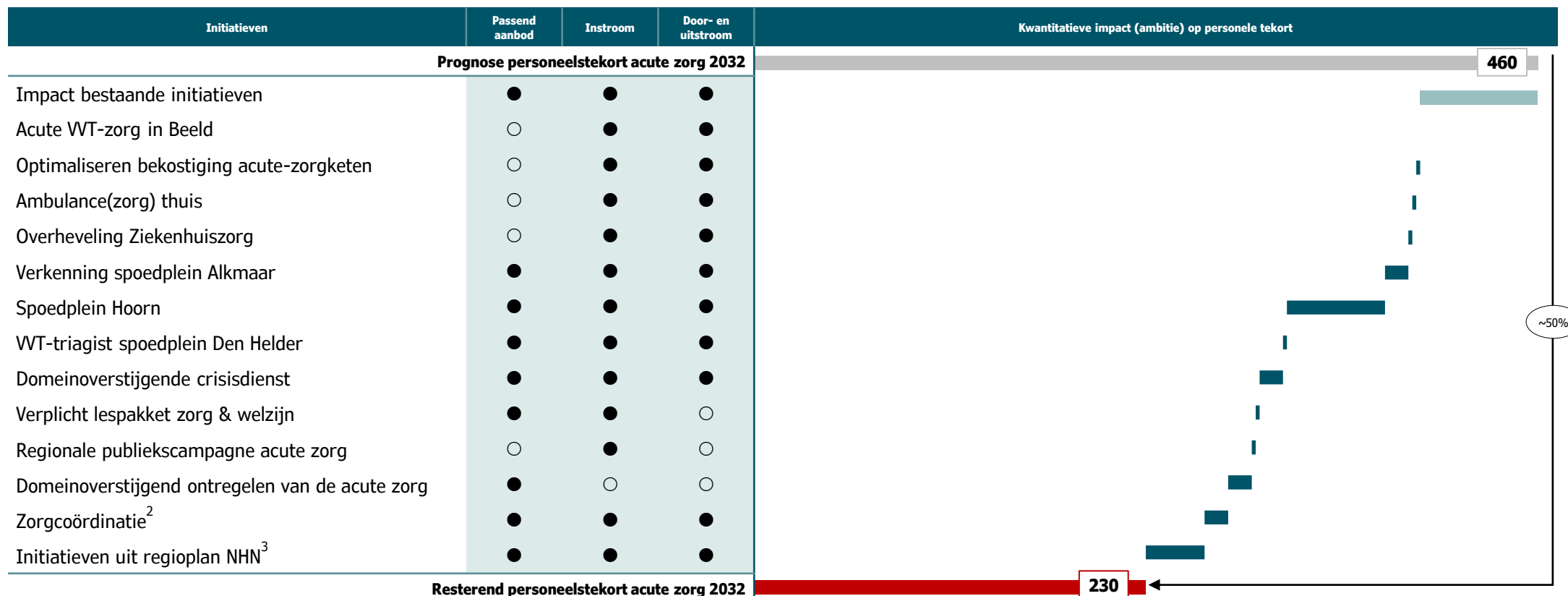


D Impact potentiële initiatieven

Inclusief het ambitieniveau van potentiële initiatieven resteert een gezamenlijke opgave van 230 personen

Potentiële initiatieven in beeld¹

In aanvulling op de bestaande initiatieven zijn ketenpartners gekomen tot selectie van potentieel nieuwe initiatieven waarvan men verwacht dat deze bijdragen aan het verminderen van het verschil tussen vraag en aanbod en daarmee het personele tekort. Veelal is de uitwerking van deze initiatieven nog niet compleet en dat maakt ook de inschatting van de ambitie onzeker of onbekend. Desalniettemin is ook voor deze initiatieven een eerste ambitie afgegeven wat deze impact zou kunnen zijn. In het vervolgtraject moet deze ambitie worden geconcretiseerd en doorgerekend op basis van een business case. In bijlage D is per initiatief meer informatie beschikbaar.



1) Voor gedetailleerde informatie per initiatief, zie bijlage D

2) Zorgcoördinatie is hier als initiatief wel opgenomen omdat dit een impact zal hebben op het verwachte personele tekort in Noord-Holland Noord. Aangezien dit een boven-subregionaal onderwerp betreft verwijzen wij voor de uitwerking naar het stuk uitgewerkt onder regie van het ROAZ-bureau NH-FL. De ambitie is dat zorgcoördinatie minimaal 1-5% bijdraagt aan het adresseren van het personele tekort.

3) In het regioplan zijn initiatieven geïdentificeerd die mogelijk ook impact hebben op het zorgaanbod en de zorgvraag van de acute zorg. Wij hebben ingeschat dat de impact hiervan op de personele opgave tussen de 5-10% bedraagt.



C Planning en uitvoering

D Het realiseren van het beoogde doel vraagt dat organisaties tijd, mensen en middelen vrijmaken voor planvorming en uitvoering

De volwassenheid van elk initiatief verschilt. Voor sommige initiatieven geldt (bijvoorbeeld Coördinatiepunt Ouderenzorg) dat er al sprake is van een effectieve werkwijze, waarbij het voorstel is deze activiteiten uit te breiden. Terwijl voor andere initiatieven nog een verkenning, intentieverklaring, plan en/of business case moet worden opgesteld.

Hieronder het overzicht van de fase waarin elk initiatief zich bevindt en de verwachte realisatietermijn om de volledige PDCA-cyclus te doorlopen. Daarnaast ook een overzicht van de planning voor de komend jaren. Alle acute zorg ketenpartners geven aan zich aan deze planning te committeren en daarmee ook de benodigde tijd, mensen en middelen vrij te maken (zie pagina 39 en 40).

	Transformatiegelden ¹	Status (PDCA) ²	Realisatietermijn ³	2024	2025	2026	2027	2028
Bestaande initiatieven	Woongemak is kinderspel	Nee	DO	1 – 3 JAAR	[Bar chart: 2024-2026]			
	Coördinatiepunt ouderenzorg Noord-Holland	Misschien	ACT	3 – 5 JAAR	[Bar chart: 2024-2028]			
	Spoed = Spoed	Nee	DO	< 1 JAAR	[Bar chart: 2024]			
	Optimaliseren meldkamerproces ambulancezorg	Misschien	PLAN	1 – 3 JAAR	[Bar chart: 2024-2026]			
	Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg	Nee	DO	< 1 JAAR	[Bar chart: 2024]			
	DIRK: Niet medische tilassistentie Rode Kruis	Misschien	DO	1 – 3 JAAR	[Bar chart: 2024-2026]			
	Regionale capaciteitsdeling	Ja	ACT	< 1 JAAR	[Bar chart: 2024]			
	Vrij Roosteren	Nee	ACT	< 1 JAAR	[Bar chart: 2024]			
	Generiek Module Acute Psychiatrie	Nee	ACT	< 1 JAAR	[Bar chart: 2024]			
	Sigra jaarplan 2024	Nee	PLAN	1 – 3 JAAR	[Bar chart: 2024-2026]			
Potentiele initiatieven	Acute VT-zorg in Beeld	Misschien	PLAN	< 1 jaar	[Bar chart: 2024]			
	Optimaliseren bekostiging acute-zorgketen	Misschien	PLAN	1 - 3 jaar	[Bar chart: 2024-2026]			
	Ambulance(zorg) thuis	Misschien	PLAN	1 - 3 jaar	[Bar chart: 2024-2026]			
	Overheveling Ziekenhuiszorg	Ja	PLAN	> 5 jaar	[Bar chart: 2024-2028]			
	Verkenning spoedplein Alkmaar	Misschien	PLAN	1 – 3 jaar	[Bar chart: 2024-2026]			
	Spoedplein Hoorn	Ja	PLAN	1 – 3 jaar	[Bar chart: 2024-2026]			
	VT-triagist spoedplein Den Helder	Misschien	PLAN	< 1 JAAR	[Bar chart: 2024]			
	Domeinoverstijgende crisisdienst	Ja	PLAN	1 – 3 jaar	[Bar chart: 2024-2026]			
	Verplicht lespakket zorg & welzijn	Nee	PLAN	1 – 3 jaar	[Bar chart: 2025-2027]			
	Regionale publiekscampagne acute zorg	Nee	PLAN	< 1 jaar	[Bar chart: 2025]			
Domeinoverstijgend ontregelen van de acute zorg	Misschien	PLAN	1 – 3 jaar	[Bar chart: 2025-2027]				

1) Bij de inventarisatie is slechts aangegeven of zorgaanbieders insteken op een aanvraag via de transformatiemiddelen. Eventuele financieringsaanvragen en beoordelingen zullen via de daarvoor geëigende wegen verlopen.

2) Zie bijlage E

3) De termijn na start project tot afronding (doorlopen gehele PDCA-cyclus)



“

Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat er overal in Nederland een basisinfrastructuur van acute zorg beschikbaar is. Om de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te borgen, zijn differentiatie, concentratie en spreiding en vooral ketenbrede samenwerking noodzakelijk. Zodat schaarse mensen en middelen zo optimaal mogelijk ingezet worden.

Dit ROAZ plan voor de regio Noord-Holland Noord is een mooi voorbeeld van die brede samenwerking in de acute keten. Het is volgens ons de manier om de acute zorg in de regio voor de patiënt, toegankelijk, betaalbaar en op kwalitatief goed niveau te blijven leveren.

René de Koning, regiomanager zorg, zorgverzekeraar VGZ

”

5. Borging en monitoring





“

Noordwest is met twee locaties voor acute ziekenhuiszorg een belangrijke speler in de regio Noord-Holland Noord. Wat Noordwest Uniek maakt, is dat zowel de primaire acute zorg in de volle breedte wordt aangeboden op de twee locaties in Alkmaar en Den Helder, maar dat ook hoog complexe Top Klinische Acute tertiaire zorg en interventies worden aangeboden op locatie Alkmaar.

De rol die wij in deze grote regio voor onze rekening nemen, vraagt goede samenwerking en afstemming met onze ketenpartners. We hebben elkaar nodig om de stijgende en complexe zorgvraag in de toekomst op te vangen, de juiste zorg op de juiste plek. Een uitdagende puzzel waar we graag ons steentje in bijdragen.

Boj Mirck, traumachirurg, Noordwest Ziekenhuisgroep

”



Governance vanaf 2024

De stuurgroep en werkgroep TAZK worden gecontinueerd totdat een regiobreed gremium is ingericht voor het hele zorg- en welzijnsdomein in Noord-Holland Noord

Het (logischerwijs) opsplitsen van de ROAZ-regio in vijf subregio's heeft voor de regio Noord-Holland Noord geleid tot het vraagstuk wie en in welke vorm verantwoordelijk is voor de (bestuurlijke) borging en opvolging van deze strategische werkagenda.

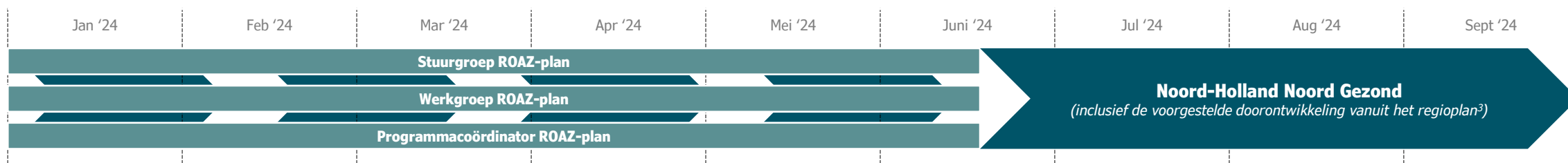
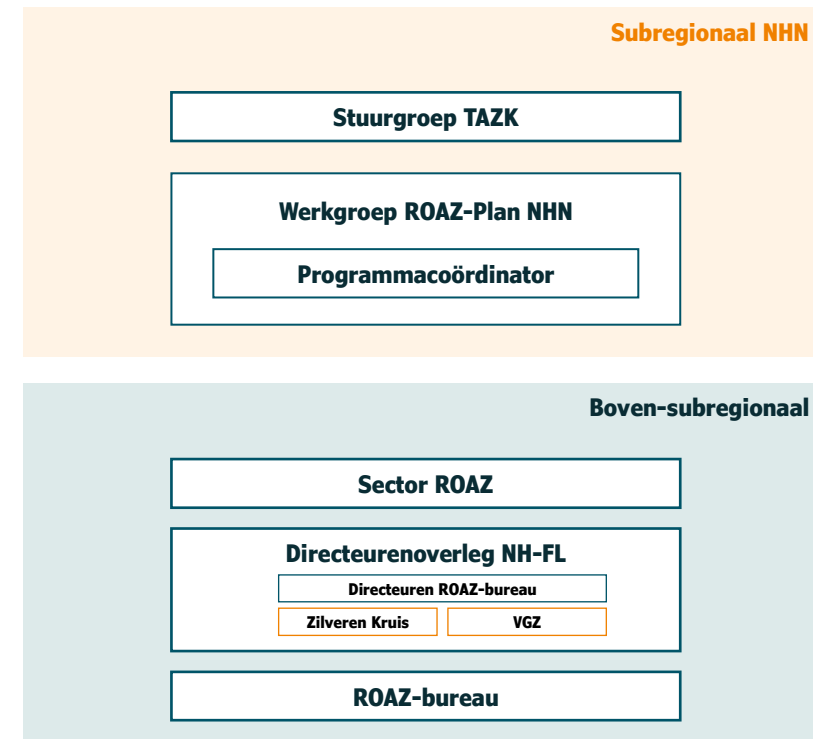
Ten behoeve van het voorliggende **ROAZ-plan NHN** is er een tijdelijke projectstructuur ingericht bestaande uit een werkgroep TAZK¹ en een stuurgroep TAZK ondersteund door een (externe) programmacoördinator². Partijen hebben uitdrukkelijk de wens uitgesproken toe te werken naar een structurele governance. Om daarmee te borgen dat deze strategisch werkagenda (dit ROAZ-plan) wordt uitgevoerd en de beoogde resultaten worden gerealiseerd.

Ten aanzien van de afspraken in het **regioplan NHN** ligt dezelfde discussie voor. Want ook hier is men op zoek naar een structurele tactische en bestuurlijke borging vanaf 2024. Vanuit het regioplan is gewerkt aan een regiobreed voorstel. Men bouwt hierbij voort op het samenwerkingsplatform Noord-Holland Noord Gezond. Waarbij het bestuur wordt verrijkt met nieuwe partijen voor een zo'n breed als mogelijke vertegenwoordiging.

Uitgangspunt is dat waar de zorgketen in het primaire proces steeds meer samenwerkt dit ook op bestuurlijk niveau wordt geborgd. Zonder daarmee snelheid of daadkracht te verliezen³. De ambitie is uitgesproken dat ook de acute zorg onderdeel wordt van deze toekomstige governance. Tegelijkertijd zal de herinrichting van Noord-Holland Noord Gezond niet zijn afgerond voor eind 2023.

Het besluit is daarom genomen de tijdelijke stuurgroep, werkgroep en programmacoördinator gericht op de acute zorg te verlengen met een half jaar⁴ (zie onderstaand schematisch weergegeven). Parallel wordt gewerkt aan het incorporeren van de acute zorg als één van de coördinatie tafels binnen Noord-Holland Noord Gezond. Hiervoor worden nu de kaders ontwikkeld vanuit het regioplan.

Voor de boven-subregionale onderwerpen⁵ blijft de governance-structuur zoals georganiseerd vanuit het ROAZ van kracht. Zie hiervoor ook het overkoepelende ROAZ-plan Noord-Holland / Flevoland.



1) Het ROAZ-plan is de basis voor het meerjarige programma Toekomstbestendige Acute Zorg Keten (TAZK) NHN
2) Zie voor details over het totstandkomingsproces bijlage A

3) Voor meer informatie hierover, zie het regioplan NHN.
4) Voor nu is een half jaar voorgesteld, dit betekent in de praktijk totdat er een bevredigend alternatief gereed is zie pagina 18
5)

Borging komende jaren

Deze strategische werkagenda is pas de eerste stap en de werkgroep gaat vanaf 2024 aan de slag met het vervolg

Opvolging van monitoring van de strategische werkagenda

Vanaf 2024 vervolgen de acute zorgaanbieders de opvolging van de werkagenda en daarmee met de implementatie van de initiatieven conform planning. Daarnaast is er nog een aantal overkoepelende aandachtspunten die nadere uitwerking behoeven. Op deze pagina is een overzicht te vinden van de acties en bijhorende tijdslijnen die vanaf 2024 gezamenlijk door de werkgroep worden opgepakt en waaraan aanbieders zich hebben gecommitteerd. Dit is aanvullend op de planning en uitvoering van de individuele initiatieven (pagina 33).

Dit is de eerste stap

- Deze strategische werkagenda is de eerste aanzet tot een nog nauwere samenwerking tussen acute ketenpartners in de regio Noord-Holland Noord. Met als doel om de toegankelijkheid van acute zorg in Noord-Holland Noord in de toekomst te borgen.
- Het risico bestaat dat deze gemeenschappelijke agenda figuurlijk gezien in de la belandt, omdat aanbieders logischerwijs ook druk ondervinden van dagelijkse uitdagingen. Om dit te voorkomen is het van belang dat partijen capaciteit beschikbaar stellen én worden ondersteund in het behouden van en doorpakken op deze samenwerking. Daar waar passend, is hiervoor transformatiegeld beschikbaar.
- De uitdaging is meerledig:
 - Ten eerste gaat het om het doorontwikkelen en uitvoeren van de beschreven initiatieven. Op basis van een projectteam met een duidelijk aanspreekpunt. En waarbij projectplannen waar nodig ook leiden tot transformatieplannen waar transformatiebudget voor wordt aangevraagd.
 - Ook is het van belang dat de strategische werkagenda als geheel wordt gemonitord. Worden de beschreven doelstellingen wel/niet gehaald en hoe komt dit, om hier vervolgens van te leren. Hiervoor is het essentieel dat de resultaten van de initiatieven gemeenschappelijk teruggekoppeld worden en de impact op de gezamenlijke opgave (personeelstekort) en onderliggende doelstellingen periodiek in kaart worden gebracht.
 - Tot slot zijn de genoemde uitdagingen nog niet voldoende geadresseerd. Zoals beschreven is er nog steeds een 'hiaat' van ~230 personen waarvoor nog geen oplossing is (zie pagina 32). Er is behoefte aan een procesvoorstel hoe te komen tot de ontwikkeling én uitvoering van innovatieve en impactvolle concepten in de regio om de volledige personele opgave te adresseren.

En er zullen er meer volgen

Activiteiten vanaf 2024	Termijn
• (Door)ontwikkeling en uitvoering van de initiatieven conform planning	'24 – '26
• Plan van aanpak t.a.v. overlap, tegenstrijdigheden en witte vlekken andere ROAZ- & regioplannen	H1 '24
• Snelle toets en aanvragen transformatiegelden waar passend ¹	'24 – '26
• Beter specificeren van prognose verwacht personeelstekort voor de acute zorg in 2032	H1 '24
• Ontwikkelen van een procesvoorstel hoe het resterende personeelstekort te adresseren	H1 '24
• Operationalisatie en opstellen meetplannen voor alle subdoelstellingen en uitvoering 0-metingen	H1 '24
• Het integraal in beeld brengen van de effecten van de diverse initiatieven op de keten ²	2024
• Aansluiting op regionale governance voor gehele zorg- en welzijnsdomein (zie regioplan)	H1 '24
• Inrichten overkoepelende informatievoorziening ten behoeve van leren en verbeteren	H2 '24
• Verbinding houden met de (door)ontwikkeling van de boven-subregionale onderwerpen	'24 – '26
• Evaluatie en herijking van (gezamenlijke) strategische werkagenda inclusief de samenwerking	'25 - '26

1) Financieringsaanvragen en beoordelingen zullen via de daarvoor geëigende wegen verlopen.

2) Dit zou expliciet onderdeel moeten zijn van de business case van alle individuele initiatieven. Namelijk wat de (on)gewenste eerste- en tweede-orden effecten zijn op de acute-zorgketen.

Commitment aanbieders

Partners committeren zich aan de uitvoering van deze strategische werkagenda en maken tijd, mensen en middelen vrij

Voor de strategische werkagenda als geheel

Ten aanzien van individuele initiatieven waar de organisatie bij betrokken is



Bestuurlijk:

Bestuurlijk committeert Dijklander zich aan het ROAZ plan en daarmee aan de strategische werkagenda.

Tactisch/operationeel

De medisch en bedrijfskundig manager van centrum acuut zijn en blijven betrokken in de gremia die gecontinueerd worden. Bestuurlijk leggen we de koppeling met de regietafel NHN gezond en het IZA regioplan.



Bestuurlijk:

Bestuurlijk committeert Noordwest Ziekenhuisgroep zich aan het ROAZ plan en daarmee aan de strategische werkagenda.

Tactisch/operationeel

Strategisch adviseur blijft verbonden aan de opdrachten die op de werkagenda staan en neemt verantwoordelijkheid voor de borging hiervan.



Bestuurlijk:

Bestuurlijk committeert HONK zich aan het ROAZ plan en daarmee aan de strategische werkagenda. De bestuurssecretaris van de HONK Coöperatie en HONK Groep blijft betrokken bij de stuurgroep waardoor op deze manier de voortgang geborgd blijft.

Tactisch/operationeel

De manager Acute Zorg, de kaderarts spoedzorg en het bestuur van HONK zullen betrokken blijven bij de realisatie en borging van de projecten.



Bestuurlijk:

De directeur van HKN Huisartsen blijft betrokken bij de stuurgroep, hiermee is commitment aan het ROAZ-plan geborgd en tevens aan de strategische werkagenda.

Tactisch/operationeel

Beleidsmedewerker en Manager Acute Zorg blijven verbonden aan de opdrachten die op de werkagenda staan en nemen verantwoordelijkheid voor de borging hiervan.



Huisartsenorganisatie
West-Friesland

Bestuurlijk:

HWF committeert zich aan de strategische werkagenda. De directeur-bestuurder medisch van HWF blijft betrokken bij de stuurgroep.

Tactisch/operationeel

de manager huisartsenpost en de kaderarts spoed blijven betrokken bij de opdrachten op de werkagenda en de verdere invulling en uitvoering hiervan.

Bestuurlijk:

Initiatieven zijn opgenomen in het jaarplan van Dijklander en verbijszonderd naar het jaarplan van centrum Acuut.

Tactisch/operationeel

Er zal beleids- en projectcapaciteit worden vrijgemaakt om de opgestelde initiatieven in het ROAZ-plan verder uit te werken en te implementeren.

Bestuurlijk:

Initiatieven worden opgenomen in het meerjarig strategische beleidsplan van Noordwest Ziekenhuisgroep.

Tactisch/operationeel

Op structurele basis worden uren vrijgemaakt om op beleidsmatig en projectmatig gebied een bijdrage te kunnen leveren aan opgestelde initiatieven. Dit is onderdeel van de werkzaamheden van bij dit plan betrokken functies binnen Noordwest Ziekenhuisgroep.

Bestuurlijk:

Initiatieven worden opgenomen in de jaarplancycclus van HONK.

Tactisch/operationeel

Bestaande initiatieven worden uitgevoerd binnen de formatie van HONK. Potentiële initiatieven kennen mogelijk een aanvullende capaciteit ten opzichte van de huidige formatie, afhankelijk van wat nodig is.

Bestuurlijk:

Initiatieven worden geborgd in het meerjaren strategisch beleidsplan en middels de PDCA cyclus.

Tactisch/operationeel

Op structurele basis worden uren vrijgemaakt om op beleidsmatig en projectmatig gebied een bijdrage te kunnen leveren aan opgestelde initiatieven. Dit is vast onderdeel van de werkzaamheden van bij dit plan betrokken functies binnen HKN Acute Zorg.

Bestuurlijk:

Initiatieven worden opgenomen in het (meerjaren) plan en passen bij de lange termijn doelstellingen van HWF, in het bijzonder van de huisartsenpost.

Tactisch/operationeel

Er wordt tijd vrijgemaakt om op beleidsmatige en projectmatig gebied een bijdrage te leveren aan de opgestelde of nog te ontwikkelen initiatieven.

Commitment aanbieders

Partners committeren zich aan de uitvoering van deze strategische werkagenda en maken tijd, mensen en middelen vrij

Voor de strategische werkagenda als geheel

Ten aanzien van individuele initiatieven waar de organisatie bij betrokken is



Bestuurlijk:

Het bestuur van Omring en van het CPO NHN ziet deze strategische werkagenda als een solide basis om gezamenlijk de acute zorg binnen alle domeinen toegankelijk te houden in de regio. Wij committeren ons aan deze gezamenlijke opgave en zullen met onze VVT-collega's en ketenpartners onze verantwoordelijkheid hierin pakken. En via ons zorgcoördinatiepunt de juiste zorg op de juiste plek blijven leveren.

Tactisch/operationeel

Beleidsadviseur Omring en manager acute zorg blijven met ketenpartners samenwerken om de genoemde initiatieven tot uitvoering te kunnen brengen en nieuwe ontwikkelingen/initiatieven kunnen volgen of realiseren., Tevens blijft de manager coördinatiepunt ouderenzorg NH de verbindende schakel tussen de sub regio's NHN en Zaanstreek- Waterland.



Bestuurlijk:

Bestuurlijk committeren we ons aan de strategische werkagenda en leggen we de koppeling met de regietafel NHN gezond en het IZA regioplan waarvan het ROAZ plan onderdeel is. Wij zijn de kerninstelling voor de cruciale GGZ en 24/7 acute GGZ.

Tactisch/operationeel

GGZ NHN is actief deelnemer (manager crisisdienst) aan het gremia waarin de werkagenda als geheel geborgd gaat worden. Vanuit GGZ NHN zal er op structurele wijze worden samengewerkt om de werkagenda uit te voeren en te koppelen aan (de eigen organisatorische) innovaties en ontwikkelingen op het gebied van acute zorg.



Bestuurlijk:

Het bestuur/de bestuurder van de RAV blijft betrokken bij de stuurgroep waardoor op deze manier de voortgang geborgd blijft. Hiermee committeert de RAV zich aan de strategische werkagenda.

Tactisch/operationeel

De tactisch managers van de RAV zullen betrokken blijven bij de realisatie en borging van de projecten.



Bestuurlijk:

De GHOR valt onder de Veiligheidsregio NHN en wordt in de stuurgroep vertegenwoordigd door de directeur Veiligheidsregio, als bestuurlijk ambassadeur voor het ROAZ plan NHN.

Tactisch/operationeel

Op structurele basis werkt de GHOR met ketenpartners samen om uitvoering te geven aan de genoemde initiatieven en nieuwe ontwikkelingen.

Bestuurlijk:

Initiatieven worden opgenomen in het meerjarig strategische beleidsplan van Omring. Initiatieven vanuit het Coördinatiepunt ouderenzorg NH dragen een eigen meerjaren strategische beleidsplan wat binnen de regio gedragen wordt.

Tactisch/operationeel

Op structurele basis worden uren vrijgemaakt om op beleidsmatig en projectmatig gebied een bijdrage te kunnen leveren aan opgestelde initiatieven. Passend bij de, door de stuurgroep en BO vastgestelde, prioritering.

Bestuurlijk:

Initiatieven worden geborgd in het meerjaren strategisch beleidsplan en middels de PDCA cyclus.

Tactisch/operationeel

De uitvoering van de strategische werkagenda is onderdeel van het continue verbeteren van de crisisdienst/ acute psychiatrie binnen de regio NHN. Dit wordt op dezelfde wijze gefaciliteerd als met de implementatie van de Generieke Module Acute Psychiatrie. Het zwaartepunt hiervoor ligt bij de manager van de crisisdienst met de directie van de divisie Acute en Forensisch.

Bestuurlijk:

Initiatieven worden opgenomen in het strategisch meerjaren beleidsplan van de RAV.

Tactisch/operationeel

Vanuit de RAV zal op structurele basis beleids- en projectcapaciteit worden vrijgemaakt om de opgestelde initiatieven in het ROAZ-plan uit te voeren. Deze uren worden geborgd in projectplannen.

Bestuurlijk:

De GHOR vervult haar rol van netwerkorganisatie om waar nodig/gewenst met de betreffende ketenpartners gezamenlijk uitvoering te geven aan opgestelde initiatieven. Initiatieven waar de GHOR deze rol daadwerkelijk vervult dan wel kan vervullen worden opgenomen in de jaarplannen van de GHOR.

Tactisch/operationeel

Op structurele basis worden uren vrijgemaakt om op beleidsmatig en projectmatig gebied een bijdrage te kunnen leveren aan opgestelde initiatieven.



“

Als huisarts en huisartsenspoedpost zijn we de spin in het web tussen alle disciplines welke betrokken zijn bij de acute zorg. Door middel van een nauwkeurige triage wordt besloten hoe snel en waar een patiënt het beste geholpen wordt.

In Den Helder is het spoedplein in gebruik genomen, waar een fijne en nauwe samenwerking met korte overleglijnen ervoor zorgt dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen.

De huisarts is bij uitstek ook de persoon om te voorkomen dat iemand een acute zorgvraag ontwikkelt. Door aandacht voor preventie en vroeg signalering kan de instroom naar de rest van de acute zorgketen verkleind worden.

Nathalie van der Veen, kaderarts spoedzorg, HKN Acute Zorg

”

6. Bijlagen



Bijlagen

- A. Totstandkomingsproces**
- B. Verdieping onderliggende doelstellingen
- C. Verdieping bestaande initiatieven
- D. Verdieping potentiële initiatieven
- E. Achtergrond PDCA
- F. Lijst met afkortingen





Totstandkomingsproces

De invulling van de bouwstenen kenmerkt zich door veel gezamenlijke afstemming en nauwe betrokkenheid van alle ketenpartners

Totstandkoming

Het totstandkomingsproces staat hier rechts schematisch weergegeven. Belangrijk in dit proces is dat aanbieders zelf penvoerder zijn geweest van alle teksten. Zodat de inhoud ook daadwerkelijk de visie maar ook betrokkenheid van de ketenpartners reflecteert. Dit past bij het uitdrukkelijke streven om te komen tot een plan 'van' de acute ketenpartners, in plaats van een plan 'voor' de aanbieders.

Ten tijde van de totstandkoming was er sprake van drie gremia:

- De werkgroep: voor het ophalen, uitwerken en valideren van de inhoud.
- De stuurgroep: voor bestuurlijke vaststelling en escalatie
- Het kernteam: ter voorbereiding van de aanpak en alle sessies

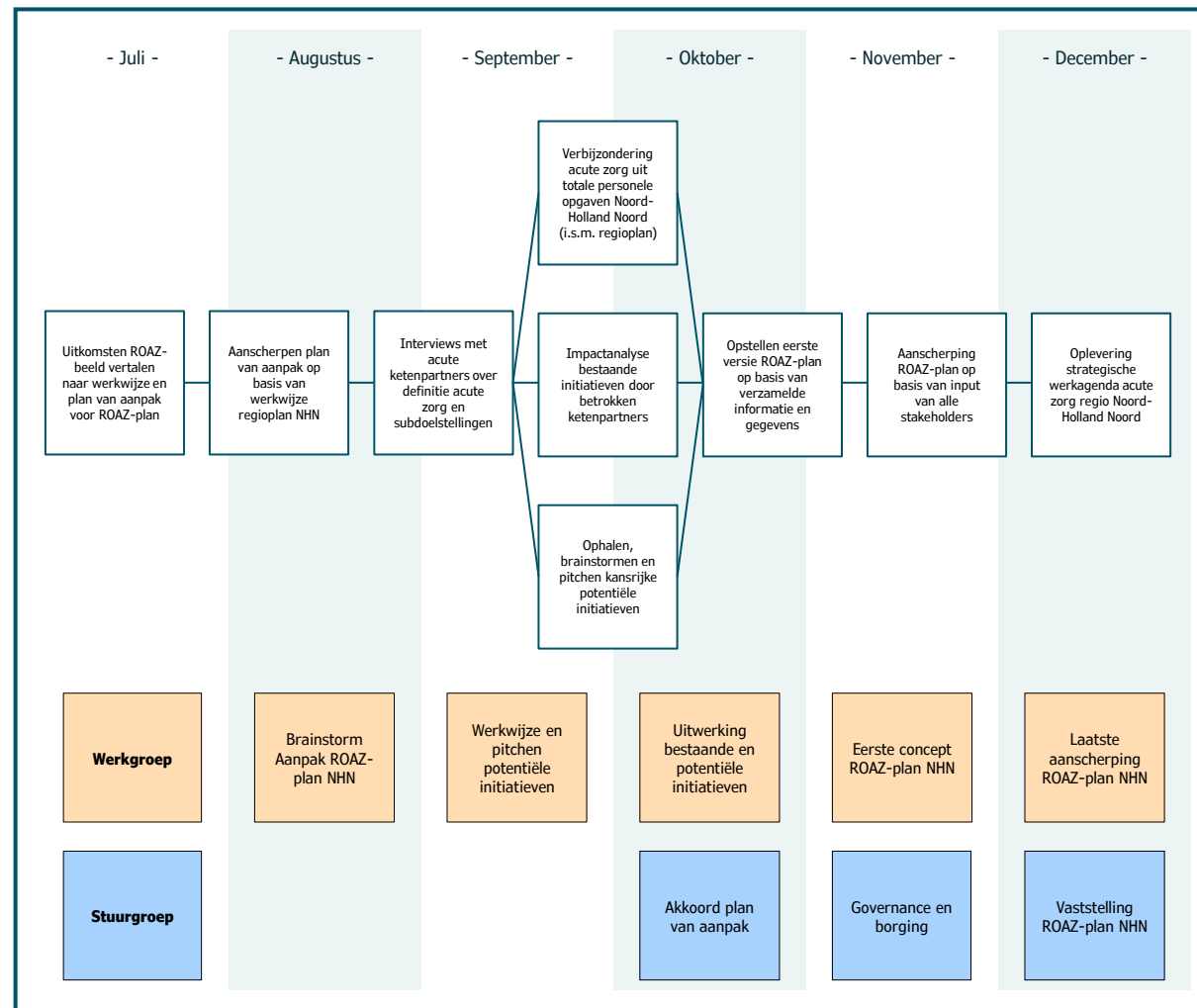
Op de volgende pagina staat een overzicht van alle partijen die betrokken waren in de regio Noord-Holland Noord.

Complex proces met uitdagingen

Bij de totstandkoming van dit ROAZ plan NHN is getracht een zo zorgvuldig mogelijk proces te doorlopen. Er zijn meerdere plenaire sessies (fysiek en digitaal) georganiseerd, er zijn individuele interviews gehouden en ten slotte hebben subgroepen in wisselende samenstellingen met elkaar afstemming gezocht. Ten slotte hebben gelijktijdig diverse 'review' rondes plaatsgevonden.

Er was sprake van korte tijdslijnen en de werkdruk was hoog bij alle betrokkenen. Veel partijen zijn actief buiten de grenzen van de subregio en de uitdagingen houden niet bij de grenzen van de subregio op. Het was lastig om de verbinding tussen de subregio's te borgen doordat iedereen gelijktijdig werkte aan het uitwerken van het ROAZ- en regioplan. Hierdoor kon niet altijd optimaal gebruik gemaakt worden van elkaars inzichten en uitkomsten.

Kortom, het totstandkomingsproces kenmerkt zich door een complexiteit en afhankelijkheid van diverse ontwikkelingen. Waarbij de scheidslijnen soms niet zo scherp waren en er ongetwijfeld sprake zal zijn van dubbelwerk, tegenstrijdigheden of witte vlekken als de plannen met elkaar worden vergeleken. Dit zal na de oplevering van de strategische werkagenda aandacht vragen.





Betrokken aanbieders

Het ROAZ-plan NHN is tot stand gekomen in nauwe samenwerking met diverse aanbieders actief in de acute zorgketen^{1,2}

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

1) De (acute) WT 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
 2) Vertegenwoordigers van de (acute) geboortezorg zijn ten tijde van het ROAZ-beeld NHN geraadpleegd. Met als uitkomst dat de uitdagingen worden herkend, maar dat de (acute) geboortezorg ten tijde van de opmaak van de plannen geen onderdeel uitmaakt van de prioritaire uitdagingen. Acute geboortezorg is een thema dat ook specifiek boven-subregionale aandacht heeft van het ROAZ-bureau.

Bijlagen

- A. Totstandkomingsproces
- B. Verdieping onderliggende doelstellingen**
- C. Verdieping bestaande initiatieven
- D. Verdieping potentiële initiatieven
- E. Achtergrond PDCA
- F. Lijst met afkortingen



Subdoelstellingen MSZ

Mechanismen met impact op het vergroten van het zorgaanbod en het verlagen van de zorgvraag en daarmee het personele tekort

Doelstelling	<p>Het aantal 'onterechte' SEH presentaties neemt af naar tot onder de 5% in 2032.</p> <p><i>Voorbeelden daarvan zijn de volgende patiëntgroepen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiënten met een verslaving (aan bijv. alcohol of drugs) die een reguliere WLZ indicatie hebben - Patiënten met een cognitieve afwijking waarbij de wet Zorg en dwang een rol speelt. Veelal moet bij deze patiënten een rechtelijke machtiging worden aangevraagd - Sociale indicaties; patiënten met een reeds bestaande zorgvraag. Thuis is de situatie niet meer houdbaar en patiënten worden dan ingestuurd naar de SEH. Echter, het betreft geen ziekenhuis zorgvraag 	<p>Het aantal verkeerde klinische beddagen is nihil.</p>	<p>Voor ≥90% van de aanvragen voor uitstroom naar tijdelijk verblijf of acute thuiszorg voor patiënten op de SEH is dit binnen 4 uur georganiseerd (ongeacht een Zvw of Wlz indicatie)².</p>
Focus	Zorgvraag: instroom	Zorgvraag: instroom, door- en uitstroom	Zorgvraag: door- en uitstroom
0-meting¹	<p>Nog geen 0-meting beschikbaar</p> <p>Eerste gedachten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definiëren van onterechte SEH-presentaties • Zie pagina 64 (acute VVT-zorg in beeld) 	<p>Nog geen 0-meting beschikbaar</p> <p>Eerste gedachten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totaal aantal klinische beddagen • Totaal aantal 'verkeerde' klinische beddagen • Schatting verkeerde beddagen als % van totaal klinische beddagen 	<p>Eerste gedachten hierbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Totaal aantal aanvragen voor uitstroom naar tijdelijk verblijf/acute thuiszorg • Totaal aantal aanvragen binnen 4 uur georganiseerd • Schatting percentage aanvragen binnen 4 uur van totaal
Monitoring	Wordt nog niet gemeten	Wordt nog niet (goed genoeg) gemeten	Wordt nog niet gemeten
Toelichting	Onterechte SEH presentaties veroorzaken onnodige instroom waardoor er minder capaciteit is voor terechte SEH presentaties.	Patiënten die zouden moeten uitstromen uit de kliniek en doorstromen naar de VVT of met thuiszorg naar huis, houden ten onrechte een bed (en daarmee medewerkers) bezet. Dit zorgt van stagnatie van instroom van nieuwe patiënten, alsook van uitstroom naar bijvoorbeeld IC.	<p>Een te lange doorlooptijd van een aanvraag tot overplaatsing vanuit de kliniek naar een plek elders, leidt tot verkeerde beddagen (zie toelichting verkeerde beddagen).</p> <p>Een lange doorlooptijd van aanvraag veroorzaakt ook onnodig meer werk voor personeel omdat personeel de aanvraag meerdere keren moet herijken.</p>
Hoe draagt deze doelstelling bij aan verminderen van personeelstekort (gezamenlijke opgave)	Wanneer er minder onterechte SEH presentaties zijn, kunnen de SEH medewerkers hun tijd besteden aan terechte presentaties. Hierdoor neemt de toegankelijkheid van de acute zorg toe, en nemen de wachttijden af. En als bijeffect; het sluit beter aan bij motivatie van medewerkers ('werk doen waarvoor je opgeleid ben').	Wanneer er minder of geen verkeerde beddagen zijn, dan bespaart dit personele inzet en onnodige kosten.	Zie toelichting verkeerde beddagen.

1) Voor diverse subdoelstellingen zijn wel schattingen bekend, maar is er nog geen goede 0-metingen beschikbaar. Streven is dat dit begin 2024 wordt uitgevoerd (zie ook pagina 38).

2) Na het eerste contact met de medisch specialist

Subdoelstellingen HA(P)¹

Mechanismen met impact op het vergroten van het zorgaanbod en het verlagen van de zorgvraag en daarmee het personele tekort

Doelstelling	Medewerkers van de HA(P) (met name de huisarts) zijn nauwelijks tijd kwijt aan het vinden van een tijdelijk verblijf plek of inzet acute thuiszorg ²	Voor ≥90% van de aanvragen voor uitstroom naar tijdelijk verblijf of acute thuiszorg is dit binnen 24 uur georganiseerd (ongeacht een Zvw of Wlz indicatie).
Focus	Zorgvraag: Door- en uitstroom	Zorgvraag: Door- en uitstroom
0-meting ³	Nog geen 0-meting beschikbaar Eerste gedachten hierbij zijn: <ul style="list-style-type: none"> Totaal aantal patiënten waarvoor een tijdelijke verblijf plek of thuiszorg voor moet worden geregeld Totaal aantal patiënten waarvoor dit binnen x uur echte werktijd is geregeld Totaal aantal patiënten (schatting t.o.v. totaal) is dit binnen x uur echte werktijd geregeld 	Nog geen 0-meting beschikbaar Eerste gedachten hierbij zijn: <ul style="list-style-type: none"> Totaal aantal patiënten waarvoor een tijdelijke verblijf plek of thuiszorg voor moet worden geregeld Totaal aantal patiënten waarvoor dit binnen 24 uur is georganiseerd Schatting percentage aanvragen binnen 24 uur van totaal
Monitoring	Wordt nog niet gemeten	Wordt nog niet gemeten
Toelichting	Het is de ambitie om zo min mogelijk doorlooptijd te hebben op aanvragen voor uitstroom naar tijdelijk verblijf of acute thuiszorg (<=24 uur). Wanneer dit langer duurt, kost dit extra inzet van personeel en middelen.	Het is de ambitie om zo min mogelijk doorlooptijd te hebben op aanvragen voor uitstroom naar tijdelijk verblijf of acute thuiszorg (<=24 uur). Wanneer dit langer duurt, kost dit extra inzet van personeel en middelen.
Hoe draagt deze doelstelling bij aan verminderen van personeelstekort (gezamenlijke opgave)	Hoe sneller een aanvraag is afgehandeld (doorlooptijd) hoe minder personele inzet dit vraagt.	Hoe sneller een aanvraag is afgehandeld (doorlooptijd) hoe minder personele inzet dit vraagt.

1) Voor meer informatie over de subdoelstellingen gericht op instroom U4 en U5 zie het initiatief Spoed = Spoed (pagina 55).

2) Ketenpartners nemen de verantwoordelijkheid over zodra de zorgvraag van de patiënt geen huisartsgeneeskundige zorg betreft. Dit vraagt echter de uitwerking van een nieuw initiatief hoe dit te realiseren.

3) Voor diverse subdoelstellingen zijn wel schattingen bekend, maar is er nog geen goede 0-metingen beschikbaar. Streven is dat dit begin 2024 wordt uitgevoerd (zie ook pagina 38).

Subdoelstellingen VWT

Mechanismen met impact op het vergroten van het zorgaanbod en het verlagen van de zorgvraag en daarmee het personele tekort

Doelstelling	<p>Voor ≥90% van de aanvragen voor patiënten via de huisarts- of huisartsenspoed is binnen 24 uur tijdelijk verblijf of acute thuiszorg georganiseerd (ongeacht de Wlz of Zvw indicatie).</p> <p>Voor ≥90% van de aanvragen voor patiënten op de SEH is dit binnen 4 uur tijdelijk verblijf of acute thuiszorg georganiseerd (ongeacht de Wlz of Zvw indicatie)¹.</p>
Focus	Zorgvraag: Instroom
0-meting²	Nog geen 0-meting beschikbaar Zie initiatief acute VWT-zorg in beeld (pagina 64) waarin men voorstelt om de potentiële acute zorgvraag in kaart te brengen
Monitoring	<p>Er wordt nu bijgehouden hoeveel patiënten geplaatst worden. Uiteindelijke monitoring hangt af van de uitkomst van project acute VWT zorg in beeld.</p> <p>Vooralsnog kan een alternatieve monitoring zijn om bij het totale aantal aanvragen bij het CPO, er geplaatst kan worden en hoe vaak er een afwijzing is ten gevolge van niet-beschikbare capaciteit.</p>
Toelichting	<p>Het is de ambitie om de doorlooptijd van een aanvraag zo kort mogelijk te houden. Hoe langer dit duurt hoe hoger de inzet van personeel en middelen is.</p> <p>Dit is kostbare tijd die anders op een andere manier ingezet kan worden. Tevens is er in de huidige werkwijze niet voldoende inzicht in de beschikbare capaciteit in de regio en wordt vraag en aanbod tussen de verschillende domeinen niet op elkaar afgestemd.</p> <p>Daarnaast liggen patiënten door het niet juist plaatsen niet direct op de juiste plek, waardoor deze langer een beroep doen op de schaarse capaciteit in de keten.</p>
Hoe draagt deze doelstelling bij aan verminderen van personeelstekort (gezamenlijke opgave)	Eenzijds is het snel plaatsen van een patiënt een verkorting van werkuren. Anderzijds ligt een patiënt direct op de juiste plek en verkort dat de totale capaciteitsvraag aan de keten. Daarmee wordt personeel bespaard.

1) Na het eerste contact met de medisch specialist

2) Voor diverse subdoelstellingen zijn wel schattingen bekend, maar is er nog geen goede 0-metingen beschikbaar. Streven is dat dit begin 2024 wordt uitgevoerd (zie ook pagina 38).

Subdoelstellingen GGZ

Mechanismen met impact op het vergroten van het zorgaanbod en het verlagen van de zorgvraag en daarmee het personele tekort

Doelstelling	Voor $\geq 90\%$ van de aanvragen voor patiënten die binnenkomen via de crisisdienst van de GGZ wordt binnen 24 uur een passende plek gevonden.
Focus	Zorgvraag: Instroom
0-meting¹	Nog geen 0-meting beschikbaar Eerste gedachten hierbij zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Totaal aantal aanvragen patiënten met aanvraag via crisisdienst • Totaal aantal aanvragen binnen 24 uur passende plek georganiseerd • Schatting percentage aanvragen binnen 24 uur van totaal
Monitoring	Wordt nog niet gemeten
Toelichting	Het is de ambitie om de doorlooptijd van een aanvraag zo kort mogelijk te houden. Hoe langer dit duurt hoe hoger de inzet van personeel en middelen is. Dit is kostbare tijd die anders op een andere manier ingezet kan worden.
Hoe draagt deze doelstelling bij aan verminderen van personeelstekort (gezamenlijke opgave)	Hoe groter het aantal aanvragen met een kortere doorlooptijd (≤ 24 uur) hoe minder personele inzet wordt gevraagd.

1) Voor diverse subdoelstellingen zijn wel schattingen bekend, maar is er nog geen goede 0-metingen beschikbaar. Streven is dat dit begin 2024 wordt uitgevoerd (zie ook pagina 38).

Subdoelstellingen RAV/MKA

Mechanismen met impact op het vergroten van het zorgaanbod en het verlagen van de zorgvraag en daarmee het personele tekort

Doelstelling	Het percentage patiënten dat na een mobiel zorgconsult opnieuw ambulancezorg heeft ontvangen binnen 24 uur neemt af van 1,5% naar 0%	Het percentage feedbackberichten dat de RAV ontvangt na vervoer van een patiënt naar de SEH is 0%.	Het percentage patiënten dat na vervoer door de ambulance met een urgentie A0 – A1 of A2 naar de SEH is gebracht en alsnog binnen 4 uur naar huis gestuurd wordt is 0%
Focus	Zorgvraag: instroom	Zorgvraag: uitstroom (richting MSZ)	Zorgvraag: uitstroom (richting MSZ)
0-meting ¹	1,5% (2022)	Onbekend	Onbekend
Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> Ja Wordt ook jaarlijks opgenomen in het Sectorkompas van Ambulancezorg Nederland (AZN) 	De implementatie van bericht 12 (MSB) gaat vanaf Q1-2024 lopen	Op dit moment is er nog onvoldoende inzicht in aantallen voor deze KPI en is er nog geen 0-meting uitgevoerd.
Toelichting ²	<p>Bij een mobiel zorgconsult besluit de ambulancezorgprofessional – na onderzoek, behandeling ter plaatse en zorgadvies – de patiënt thuis te laten. Uit literatuuronderzoek blijkt dat een kleine groep patiënten, waarbij is besloten niet te vervoeren, risico loopt op een verslechtering van het toestandsbeeld waardoor wederom hulp nodig is (herhaalbezoek). Ook blijkt uit onderzoek dat patiënten met ongeplande herhaalbezoeken een grotere kans op complicaties hebben. Een herhaalbezoek door de ambulancezorg hoeft op zich geen indicatie te zijn voor ‘slechtere’ kwaliteit van zorg. Er kan bewust advies gegeven zijn om bij verslechtering van klachten opnieuw contact op te nemen.</p> <p>In het kader van het doel ‘juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek’, geeft deze KPI de RAV en de ambulancezorgprofessionals inzicht in de (uitkomst van de) verleende zorg ter plaatse en aanknopingspunten voor verbetering.</p> <p>Er is op dit moment nog weinig inzicht in het aantal en de aard van geplande en ongeplande herhaalbezoeken na mobiel zorgconsult. De ambulancesector vindt het belangrijk om hier inzicht in te krijgen. De metingen voor deze KPI in het kwaliteitskader ambulancezorg zijn een eerste stap.</p>	<p>Deze doelstelling gaat over het gebruik van het feedbackbericht vanuit de SEH ten behoeve van het leren en verbeteren van het stellen van de juiste werkd Diagnose door de ambulancezorg-professionals. Het feedbackbericht is onderdeel van de richtlijn gegevensuitwisseling en is verankerd in de Wet ambulancezorgvoorzieningen</p> <p>De KPI meet het gebruik van het feedbackbericht en niet de daadwerkelijke match, omdat voor het bepalen van de match eerst nog besluiten moeten worden genomen zoals op welk niveau een match wenselijk is, in hoeverre dat mogelijk is vanwege het verschil in terminologie tussen ambulance en SEH en hoe je omgaat met het feit dat overtriage voor sommige aandoeningen wenselijk is vanuit de ambulance. Dit is daarom opgenomen als aandachtspunt voor de doorontwikkeling van deze KPI. Het doel van het feedbackbericht binnen de RAV is met name kwaliteitsverbetering, op individueel niveau (ambulancezorgprofessional) en – op termijn – op RAV-niveau (leereffect door patroonherkenning).</p> <p>Deze KPI meet bij hoeveel procent van de patiënten die zijn afgeleverd bij de SEH de RAV een feedbackbericht heeft ontvangen.</p>	<p>Ambulanceverpleegkundigen leveren alleen spoedeisende ambulancezorg wanneer dit echt nodig is. Net als veel andere zorginstellingen zijn RAV’s bezig met de optimale afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag van de patiënten. Essentie is het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (dichter bij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals eHealth).</p> <p>Het leveren van de juiste zorg door de juiste zorgverlener kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Uitgangspunt daarbij is de zorgvraag van de patiënt. Dit betekent onder meer dat er een verschuiving op zal treden van de ambulancezorg naar bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige zorg, de huisarts(spoed)zorg en de ggz wanneer daar beter passende zorg verleend kan worden. Deze doelstelling is erop gericht het aantal SEH-presentaties omlaag te brengen waarvan achteraf blijkt dat presentatie op de SEH niet noodzakelijk is geweest en patiënten binnen 4 uur na SEH-presentatie met ontslag gaan.</p>
Hoe draagt deze doelstelling bij aan verminderen van personeelstekort (gezamenlijke opgave)	Op het moment van een mobiel zorgconsult opnieuw ambulancezorg wordt er twee keer een ambulance ingezet voor dezelfde patiënt. Dit heeft zowel impact op de beschikbaarheid van triagisten bij de meldkamer waar de zorgvraag opnieuw wordt getrieerd en ok de beschikbaarheid van ambulancepersoneel omdat opnieuw een ambulance moet uitrukken.	Op het moment dat een feedback bericht verzonden wordt is er volgens de SEH sprake geweest van een foutieve diagnose door ambulanceverpleegkundige, met als gevolg dat er mogelijk niet direct sprake is van de juiste zorginzet. Het omlaag brengen van deze feedbackberichten houdt in dat de patiënt direct de juiste diagnose en daarmee de juiste zorg op de juiste plek ontvangt. Hierdoor wordt beschikbaar personeel zo effectief mogelijk ingezet.	Op het moment dat een patiënt na vervoer door een ambulance naar de SEH alsnog binnen 4 uur naar huis gaat zou dit kunnen betekenen dat dat hier mogelijk geen sprake was van de juiste zorg op de juiste plek. Omdat de patiënt niet noodzakelijkerwijs op de SEH behandeld had moeten worden. Mogelijk had hier kunnen volstaan met een mobiel zorgconsult of inzet van een andere zorgverlener. Hierdoor wordt voorkomen dat personeel op de SEH ‘onterecht’ wordt ingezet.

1) Voor diverse subdoelstellingen zijn wel schattingen bekend, maar is er nog geen goede 0-metingen beschikbaar. Streven is dat dit begin 2024 wordt uitgevoerd (zie ook pagina 38).

2) Voor meer informatie zie het [Sectorkompas 2022](#) van Ambulancezorg Nederland (AZN)

Bijlagen

- A. Totstandkomingsproces
- B. Verdieping onderliggende doelstellingen
- C. Verdieping bestaande initiatieven**
- D. Verdieping potentiële initiatieven
- E. Achtergrond PDCA
- F. Lijst met afkortingen



Woongemak is kinderspel

Bestaand initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Woongemak is kinderspel				
Onderdeel van	Veilig Leven Veiligheidsregio Noord-Holland Noord				
Realisatietermijn	1 – 3 jaar				
Contactpersoon ¹	Sanne Bekebrede				
Projectteam	Vertegenwoordiging vanuit Veiligheidsregio NHN: Veilig Leven en GHOR. In samenwerking met gemeenten.				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Nee				

Toelichting	
Aanleiding en probleemanalyse:	<p>Woongemak is Kinderspel (WiK) is geïnitieerd door Veilig Leven, programma binnen de veiligheidsregio NHN en richt zich op het voorkomen van leed en schade door vallen en brand bij thuiswonende 65-plussers. In 2022 hadden ruim 11000 inwoners in Noord-Holland Noord medische hulp nodig na een valincident. Uit onderzoek is gebleken dat er een stijging is van het aantal valincidenten bij 65-plussers. Aangezien het aantal 65-plussers de komende jaren alleen maar toeneemt, stijgt ook het aantal ouderen met een verhoogd valrisico. Daarnaast blijven senioren momenteel langer thuis wonen, omdat het financieel niet aantrekkelijk is om te verhuizen. Dit leidt ertoe dat mensen wellicht langer in onveilige situaties thuis blijven wonen.</p>
Beschrijving:	<p>In dit project draait alles om één doel: senioren helpen hun omgeving veiliger te maken zodat ze brand en valongelukken kunnen voorkomen. Om zicht te krijgen op wat er verbeterd kan worden in huis, kunnen inwoners een woningcheck aanvragen, waarin gekeken wordt naar de woning, maar ook naar indicatoren voor valveiligheid. Senioren worden actief bewogen om deel te nemen aan een valpreventie cursus om de valveiligheid te vergroten door middel van campagnes of andere interventies. Deze valpreventie cursussen verminderen aantoonbaar het aantal SEH-opnames met 42% (Sherrington, et al., 2020).</p>
Status:	<ul style="list-style-type: none"> Do-fase: een aantal gemeenten binnen de Veiligheidsregio zijn al aangesloten. Streven is dat in 2024 alle gemeenten zijn aangesloten bij WiK. Samen met het Nederlandse Rode Kruis en GGD wordt een samenwerkingsplan opgesteld om elkaars krachten te bundelen op het gebied van valpreventie.

Scope en doel	
Scope:	Thuiswonende 65-plussers
Doel:	Het gedrag van de burgers in NHN (65 jaar en ouder) beïnvloeden door 65-plussers bewust te maken van brand- en valrisico's in en rondom huis.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	<ul style="list-style-type: none"> Een goedwerkende coalitie van partners in valpreventie in elke gemeente. Eerstelijnszorg die aan is gesloten bij en een actieve rol vervuld in de Woongemak is Kinderspel-coalities per gemeente. Aantoonbaar effectieve campagnes om 65+-ers naar een valpreventie cursus te bewegen. De valpreventie cursussen die worden aangeboden zijn erkent door het RIVM In de komende 10 jaar volgt 25% van de 65+-ers een valpreventie cursus. Dat zijn gemiddeld 25 valpreventie cursussen per gemeente per jaar.
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	<p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing
Zorgvraag (in- en uitstroom)	<ul style="list-style-type: none"> Een afname van 10% in valongevallen van 65+-ers met (ernstig) letsel leidend tot een SEH opname Een afname van 10% in valongevallen van 65+-ers met (ernstig) letsel leidend tot een huisartsen(post)bezoek. Een afname van het aantal ambulanceritten dat gereden wordt vanwege een valincident in en om het huis.
Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)	<ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
•	Een afname van 10% in valongevallen voor de betreffende doelgroep leidt tot ruim 160 minder opnames op de SEH op jaarbasis in 2032, met een gemiddelde SEH-verblijfsduur van 3,5 uur. Dit betekent een totale besparing van ca. 560 uur per jaar ² . Een afname in SEH-verblijfsduur van 560 uur zal maximaal leiden tot een verlaging van de benodigde personele capaciteit op de SEH met 0-1%.
•	De verwachte impact op de totale personele opgave zal daarmee naar verwachting ook niet meer dan 0-1% bedragen.

Vervolgstappen	
1.	Q1-2024: Uitvoeren kwantitatieve impactanalyse om huidige inschattingen te vervangen door gevalideerde data.
2.	Eerst wordt inzichtelijk gemaakt wat er door nog niet aangesloten gemeenten en ketenpartners in die gemeenten wordt gedaan aan valpreventie en daaraan gerelateerde initiatieven. Vervolgens wordt een coalitie gevormd met de partijen die zich al bezig houden met valpreventie én de partijen die van waarde kunnen zijn binnen dit netwerk, maar die nog geen initiatieven hebben ontwikkeld.
3.	Binnen deze coalitie worden afspraken gemaakt over taken, manieren van benaderen en doelstellingen. De coalitie wordt verder door de gemeente gestuurd. Veilig Leven blijft als partner aangehaakt om de woningchecks uit te voeren en om campagnes gericht op gedragsverandering vorm te geven.
4.	Verkennen van vervolgstappen door Veilig Leven om valpreventie breder toe te passen. Voorbeeld hiervan is Project Doortrappen. Dit project richt zich op het terugdringen van valincidenten van 65-plussers op een elektrische fiets. In 2025 worden de mogelijkheden en effecten voor dit project in Noord-Holland Noord verkend. Daarnaast verkennen we in 2024 ook andere mogelijkheden om valpreventie onder de aandacht te brengen, bijvoorbeeld door ambulancezorg, als zij al voor een melding bij een inwoner in huis zijn.

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan
2) Berekening op basis van data traumazorg (via ROAZ-bureau Noord-Holland / Flevoland)

Coördinatiepunt Ouderenzorg

Bestaand initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Coördinatiepunt ouderenzorg NH (CPO)				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	3 - 5 jaar ¹				
Contactpersoon ²	Indra Khater				
Projectteam	Nader te bepalen				
Regionale dekking	Huidig: NHN-West-Friesland-Noord Kennemerland en Waterland. Ontwikkeling: Zaanstreek				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Misschien				

Toelichting
<p>Aanleiding en probleemanalyse: Aanleiding tot het opzetten van een coördinatiepunt voor de acute VVT is de griepgolf geweest in 2016, die van dermate grootte was dat er knelpunten in de doorstroom ontstonden. Daaropvolgend hebben de regionale partijen een passende oplossing geformuleerd in de vorm van het Coördinatiepunt. Deze oplossing heeft afgelopen jaren een verdere door ontwikkeling gemaakt waarbij er een herinrichting binnen de infrastructuur van de (sub) acute keten, ontwikkeling, tooling en passende zorginzet is gekomen. Het Coördinatiepunt faciliteert de zorgvraag en zorgaanbod binnen de acute VVT en de planbare ELV. Deze processen vragen om een doorontwikkeling.</p> <p>Beschrijving: Het Coördinatiepunt ouderenzorg NH (CPO) richt zich binnen het hele adherentiegebied op het vinden van een juiste zorgplek voor kwetsbare ouderen. Waardoor de gezamenlijke capaciteit beter benut wordt en voorkomt dat kwetsbare ouderen onnodig lang moeten wachten op VVT zorg in een (Sub)acute situatie of na een ziekenhuis opname. Het CPO ondersteunt verwijzers bij de triage van (Sub)acute zorgvragen en maakt gebruik van data en expertise om te anticiperen op trends en ontwikkelingen in de regio. De huidige situatie is de status van het CPO voor NHN, West- Friesland, Noord Kennemerland en Waterland.</p> <p>Status: Het CPO is een goed werkend initiatief in de regio waarvan de toegevoegde waarde verder vergroot kan worden. Enerzijds door uitbreiding van het adherentiegebied, zoals de Zaanstreek. En anderzijds door het optimaliseren en uitbreiden van de huidige werkprocessen en dienstverlening.</p> <p>Het CPO bevindt zich momenteel in de 'ACT' fase, de nieuwe ontwikkelen zijn input voor een nieuwe cyclus startend in de 'PLAN' fase.</p>

Scope en doel
<p>Scope: Kwetsbare ouderen die (tijdelijk) niet meer thuis kunnen wonen en waarvoor een verwijzing nodig is voor eerstelijnsverblijf, acute thuiszorg of een consult specialist ouderengeneeskunde.</p> <p>Doel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beter benutten van bestaande capaciteit acute VVT Beter laten aansluiten van capaciteit acute VVT (zorgaanbod) op de zorgvraag Voorkomen van onnodige acute instroom in het ZKH. Bevorderen van de doorstroom vanuit het ZKH naar de VVT voor ELV zorg. <p>Resultaatdoelstellingen (deliverables):</p> <ul style="list-style-type: none"> Het bieden van ondersteuning van verwijzers bij triage / Ondersteuners waarden de serviceverlening van CPO met een 7 Regio brede capaciteit inzicht acute WT via herstelbedden.nu. 1 centraal regionaal punt waar verwijzers voor (sub) acute zorg terecht kunnen Inzichten d.m.v. data verzameling regio breed in 1 systeem -> gebruik door coördinatiepunt, inzicht op aanvraag ketenpartners regiobreed Gerichte expertise inzet d.m.v. opgeleide triagisten. <p>Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan</p> <p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Verhogen aantal opnames acute WT via huisarts. Verhogen aantal opnames acute WT via ZKH/SEH. Coördinatiepunt triageert zorgvraag waardoor deze niet meer in de ziekenhuizen terecht komt maar bij de VVT d.m.v. (ELV spoed, WLZ Crisis, Acute Thuiszorg). 90% van de acute VVT vragen kan worden ingewilligd (d.m.v. een omgekeerde meting -> Het aantal keer niet geleverde zorg te monitoren/meten) Bij 90% van de aanvragen vanuit het ziekenhuis is de patiënt binnen 36 uur op een VVT afdeling die ELV zorg levert. Reduceren verkeerde bed dagen in het ZKH <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> Er zal een passende financiering moeten komen om te zorgen dat het CPO bekostigd wordt op meetbare inzet.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)
<ul style="list-style-type: none"> Doordat het coördinatiepunt ouderenzorg patiënten ombuigt naar de VVT wordt de druk op HAP/SEH-personeel verlaagt. In het ziekenhuis daalt het aantal verkeerde bed dagen waardoor het ziekenhuispersoneel meer tijd heeft voor andere werkzaamheden. Door ombuigen van patiëntenstromen naar de VVT is daar juist additionele personele inzet nodig (acute stroom). De verwachting is dat deze interventie bijdraagt aan een verlaging van 1-5% van het personeelstekort in de acute MSZ en HAP. Door het verschuiven van zorg zal er bij de VVT juist meer personeel nodig zijn. Samengenomen is de verwachting dat dit initiatief daarom 0-1% bijdraagt aan de totale personele opgave.

Vervolgstappen
<ol style="list-style-type: none"> Q1-2024: Uitvoeren kwantitatieve impactanalyse om huidige inschattingen te vervangen door gevalideerde data Analyseren knelpunten, dit door middel van werkgroepen optimaliseren. Analyseren van de Ist -> Soll, vanuit hier plan van aanpak schrijven. Impactanalyse stakeholders (waaronder ambulance)

1) Het coördinatiepunt is een bestaande werkwijze dat aankomende jaren verder wordt doorontwikkeld en uitgebreid.
2) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

Spoed = Spoed

Bestaand initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Spoed = Spoed				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	< 1 jaar				
Contactpersoon ¹	Esther Koopman				
Projectteam	Afvaardiging van HKN, HONK, HWF				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Nee				

Toelichting	
Aanleiding en probleemanalyse	
De HAP heeft te maken met veel zorgvragen die geen spoedzorg zijn (U3 – U5). Dit legt grote druk op het beschikbare personeel. Het doel is dat de HAP alleen zorgvragen krijgt die niet kunnen wachten tot het eerstvolgende spreekuur van de huisartsenpraktijk.	
Beschrijving werkwijze	
<ul style="list-style-type: none"> • Spoed = spoed heeft nu focus op de nacht en gaat op hoofdlijnen over de volgende punten: • Minder huisartsen in de nacht, meer fitte huisartsen overdag • ANW-zorg weer 100% spoed • Tussen 00.00 uur 's nachts en 8.00 uur 's ochtends worden enkel patiënten gezien met een U1, U2 en in noodzakelijke gevallen een U3 urgentie • De triage van de triagist is leidend, bij twijfel overleg met dienstdoende huisarts • Voor de U3 patiënten geldt dat zij de volgende dag zelf contact opnemen met de eigen huisarts • Vanuit de HAP wordt een overdracht verstuurd naar de eigen huisarts • Belangrijk dat de dagpraktijk iedere werkdag (bij voorkeur in de ochtend) een spoedplek beschikbaar heeft • Mocht een dagpraktijk gesloten zijn, dan is het belangrijk dat het voor de patiënt duidelijk is met wie hij/zij contact kan opnemen • Wanneer de U3 in de nacht naar zaterdag of zondag valt wordt de patiënt de volgende dag op de HAP gezien. De triagist van de HAP plant hiervoor een afspraak in. 	
Status:	
<ul style="list-style-type: none"> • Is gestart per 1 oktober 2023: Tussen 2.00 uur 's nachts en 8.00 uur 's ochtends worden enkel patiënten gezien met een U1,U2 en in noodzakelijke gevallen een U3 urgentie. 	

Scope en doel	
Scope:	
Patiënten met spoedeisende zorgvraag aan de HAP, en in het bijzonder patiënten met laag-urgente zorgaanvragen (U3 t/m U5 indicatie) die zich tussen 0.00/2.00 uur en 8.00 uur 's ochtends melden bij de huisartsenspoedpost.	
Doel:	
<ul style="list-style-type: none"> • Geen verrichtingen door de huisartsenspoedpost met lage urgenties (U4-U5) in de nacht. • En daarmee vermindering van (ervaren) werkdruk/werklast voor alle dienstdoende professionals op de huisartsenspoedpost. • Streven: minder huisartsen in de nacht, meer fitte huisartsen overdag 	
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	
<ul style="list-style-type: none"> • Triagisten ontvangen een aanvullende cursus m.b.t. anders denken ander triëren • Minder tot geen visites/consulten met U4 en U5 urgentie tussen 0.00/2.00 's nachts en 8.00 's ochtends door de huisartsenspoedpost. Enkel de noodzakelijk U3 urgenties worden tussen 0.00/2.00² uur 's nachts en 8.00 uur 's ochtends gezien. • Naamswijziging huisartsenpost naar huisartsenspoedpost. • Verhogen van het gebruik van de digitale zelftriage Moet Ik Naar De Dokter (MINDD). Prominente plaatsing op de website van de HAP, website en beeldschermen dagpraktijk. Inregelen boodschap op de telefoon. 	
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	
<i>Passend aanbod</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Verplaatsing van niet-acute zorg in de nacht naar de huisartsenpraktijk. 	
<i>Zorgvraag (in-en uitstroom)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Een afname van visites/consulten met U3-U4-U5 urgentie tussen 0.00 's nachts en 8.00 's ochtends². De beoogde doelstelling is nu nog niet te bepalen, dit is afhankelijk van nadere onderzoeksresultaten. • Afname van het aantal inkomende telefoongesprekken naar de HAP door de inzet van digitale zelftriage middels MINDD. 	
Impact op systeem (bekostiging-en wet & regelgeving)	
Verwachte impact afhankelijk van uitkomsten onderzoek (productie, kosten en inzet van personeel).	

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
<ul style="list-style-type: none"> • De instroom van U4 en U5 bedraagt nu gemiddeld 42% van de totale instroom bij de HA(P). Doelstelling is om dit terug te brengen naar ca. 10%. Dit zou ook een afname van het aantal medewerkers kunnen impliceren. Er zijn immers minder zorgvragen die behandeld moeten worden. • Een deel van de patiënten is geholpen van met een zelfzorgadvies van thuisarts.nl en een deel zal zich melden bij de eigen huisartsenpraktijk. • In de praktijk is dit initiatief met name gericht op het verlagen van de werkdruk en daarmee behoud van personeel³. De inschatting is dat dit initiatief niet meer dan 0-1% van het totale geprognoseerde personeelstekort in 2032 kan verminderen. 	

Vervolgstappen	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Q1-2024: Uitvoeren kwantitatieve impactanalyse om huidige inschattingen te vervangen door gevalideerde data 2. Evaluatie van initiatief, bij positief resultaat mogelijk uitbreiden naar de avond en weekenddagen. 	

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan
 2) Het tijdsframe verschilt per huisartsenspoedpost
 3) In het prognosemodel (pagina 24) is rekening gehouden met het gemiddelde uitstroom % van afgelopen jaren. Initiatieven gericht op het behoud van personeel en daarmee afname van het uitstroom % hebben dus een positief effect op het voorspelde personele tekort.



Optimaliseren meldkamerproces ambulancezorg

Bestaand initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Optimaliseren meldkamerproces ambulancezorg				
Onderdeel van	Diverse (landelijke) ontwikkelingen gericht op de optimalisatie MKA				
Realisatietermijn	1 – 3 jaar				
Contactpersoon ¹	Paulien Homma				
Projectteam	Bestaande uit medewerkers MKA en RAV				
Regionale dekking	Noordwest drie (Noord-Holland Noord, Kennemerland, Zaanstreek-Waterland)				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Misschien				

Toelichting	
Aanleiding en probleemanalyse:	Een groot aantal meldkamers in Nederland kennen een structureel tekort aan personeel. Zo ook de meldkamer Noord-Holland. Derhalve is behoefte aan diverse samenhangende interventies om het meldkamerproces te optimaliseren en het tekort aan personeel te verminderen. Daarnaast kan de samenwerking met ketenpartners nog beter door effectiever gebruik te maken van elkaars capaciteiten.
Beschrijving:	De meldkamer Noord-Holland werkt aan diverse samenhangende initiatieven die bijdragen aan de hierboven geschetste uitdagingen. Twee concrete voorbeelden zijn: <ul style="list-style-type: none"> De inzet van specifieke 112-centralisten ambulancezorg op de meldkamer. Waarbij onderzocht wordt hoe de 112-intake overgenomen kan worden door zorgprofessionals zonder een BIG-registratie voor verpleegkundigen. Momenteel vinden er diverse pilots plaats bij andere RAV's. De Meldkamer Noord-Holland gaat kijken onder welke voorwaarden en op basis van welke inrichtingsvormen dit geïmplementeerd zou kunnen worden. Module planbaar vervoer, waarbij op basis van een nieuw systeem meldkamercentralisten, maar ook zorgorganisaties, direct aanvragen kunnen doen voor gepland vervoer. Dit systeem biedt direct inzicht in de capaciteit en planning waardoor onderlinge telefonische afstemming niet meer nodig is. Daarnaast zorgt het voor betere spreiding van de inzet van planbaar vervoer.
Status:	<ul style="list-style-type: none"> Plan-fase: de eerste behoefte- en probleemanalyse en mogelijke oplossingsrichtingen worden geïnventariseerd.

Scope en doel	
Scope:	<ul style="list-style-type: none"> Het meldkamerdomein NW3 (Noord-Holland Noord, Kennemerland, Zaanstreek-Waterland) en de samenwerkende ketenpartners zoals ziekenhuizen, HA(P) en VVT.
Doel:	<ul style="list-style-type: none"> Aanname van 112-meldingen blijft nu en in de toekomst geborgd. Optimaliseren van het meldkamerproces, waardoor met minder mensen meer zorgvragen in behandeling genomen kunnen worden. Optimaliseren van het meldkamerproces maakt dat ook slimmer wordt omgegaan met capaciteit van de rijdende dienst.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	<ul style="list-style-type: none"> Inzet 112-centralisten: <ul style="list-style-type: none"> Taakherschikking verpleegkundig centralisten (VPKc) en niet-verpleegkundig centralisten (nVPKc) en daardoor verlagen werkdruk VPKc en verhogen werkplezier; Meer instroommogelijkheden: vergroten pool (n)VPKc; Meer doorstroommogelijkheden (n)VPKc. Module planbaar vervoer: <ul style="list-style-type: none"> Zorgaanbieders zijn zelf in staat aanvragen in te dienen voor planbaar vervoer en hebben direct inzicht in de capaciteit en planning. Samenwerking met ketenpartners verbeterd.
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	<p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Arbeidspotentieel van medewerkers op de MKA neemt toe. Door functiedifferentiatie worden kennis en kunde beter ingezet. Daarnaast worden niet-noodzakelijke telefoontjes weggevangen door een geautomatiseerd digitaal proces. De ambitie is dat hierdoor het voorspelde personeelstekort in 2032 afneemt. <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing.
Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)	<ul style="list-style-type: none"> Wijziging in wet- en regelgeving met betrekking tot inzet van nVPKc op de MKA voor de intake van zorggerelateerde 112-meldingen.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
<ul style="list-style-type: none"> Het initiatief maakt dat er op de meldkamer met hetzelfde personeel meer zorgvragen in behandeling genomen kunnen worden, omdat aantal telefoontjes afneemt. De verwachting is dat het initiatief voornamelijk zal bijdragen aan minder werkdruk en daardoor behoud van personeel. Daarnaast hoopt men dat niet-verpleegkundig personeel makkelijker aan te trekken is dan de verpleegkundig centralisten. Bij de ketenpartners is het effect dat de handelingen gericht op telefonie worden omgezet in andere handelingen (gebruik digitale systeem). Wel is de verwachting dat slimmer omgegaan kan worden met de beschikbare personele capaciteit doordat het beter planbaar is. De ambitie is dat dit initiatief 0-1% bijdraagt aan het verwachte personele tekort voor het hele acute zorg domein. Dit zal voornamelijk bij de meldkamer zijn. 	

Vervolgstappen	
<ul style="list-style-type: none"> Inzet 112-centralisten: <ol style="list-style-type: none"> Opvolgen van landelijke uitkomsten Vertalen naar randvoorwaarden en inrichtingsprincipes voor de MKA Noord-Holland Uitwerken behoefte- en probleemanalyse en vertalen naar plan van aanpak Implementatie Werven en opleiding (n)VPKc 112-centralisten Module planbaar vervoer: <ol style="list-style-type: none"> Selectie van de tool inclusief vereiste ritformulier(en) Uitwerken nieuwe werkprocessen samen met ketenpartners Implementatie: zorgaanbieders zelf in staat stellen aanvragen in te dienen voor planbaar vervoer. Verder inventariseren van verbeterpotentieel en oplossingen. Bijvoorbeeld invoering van combi-banen met de rijdienst of andere ketenpartners. 	

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg

Bestaand initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg				
Onderdeel van	Landelijke traject AZN & IG&H				
Realisatietermijn	< 1 jaar				
Contactpersoon ¹	Danique Ozinga, Paulien Homma				
Projectteam	Landelijk project onder leiding van AZN				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Nee				

Toelichting	
<p>Aanleiding en probleemanalyse: Een cruciaal element voor het beter inzetten van ambulancezorg is de ontwikkeling van een urgentie-indeling die recht doet aan de medische behoeften van patiënten en die de samenwerking in de spoedzorgketen vergemakkelijkt. De huidige urgentie-indeling met drie urgentiecategorieën (A1, A2 en B) slaagt hier onvoldoende in. Ook met het oog op de huidige 15-minuten norm (meldtijd tot aankomst ambulance bij de patiënt) die niet wetenschappelijk is onderbouwd. We verwachten dat de nieuwe, meer gedifferentieerde, urgentie-indeling tot een verbetering in de kwaliteit van acute zorg leidt, en ervoor zorgt dat schaarse acute zorgprofessionals effectiever ingezet worden.</p> <p>Beschrijving:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbeterde urgentie-indeling houdt in de verbreding de huidige drie urgenties naar zeven urgenties (A0, A1, A2, B1, B2, C1 en C2). De A0 betreft de hoognodige spoed (tijdkritische patiënt) waarbij de MKA gebruik maakt van een triagetijd van twee minuten, zodra de A0 is uitgesloten, wordt de triagetijd verlengd met twee minuten naar vier minuten. De verbeterde urgentie-indeling faciliteert de inzet van de juiste zorgverlener op het juiste moment met voor de patiënt een zo optimaal mogelijke uitkomst. Daarnaast draagt dit bij aan een verbetering in de kwaliteit van acute zorg. Meldkamer Ambulancezorg en rijdienst zetten alles op alles om zo snel mogelijk ter plaatse te zijn bij de kleine groep A0-meldingen die het meest tijdkritisch zijn. Meldkamer centralisten nemen bij overige meldingen meer tijd voor triage om de juiste zorg op de juiste plek vaker mogelijk te maken. De verbeterde urgentie-indeling draagt tevens bij aan een optimalisatie van inzet van ambulances. Dit is nodig met het oog op de toenemende vraag naar ambulancezorg en dreigend personeelstekort. Daarnaast is de MKA in staat om zelfzorgadvies te geven via de urgenties C1 en C2. <p>Status:</p> <ul style="list-style-type: none"> Voorbereiding en concretisering van implementatie. 	

Scope en doel
<p>Scope:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meldkamercentralisten Ambulancepersoneel Patiënten <p>Doel: Op basis van een uitgevoerde impactanalyse concludeert men dat de nieuwe urgentie-indeling slimmer is, en sneller wanneer het écht nodig is. Men verwacht dat de nieuwe, meer gedifferentieerde, urgentie-indeling tot een verbetering in de kwaliteit van acute zorg leidt en ervoor zorgt dat schaarse acute zorgprofessionals effectiever ingezet worden. Kortom:</p> <ul style="list-style-type: none"> Meer kwaliteit van zorg voor de patiënt, door Juiste Zorg op Juiste Plek MKA-centralisten krijgen meer tijd om meldingen te triëren en kunnen vaker een zelfzorgadvies geven. Ambulanceverpleegkundigen leveren alleen spoedeisende ambulancezorg wanneer dit echt nodig is. Wanneer de ambulancezorg vaker voor een 'lichtere' vorm van inzet kan kiezen, leidt dit naar verwachting ook tot minder SEH-presentaties. Dit heeft een positief effect op het benodigd aantal SEH-verpleegkundigen. Andere ambulancezorgprofessionals worden gericht ingezet om onnodig dure (vervolg)zorg te voorkomen. Er is wel extra inzet van wijkverpleegkundigen en huisartsen(spoed)zorg nodig. <p>Resultaatdoelstellingen (deliverables):</p> <ul style="list-style-type: none"> Verbreden urgentie-indeling Meer triagetijd organiseren Betere triage Ambulances efficiënter/optimaler laten rijden <p>Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan <i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Verpleegkundig centralisten op de meldkamer ambulancezorg krijgen meer tijd voor triage en hebben explicieter de mogelijkheid om een zelfzorgadvies te geven. Ambulanceverpleegkundigen leveren alleen spoedeisende ambulancezorg wanneer dit echt nodig is. Ambulancezorgprofessionals die als PAA zijn opgeleid kunnen gerichter worden ingezet om onnodig dure (vervolg)zorg te voorkomen. Er is door de nieuwe urgentie-indeling wel extra inzet van wijkverpleegkundigen en huisartsen(spoed)zorg nodig. <p>Zorgvraag (in- en uitstroom)</p> <ul style="list-style-type: none"> Afvangen van de meldingen waarbij een zelfzorgadvies volstaat (en dus geen ambulance onnodig heen hoeft) in aantallen. Indien niet bekend, inschatting in % Aantal patiënten dat niet instroomt op de SEH in aantallen (of schatting in %) <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> Er is nog geen helderheid over triage – en aanrijdtijden. WVS en AZN ontfermen zich hierover.

Ambitie personeelstekort
<ul style="list-style-type: none"> Op basis van een impactanalyse is de verwachting dat door de verbeterde urgentie indeling in NHN ongeveer 4000 112-bellers andere spoedzorg ontvangen i.p.v. ambulancezorg. Dit betreft circa 10% van alle spoedinzetten die worden overdragen aan andere zorgverleners². De verbeterde urgentie indeling kan tot 50% reductie van het totale tekort aan ambulanceverpleegkundige leiden. Daarnaast is de verwachting dat dit kan leiden tot een vermindering van 2500 SEH-bezoeken op jaarbasis. De verwachte impact op het totale geprognosticeerde personeelstekort in 2032 is naar verwachting beperkt (0-1%) omdat er vooral sprake is van zorgverschuiving naar huisartsen of wijkverpleegkundige spoedzorg.

Vervolgstappen
<ol style="list-style-type: none"> Vervolgstep op NW3 niveau is implementatie van de A0 urgentie in Q1-2024. Gevolgd door het implementeren van C1 en C2, tot uiterlijk eind Q2. (Dit is opgelegd vanuit de landelijke projectgroep). Tijdige informatievoorziening naar rijdende dienst. Onderzoeken hoe de inzet van de regio-arts (huisarts) op de MKA kan bijdragen aan nog effectievere triage. In Rotterdam is een pilot waarbij een regio-arts (huisarts) alle inkomende 112 meldingen beoordeelt om te kijken of afschaling naar HAP of zelfzorgadvies afdoende is i.p.v. inzet van de ambulance. Dit zou ook een meerwaarde kunnen zijn.

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan
2) Slimmer, en sneller wanneer echt nodig. Impactanalyse nieuwe urgentie-indeling ambulancezorg (SiRM, Utrecht 9 april 2021) (Impact is berekend op basis van de bevolking van Noord-Holland Noord ten opzichte van de totale bevolking van Nederland).

DIRK: Niet medische tilassistentie Rode Kruis

Bestaand initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	DIRK ¹ : Niet medische tilassistentie door het Rode Kruis				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	1 – 3 jaar				
Contactpersoon ²	Sanne Bekebrede				
Projectteam	Vertegenwoordiging door Rode Kruis, RAV, MKA, HAP, VVT en GHOR				
Regionale dekking	Veiligheidsregio Noord-Holland Noord, Kennemerland en Zaanstreek-Waterland				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Misschien				

Toelichting
<p>Aanleiding en probleemanalyse: Op het moment dat een burger thuis gevallen is en niet in staat is om zelfstandig op te staan, dan wel hulp uit de sociale omgeving te vragen, wordt geregeld 112 of huisartsenpost gebeld. Als uit triage blijkt dat er geen medische zorg noodzakelijk is, maar de burger wel hulp nodig heeft om overeind te komen, wordt daar op dit moment nog huisartsen- of ambulancezorg voor ingezet. Of de centralist/triagist probeert thuiszorg in te schakelen, maar ook zij hebben daar geen tijd/capaciteit voor. Er wordt zodoende oneigenlijk een beroep gedaan op de al schaarse zorgcapaciteit.</p> <p>Beschrijving: Het project gaat over de inzet van het Rode Kruis voor het verlenen van tilassistentie voor meldingen van gevallen burgers die binnenkomen bij de meldkamer ambulancezorg en waarvoor geen medische noodzaak geldt.</p> <p>Indien een burger in/rondom huis is gevallen en hulp nodig heeft en de burger niemand in de sociale kring heeft om te helpen met opstaan, komt het geregeld voor dat hiervoor de meldkamer ambulancezorg of huisartsenpost gebeld wordt. Als na triage blijkt dat er geen inzet van huisarts of ambulance noodzakelijk is, wordt deze melding doorgezet naar de meldkamer van het Rode Kruis om het team van het Rode Kruis in te zetten. Zij gaan ter plaatse en helpen de gevallen burger. Indien er toch medische beoordeling noodzakelijk is, nemen de vrijwilligers van het Rode Kruis contact op met hun meldkamer om vervolgens contact te krijgen met de HAP/MKA. De benodigde hulp wordt dan ingeschakeld. Indien er geen medische beoordeling nodig is, wordt de burger geholpen. Er wordt een Slachtoffer Registratieformulier ingevuld en de burger wordt comfortabel achtergelaten.</p> <p>Status: De pilot wordt momenteel (Q3 2023) geëvalueerd. Exacte data is nog niet opgeleverd, maar in de maanden maart t/m juni zijn er ongeveer 150 inzetten van team DIRK geweest. In 90-95% van de inzetten bleek het inderdaad te gaan om niet-medische tilassistentie. Op jaarbasis gaat het dus om circa 400 inzetten waarbij terecht sprake is van niet-medische tilassistentie, voor de drie veiligheidsregio's gezamenlijk.</p>

Scope en doel
<p>Scope: Meldingen van gevallen burgers waarbij de huisarts of de meldkamer ambulancezorg gevraagd wordt om hulp te verlenen</p> <p>Doel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Het verminderen van de inzet van de ambulance en de HAP doordat niet-medische tilassistentie wordt verleend door vrijwilligers van het Rode Kruis. Hiermee draagt het bij aan het verlenen van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. De MKA en HAP zijn minder tijd kwijt aan het inschakelen van bijvoorbeeld thuiszorg of andere instanties om een gevallen burger te helpen. Ontlasten van thuiszorgorganisaties, welke nu worden ingezet voor het verlenen van tilassistentie <p>Resultaatdoelstellingen (deliverables):</p> <ul style="list-style-type: none"> In Noord-Holland Noord, Zaanstreek-Waterland en Kennemerland (NW3) zijn de vrijwilligers van het Nederlandse Rode Kruis 24/7 beschikbaar voor het verlenen van niet-medische tilassistentie. <p>Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan</p> <p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Capaciteit van personeel in de acute zorg wordt beter benut, doordat zij zich niet meer bezig hoeven houden met deze hulpvragen. <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Verminderen van het aantal ambulanceritten voor het verlenen van niet-medische tilassistentie Verminderen van het aantal huisartsenpostritten voor het verlenen van niet-medische tilassistentie Een afname in werkdruk voor triagist en centralist als na triage blijkt dat er geen medische indicatie is: de hulpvraag kan dan direct worden doorgezet naar de meldkamer Rode Kruis. <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)
<ul style="list-style-type: none"> HAP en RAV: in de periode 1 maart – 15 augustus 2023 is het Rode Kruis 190 keer ingezet op basis van de opgestelde criteria. Als we dit aantal doorrekenen, zijn er op jaarbasis 400 inzetten waarbij sprake is van niet-medische tilassistentie in NW3. Kijkend naar de totale personele opgave is de eerste inschatting dat dit niet meer dan 0-1% kan verminderen. Tegelijkertijd is de ambitie groter. Want op basis van de pilot geven aanbieders aan de inzet van DIRK te missen en uit te zien naar het vervolg. Kortom, dit percentage kan hoger uitvallen maar vraagt nadere analyse van pilotresultaten.

Vervolgstappen
<ol style="list-style-type: none"> Q1-2024: Uitvoeren kwantitatieve impactanalyse om huidige inschattingen te vervangen door gevalideerde data Vormen projectteam met betrokken ketenpartners. Doorontwikkelen pilot o.a.: verzorgen van middelen, materialen, inrichten data-analyse, aansluiten op ontwikkeling digitale gegevensuitwisseling Aanvragen transformatiegelden

1) Directe Inzet Rode Kruis
2) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

Regionale personeelscapaciteitsdeling HAP

Bestaand initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Regionale capaciteitsdeling HAP				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	< 1 jaar				
Contactpersoon ¹	Annet Middendorp				
Projectteam	Managers HAP Alkmaar, Den Helder, Hoorn				
Regionale dekking	Regio Noord Holland				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Ja (in proces)				

Toelichting	
Aanleiding en probleemanalyse:	<p>In tijden van drukte en/of capaciteitsstekort van triagisten op de huisartsenpost kan de wachttijd voor patiënten oplopen. Zo heeft HKN in 2022 te maken gehad met een ophoop van de wachttijd naar meer dan 60 minuten. Dit is niet eerder voorgekomen in onze regio.</p> <p>Met deze wachttijd verlaagt het servicelevel van de huisartsenpost. Tevens kan deze wachttijd calamiteiten en ongewenst gedrag tot gevolg hebben waardoor patiënten niet op tijd de juiste zorg ontvangen.</p> <p>Patiënten maken tijdens het wachten vaak niet de juiste keuze (bv kiezen voor 'spoed') waardoor er een verhoogd risico is op calamiteiten. Lang wachten heeft daarnaast tot gevolg dat patiënten de verbinding verbreken en zich fysiek melden bij de huisartsenpost zonder triage. Het aantal 'aanlopers' is in de periode van lange wachttijden enorm toegenomen.</p>
Beschrijving:	<p>Door capaciteitsdeling van de huisartsenposten in de subregio NHH is er in 2023 een verbetering waar te nemen van de continuïteit van huisartsenspoedzorg in de ANW-uren. De beschikbare capaciteit wordt optimaal benut waardoor patiënten meer kans hebben op tijd de juiste zorg op de juiste plek te ontvangen. Wachttijden worden hierdoor beperkt, er zijn minder aanlopers bij drukte en calamiteiten door lange wachttijd worden voorkomen.</p>
Status	<p>Start per november 2023 pilot van enkele weken. In deze pilot worden patiënten eerst ABCD getrieerd.</p>

Scope en doel	
Scope:	Telefonische ABCD-triage voor patiënten van regio NHH
Doel:	<ul style="list-style-type: none"> • Verbetering van continuïteit van huisartsenspoedzorg in de regio NHH in de ANW-uren. • Positieve impact op patiënttevredenheid en patiëntveiligheid. Calamiteiten worden voorkomen en minder aanlopers op de HAP. • De beschikbare capaciteit in de regio wordt optimaal benut.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	<ul style="list-style-type: none"> • Het telefoniesysteem en de toestellen van Vcare zijn uitgebreid met een aantal applicaties waardoor het mogelijk is met het toestel van Hap 1 in te loggen op de wachtlijst van Hap 2 of Hap 3 (en vice versa) zodat er intern mee gebeld wordt. • Er zijn duidelijke randvoorwaarden afgesproken voor het mee bellen met de collega huisartsenpost. • Er zijn duidelijke afspraken welke triage wordt uitgevoerd door de mee bellende huisartsenpost zodat de veiligheid van de patiënt gewaarborgd wordt. • Uitgangspunten: de mate van drukte wordt bepaald door de coördinerende triagist en volgt hierbij de door de eigen post gemaakte afspraken. De coördinerende triagist van de vragende post is ten allen tijde bereikbaar voor de coördinerende triagist van de gevraagde post.
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	
<i>Passend aanbod</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Capaciteit triagisten in regio NHH is optimaal benut.
<i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Beperken/voorkomen instroom door o.a. aanlopers in regio NHH • Beperken/voorkomen calamiteiten bij drukte
Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)	<ul style="list-style-type: none"> • Niet van toepassing

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Dit initiatief is vooral gericht op het verlagen van de werkdruk op de HAP en daarmee behoud van personeel². De inschatting is dat dit initiatief niet meer dan 0-1% van het geprognoseerde tekort in 2032 kan verminderen

Vervolgstappen	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Het initiatief bevindt zich in de afrondende fase. Activiteiten zijn gericht op vaststellen van de resultaten, evaluatiepunten en overdracht aan de organisatie(s) 2. Projectvoorstel beschikbaar via HKN Huisartsen

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan
 2) In het prognosemodel (pagina 24) is rekening gehouden met het gemiddelde uitstroom % van afgelopen jaren. Initiatieven gericht op het behoud van personeel en daarmee afname van het uitstroom % hebben dus een positief effect op het voorspelde personele tekort.



Vrij Roosteren

Bestaand initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Vrij Roosteren				
Onderdeel van	ANW actieplan				
Realisatietermijn	< 1 jaar				
Contactpersoon ¹	Daphne Beemsterboer				
Projectteam	Vertegenwoordiging van HAP NHH				
Regionale dekking	NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Nee				

Toelichting

Aanleiding en probleemanalyse:
De ANW-diensten van de HAP worden verdeeld onder alle praktijkhoudende-huisartsen o.b.v. patiëntaantallen. Waar vroeger ongeveer 10% van de huisartsen niet-praktijkhoudend huisarts waren ligt dit aantal tegenwoordig boven de 30%. De verantwoordelijkheid van de ANW-diensten bleef tot op heden echter op de schouders van praktijkhouders liggen. Ook indien een dienst overgedragen werd naar een niet-praktijkhoudende huisarts bleef de HAGRO van de 'verkopende' partij verantwoordelijk bij uitval. Tevens hadden de betreffende praktijkhoudende huisartsen nauwelijks inspraak op het rooster van de ANW-diensten.

Beschrijving:
Door de ANW-zorg anders te organiseren verminderen we de druk op alle huisartsen en in het bijzonder de praktijkhouders. Binnen de nieuwe werkwijze worden alle huisartsen gelijk behandeld, met gelijke rechten en plichten voor iedereen.
Stap 1a: Alle huisartsen sluiten zich bij voorkeur via een aansluitovereenkomst aan bij een HAP
Stap 1b: Alle huisartsen committeren zich aan een evenwichtige verdeling van diensten bij deze HAP
Stap 2: De ANW-tarieven worden verhoogd en er gelden verschillende tarieven voor verschillende typen diensten.

Vrij Roosteren is een duurzame manier van roosteren op de huisartsenpost, waarbij alle huisartsen, gevestigd en niet gevestigd, naar vermogen en wens, diensten kunnen inplannen aan de hand van de vastgestelde regels. Alle geëngageerde huisartsen mogen intekenen op een leeg rooster met gedifferentieerde tarieven. Op deze manier is het mogelijk om meer inspraak te hebben op het aantal en type diensten en op het moment van deze diensten

Status:
Geïmplementeerd.

Scope en doel

Scope:
Aangesloten huisartsen bij de huisartsenspoedposten van Alkmaar, Den Helder/Schagen/Texel en Hoorn (zowel praktijkhoudende huisartsen als waarnemende huisarts).

Doel:
Evenwichtige verdeling van verantwoordelijkheden tussen praktijkhoudende en waarnemende huisartsen zodanig dat de werkdruk bij alle huisartsen en in het bijzonder de praktijkhoudende huisartsen afneemt en leidt tot verhoging van het werkplezier.

Resultaatdoelstellingen (deliverables):

- Tevredenheid over ANW-diensten vergroten
- Werkdrukverlichting
- Evenredige verdeling van diensten en verantwoordelijkheid van diensten onder alle huisartsen
- Diensten worden tegen vaste NZa tarieven vergoed

Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan

Passend aanbod

- Door meer zeggenschap over het ANW-rooster en tevens het invoeren van gedifferentieerde tarieven zijn huisartsen meer tevreden en gaan ook met meer plezier werken. Dit geeft (gevoelsmatige) werkdrukverlichting, meer aanbod van huisartsen die ANW-diensten willen doen en minder uitval. Hiermee draagt het bij aan de beschikbare capaciteit.

Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)

- Diensten worden tegen vaste NZa tarieven vergoed zowel voor praktijkhoudende huisartsen als waarnemend huisartsen. De uitbetaling vindt plaats door de HAP. De NZa tarieven zijn nu gedifferentieerd en hoger dan de vorige tarieven.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)

- 0-1% vermindering van personeelstekort in de ANW-diensten.
- We behouden hetzelfde aantal huisartsen die gezamenlijk de dagpraktijk en de ANW-diensten moeten waarborgen.
- Uitval van huisartsen wordt hierdoor verminderd.
- Door meer invloed te hebben op het ANW-rooster zullen meer huisartsen bereid zijn om ANW-diensten te doen

Vervolgstappen

- Reeds is het vrij roosteren geïmplementeerd
- Initiatief bevindt zich nu in de evaluatiefase waarin gekeken wordt wat de resultaten zijn en welke bijsturing mogelijk nodig is.
- Doorvoeren verbeteracties

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

Generieke Module Acute Psychiatrie

Bestaand initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)				
Onderdeel van	Landelijke kwaliteitsstandaard Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)				
Realisatietermijn	< 1 jaar				
Contactpersoon ¹	Tom Stobbe				
Projectteam	Niet van toepassing				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Nee				

Toelichting	
Aanleiding en probleemanalyse:	In Nederland maakte het uit op waar iemand woonde en wat het lokale aanbod was van acute psychiatrie wat voor hulp iemand in acute psychische nood kreeg. Er waren regionaal verschillende afspraken over ketensamenwerking rondom personen in acute psychische nood. Met het standaardiseren van de acute psychiatrie in Nederland krijgt iedereen in acute psychische nood op basis van dezelfde werkwijze hulp. In iedere regio (28 in totaal) zijn er regio regiovoerders aangewezen om de standaard te implementeren en uit te voeren. Dat houdt onder andere in zorgdragen voor een optimale ketensamenwerking rondom mensen met acute psychiatrische nood.
Beschrijving:	Iedere erkende verwijzer (HAP, VVT, GGZ, SEH, Politie etc) kan 24/7 terecht om een (een vermoeden op) een psychiatrische crisis aan te melden op 1 nummer dat 24/7 wordt beantwoord door een opgeleide triagist. Naar aanleiding van de triage wordt er met een passende urgentie passende zorg ingezet. Vanuit kwaliteitsstandaard: <ol style="list-style-type: none"> 1. Beoordeel en behandel waar mogelijk thuis: de acuut psychiatrische hulpverlening heeft een outreachend karakter. 2. Zorg dat de acuut psychiatrische keten vloeiend verloopt en dat elke ketenpartij zijn rol en verantwoordelijkheden op zich neemt zoals beschreven in de zorgstandaard Acute psychiatrie. 3. Sluit zoveel mogelijk aan bij de zorgbehoefte van de persoon in crisis en zijn naasten. 4. Voorkom dat acuut psychiatrische hulpverlening onnodig stigmatiserend of traumatiserend is.
Status:	Aan het einde van de implementatie fase. De standaard is volledig geïmplementeerd binnen Noord-Holland-Noord.

Scope en doel	
Scope:	Verwijzers (ketenpartners) die te maken hebben met (vermoeden) van cliënten in acute psychiatrische nood.
Doel:	Eenduidige en gestandaardiseerde hulpaanbod naar ketenpartners en personen in acute psychiatrische nood. De standaard is de GMAP.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	<ul style="list-style-type: none"> • 24/7 bereikbaarheid middels 1 nummer welke binnen 5 minuten wordt beantwoord • Beoordelingskoppel van een Arts/ sociaal psychiatrisch verpleegkundige/ verpleegkundig specialist. Met een psychiater als achterwacht 24/7 • Behalen van gestelde urgenties (U2,U3,U4) • Opname capaciteit • 24/7 bereikbaarheid voor cliënten in zorg bij GGZ NHN voor niet acute zorgvragen (preventief) • 24/7 eigen vervoerscapaciteit (Diligence) met onder aanneming bij RAV
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	<p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eenduidigheid in ketensamenwerking • Passende hulp op passende plek <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • In- door- en uitstroom wordt volgens 1 standaard georganiseerd. <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acute psychiatrie wordt voor één partij in de GMAP regio gefinancierd, hier vallen ook eventuele gevolmachtigde ketenpartners onder.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
•	Er is één crisisdienst nodig in plaats van dat alle (in de GMAP regio aanwezige) GGZ aanbieders een 24/7 crisisdienst hebben. Dit betekent dat er in de regio minder professionals buiten kantoor tijd ingezet hoeven te worden.
•	Voor de regio NHN is de geschatte impact dat dit 0-1% van het geprognosticeerde tekort in de acute zorg in 2032 vermindert (voornamelijk bij de ziekenhuizen).
•	Een groot deel van de impact valt ook bij niet-acute partijen zoals verschillende VG-partijen en verslavingszorg. Daarbij is een groot deel van de impact als het goed is ook al gerealiseerd, daar het initiatief als in 2020 is gestart.

Vervolgstappen	
1.	Doorontwikkelen van het aanbod van de acute psychiatrie in de regio NHN mogelijk naar een Domeinoverstijgende crisisdienst (zie pagina 71)

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan



Sigra jaarplan 2024 (scope acute zorg)

Bestaand initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Sigra jaarplan 2024 ¹ (scope acute zorg)				
Onderdeel van	Sigra regiobestuurstafel Noord-Holland Noord / ZWplus				
Realisatietermijn	1 – 3 jaar				
Contactpersoon Sigra	Sjoerd van Loon				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Nee				

Toelichting

Sigra is een bestaand regionaal samenwerkingsverband van organisaties in zorg en welzijn gericht op domeinoverstijgende vraagstukken in de regio. In de regio Noord-Holland Noord ligt de focus van Sigra op het in balans brengen van de arbeidsmarkt (arbeidsmarkt & onderwijs). Sigra richt zich op het benutten van potentieel, het anders organiseren en opleiden, excellent werkgeverschap en innovaties.

Ten behoeve van deze doelstelling heeft Sigra een eigen jaarplan voor in Noord-Holland ontwikkeld, waaronder Noord-Holland Noord¹. Voor 2024 heeft Sigra/ZWplus 3 speerpunten benoemd (zie onder). De scope van speerpunten behelst het gehele zorg- en welzijnsdomein en daarmee ook de acute zorg. De verwachte impact van deze initiatieven verdient daarmee ook een plek in dit ROAZ-plan. Derhalve is ervoor gekozen deze speerpunten de impact hier ook op te nemen.

Ambitie
Voor elk van de speerpunten is nog geen harde doelstelling benoemd. Sigra heeft de ambitie uitgesproken dat men hoopt met deze initiatieven ten minste 5-10% van de voorspelde personele opgave in de acute zorg in 2032 te adresseren. Dit betreft ca. 40 personen.

Prioritaire opgaven Sigra coalitie Arbeidsmarkt en Onderwijs²

- **Grenzen aan de groei:** We staan voor een uitdaging. De zorgvraag groeit, de kosten stijgen en er is een tekort aan arbeidskrachten. Dit heeft gevolgen voor de zorgbehoefte: nabijheid, digitalisering en preventie worden prioritair. Zorg zoals we het nu kennen moet anders. Als we op de huidige koers doorgaan, loopt het systeem vast en wordt het zorgvolume onbeheersbaar, wat de werkdruk nu al doet toenemen. Oppervlakkige bezuinigingen zijn niet langer haalbaar. Dit vergt duidelijke keuzes en duidelijk beleid. Het vereist een sterke en betrokken gemeenschap. Hoe activeren we degenen die het 'goed' hebben? Het vraagt om een maatschappelijk besef van urgentie.
- **Anders werken, anders leren:** De groeiende en meer complexe zorgvraag in combinatie met een afname aan arbeidspotentieel, dwingt ons anders te kijken naar werken en daarmee anders te kijken naar opleiden: we zullen meer moeten doen met minder handen. De krapte vraagt om rigoureuze anders organiseren, werken en leren! Een belangrijk aandachtspunt is hoe we nieuw en bestaand personeel hierbij betrekken. Alle betrokken partijen moeten zich richten op passende zorg, waarbij de nadruk ligt op het aanpakken van de oorzaken in plaats van het bestrijden van symptomen. Welke aanpak werkt het beste en hoe kunnen we de optimalisatie versnellen?
- **Collectief werkgeverschap:** De groeiende zorgvraag, stijgende kosten en een tekort aan arbeidskrachten moeten resulteren in een duurzame, toekomstbestendige arbeidsmarkt, waarbij het behoud van personeel centraal staat. Naast de patiënt/cliënt staat ook de medewerker centraal, en we streven naar gericht beleid op het gebied van goed werkgeverschap als collectief. We zetten hier ambitieus, transparant en gedurfd op in. We zijn voortdurend aan het leren en omarmen het Magneetdenken. Een samenhangende, op wetenschap gebaseerde benadering, waarmee we onszelf stimuleren om de beste werkgevers te worden die we kunnen zijn

Focusprojecten uit het Sigra/ZWplus jaarplan 2024²

- In lijn met de beschreven opgaven gaan wij met elkaar concreet aan de slag met de volgende projecten:
- **Regionale flexibele schil:** In 2024 willen we starten met een regionaal samenwerkingsplatform op het gebied van flexibele inzet van personeel (waaronder ZZP'ers). We willen op deze wijze inspelen op de groeiende behoefte van medewerkers naar meer flexibilisering van arbeid, en daarbij e.e.a. efficiënter en kosteneffectiever te organiseren. Ook kunnen we zo de kwaliteit van de ZZP-inzet verhogen. Binnen dit platform kan elke deelnemende organisatie kan haar diensten aanbieden. Iedere aangesloten professional kan vervolgens kiezen uit de diensten van de verschillende zorg- en welzijnsorganisaties. Op langere termijn leidt tot een hogere aantrekkelijkheid van de regio, een versteviging van de regionale samenwerking en het vergroten van behoud.
 - **Regionaal werkgeverschap:** In 2024 onderzoekt de regio de voordelen van regionaal werkgeverschap. Door samen te werken, kunnen in regionale samenwerking onder meer opleidingsprogramma's worden verbeterd en verder inhoud worden gegeven aan toeliden & werving, kennisdeling en de ontwikkeling van zorgprofessionals. Verder streven we binnen dit thema naar meer vitaliteit, werkplezier en evenwichtige beloning. Door als collectief op te treden, wil de regio de zorg- en welzijnssector aantrekkelijker maken, daarmee mensen duurzaam behouden en de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg waarborgen.
 - **Arbeidsbesparende innovaties:** De regio richt zich hierbij op technologische toepassingen voor cliënten en patiënten, zoals domotica en e-health. Ook wordt gewerkt aan zorggerichte efficiënte werkprocessen. We streven ernaar dat de diverse innovatielab's hierbij gezamenlijk optrekken. We gaan van start met het duiden en concretiseren van de doelen en acties die we specifiek in 2024 willen ondernemen. Arbeidsbesparende innovaties zijn cruciaal voor toegankelijke en kwalitatieve zorg. Technologische vernieuwingen versterken de zelfredzaamheid en vrijheid van cliënten, waardoor ze langer thuis kunnen wonen. Dit verbetert de kwaliteit van leven van cliënten en mantelzorgers. Door technische en sociale innovaties te stimuleren, verhogen we de arbeidsproductiviteit. Hierdoor leveren we meer zorg met minder mensen en creëren we ruimte voor duurzame behoud van medewerkers en leren en ontwikkelen.

Overige lopende A&O projecten²

- Naast de genoemde focusprojecten voor 2024, lopen er momenteel meerdere succesvolle programma's in Noord-Holland-Noord:
- **LWWL (Leren is Werken, Werken is Leren)** is een programma voor en door 18 VVT-organisaties. Zij zetten zich in om middels praktijkleren en het verbeteren van het leer-werkklimaat voldoende vakbekwame mensen in de zorg te realiseren. Zij ontwikkelen hiertoe de nodige tools en producten.
 - Het Actielearnetwerk Onboarding biedt een samenwerkingsomgeving waarin zorgprofessionals gezamenlijk leren, kennisdelen, en innovatieve strategieën ontwikkelen om effectieve onboardingsprocessen te bevorderen. Het biedt nieuwe medewerkers een soepele start met de ondersteuning en middelen hebben die ze nodig hebben om succesvol te zijn.
 - De Actielearnetwerken Behoud en Magneet zijn gericht op het aantrekken en behoud van talent en zorgprofessionals door het bevorderen van vitaliteit, werkplezier en goed werkgeverschap o.a. door de magneetkrachten van de organisatie te onderzoeken.
 - **Netwerk Diversiteit en Inclusie.** We streven naar een inclusieve werkvloer waar begrip en respect is voor iedereen. De zorgprofessional hoort veilig te kunnen werken en zichzelf te kunnen zijn in de organisatie, en daarnaast passende en inclusieve zorg te leveren.

1) Het jaarplan van 2024 staat nog niet online. Het Jaarplan 2023 Sigra voor de regio Noord-Holland Noord is [hier](#) te vinden.
2) Voor actuele informatie over de prioritaire opgaven en inhoud van de programma's wordt verwezen naar de Sigra regiobestuurstafel Noord-Holland Noord / ZWplus

Bijlagen

- A. Totstandkomingsproces
- B. Verdieping onderliggende doelstellingen
- C. Verdieping bestaande initiatieven
- D. Verdieping potentiële initiatieven**
- E. Achtergrond PDCA
- F. Lijst met afkortingen



Acute VVT-zorg in beeld

Potentieel initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Acute VVT-zorg in beeld				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	< 1 jaar				
Contactpersoon ¹	Anne de Boer				
Projectteam	n.t.b.				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Misschien				

Toelichting

Aanleiding en probleemanalyse:
 In huidige situatie is er onvoldoende inzicht in de acute zorgvraag van de VVT en de impact op andere (acute) ketenpartners. Dit omdat patiënten vaak alsnog klinisch worden opgenomen in een ziekenhuis setting met een laag-complexe diagnose. Onderzoek over deze populatie is ook niet veel aanwezig. Hierdoor is er onvoldoende zicht op wat de acute VVT capaciteit in de regio zou moeten zijn om te zorgen voor optimale doorstroming en de juiste zorg op de juiste plek.

Beschrijving:
 Een gedegen data- onderzoek om de potentiële acute VVT zorgvraag in kaart te brengen. Door het beter in beeld hebben wat de acute VVT zorgvraag is, kan de capaciteit daar beter op worden aangepast, en kan er de juiste zorg op de juiste plek geleverd worden en raken de ziekenhuizen niet vol met oneigenlijke patiënten.

Voordelen zijn dat ziekenhuizen niet vollopen met oneigenlijke patiënten, huisartsen patiënten direct op de juiste plek kwijt kunnen en de VVT onderbouwd acute capaciteit beschikbaar kan stellen.

Status:
 Nieuw initiatief, zie vervolgstappen

Scope en doel

Scope:
 Project richt zich alleen op een basismodel en kaders ontwikkelen. Niet op het daadwerkelijk verhogen van capaciteit.

Doel:
 Het in kaart brengen van de acute VVT zorgvraag om op basis daarvan de benodigde capaciteit in de VVT te optimaliseren.

Resultaatdoelstellingen (deliverables):

- Ontwikkelen basis model voor het in kaart brengen van acute VVT zorgvraag in de regio NHN, inclusief impact op andere acute ketenpartners.

Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan

Passend aanbod

- Niet van toepassing

Zorgvraag (in- en uitstroom)

- Door directe de juiste zorg op de juiste plek verlagen van het aantal verkeerde klinische beddagen bij de ziekenhuizen.
- Versnellen van de uitstroom van patiënten uit de MSZ naar tijdelijk verblijf of acute thuiszorg binnen de VVT.

Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)

- Inzichtelijk maken van de data voor de projectgroep vanuit meerdere organisaties (AVG)

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)

- Data model op zichzelf heeft geen impact op het personeelstekort.
- Het draagt bij aan een concretisering van de doelgroep en op basis daarvan de capaciteitsvraag. Daarmee kan het tekort aan personeel in de acute VVT beter geprognosticeerd worden.

Vervolgstappen

1. Formeren van een analysegroep met de volgende opdracht:
 - Identificeer door middel van een data gedreven analyse, met kwalitatieve kaders een aantal patiëntengroepen die in de acute VVT setting zorg hadden kunnen ontvangen. “
 - Ontwikkel een model/kaders om deze Acute VVT zorgvraag te identificeren.

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan



Optimaliseren bekostiging acute-zorgketen

Potentieel initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Optimaliseren bekostiging acute-zorgketen: Terugdringen van verkeerde financiële prikkels binnen de acute-zorgketen ter bevordering van de doorstroom				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatie termijn	1 – 3 jaar				
Contactpersoon ¹	René de Koning (Regiomanager Zorg bij zorgverzekeraar VGZ)				
Projectteam	n.t.b. (afvaardiging ketenpartners & zorginkopers)				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	VVT	GGZ	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Misschien				

Toelichting	
Behoeft- en probleemanalyse:	Al enkele jaren zien we in de regio NHN in de acute keten (ziekenhuizen, acute VVT (GRZ/ELV) en GGZ) doorstroom problemen wat bij de verzekeraar/zorgkantoor leidt tot een toename in het aantal verkeerde bed declaraties en deze trend neemt eerder toe dan af. Deze doorstroom problematiek zorgt voor opstoppingen in de acute zorg keten, veel inefficiëntie en nog belangrijker dat de patiënt niet de juiste zorg op de juiste plek ontvangt.
Beschrijving:	Binnen het Regioplatform wordt onder het onderdeel 'Triage & Transfer' samen met een brede set aan collega's die werkzaam zijn in de (acute) zorg keten nagedacht over initiatieven die bijdragen aan een betere doorstroom van de patiënt en een vermindering van verkeerde bed declaraties. Binnen het onderdeel 'Triage en Transfer' is deze zomer uitvoerig stil gestaan bij de grootste knelpunten die zorgen voor de verkeerde bed problematiek en zijn een 5 tal onderwerpen vastgesteld die het komende jaar 23/24 worden uitgewerkt in werkgroepen, zijnde: <ul style="list-style-type: none"> • Medicatie overdracht • Regionaal ontslagbeleid • Overdrachten gereed voor ontslag • Opname VVT anders inrichten • Verschuiven MKD voorkomen <p>Tijdens deze zomer sessies heeft VGZ aangeboden om naast deze 5 initiatieven ook met de acute zorg ketenpartners te onderzoeken waar er zich mogelijk financiële barrières/financiële prikkels bevinden in de overdracht tussen zorgsoorten (ZVW & WLZ) die momenteel zorgen dat een patiënt onnodig op een verkeerd bed wordt verzorgd.</p>
Status:	Nieuw initiatief, zie vervolgstappen.

Scope en doel	
Scope:	We kijken primair naar de huidige bekostiging in de acute keten van ziekenhuis tot VT/ELV/GRZ en acute GGZ die nu zorgt voor een opstopping in de (acute) zorg keten en daarmee bekostiging die in sommige gevallen een mismatch vertoont op ZVW en WLZ.
Doel:	Optimaliseren van de doorstroom/uitstroom in de acute zorg keten vanuit het onderwerp bekostiging (Zorgverzekeraar, zorgkantoor) zodat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek ontvangt en daarmee het verder terugdringen van huidige aantal verkeerde bed declaraties.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	<ul style="list-style-type: none"> • In kaart brengen wie namens aanbieders en zorgverzekeraars te betrekken • Organiseren van werkvorm om belangrijkste knelpunten in kaart te brengen • Uitwerken van diverse scenario's/oplossingen • Uitwerken van beste oplossingen • Bepalen van beoogde kwantitatieve doelstellingen • Uitvoeringplan
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	<p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergroten capaciteit binnen acute as als doorstroming in de keten verbeterd. Betere doorstroming leidt tot afname zorgvraag in ziekenhuis. Leidt weer tot juiste zorg op de juiste plek. <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Als het ons lukt om naast het oplossen van bekostiging knelpunten (welke momenteel leiden tot verkeerde bed declaraties) en het lukt ons ook om de doelstellingen behorend bij de 5 tal andere onderwerpen welke worden opgepakt onder de scope van triage/transfer van Regioplatform dan leidt dit tot een <u>betere doorstroom</u> in de acute keten en <u>versnelde uitstroom</u> van acute zorg patiënten vanuit de gedachte Juiste zorg op juiste plek. <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primair zetten we vanuit het onderdeel 'Triage en Transfer' binnen het Regioplatform in op het oplossen van inhoudelijke knelpunten die zorgen voor doorstroming problematiek zoals bijvoorbeeld de verkeerde bed problematiek. Indien er na implementatie van deze concrete onderwerpen nog steeds sprake is van een substantiële aantallen verkeerde bed declaraties, kijken we via dit initiatief ook naar de pijler bekostiging. En onderzoeken we of de huidige bekostiging een knelpunt vormt op het onderwerp van de doorstroming door de acute zorgketen/ uitstroom uit de acute zorgketen.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
•	Passende vergoeding op de juiste plek, zodat het aantal verkeerde bed declaraties daalt.
•	Vergroten capaciteit binnen acute as als doorstroming in de keten verbeterd. Betere doorstroming leidt tot afname zorgvraag in ziekenhuis. Leidt weer tot juiste zorg op de juiste plek. En daarmee ook tot een inzet van zorgpersoneel op de juiste plek en tevens op verlagen van de personele regeldruk/afstemming tussen zorginstellingen.
•	Verwachting is dat dit initiatief voor 0-1% bijdraagt aan de personele opgave.

Vervolgstappen	
1.	Vaststellen van deelnemende partijen binnen acute zorg
2.	Vaststellen welke zorginkopers er dan uitgenodigd dienen te worden
3.	Plannen van een werksessie om een tweetal concrete casussen voor te bereiden qua frictie op bekostiging en uitwerken hoe dit kan worden opgelost.

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

Ambulance(zorg) thuis

Potentieel initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Ambulance(zorg) thuis				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	1 - 3 jaar				
Contactpersoon ¹	Danique Ozinga, Paulien Homma				
Projectteam	RAV NHN, NWZ, DLZ en Zorgverzekeraar				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Ja				

Toelichting
<p>Aanleiding en probleemanalyse: De RAV bevindt zich in een veranderende pre-hospitale omgeving. Ambulance-aanvragen nemen qua aantal en complexiteit toe als gevolg van groeiende en vergrijzende bevolking. Waarbij we ook een toename zien van ambulancezorg voor niet acute gezondheidsproblemen. Door deze toename zien we een groeiend proportie van het aantal patiënten die na triage, diagnostiek en behandeling niet vervoerd hoeven te worden naar het ziekenhuis. Dit betreft het zogenoemd mobiele zorgconsult (MZC). De toename van de MZC leidt echter tot 2 vraagstukken, namelijk hoe kunnen we de ambulanceverpleegkundige (avpk) beter in staat stellen de juiste zorg thuis te leveren en daarmee ziekenhuiszorg te voorkomen. En ten tweede, in het huidige bekostigingssystematiek wordt het MZC niet vergoed, kan er een wijziging plaatsvinden in deze huidige financieringsvorm.</p> <p>Beschrijving Dit initiatief behelst in de regio het starten met de inzet van de master opgeleide ambulanceprofessional, een physician assistant ambulancezorg of verpleegkundig specialist ambulancezorg (PAA/VSA), met aanvullende competenties en bevoegdheden. Dit leidt tot meer mogelijkheden tot diagnostiek en behandeling ter plaatse. Dit vraagt ook dat deze wijze van zorgaanbod bekostigd gaat worden, en dus een wijziging van de huidige financiering.</p> <p>De inzet van de zorgmaster PAA/VSA leidt ertoe dat er eerdere en meer gerichte diagnostiek ter plaatse ingezet wordt. Dit betekent dat de behandeling veelal ter plaatse wordt gedaan waardoor insturen naar de SEH minder vaak nodig is. Het behandelen ter plaatse is prettig voor de patiënt, die niet extra naar de SEH hoeft. Daarnaast wordt de acute zorgketen ontlast, doordat patiënten vaker thuis kunnen blijven. Ter plaatse behandelen kost echter vaak meer tijd voor de ambulancezorgprofessional pre-hospitaal dan het direct insturen naar de SEH.</p> <p>Status: Nieuw initiatief, zie vervolgstappen</p>

Scope en doel
<p>Scope:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alle zorgvragen waarbij het mogelijk is om zorg thuis te laten leveren door een AVPK met aanvullende competenties (PAA/VSA) Eindproduct: Zorgverzekeraars Nederland, AZN, NZa en alle RAV-en <p>Doel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Betere patiëntenzorg door meer zorg op maat te leveren, waardoor er sprake is van de juiste zorg door juiste zorgverlener; Substitutie van zorg, resulterend in een vermindering van (onnodige) presentaties in de tweede lijn; Een verbetering van de samenwerking in de keten van acute en sub-acute zorg; Lagere zorgkosten door verbetering doelmatigheid. <p>Resultaatdoelstellingen (deliverables):</p> <ul style="list-style-type: none"> Intentieverklaring vanuit de verschillende betrokken partijen om in te zetten op deze competentie. Er zijn goede afspraken met de HAP gemaakt over taakverdeling en hoe optimaal gebruik te maken van elkaars competenties. Een landelijke aanpassing van afspraken met de zorgverzekeraars zodat patiëntenzorg wordt gefinancierd i.p.v. patiëntvervoer. Komen tot een oplossing voor het vergoeden van de MZC. (Mogelijk dat dit voor deze regio als pilot ingericht kan worden). Inrichten van een opleiding voor meer PAA's die inzetbaar zijn in de regio NHN Inzet van PAA/VSA is onderdeel van de inzetbare differentiaties binnen de RAV NHN. <p>Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan</p> <p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> PAA/VSA's kunnen gericht worden ingezet waardoor (vervolg)zorg in de keten (ZH, GGZ) wordt verminderd. Een afname van het aantal consulten door de HAP door inzet van PAA/VSA's. Doelmatigheid om te zorgen voor goede informatievoorziening na mobiel zorgconsult om herconsulten te voorkomen. <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> Vraagt wijziging van Wet- & regelgeving m.b.t. bekostiging door zorgverzekeraar voor mobiele zorgconsulten.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)
<ul style="list-style-type: none"> De verwachting is dat de grootste impact ligt bij het verminderen van de instroom van de SEH opnames, zo blijkt o.b.v. een eerste onderzoek² waarbij de zorgintake in slechts 15% van de gevallen binnenkomt via de huisarts. De PAA wordt met name ingezet o.b.v. 112 meldingen, de aanvraag door ketenpartners is relatief klein. Je ziet dat met name de patiëntgroepen traumachirurgie, interne geneeskunde en cardiologie samen goed zijn voor ongeveer driekwart van de inzetten door een PAA/VSA. O.b.v. de eerste onderzoeken is de daadwerkelijke impact van het verminderen van de instroom SEH/HAP nog niet bekend. Onze hypothese is dat de inzet van de PAA/VSA slechts 0-1% van het totale personeelstekort zal oplossen in 2032.

Vervolgstappen
<ol style="list-style-type: none"> Verkenning met andere acute aanbieders waar ambulance(zorg) thuis van aantoonbare toegevoegde waarde kan zijn in de (acute) zorg keten. Zorgverzekeraars worden nauw bij dit proces betrokken. Business Case: Definiëring rond krijgen met interne financiële controllers. Wat willen we, waar willen we naartoe, hoe willen we dit doen en cijfers m.b.t. huidige mobiele zorgconsulten inzichtelijk maken. Controleren en samenvoegen aanpassingen. Start plannen pilot --> Plan: Plan van Aanpak, periode en doelgroep vaststellen. Nadenken over de patiëntengroepen, naar verwachting de oudere patiënt ingestuurd door de HA(P) (hier moet t.z.t. nog een kwantitatieve analyse op gedraaid worden). Inzetcriteria voor PAA, RRA en ALS verpleegkundigen uitwerken en vastleggen. Uitvoeren pilot. Evaluatie pilot. Landelijk uitrollen.

1. Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan
2. Evaluatie sectoraal kader pilots physician assistent en verpleegkundig specialist ambulancezorg ([Hogeschool van Arnhem en Nijmegen](#), Lectoraat Acute Intensive Zorg en Ambulancezorg Nederland, augustus 2023)

Overheveling Ziekenhuiszorg naar VT

Potentieel initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Overheveling Ziekenhuiszorg naar VT				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	5 > jaar				
Contactpersoon ¹	Anne de Boer				
Projectteam	Nader te bepalen				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Ja				

Toelichting
<p>Aanleiding en probleemanalyse: Door het verschuiven van laag complex (acute) MSZ zorg richting de VT, draagt de VT bij aan de maatschappelijke uitdaging. Daarnaast is daarmee de VT een aantrekkelijke werkgever voor zorgprofessionals die de complexere zorg interessant vinden.</p> <p>Beschrijving:</p> <ul style="list-style-type: none"> Het overhevelen van laagcomplex (acute) ziekenhuiszorg naar de VT. Onder behandeling van een specialist ouderengeneeskunde (SO), met eventuele medeconsultatie van een medisch specialist van het ziekenhuis. Exploreren van start Wijkkliniek in regio NHN, en in ieder geval de lessons learned van het landelijke initiatief in kaart brengen. Toegevoegde waarde ligt in de toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg, Juiste zorg op de juiste plek, reductie verkeerde bed problematiek, aantrekkelijk werkgeverschap <p>Status: Nieuw initiatief, zie vervolgstappen</p>

Scope en doel
<p>Scope:</p> <ul style="list-style-type: none"> Organisatie: VT en MSZ. Patiëntenpopulatie: Heeft betrekking op alle oudere patiënten met een laag-complexe MSZ zorgvraag die mogelijk in de VT-setting kan worden georganiseerd. Uiteindelijke patiëntenpopulatie moet bepaald worden door de projectgroep. <p>Doel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Het leveren van laagcomplex (acute) MSZ in VT setting. Verkennen van mogelijkheden van een Wijkkliniek in regio NHN <p>Resultaatdoelstellingen (deliverables):</p> <ul style="list-style-type: none"> Een analyse van de potentiële doelgroep Implementatieplan juridische kaders Financiële implicaties <p>Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan</p> <p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Verhogen van het aantal patiënten dat MSZ zorg in de VT ontvangt Verlagen van de instroom in de MSZ (% overheveld zorg ten opzichte van totale MSZ) Door directe de juiste zorg op de juiste plek verlagen van het aantal verkeerde klinische beddagen bij de ziekenhuizen. Versnellen van de uitstroom van patiënten uit de MSZ naar tijdelijk verblijf of acute thuiszorg binnen de VT. <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> Exploreren welke mogelijkheden er zijn om MSZ zorg in de VT te leveren in het kader van wet- en regelgeving. Organiseren van passende bekostiging om het leveren van laagcomplex MSZ in een VT setting te organiseren.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)
<ul style="list-style-type: none"> Inschatting: vermindering van 5% personele inzet in ziekenhuis waarbij er sprake zal zijn van een ongeveer evenredige toename van personele inzet van 5% De verwachte impact op het totale personeelstekort NHN is daarmee naar verwachting dus beperkt (0-1%) omdat er sprake is van zorgverschuiving van het ziekenhuis naar VT-zorg.

Vervolgstappen
<ol style="list-style-type: none"> Formeren van een analysegroep met de volgende opdracht: <ul style="list-style-type: none"> Identificeer door middel van een data gedreven analyse, met kwalitatieve kaders een aantal patiëntengroepen die in aanmerking kunnen komen om medische specialistische zorg in de eerste lijn te ontvangen. Definieer randvoorwaarden voor de overheveling. Definieer juridische kaders voor verantwoordelijkheidsvraagstuk. Bepaal de benodigde capaciteit Formuleer een implementatieplan Pilot

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan



Verkenning spoedplein Alkmaar

Potentieel initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Verkenning spoedplein Alkmaar				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	1 – 3 jaar				
Contactpersoon ¹	Thijs Willems, Esther Koopman				
Projectteam	Nader te bepalen				
Regionale dekking	Groot Alkmaar				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Misschien				

Toelichting	
Aanleiding en probleemanalyse:	In het Integraal Zorgakkoord wordt het belang van netwerkvorming en samenwerking benadrukt. Dit draagt bij aan het opvangen van de groeiende zorgvraag. De huisartsenpost Alkmaar bevindt zich in Alkmaar Noord, op afstand van het ziekenhuis (en dus de SEH).
Beschrijving:	Landelijke ontwikkelingen en initiatieven over de integratie van HAP en SEH geven aanleiding om een verkenning te starten. Met deze verkenning willen we inzicht creëren in de kansen en uitdagingen van een integratie van HAP en SEH in Alkmaar vanuit het perspectief van de patiënt, de huisarts en specialist. Hierbij willen we in bredere zin onderzoeken hoe we ook andere ketenpartners kunnen betrekken (denk aan VVT en GGZ).
	Op een spoedplein kunnen patiënten meteen terecht bij de juiste zorgverlener. De triage van patiënten vindt plaats bij één aanmeldbalie, waarna zij een SEH-arts of een huisarts zien. Ook is er de mogelijkheid voor laagdrempelig overleg (en meekijken) tussen SEH-artsen en huisartsen.

Scope en doel	
Scope:	HAP Alkmaar en Noordwest Ziekenhuisgroep (mogelijk ook WT en GGZ)
Doel:	Door verschillende ketenpartners in de acute keten bij elkaar te brengen krijgt de patiënt sneller de juiste zorg op de juiste plaats.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	Er moet consensus komen over het realiseren van dit idee.
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	
<i>Passend aanbod</i>	<ul style="list-style-type: none"> Juiste zorg op de juiste plek: Patiënten kunnen door de juiste zorgverlener geholpen worden. Efficiëntere inzet van personeel (o.a. triage, maar ook verpleegkundigen en dokters) Gebruik maken van elkaars expertise.
<i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Beperken van dubbele handelingen Bij betrekken van VVT: snellere uitstroom Vermindering doorstroom naar de 2e lijn
Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)	<ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
	<ul style="list-style-type: none"> Het spoedplein betekent een duidelijker, korter en beter zorgpad voor patiënten én effectievere inzet van medewerkers en middelen en daardoor minder druk op medewerkers. Door de volledige integratie kunnen zorgprofessionals efficiënter werken. Schatting netto personeelwinst 1-5%.

Vervolgstappen	
1.	Inventariseren welk deel van de patiënten van de HAP naar SEH wordt doorverwezen. Daarnaast ook kijken welk deel van de SEH patiënten ook door de huisarts gezien kan worden.
2.	Verdere verkenning onder de achterban van HONK waar kansen en uitdagingen liggen.

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

Spoedplein Hoorn

Potentieel initiatief



Overzicht						
Naam initiatief	Spoedplein Hoorn					
Onderdeel van	Niet van toepassing					
Realisatietermijn	1 – 3 jaar					
Contactpersoon ¹	Elise Hoedemaker, Joger Jacobs					
Projectteam	n.t.b.					
Regionale dekking	West-Friesland					
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA	
Transformatiegelden	Ja					

Toelichting
<p>Aanleiding en probleemanalyse: Hoe kunnen we acute zorg toegankelijk, betaalbaar en op kwalitatief goed niveau blijven leveren? Dit betekent dat we enerzijds acute zorgvragen direct op de juiste plek moeten brengen en beantwoorden. En anderzijds het arbeidspotentieel vergroten door het werk aantrekkelijker te maken en zorgprofessionals slimmer in te zetten. Om dit te kunnen bereiken, is verregaande samenwerking tussen de lokale aanbieders van eerste- en tweedelijns acute zorg op een spoedplein noodzakelijk.</p> <p>Beschrijving: Op het spoedplein werken medewerkers van de huisartsenpost, de spoedeisende hulp en de ambulancedienst fysiek als één team samen. Verder zijn de apotheek, VVT en GGZ vertegenwoordigd in het spoedplein en laagdrempelig beschikbaar. Er is 1 telefonische en ook 1 fysieke ingang met wachtruimte. Er is geen onderscheid meer tussen huisartsenpost en spoedeisende hulp. Er wordt getrieerd op een gestandaardiseerde methode waar alle betrokken partijen zich in kunnen vinden en aan kunnen committeren. Een patiënt komt met een zorgvraag en aan de hand daarvan wordt gekeken welke behandelaar daarbij het meest passend is. Dat kan bijvoorbeeld een huisarts in opleiding zijn, een verpleegkundig specialist, een physician assistant, een huisarts, een gespecialiseerd verpleegkundige, een arts assistent of een medisch specialist. Vaak zal het een combinatie zijn.</p> <p>De kern zit hem in het samenwerken en benutten van elkaars gemeenschappelijke competenties, met gebruikmaking en behoud van specifieke expertise.</p> <p>Status: Nieuw initiatief, zie vervolgstappen</p>

Scope en doel
<p>Scope:</p> <ul style="list-style-type: none"> Betrokken partijen zijn; RAV, HWF, Omring, Dijklander. GGZ en apotheek zijn zo nodig beschikbaar. Het betreft het gebied West-Friesland. Deze vorm van samenwerking raakt 'zorgcoördinatie'. In de ontwikkeling naar een vorm van zorgcoördinatie is 'geïntegreerd spoedplein Hoorn' een goede eerste stap. Vandaaruit kan het concept van zorgcoördinatie verder ontwikkeld worden. <p>Doel: Bovenliggend doel is het toegankelijk houden van de acute zorg gezien het stijgend aantal zorgvragen (m.n. kwetsbare ouderen) en de krimpende arbeidsmarkt. Om dit doel te kunnen realiseren, gaan we het volgende doen (zie resultaatdoelstellingen)</p> <p>Resultaatdoelstellingen (deliverables):</p> <ul style="list-style-type: none"> Passende triage waardoor acute zorgvragen in één keer op de juiste plek behandeld worden (JZOPJ). Hierdoor zullen onnodige doorverwijzingen afnemen Inzetten van e-health om zorg efficiënt en betaalbaar te maken; bijv. m.b.v. app of bodycam en videoconsulten. Binden, boeien en behouden van zorgprofessionals door: <ol style="list-style-type: none"> Bieden van opleiding en carrière perspectief. We zien een breed scala aan opleidingsmogelijkheden waarbij gedacht wordt aan de basisopleiding acute zorg (BAZ), de opleiding tot SEH en/of ambulanceverpleegkundige, opleiding tot verpleegkundig specialist of physician assistant voor een deelgebied (HAP/SEH/Ambulance). Bieden van kansen voor medewerkers om een passend carrière pad uit te stippelen. Dit naar gelang de levensfase waarin men zich bevindt en specifieke ambitie die men heeft Onder het mom van "eenmalige invoer, daarna hergebruik" het reduceren en digitaliseren van administratieve werkzaamheden <p>Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan <i>Passend zorgaanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Efficiëntere inzet van personeel (door o.a. triage) Aantrekkelijk zijn voor huidige en aan te trekken personeel Beperken van dubbele handelingen / administratie <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Bieden van passende acute zorg op de juiste plek, waardoor instroom beter wordt getrechterd. Vermindering doorstroom naar de 2^e lijn <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> Vergt onder de loep nemen van de bekostigingsafspraken (is mede afhankelijk van het lopende NZa onderzoek rondom de bekostiging van acute zorg. Bevindt zich nu in de consultatiefase)

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)
<ul style="list-style-type: none"> Een geïntegreerd Spoedplein in de opzet die we beogen zal verschil maken en daardoor forse impact hebben op het dempen van het personeelstekort met 10 – 15% doordat: We zorgvraag kunnen afbuigen en voorkomen door zorgvragen in een keer op het juiste moment op de juiste plek door de juiste zorgverlener te laten behandelen, Er ambulance verpleegkundigen op het spoedplein werken als er geen pre-hospitale inzet vereist is. Er kansen ontstaan voor gezamenlijk opleiden (BAZ) en leren van elkaar We met het Spoedplein carrièreperspectief in de acute zorg gaan bieden; bijv. SEH <=> Ambu <=> IC of VS/PA SEH of HAP, We het werk aantrekkelijk maken door werkzaamheden efficiënter te organiseren en administratielast te verminderen en door innovatieve concepten als meekijken op locatie middels app/bodycam.

Vervolgstappen
<ol style="list-style-type: none"> Bestuurlijk akkoord van betrokken partijen om met elkaar een geïntegreerd spoedplein Hoorn te gaan ontwikkelen. Hierin is het belangrijk dat de projectgroep (incl. verzekeraars) uit het eerdere traject goed betrokken en geïnformeerd worden. Leidend tot een gezamenlijke intentieverklaring op visie, doelen, scope en planning zodanig dat in 2024 deze onderwerpen verder uitgewerkt kunnen worden. Onderdeel van het akkoord is een proces op hoofdlijn over hoe we in 2024 tot een verder uitgewerkte visie en plan gaan komen met daarin de berekening van de impact (inschatting omvang onnodige doorverwijzingen waardoor zorgvragen worden afgebogen, inschatting behoud en aantrekken van gespecialiseerd verpleegkundigen) Vanuit het dan gezamenlijk vastgestelde proces, komen tot planvorming

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

WT-triagist spoedplein Den Helder

Potentieel initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	WT-triagist spoedplein Den Helder				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	< 1 jaar				
Contactpersoon ¹	Indra Dekker, Thijs Willems, Annet Middendorp				
Projectteam	n.v.t				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Misschien				

Toelichting	
Aanleiding en probleemanalyse:	We zien dat de doorstroom van patiënten naar (acute) WT beter kan, daardoor zien we dat we niet altijd de juiste patiënt op het juiste bed hebben. Daardoor wordt er onnodig gebruik gemaakt van de klinische capaciteit van het ziekenhuis en hebben huisartsen op de HAP teveel werk aan het regelen van passende zorg.
Beschrijving:	Het toevoegen van een WT-triagist aan het bestaande spoedplein van Den Helder.
Status:	Verkenning is gaande.

Scope en doel	
Scope:	Kwetsbare ouderen die (tijdelijk) niet meer thuis kunnen wonen en waarvoor een verwijzing nodig is voor eerstelijnsverblijf, acute thuiszorg of een consult specialist ouderengeneeskunde.
Doel:	De toegankelijkheid van de SEH en de klinische capaciteit van het ziekenhuis vergroten, en de huisarts op de HAP en de dagpraktijk ontlasten bij het vinden van passende zorg.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	Het bieden van ondersteuning van verwijzers bij triage Gerichte expertise inzet d.m.v. opgeleide triagisten
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	
<i>Passend aanbod</i>	<ul style="list-style-type: none"> Juiste zorg op de juiste plek
<i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Verhogen aantal opnames acute WT via huisarts. Verhogen aantal opnames acute VVT via ZKH/SEH. Coördinatiepunt triert zorgvraag waardoor deze niet meer in de ziekenhuizen terecht komt maar bij de VVT d.m.v. (ELV spoed, WLZ Crisis, Acute Thuiszorg). Reduceren van verkeerde beddagen in het ziekenhuis
Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)	<ul style="list-style-type: none"> Aansluiting van de digitale systemen is een randvoorwaarde om dit goed te kunnen implementeren.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
•	Doordat WT-triagist patiënten ombuigt naar de WT wordt de druk op HAP/SEH-personeel verlaagd.
•	In het ziekenhuis daalt het aantal verkeerde beddagen waardoor het ziekenhuispersoneel meer tijd heeft voor andere werkzaamheden.
•	Door ombuigen van patiëntenstromen naar de WT is daar juist additionele personele inzet nodig (acute stroom).
•	De verwachting is dat deze interventie bijdraagt aan een verlaging van 1-5% van het personeelstekort in de acute MSZ en HAP. Door het verschuiven van zorg zal er bij de VVT juist meer personeel nodig zijn. Samengenomen is de verwachting dat dit initiatief daarom 0-1% bijdraagt aan de totale personele opgave.

Vervolgstappen	
1.	Voortzetten van verkenning tussen ziekenhuis en WT.
2.	Analyse op waar de knelpunten liggen bij alle stakeholders.

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan



Domeinoverstijgende crisisdienst

Potentieel initiatief



Overzicht					
Naam initiatief	Domeinoverstijgende crisisdienst				
Onderdeel van	Vervolg op GMAP				
Realisatietermijn	1 – 3 jaar				
Contactpersoon ¹	Tom Stobbe				
Projectteam	Nader te bepalen				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Ja				

Toelichting	
Aanleiding & probleemanalyse:	Door personele krapte bij ketenpartners in de verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) en verslavingszorg wordt er in toenemende mate een beroep gedaan op de acute psychiatrie welke door GGZ NHN, in het kader van de GMAP, wordt uitgevoerd. Dit brengt uitdagingen met zich mee op het gebied van expertise, wet - regelgeving en financiering. Deze hebben een effect hebben op patiëntenzorg, samenwerkingsrelatie tussen instellingen en overlast in de maatschappij.
Beschrijving:	Onderzoeken hoe de voorwaarden kant (kennis, samenwerking, verantwoordelijkheden, financiering en regelgeving kan worden vormgegeven, waarbij de inhoud leidend is conform de kwaliteitsstandaard van de GMAP.
Status:	Nieuw initiatief, zie vervolgstappen

Scope en doel	
Scope:	Dit betreffen de mensen in een (niet-somatische) crisissituatie, wiens problematiek valt onder psychiatrie in combinatie met: <ul style="list-style-type: none"> • Verstandelijke handicap (VG) • Psychogeriatrische problematiek • Verslavingsproblematiek
	En de organisaties in NHN die zorg bieden aan deze mensen.
Doel	Te komen tot domein overstijgende kwaliteitskaders (inhoud en mensen) met passende, domein overstijgende financiering en regelgeving zodat er tijdig passende zorg kan worden geboden in acute situaties.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	<ul style="list-style-type: none"> • Eénduidige regionale domein overstijgende financiering. De doelgroep die het betreft valt nu onder een varia aan financiering (WMO, WLZ, ZVW etc) . • Centraal inzicht in dossiers voor het kwalitatief noodzakelijke ontsluiten van inhoudelijke informatie over betreffende patiënten. • Ketenvorming met betrekking tot instroom (ambulant of klinisch), opname en uitstroom (ambulant of klinisch vervolg), inclusief bijpassende bevoegdheden en verantwoordelijkheden • Kennis bevorderen, organiseren van domein overstijgend onderwijs.
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	
<i>Passend aanbod</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Er is 1 crisisdienst welke kennis, expertise en capaciteit heeft voor alle niet somatische vraagstukken.
<i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • In- door- en uitstroom wordt volgens 1 standaard georganiseerd. • Mensen komen op de meest passende plek voor de passende zorg bij de juiste instelling.
Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)	<ul style="list-style-type: none"> • Hiervoor is een domein overstijgende bekostiging nodig. • Inzicht in zorginhoudelijke systemen of op zijn minst overdracht van dossier informatie.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
	<ul style="list-style-type: none"> • De ambitie is om het personele tekort in de acute zorg met 1-5% te verminderen aangezien er minder personeel hoeft te worden ingezet door verschillende ketenpartners als gevolg van het domeinoverstijgend werken. • Denk dan vooral aan het effect van één meldpunt in de regio wat de bereikbaarheidscomponent zal verlagen. Door goede voorwaarden is er minder inzet nodig om cliënten op de juiste plek te krijgen en is er minder administratielast door domeinoverstijgende financiering. Dit laatste is dus ook een belangrijke randvoorwaarde.

Vervolgstappen	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kwantificeren van de problematiek in aantallen per doelgroep. Noodzakelijk om daarmee de urgentie ook duidelijk te maken bij betrokken gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraars. 2. Overleg met VGZ, gemeenten, VG (partijen) en GGZ NHN als regio regievoerder Acute GGZ regio NHN. 3. Bij consensus m.b.t. dit plan: uitwerking in business case met de diverse relevante onderdelen (kennis, netwerkverantwoordelijkheden, financiering, essentiële randvoorwaarden). 4. Inrichten systemen

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

Verplicht lespakket zorg en welzijn

Potentieel initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Verplicht lespakket zorg en welzijn				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	1 – 3 jaar				
Contactpersoon ¹	Annet Middendorp				
Projectteam	Nader de bepalen				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN (voorkeur heel NL)				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Nee				

Toelichting	
Aanleiding en probleemanalyse	Opgroeïende jongeren in deze tijd hebben een verminderd bewustzijn van wat (spoed)zorg inhoudt en wanneer je hier een beroep op doet. Zowel voor zichzelf, maar bijvoorbeeld ook voor hun omgeving. Bijvoorbeeld opa/oma die in een acute fase kunnen belanden.
Beschrijving:	Door tijdens de middelbare school een verplicht lespakket gericht op zorg en welzijn aan te bieden en hier een stage aan te koppelen geef je jongeren het juiste beeld mee van (spoed)zorg. Tevens zorg je daarmee voor meer bekendheid bij jongeren over de zorg wat potentiële medewerkers op kan leveren.
	<ul style="list-style-type: none"> Dit heeft ook effect op de ouders van de doelgroep.
Betrokken ketenpartners:	<ul style="list-style-type: none"> Ketenpartners spoedzorg Onderwijsinstellingen Gemeente Overheidsinstanties Sociaal domein
Status:	Nieuw initiatief, zie vervolgstappen

Scope en doel	
Scope:	Alle scholen binnen de regio Noord Holland Noord.
Doel:	<ul style="list-style-type: none"> Door al op jongere leeftijd (verplichte) voorlichting te geven over de spoedzorg creëer je een bewustzijnsniveau met als effect in de toekomst minder instroom op de spoedzorg en mogelijk ook een positieve houding om later in de (spoed)zorg te gaan werken. Mogelijk ook positief effect op de ouders van de doelgroep.
Resultaatdoelstellingen (deliverables):	<ul style="list-style-type: none"> Bewustzijnsniveau en 'mindset' ten opzichte van de spoedzorg in positieve zin veranderen bij jongeren
Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan	
<i>Passend aanbod</i>	<ul style="list-style-type: none"> Het aanbieden van een lespakket zorg- en welzijn kan bijdragen aan de interesse van jonge mensen om in de zorg te gaan werken.
<i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Het aanbieden van een lespakket zorg- en welzijn draagt hopelijk bij (jonge) mensen meer bewust te maken op welke
Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)	<ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)	
	<ul style="list-style-type: none"> Het initiatief staat nog in de kinderschoenen en de potentiële impact is nog onvoldoende duidelijk. Derhalve is de impact op de personele opgave gesteld op 0-1%.

Vervolgstappen	
	<ol style="list-style-type: none"> Dit is een nieuw initiatief, voortgekomen uit een brainstorm in de werkgroep. Er is allereerst behoefte aan meer onderzoek naar de haalbaarheid van dit initiatief en een gedegen probleem- en behoefte analyse. Op basis van deze resultaten kan besloten worden of dit initiatief daadwerkelijk uitgevoerd zou moeten worden. Met als doel vervolgens regionaal te starten met een pilot, waarvan de resultaten landelijk worden gedeeld

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan

Regionale publiekscampagne acute zorg

Potentieel initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Regionale publiekscampagne acute zorg				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	< 1 jaar				
Contactpersoon ¹	Henneke Wesdorp				
Projectteam	Nader de bepalen				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Nee				

Toelichting
<p>Aanleiding en probleemanalyse: De meldkamer ambulance en triagisten van de HAP worden onnodig belast door patiënten die bellen met een laag urgente hulpvraag waarvoor de spoedzorg niet bedoeld is. Een regionale publiekscampagne kan een deel van het publiek bewust hiervan maken.</p> <p>Op dit moment maakt de leeftijdsgroep van 25 tot 60 jaar een groot deel uit van het totaal aantal patiënten dat de HAP belt. Van deze groep bellen relatief veel mensen met een laag urgente klacht (U5) waarbij een zelfzorg advies volstaat of een klacht die had kunnen wachten tot de eigen huisarts de volgende dag of dagen (U4). Ondanks een digitale zelftriage die doorlopen kan worden en informatie over thuisarts.nl waar men informatie over de klacht kunt vinden.</p> <p>Beschrijving: Het opzetten van een regionale publiekscampagne om mensen tussen de 25 en 59 jaar bewust te maken van het belang van de huisartsenpost als spoedzorg en om onnodig (laag (U4/U5) urgent gebruik van de huisartsenpost te verminderen.</p> <p>Patiënten met een laagurgente klacht krijgen inzicht in welke zorg wel en niet onder huisartsenpost spoedzorg vallen en krijgen de juiste zorg op de juiste plek bij de reguliere huisartsenzorg.</p> <p>Status: Nieuw initiatief, zie vervolgstappen</p>

Scope en doel
<p>Scope: Patiënten met spoedeisende zorgvraag aan de HA(P), en in het bijzonder patiënten met laag-urgente zorgaanvragen (U3 t/m U5 indicatie)² die zich tussen 0.00/2.00 uur en 8.00 uur 's ochtends melden bij de huisartsenspoedpost.</p> <p>Doel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Afname van het aantal U4 en U5 triagegesprekken. Zodat de bestaande formatie triagisten meer tijd heeft voor triagegesprekken met een hogere urgentie. En daarmee vermindering van (ervaren) werkdruk/werklast voor alle dienstdoende professionals op de huisartsenspoedpost. <p>Resultaatdoelstellingen (deliverables):</p> <ul style="list-style-type: none"> Een op de bovengenoemde doelgroep toegespitste regionale publiekscampagne die op de mediakanalen die passen bij deze doelgroep worden getoond, waardoor er bij deze doelgroep het inzicht wordt gecreëerd dat de huisartsenspoedpost alleen voor spoedeisende zorg bedoeld is die niet kan wachten tot de eigen huisarts de volgende dag of week. <p>Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan</p> <p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Een afname van telefoontjes/visites/consulten met U3-U4-U5 urgentie tussen 0.00 's nachts en 8.00 's ochtends bij de HAP². De beoogde doelstelling is nu nog niet te bepalen, dit is afhankelijk van nadere onderzoeksresultaten Het aantal patiënten dat belt met de meldkamer ambulance voor niet-acute zorgvragen neemt af binnen 6 maanden na de lancering van de regionale publiekscampagne. <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> Niet van toepassing

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)
<ul style="list-style-type: none"> Het initiatief staat nog in de kinderschoenen en de potentiële impact is nog onvoldoende duidelijk. Wel is de ambitie dat met dit initiatief daadwerkelijk de oneigenlijke instroom in de acute zorg kan worden verlaagd. In de praktijk zal dit met name leiden tot het verlagen van de werkdruk en daarmee behoud van personeel³. De inschatting is dat dit initiatief niet meer dan 0-1% van het totale geprognosticeerde personeelstekort in 2032 kan verminderen.

Vervolgstappen
<ol style="list-style-type: none"> De communicatieafdelingen van de drie HDS betrekken bij het project en samen met beleidsmedewerkers van de acute zorg Een doelgroepenanalyse te maken. Om zo de behoeften, angsten, en gedrag met betrekking tot gezondheidszorg van 25 tot 60 jarigen in de regio in beeld te krijgen. Dit om de juiste boodschap en benadering te bepalen van de publiekscampagne. En met de uitkomst hiervan een duidelijke en begrijpelijke boodschap te ontwikkelen die benadrukt wanneer wel en niet gebruik gemaakt kan worden van de huisartsenspoedpostzorg. En de juiste communicatiekanalen te kiezen. Lancering zo spoedig mogelijk en monitoring op hierboven vermelde uitkomsten na zes maanden en een jaar.

1) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan
 2) Het tijdsframe verschilt per huisartsenspoedpost
 3) In het prognosemodel (pagina 24) is rekening gehouden met het gemiddelde uitstroom % van afgelopen jaren. Initiatieven gericht op het behoud van personeel en daarmee afname van het uitstroom % hebben dus een positief effect op het voorspelde personele tekort.

Domeinoverstijgend ontregelen van de acute zorg

Potentieel initiatief

Overzicht					
Naam initiatief	Domeinoverstijgend ontregelen van de acute zorg				
Onderdeel van	Niet van toepassing				
Realisatietermijn	1 - 3 jaar ¹				
Contactpersoon ²	Nader te bepalen				
Projectteam	Nader te bepalen				
Regionale dekking	Alle gemeenten in regio NHN				
Impact ketenpartners	MSZ	HAP	VVT	GGZ	RAV/MKA
Transformatiegelden	Misschien				

Toelichting
<p>Aanleiding en probleemanalyse: In de samenwerking en overdracht van patiënten naar andere zorgaanbieders zijn zorgverleners veel tijd kwijt aan administratieve taken en niet noodzakelijk handelingen. Zoals het invullen van formulieren en afvinklijsten ten behoeve van de gegevensoverdracht. Registraties kosten zorgmedewerkers onveranderd 40 procent van hun tijd³. Kostbare tijd, die zorgverleners liever aan patiënten besteden. Deze administratieve taken zorgen voor een hoge werkdruk en zijn niet goed voor het werkplezier. Met als bijkomend risico dat ziekteverzuim en uitstroom toenemen. Daarnaast gaat kostbare tijd verloren die niet aan de zorgvraag van patiënten besteed kan worden. Waarmee het bijdraagt aan de mismatch tussen de zorgvraag en het beschikbare arbeidspotentieel en de wijze waarop dit wordt benut.</p> <p>Beschrijving: Het ontregelen van de zorg binnen zorgorganisaties heeft al veel aandacht. Bijvoorbeeld via het programma <i>Met spoed beschikbaar</i>. Daarnaast is er behoefte aan het zo efficiënt mogelijk inrichten van de samenwerking met andere partners. Oftewel domeinoverstijgende ontregeling. Waarbij goed gekeken wordt welke gegevens onnodig worden uitgevraagd, welke handelingen kunnen worden geautomatiseerd en welke handelingen helemaal niet nodig zijn. Dit initiatief is gericht op het in kaart brengen van de verbetermogelijkheden en de snelle doorvoering hiervan.</p> <p>Status: Nieuw initiatief, zie vervolgstappen</p>

Scope en doel
<p>Scope: Alle acute ketenpartners in de regio Noord-Holland Noord</p> <p>Doel: Het verminderen van administratieve lasten tijdens overdracht van patiënt tussen de zorgsectoren. Zodat de (ervaren) regeldruk voor professionals én patiënt merkbaar vermindert en het arbeidspotentieel en werkplezier van medewerkers toeneemt.</p> <p>Resultaatdoelstellingen (deliverables):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overzicht van alle verbetermogelijkheden om domeinoverstijgende administratieve lasten en daarmee regeldruk te verminderen of te voorkomen. • Analyse van impact, effort en daarmee prioritering • Beoogd effect vertaald naar SMART KPI's • Implementatie van domeinoverstijgende oplossingen <p>Beoogd effect en impact op (sub)doelstellingen ROAZ-plan</p> <p><i>Passend aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Overlappende werkzaamheden reduceren en digitaliseren waardoor dubbele zorgadministratie voorkomen wordt, patiëntveiligheid vergroot en het werkplezier toeneemt (vergt digitalisering en ontdebelen). Hierdoor neemt het arbeidspotentieel toe waarmee men met hetzelfde aantal zorgverleners een hogere zorgvraag aan kan. <p><i>Zorgvraag (in- en uitstroom)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Niet van toepassing <p>Impact op systeem (bekostiging- en wet & regelgeving)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aanpassen van wettelijke kaders die nu leiden tot niet noodzakelijke (administratieve) handelingen ten behoeve van de zorgverlening.

Ambitie personeelstekort (gezamenlijke opgave)
<ul style="list-style-type: none"> • Uit onderzoek blijkt dat zorgmedewerkers nog ruim 40% van hun tijd kwijt zijn aan zorgadministratie³ en dus niet aan patiëntzorg. Deze zorgadministratie wordt deels als onnodig bestempeld en zou dus voorkomen moeten worden. Een deel van deze handelingen is gericht op domeinoverstijgende samenwerking. • Op basis van deze eerste analyse is de ambitie dat dit initiatief in de toekomst ten minste 1-5% gaat bijdragen aan de gestelde personele opgave.

Vervolgstappen
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inrichten projectgroep 2. Creëren van overzicht van alle verbetermogelijkheden om domeinoverstijgende regeldruk te verminderen of te voorkomen. 3. Analyseren van potentiële impact, effort en daarmee prioritering 4. Vertalen van beoogd effect naar concrete KPI's voor opvolging en monitoring 5. Op basis van roadmap aan de slag met doorontwikkelen en implementeren van de oplossingen. Een lean-aanpak kan hierin helpen. 6. Opvolgen en monitoring van resultaten, om waar nodig bij te sturen.

1) Dit is in feite een continu proces, maar voor dit specifieke initiatief is een termijn van 1 – 3 jaar voorgesteld.
 2) Contactpersoon vanuit werkgroep ROAZ-plan
 3) Registraties kosten zorgmedewerkers onveranderd 40 procent van hun tijd (Skipr, 28 november 2023)

Bijlagen

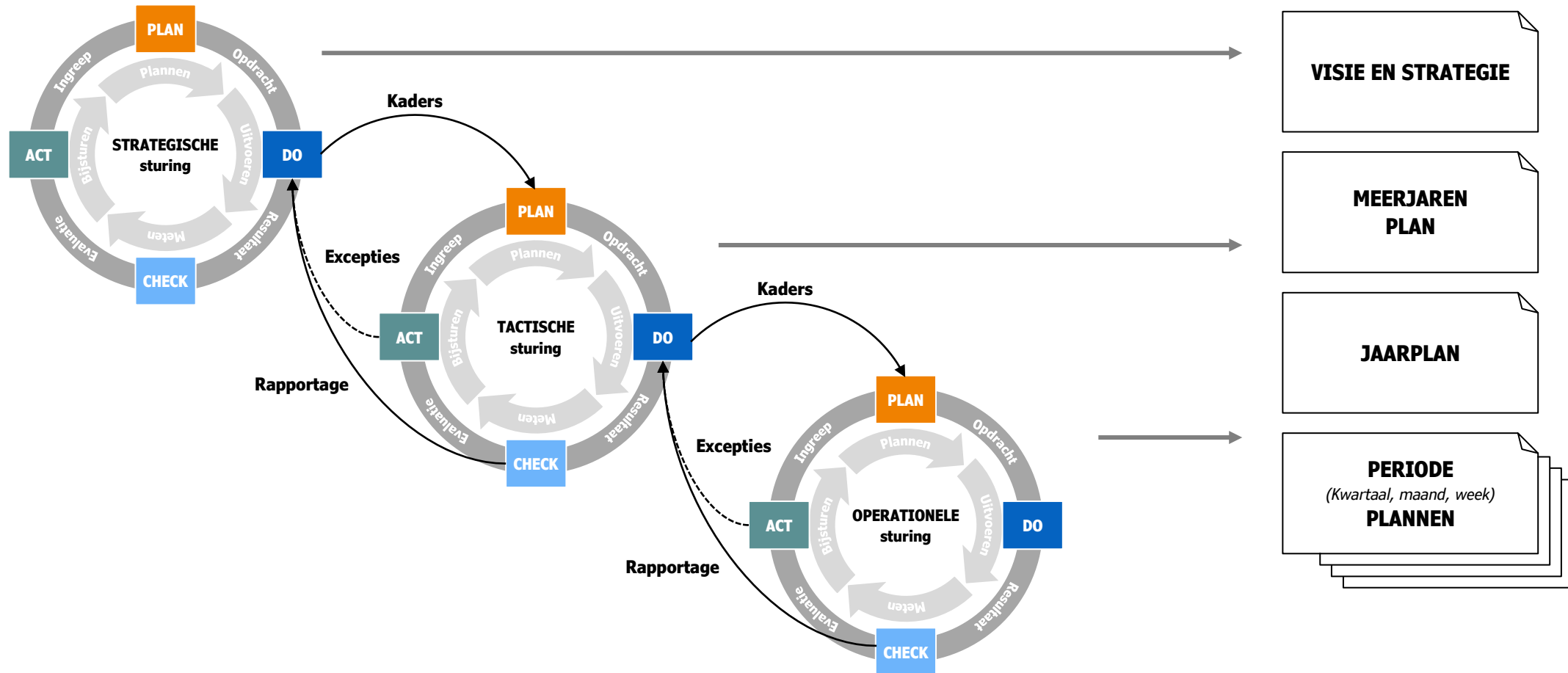
- A. Totstandkomingsproces
- B. Verdieping onderliggende doelstellingen
- C. Verdieping bestaande initiatieven
- D. Verdieping nieuwe initiatieven
- E. Achtergrond PDCA**
- F. Lijst met afkortingen





PDCA als basis voor het duurzaam realiseren van het beoogde effect

Het toepassen van de PDCA-cyclus op diverse niveaus biedt een goede basis voor het opstellen van strategische doelen en de vertaling naar tactisch en operationele uitwerking



PDCA als basis voor het duurzaam realiseren van het beoogde effect

Het doorlopen van de vier fasen geeft richting aan het vertalen van een gevalideerde behoefte naar daadwerkelijk effect

ACT

FASE 4

Standaardiseren, integreren en continu verbeteren. Doel is om activiteiten terug te brengen naar reguliere operationele werkzaamheden. Manier van werken wordt het nieuwe normaal.

1. Uitvoering verbeterplannen
2. Standaardiseren, integreren en bijsturen
3. Terugleggen in de lijn
4. Afronding project/programma status

CHECK (& REFLECT)

FASE 3

Ophalen resultaten en evalueren van uitkomsten versus beoogd effect. Vertalen van verschilanalyse naar concrete actiepunten ter verbetering.

1. Dataverzameling
2. Verschilanalyse resultaten vs. beoogd effect (KPI's)
3. Identificeren oorzaken
4. Tegenmaatregelen en verbeteracties
5. Draagvlak en contracteren



PLAN

FASE 1

Definitie van het probleem inclusief onderzoek naar de grondoorzaken, vertaald naar een gedragen plan van aanpak met meetbare doelstellingen.

1. Behoeft- en probleemanalyse
2. Toekomstvisie, doelstelling en beoogd effect
3. Gap-analyse en prioritering
4. Stakeholderanalyse
5. Afhankelijkheden en vereiste (landelijke) randvoorwaarden
6. Plan van aanpak incl. business case¹
7. Draagvlak en contracteren

DO

FASE 2

Uitvoeren van plan van aanpak met aandacht voor inhoud, proces en mens. Dat betekent zowel inhoudelijke uitwerking als implementatie van de diverse onderdelen.

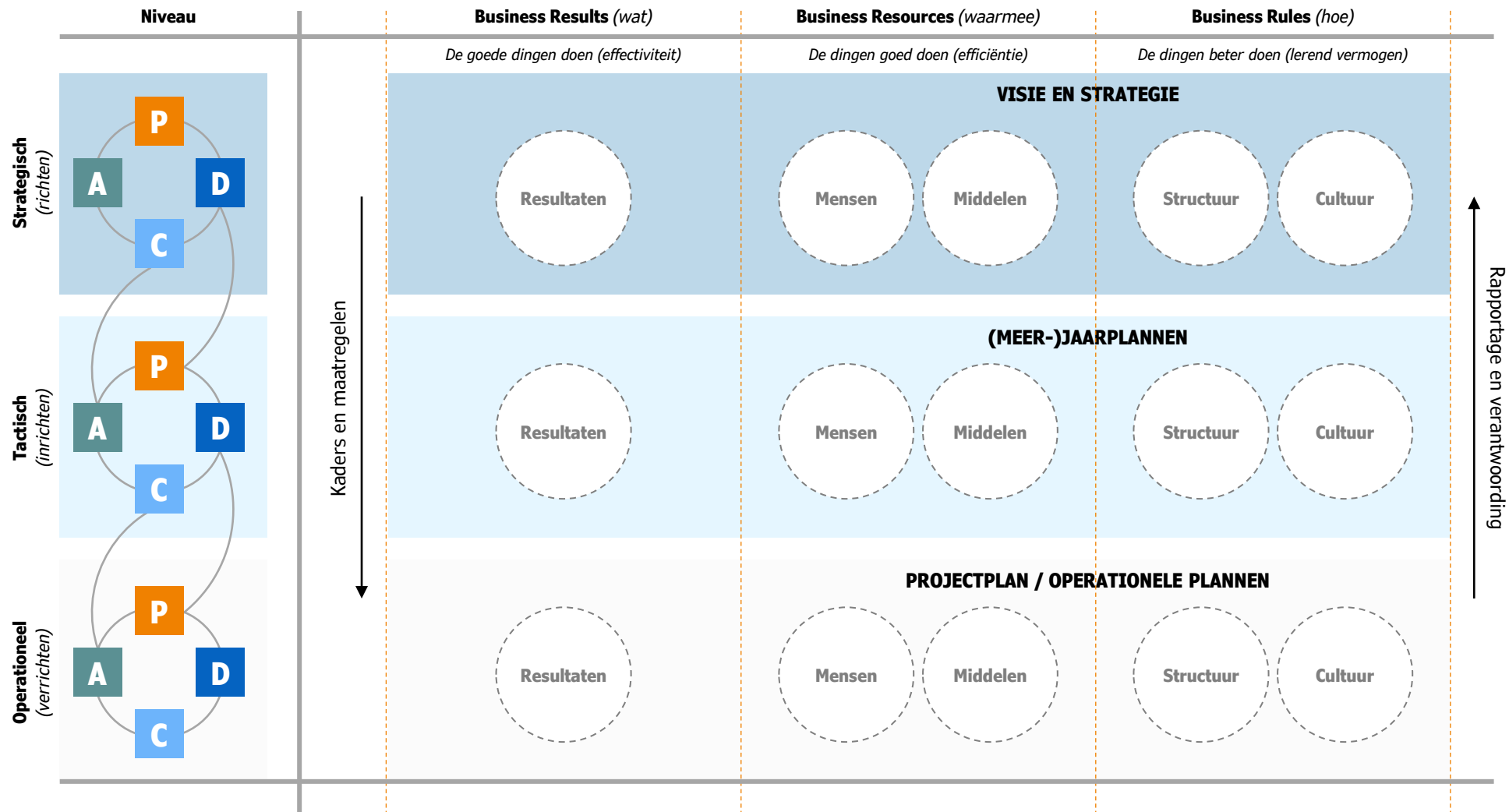
1. (Pilots en experimenten)
2. Inhoudelijke (door)ontwikkeling
3. Uitvoeren 0-meting
4. (Inrichten dataverzameling)
5. Start implementatie
6. Monitoren voortgang

1) Bij de uitwerking van het plan van aanpak gelden voor de aanvraag van transformatiegelden een set van [vooraf vastgestelde criteria](#). Het is van belang dat deze worden meegenomen en uitgewerkt bij het opstellen van het plan van aanpak



PDCA als basis voor het duurzaam realiseren van het beoogde effect

Het toepassen van de PDCA-cyclus op diverse niveaus biedt een goede basis voor het opstellen van strategische doelen en de vertaling naar tactische en operationele uitwerking



Bijlagen

- A. Totstandkomingsproces
- B. Verdieping onderliggende doelstellingen
- C. Verdieping bestaande initiatieven
- D. Verdieping nieuwe initiatieven
- E. Achtergrond PDCA
- F. **Lijst met afkortingen**



Lijst met afkortingen

AVPK	Ambulanceverpleegkundige	PAA	Physician Assistant Ambulancezorg
ELV	Eerstelijnsverblijf	PDCA	Plan - Do - Check - Act
GALA	Gezond en Actief Leven Akkoord	RAV	Regionale Ambulance Voorziening
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	ROAZ	Regionaal overleg acute zorgketen
GMAP	Geïntegreerde Module Acute Psychiatrie	SEH	Spoedeisende Hulp
GRZ	Geriatrische Revalidatie Zorg	TAZ	Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
HAP	Huisartsen(spoed)post	TAZK	Toekomstbestendige acute zorgketen
IC	Intensive Care	VSA	Verpleegkundig Specialist Ambulancezorg
IZA	Integraal Zorgakkoord	VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
KPI	Key Performance Indicator	WLZ	Wet Langdurige Zorg
MZC	Mobiele Zorgconsult (ambulancezorg)	WOZO	Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
Nza	Nederlandse Zorgautoriteit	ZVW	Zorgverzekeringswet
(n)VPKc	Niet-verpleegkundig centralisten		