

Advies landelijke inrichting zorgcoördinatie

Het perspectief voor
toekomstbestendige acute zorg

Managementsamenvatting

De acute zorg heeft te maken met toenemende druk die ontstaat door schaarste. De vraag naar acute zorg stijgt en wordt steeds complexer terwijl het aanbod achter blijft vanwege personeelstekorten. De urgentie voor verandering om de acute zorg toegankelijk en van goede kwaliteit te behouden neemt toe. Zorgcoördinatie wordt gezien als één van de middelen in deze verandering, om de schaarste het hoofd te bieden.

Zorgcoördinatie gaat over domein-overstijgende samenwerking zodat de burger met een acute zorgvraag de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste zorgverlener op het juiste moment ontvangt en dat schaarse capaciteit hierbij effectief en efficiënt wordt ingezet. ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN hebben in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgewerkt hoe zorgcoördinatie in de praktijk ingericht kan worden. Op basis van een zorgvuldig proces waarbij veel andere partijen betrokken zijn geweest komen zij tot een advies voor landelijke kaders, met ruimte voor regionale invulling waar wenselijk en mogelijk.

Zorgcoördinatie wordt zo ingericht dat het zorgt voor juiste toegeleiding tot zorg van burgers met een niet-levensbedreigende acute zorgvraag op momenten dat zij niet bij hun eigen huisarts of andere zorgverlener terecht kunnen, bijvoorbeeld tijdens avond-, nacht- en weekenduren. Hiervoor worden binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) door de relevante zorgaanbieders één of meerdere zorgcoördinatievoorzieningen ingericht. Binnen de voorziening werken ketenpartners vanuit de acute huisartsenzorg, ambulancezorg en onplanbare zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) domein-overstijgend en in nauwe afstemming met ziekenhuizen (poortspecialisten en SEH-artsen) en geestelijke gezondheidszorg samen. Op basis van de klachten van de burger en relevante patiëntinformatie bepalen zij wanneer zorg nodig is (de urgentie van een zorgvraag), welke zorg nodig is (de best passende zorginzet) en waar deze zorg geleverd kan worden (de coördinatie van de zorginzet). Door dit proces regionaal en domein-overstijgend te organiseren wordt schaarse capaciteit efficiënt en effectief ingezet. Uitwisseling van patiëntgegevens en inzicht in capaciteit zijn hierbij cruciaal.

Daarnaast is de zorgcoördinatievoorziening 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar en beschikbaar voor zorgverleners die direct noodzakelijke vervolgzorg zoeken voor hun patiënt. De voorziening neemt, indien wenselijk, het zoeken en vinden van een juiste vervolgzorgplek uit handen. Zo heeft de zorgverlener meer tijd voor de patiënt.

Deze inrichting van zorgcoördinatie brengt zeven veranderopgaven met zich mee. Processen van de huisartsenpost, ambulancezorg en eerstelijnsverblijf-coördinatie zullen regionaal bij elkaar moeten komen. Voor triagepersoneel is passende en modulaire (bij)scholing nodig, evenals ondersteunende teams voor regie en voor consultatie. Er moet inzicht gecreëerd worden in zowel relevante patiëntgegevens als in actuele beschikbare capaciteit bij ketenpartners. Daarnaast moet een technische infrastructuur gerealiseerd worden die de zorgcoördinatieprocessen en uitwisseling van gegevens mogelijk maakt. Tot slot zijn passende governance (inclusief schaal) en bekostiging en financiering van zorgcoördinatie noodzakelijk.

Om de beweging naar zorgcoördinatie te maken is het van belang dat het ministerie van VWS snel begint met het realiseren van de landelijke randvoorwaarden. Daarnaast is het aan het ROAZ om vanaf Q3 2023, op basis van de landelijke kaders, regionaal beleid te maken rondom zorgcoördinatie. Zo kan het zorgveld vanaf 2024 starten met de inrichting.

Alle ketenpartners in de acute zorg zijn nu aan zet om de beweging in gang te zetten zodat vanaf 2025 landelijk dekkende zorgcoördinatie in de eerste vorm operationeel is.

Inhoudsopgave

Leeswijzer	4
1 Inleiding Waarom zorgcoördinatie?	5
1.1 Noodzaak voor verandering in de acute zorg	5
1.2 Zorgcoördinatie als onderdeel van toekomstbestendige acute zorg	6
1.3 Totstandkoming advies zorgcoördinatie	7
1.4 Tijd voor actie!	8
2 Advies op hoofdlijnen Inbedding van zorgcoördinatie binnen de acute zorg	9
2.1 Toegang tot acute zorg	9
2.2 De zorgcoördinatievoorziening in het acute zorgveld	10
3 Advies in meer detail Zorgcoördinatie in de praktijk	12
3.1 Welke activiteiten vinden plaats in de zorgcoördinatievoorziening?	12
3.2 Regionale invulling van de zorgcoördinatievoorziening	13
3.3 Het zorgcoördinatieproces in tijden van schaarste	15
4 Veranderopgaven voor de realisatie van zorgcoördinatie	16
4.1 Veranderopgave 1: Inrichting van ZCV-processen	16
4.2 Veranderopgave 2: Personeel, competenties en opleiding	19
4.3 Veranderopgave 3: Inzicht in relevante patiëntgegevens	20
4.4 Veranderopgave 4: Inzicht in capaciteit van ketenpartners	23
4.5 Veranderopgave 5: Infrastructuur zorgcoördinatievoorziening	24
4.6 Veranderopgave 6: Governance	24
4.7 Veranderopgave 7: Bekostiging en financiering	25
4.8 Samenhang schaal, governance en bekostiging en financiering	27
5 Aanbevelingen en vervolgstappen	31
5.1 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen VWS	31
5.2 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen ROAZ	33
5.3 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen zorgveld	35
6 Bijlagen	36
A. Definities en afkortingen	36
B. Proces en verantwoording	39
C. Overwogen alternatieven voor inrichting van zorgcoördinatie	42
D. Organisatorische processen	44
E. Uitgangspunten bij uitwerken competenties en opleidingen voor nieuwe ZCV functies	46
F. Verdieping patiëntgegevens	47
G. Reeds ontwikkelde ketenbrede zorgpaden in pilot regio's	48
H. Samenvatting vanuit de werkgroepen	49

Leeswijzer

Hoofdstuk 1



Waarom is zorgcoördinatie nodig?

Een beschrijving van het nut en de noodzaak voor verandering in de acute zorg en waarom zorgcoördinatie een onderdeel van de oplossing is.



Hoofdstuk 2



Wat is zorgcoördinatie op hoofdlijnen?

Een beschrijving van het advies voor de toekomstige inbedding van zorgcoördinatie binnen de acute zorg.



Hoofdstuk 3



Wat is zorgcoördinatie in meer detail?

Een beschrijving van het advies voor de activiteiten binnen de zorgcoördinatievoorziening, hoe zorgcoördinatie regionaal wordt ingevuld en de rol van zorgcoördinatie in tijden van schaarste.



Hoofdstuk 4



Hoe gaan we zorgcoördinatie realiseren?

Beschrijving van de zeven veranderopgaven waar het zorgveld voor staat: de inrichting van processen en personeel, delen en inzichtelijk maken van gegevens en de benodigde technologie, governance, bekostiging en financiering.



Hoofdstuk 5



Wat is de werkagenda voor de komende tijd?

Concrete aanbevelingen en vervolgstappen aan VWS, het ROAZ en het zorgveld om zorgcoördinatie in te gaan richten.



Bijlagen

Aanvullende informatie zoals definities en afkortingen, beschrijving van het proces voor totstandkoming van het adviesrapport, overwogen alternatieven voor de inrichting, beschrijving van organisatorische processen, uitgangspunten voor doorontwikkeling van competenties en opleiding voor personeel, verdieping patiëntgegevens, reeds ontwikkelde ketenbrede zorgpaden en samenvattingen vanuit werkgroepen.

1 Inleiding | Waarom zorgcoördinatie?

1.1 Noodzaak voor verandering in de acute zorg

Iedereen heeft recht op goede zorg, ook in acute situaties. Dit vinden we vanzelfsprekend. Maar deze vanzelfsprekendheid staat onder druk. De Nederlandse zorg heeft, onder meer door vergrijzing, te maken met een stijgende en complexer wordende zorgvraag.

Hierdoor neemt, in combinatie met een krappe arbeidsmarkt, de druk op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg toe¹. We streven zonder maatregelen af op een situatie waarin door schaarste niet aan alle acute zorgvragen voldaan kan worden en wachttijden toenemen.

In de acute zorg is die dreigende schaarste voor burgers en zorgverleners nu al voelbaar. Wachttijden voor telefonisch contact tussen burgers en huisartsenposten lopen op, soms tot meer dan een half uur. Zorgverleners zoals huisartsen zijn onevenredig veel tijd kwijt met het vinden van een beschikbare plek voor direct noodzakelijke vervolgzorg voor hun patiënten. De spoedeisende hulp (SEH) kondigt uit noodzaak met enige regelmaat patiëntenstops af.

Deze toenemende druk leidt tot een groeiende urgentie om de acute zorg zo te organiseren dat deze ook in de toekomst beschikbaar blijft voor ons allen. Om dit te bewerkstelligen is het cruciaal om de belangrijke knelpunten aan te pakken:

- **Onnodig beroep op acute zorg:** voor burgers is het niet altijd duidelijk wanneer en waar ze met welke vraag terecht kunnen. Hierdoor wordt vaak onnodig beroep gedaan op toch al schaarse faciliteiten. Zo blijkt uit een regionaal retrospectief onderzoek dat bijna de helft van de 112-oproepen geen zorgvraag voor de ambulance betreft, maar thuishoort bij de huisarts, (acute) wijkverpleging, GGZ, of met een zelfzorgadvies kan worden opgelost². Daarom is het nodig om met elkaar de juiste toeleiding te organiseren voor meldingen binnen de acute zorg.
- **Onvoldoende samenwerking tussen de verschillende domeinen in de acute zorg:** burgers moeten zelf hun weg in de acute zorg vinden en ervaren nu verschillende 'loketten' waar zij met zorgvragen terecht kunnen. Zorgverleners hebben maar beperkt zicht op de capaciteit bij andere zorgaanbieders en weten onvoldoende wat deze zorgaanbieders kunnen betekenen in (het overnemen van) de zorg voor hun patiënt. Het is nodig dat de samenwerking binnen de acute zorg verbetert.
- **Inefficiënte inzet van het schaarse personeel:** op veel plaatsen in de regio wordt door zorgaanbieders 24 uur per dag (telefonische) beschikbaarheid voor acute zorgvragen georganiseerd. Zo zijn 89 huisartsenposten (HAP) alle avond, nacht en weekend-uren (ANW) geopend³ en zijn 42 regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf 24/7 bereikbaar. Samenwerking, met name in de nacht, voor de loketfunctie zal naar verwachting bijdragen aan doelmatigheid en betere bereikbaarheid. Daarnaast zijn zorgverleners te veel tijd kwijt aan het vinden van passende acute vervolgzorg voor hun patiënt, waardoor de tijd voor het daadwerkelijk verlenen van deze zorg onder druk staat. Het beschikbare personeel moet kunnen doen waar het voor opgeleid is en zo effectief mogelijk worden ingezet.

¹ WRR-Rapport nr. 104: [Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak](#)

² Retrospectieve contactanalyse van Pilot Midden Nederland. Bron: [Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie](#)

³ 89 van de 107 HAP-locaties zijn in alle ANW-uren geopend. Bron: Benchmark Huisartsenposten (InEen, 2021)

- **Beperkte digitalisering en uitwisseling van data:** burgers ervaren dat het proces door de (acute) zorgketen nog maar zeer beperkt digitaal ondersteund wordt. Voor zorgverleners geldt dat het lastig is om inzage in de juiste gegevens van de patiënt te krijgen en inzicht te krijgen in de dossiervorming door hun ketenpartners waardoor zorgverleners een incompleet beeld van de patiënt hebben. Digitalisering tezamen met versterkte samenwerking in de keten kan het proces voor de burger vergemakkelijken en soepeler maken en tegelijk zorgprofessionals ontlasten. Uitwisseling van data is nodig om samenwerking in de keten te verbeteren en te voorkomen dat burgers en zorgverleners dezelfde handelingen meermaals moeten uitvoeren.

Bij het aanpakken van bovenstaande knelpunten is het van belang te zoeken naar een aanpak voor de gehele acute zorgketen. Zodat een probleem niet verschoven wordt van de ene zorgverlener naar de andere zorgverlener. Bij voorkeur wordt ervoor gezorgd dat de patiënt direct bij de juiste zorgverlener terecht komt. Zorgverleners binnen de acute zorg voelen de noodzaak en willen samenwerken om ervoor te zorgen dat de patiënt op de juiste plek, door de juiste zorgverlener op het juiste moment de juiste acute zorg kan ontvangen.

1.2 Zorgcoördinatie als onderdeel van toekomstbestendige acute zorg

De samenwerking om processen binnen de acute zorg beter te coördineren wordt in dit adviesrapport verder uitgewerkt als het concept zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie gaat over het proces waarin de burger of zorgverlener wordt begeleid vanaf het moment dat hij of zij een acute zorgvraag heeft tot aan het vinden van een beschikbare plek waar de passende zorg wordt verleend. Zorgcoördinatie gaat met nadruk alleen over het coördineren van instroom en doorstroom in de acute zorg en dus niet over de zorgverlening zelf.

Het inrichten van zorgcoördinatie zal niet alle uitdagingen in de acute zorg wegnemen. Er zijn meer maatregelen nodig om de acute zorg toegankelijk, van hoge kwaliteit en betaalbaar te houden voor de burger. Zo moet worden ingezet op het voorkomen van acute zorg door betere vroegsignalering, betere afstemming met het sociaal domein, duurzame en optimale inrichting van het acute zorglandschap door differentiatie, concentratie en spreiding en het structureel aanpakken van de arbeidsmarktproblematiek. Veel van deze thema's zijn al in ontwikkeling en worden beschreven in bijvoorbeeld het Integraal Zorg Akkoord⁴ (IZA), het Kwaliteitskader Spoedzorgketen of (nieuwe) wet- en regelgeving⁵.

Het concept zorgcoördinatie is op regionale schaal beproefd in het Programma Pilots Zorgcoördinatie. Uit de evaluatie van deze pilots blijkt dat zorgcoördinatie naar verwachting bijdraagt aan efficiënter gebruik van zorgcapaciteit en leidt tot meer passende zorg. De opgedane bevindingen en de aanbevelingen vanuit de pilots om zorgcoördinatie goed in te kunnen richten staan beschreven in de [Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie](#) (augustus, 2022). In lijn met deze aanbevelingen adviseren we om zorgcoördinatie landelijk dekkend in te richten. Zorgcoördinatie moet daarin ten eerste bijdragen aan het begeleiden van de burger met een acute zorgvraag naar de juiste zorg, op de juiste plek, door de juiste zorgverlener, op het juiste moment en ten tweede moet het bijdragen aan het efficiënt inzetten van het beschikbare zorgpersoneel en zorgcapaciteit. Meer specifiek wordt met zorgcoördinatie ingezet op de volgende doelstellingen:

Voor de **burger**:

⁴ [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

⁵ Onder andere de [Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg \(Wegiz\)](#) en de [Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg \(Wabvpz\)](#)

- Eenduidige toegang zodat de melding van een burger met een acute zorgvraag op de juiste plek terecht komt
- Tijdige en passende acute zorg zonder onnodige dubbele handelingen en onnodige wachttijden

Voor de **zorgverlener**:

- Meer tijd voor de patiënt door minder tijd kwijt te zijn met het zoeken van een vervolgzorgplek
- Geen gebruik van zijn (schaarse) expertise doordat hij/zij de juiste patiënt ziet: de juiste zorgverlener voor de patiënt

Voor de **acute zorgketen in zijn geheel**:

- Voorkomen van onnodig beroep op de acute zorg dat niet bijdraagt aan de gezondheid van de patiënt
- Verbeterde instroom en doorstroom van acute zorg door meer samenwerking tussen ketenpartners die elkaar goed weten te vinden
- Efficiëntere en effectievere inzet van (triage) personeel door samenvoeging en daarmee meer schaalgrootte
- Efficiënte inzet van capaciteit door inzicht in patiëntgegevens en beschikbare capaciteit in de gehele keten

1.3 Totstandkoming advies zorgcoördinatie

In het IZA hebben de partijen afgesproken om te komen tot landelijk dekkende zorgcoördinatie. Om de stap naar structurele en landelijk dekkende zorgcoördinatie te kunnen zetten, heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vijf brancheorganisaties vanuit de verpleging en verzorging (ActiZ), de ambulancezorg (Ambulancezorg Nederland), de huisartsenposten (InEen), de acute zorgnetwerken (Landelijk Netwerk Acute Zorg) en zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland) gevraagd om hem te adviseren over de inrichting van zorgcoördinatie.

Om te komen tot een onderbouwd advies over de inrichting van zorgcoördinatie is een zorgvuldig proces gevolgd waarin veel partijen zijn betrokken en geconsulteerd. Als bovengenoemde vijf partijen hebben wij verschillende scenario's voor de inrichting van zorgcoördinatie opgesteld en afgewogen. Wij hebben ons hierbij laten ondersteunen door diverse werkgroepen en klankbordgroepen, met afvaardiging vanuit het brede zorgveld⁶ en door onafhankelijke projectbegeleiding vanuit IG&H. Bij het opstellen van dit advies hebben we een aantal uitgangspunten gehanteerd:

1. Het advies ten aanzien van de inrichting van zorgcoördinatie moet voldoende scherp zijn om de doelstellingen van zorgcoördinatie te behalen.
2. Het advies presenteert een kwalitatieve beschrijving van zorgcoördinatie en het verwachte effect, dat tot stand is gekomen op basis van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens vanuit de pilots en ervaringen uit de praktijk. Het is niet mogelijk in deze fase het geïsoleerde effect van zorgcoördinatie op de acute zorgketen te kwantificeren.
3. Elk onderdeel van het advies is getoetst op drie aspecten: 1) mate van bijdrage aan de doelstellingen, 2) uitvoerbaarheid en 3) draagvlak bij betrokken partijen.

⁶ De verdere beschrijving van het proces en verantwoording is opgenomen in bijlage B.

4. De geadviseerde inrichting geldt als ambitie. Alle regio's starten in 2024 met het inrichten hiervan, met als doel landelijk dekkende zorgcoördinatie vanaf 2025⁷. Het tempo waarin en de manier waarop naar deze ambitie wordt bewogen, kan per regio verschillen. Het staat regio's vrij om samenwerkingen en oplossingen in te richten die verder gaan dan de geadviseerde inrichting.
5. Het advies betreft uniforme landelijke kaders en afspraken waar nodig, met ruimte voor regionale invulling waar mogelijk.
6. Ten aanzien van bekostiging en financiering geldt dat eerst gekeken moet worden hoe zorgcoördinatie optimaal kan worden ingericht en dat vervolgens gekeken moet worden welke bekostiging en financiering dat het beste kan faciliteren.
7. De geadviseerde inrichting zal zich moeten bewijzen in de praktijk. Daartoe dienen bij implementatie afspraken te worden gemaakt over monitoring van de effecten. Zo nodig moet kunnen worden bijgestuurd; dit betekent dat de in het advies beschreven inrichting van zorgcoördinatie voldoende flexibel moet zijn.

1.4 Tijd voor actie!

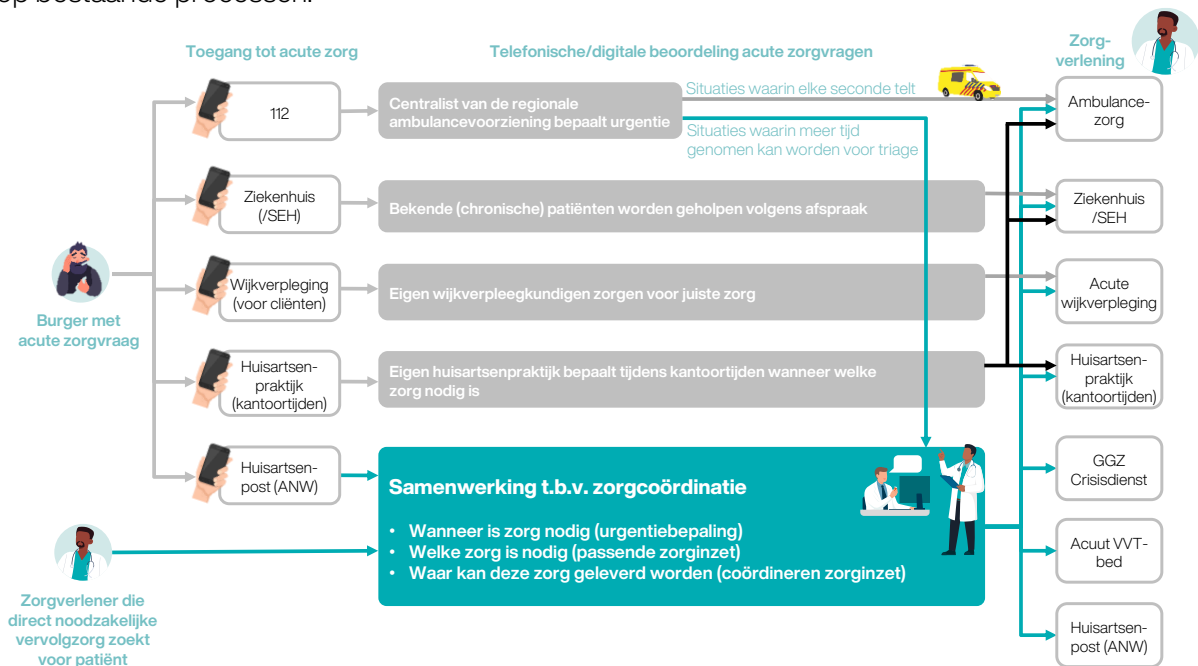
Dit adviesrapport beschrijft de inrichting van zorgcoördinatie die onze brancheorganisaties nodig achten om de doelstellingen te behalen. Daarbij zijn wij ambitieus en realistisch tegelijk. Ambitieus omdat de uitdagingen voor de acute zorg groot zijn. We leggen de lat hoog en kijken daarbij vooral naar wat er wél kan en wat op korte termijn nodig is. Realistisch omdat een nieuwe inrichting van de acute zorg draagvlak nodig heeft en dit tijd vraagt. En juist die tijd dringt, we weten dat we niet te lang kunnen wachten.

Daarom adviseren we de minister van VWS om ons advies in uitvoering te nemen. Dat kan in onze ogen op basis van het voorliggende adviesrapport. Daarbij vinden we het belangrijk om snel te starten met de realisatie, zodat het acute zorgveld het momentum niet verliest. Want alle partijen die nodig zijn voor de volgende stappen zijn bereid om nu samen aan de slag te gaan.

⁷ De start voor het inrichten van zorgcoördinatie is in lijn met de opdracht vanuit de minister aan de vijf partijen en de afspraken gemaakt in het IZA.

2 Advies op hoofdlijnen | Inbedding van zorgcoördinatie binnen de acute zorg

De inrichting van de toekomstige acute zorg blijft voor een deel gelijk aan de huidige situatie en wordt verbeterd doordat zorgcoördinatie de knelpunten zoals beschreven in paragraaf 1.1 aanpakt. Zorgcoördinatie begeleidt burgers met een acute zorgvraag en ontzorgt zorgverleners met een direct noodzakelijke vervolgzorgvraag voor hun patiënt. In Figuur 1 is schematisch weergegeven welke plek zorgcoördinatie inneemt in het acute zorglandschap en hoe dit aansluit op bestaande processen.



Figuur 1 Illustratieve weergave van zorgcoördinatie in het acute zorglandschap. Legenda: grijze blokken en stromen blijven onveranderd t.o.v. huidige situatie, blauwe blokken en stromen geven zorgcoördinatieprocessen weer

2.1 Toegang tot acute zorg

De toegang voor burgers met acute zorgvraag blijft gelijk aan de huidige situatie:

- 112:** Bij acute zorgvragen waar elke minuut telt, kan de burger 24/7 melding maken via 112. Deze melding wordt direct afgehandeld door de centralist van de regionale ambulancevoorziening (RAV-centralist). Voor 112-meldingen waarbij na urgentiebepaling blijkt dat meer tijd genomen kan worden voor triage, verandert het proces. Dit wordt verder toegelicht in paragraaf 2.2.
- Ziekenhuis (/SEH):** Bij overige acute zorgvragen wordt de burger bij voorkeur geholpen door een zorgverlener of -organisatie waar een behandelrelatie mee bestaat. Zij kennen de burger en de situatie immers het beste. Dit zijn bijvoorbeeld de eigen huisarts, een behandelend medisch specialist voor een patiënt met chronische aandoening of een verpleegkundige van de thuiszorg. Tijdens werktijden van deze zorgverleners kan de burger daar terecht. Dit verandert niet ten opzichte van de huidige situatie.
- Wijkverpleging (voor cliënten):** Tijdens werktijden van deze zorgverleners kan de burger daar terecht. Dit verandert niet ten opzichte van de huidige situatie.
- Huisartsenpraktijk (kantooruren):** Tijdens werktijden van deze zorgverleners kan de burger daar terecht. Dit verandert niet ten opzichte van de huidige situatie.
- Huisartsenpost (ANW):** Wanneer een burger buiten werktijden van de eigen huisarts en/of andere eigen zorgverlener een acute zorgvraag heeft, neemt de burger contact op met de

huisartsenpost, zoals ook nu het geval is⁸. Het proces dat zich hierna afspeelt gaat veranderen, dit wordt toegelicht in paragraaf 2.2.

Voordat een burger een acute zorgvraag stelt, wordt de burger gestimuleerd gebruik te maken van een betrouwbaar middel voor digitale zelftriage⁹. Dit faciliteert een grote groep burgers die niet goed weet wat te doen met een acute zorgvraag en hiervoor laagdrempelig betrouwbare informatie op internet zoekt¹⁰. Naast digitale vormen van zelftriage blijft het altijd mogelijk om telefonisch contact op te nemen. Beide contactmogelijkheden bieden dezelfde mate van kwaliteit en toegankelijkheid van acute zorg. Digitale zelftriage geeft op basis van de klachten en het tijdstip een goed advies over wat de burger het best kan doen: zelfzorg, contact opnemen met de eigen huisarts of thuiszorg, contact opnemen met de HAP of contact opnemen met 112¹¹. Huisartsen(posten) kunnen op hun website of aan de telefoon verwijzen naar de mogelijkheid voor digitale zelftriage. Daarnaast is de ambitie om de opgegeven informatie, met instemming van de patiënt, naadloos over te kunnen dragen aan zorgverleners.

Het komt ook voor dat burgers met een acute zorgvraag zich als 'zelfverwijzer' presenteren op de SEH van het ziekenhuis, met name in de grote steden. Voor een deel van deze vragen is de SEH niet de aangewezen plek voor de burger. Het is wenselijk dat er in de toekomst in de desbetreffende regio's afspraken tussen ziekenhuizen en huisartsen worden gemaakt om zelfverwijzers van passende zorg te voorzien.

2.2 De zorgcoördinatievoorziening in het acute zorgveld

Een belangrijk nieuw onderdeel van de acute zorg is een regionale zorgcoördinatievoorziening (ZCV). In een ZCV werken ketenpartners domein-overstijgend samen om ervoor te zorgen dat de burger de best passende zorg krijgt, zie Figuur 2 voor een aantal voorbeeld casussen.

Wanneer een burger, tijdens de avonden, nachten en in de weekenden (ANW-uren), contact opneemt via de spoedlijn van de huisartsenpraktijk¹² of de huisartsenpost wordt de melding doorgeleid naar deze ZCV¹³. Wanneer een burger 112 belt en er na urgentiebepaling door een RAV-centralist geen sprake blijkt te zijn van een levensbedreigende acute zorgvraag¹⁴ wordt de melding, ongeacht het tijdstip, ook doorgeleid naar de ZCV.

De ZCV bepaalt welke zorg de burger op welk moment nodig heeft en waar deze zorg geleverd kan worden. De ZCV kan daarnaast een afspraak op de juiste plek inplannen voor de burger. In de uitvoering van dit proces werken primair de acute huisartsenzorg, ambulancezorg en onplanbare VVT-zorg samen¹⁵, in nauwe afstemming met poortspecialisten en SEH-artsen uit de ziekenhuizen en professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Door dit proces in

⁸ Voor specifieke ziektebeelden en patiëntgroepen (bijv. oncologische patiënten of patiënten met specifieke chronische aandoening) bestaan duidelijke afspraken over toegang tot acute zorg zonder tussenkomst van de huisarts(-post). Deze afspraken blijven bestaan, zorgcoördinatie verandert hier niets aan. Ook de overdracht van dag naar ANW voor deze patiëntgroepen blijft bewaard en is leidend bij zorgcoördinatie.

⁹ Zelftriage door de burger op eigen initiatief, nog voordat de burger een zorgverlener raadpleegt voor zijn klachten.

¹⁰ Volgens de Patiëntenfederatie Nederland is er een grote groep burgers die behoefte heeft aan laagdrempelige, betrouwbare informatie op het internet; digitale zelftriage geeft invulling aan deze behoefte.

¹¹ Hier moet verder verkend worden of ook de GGZ een plek kan krijgen binnen digitale zelftriage.

¹² Wanneer een burger na kantoortijden de eigen huisarts belt in verband met een acute zorgvraag moet deze gefaciliteerd worden door automatisch doorgeleid te worden naar de ZCV, zonder dat de burger een nummer moet noteren en nog een keer moet bellen.

¹³ Regionaal kan bekeken worden of ook thuiszorgorganisaties meldingen buiten werktijd doorschakelen naar de ZCV.


¹⁴ De ambulancesector start binnenkort een implementatietraject voor nieuwe urgentie-indeling, waarbij na uitsluiten van de hoogste urgentie meer tijd genomen zal worden voor verdere triage. Zo krijgt de zorgvrager uiteindelijk vaker de juiste zorg op de juiste plek. Naast zorgvragen van de hoogste urgentie worden ook meldingen waar opgeschaalde zorg (i.c.m. politie en/of brandweer) nodig is direct door de RAV-centralist behandeld en niet door de ZCV.


¹⁵ Vanuit de pilots blijkt dat hiermee het merendeel van de acute zorgvragen goed getrieerd kan worden. Andere partners kunnen in de uitvoering van zorgcoördinatie worden betrokken afhankelijk van de behoefte van een regio.


gezamenlijkheid in de regio te organiseren kan schaars personeel efficiënt en effectief worden ingezet. Dit proces wordt verder toegelicht in hoofdstuk 3.

Zorgcoördinatie ontzorgt daarnaast zorgverleners die direct noodzakelijke vervolgzorg voor de patiënt zoeken¹⁶. Het zoeken naar passende en beschikbare zorg in de regio wordt, indien gewenst, uit handen genomen door de ZCV. Daarmee worden ook de patiënten en naasten geholpen. Omdat zorgverleners zowel tijdens werktijden als tijdens ANW-uren veel moeilijkheden ervaren bij het vinden van directe ongeplande vervolgzorg en soms uren moeten rondbellen voor het vinden van een beschikbare plek, is zorgcoördinatie 24 uur per dag, 7 dagen per week (24/7) voor hen beschikbaar. Een ZCV kan direct door een zorgverlener benaderd worden middels een regionaal nummer en een digitaal platform.

Voorbeeld casussen

 Pim (41 jaar) heeft tijdens een hockeywedstrijd een bal tegen zijn schouder gekregen. 's Avonds merkt hij dat het toch zijn schouder erg stijf is en lukt het niet zijn arm boven zijn schouder te bewegen. Hij zoekt online of hij hiervoor de huisartsenpost moet bellen. Uit online zelftriage blijkt dat hij beter kan afwachten tot de stijfheid wegtrekt en daarna, bij blijvende beperkingen, contact op moet nemen met zijn huisarts.

 Sara, een fitte en gezonde vrouw van 19 jaar, heeft pijn op de borst en belt 112. De RAV-centralist voert de ABCDE-triage uit en er blijkt geen sprake te zijn van een levensbedreigende situatie. Nu kan meer tijd genomen worden om aanvullende vragen te stellen om te bepalen wat nodig is. Sara wordt hiervoor warm doorverbonden met een zorgprofessional van de ZCV. Hier blijkt uit het gesprek met Sara dat ze volgende week eindexamen doet en dat dit haar erg veel stress oplevert. Uit haar medisch dossier blijkt tevens dat ze geen onderliggend lijden heeft. De ZCV-triagist geeft, in overleg met een regiearts, zelfzorgadvies en de oproep om contact op te nemen met de huisarts indien de pijn aanhoudt.

 Huisarts de Vries heeft op woensdagmiddag om 15:00 uur een visite gedaan bij een man van 80. De huisarts heeft vastgesteld dat het medisch niet verantwoord is om thuis te blijven, maar een ziekenhuisopname is niet nodig. De huisarts dient digitaal een aanvraag in bij de ZCV voor een VVT-bed voor kortdurend verblijf. De ZCV weet dit binnen 2 uur te vinden. De huisarts heeft in die 2 uur nog drie andere patiënten geholpen.

Figuur 2 Drie voorbeeld casussen hoe zorgcoördinatie bijdraagt aan passende acute zorg voor de burger

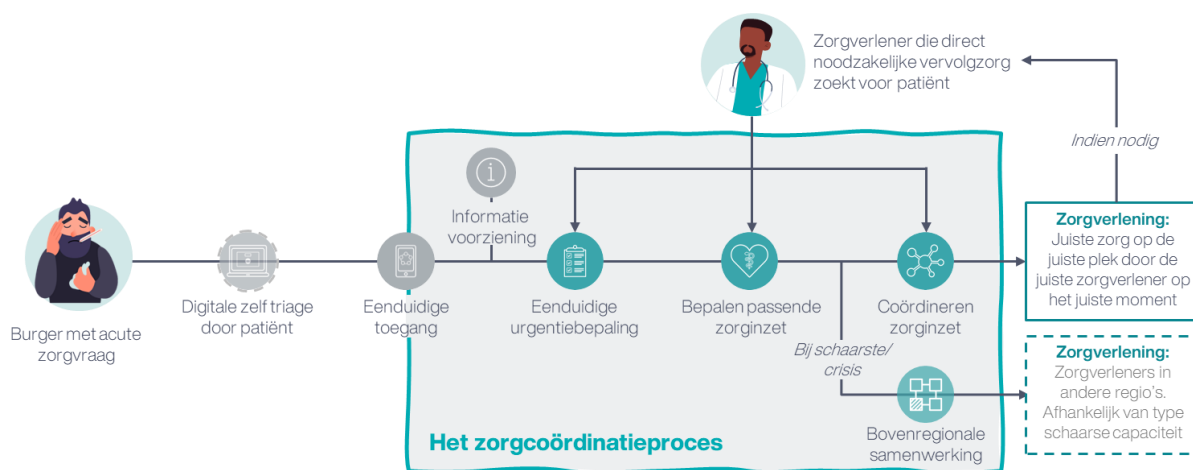
¹⁶Inclusief de zorgvragen die binnenkomen voor VVT-bed kortdurend verblijf.

3 Advies in meer detail | Zorgcoördinatie in de praktijk

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe zorgcoördinatie past binnen de toekomstige acute zorg. Dit hoofdstuk geeft meer details over welke activiteiten plaatsvinden in de zorgcoördinatievoorziening (3.1), hoe zorgcoördinatie regionaal wordt ingevuld (3.2) en hoe zorgcoördinatie werkt in tijden van schaarste (3.3).

3.1 Welke activiteiten vinden plaats in de zorgcoördinatievoorziening?

In de ZCV wordt door samenwerkende zorgprofessionals, waar mogelijk in nauwe afstemming met de burger, met hoge mate van kwaliteit en deskundigheid bepaald wanneer de burger zorg nodig heeft (*eenduidige urgentiebepaling*), welke zorg nodig is (*passende zorginzet*) en door wie deze zorg het beste verleend kan worden (*coördineren zorginzet*). Ook de zorgverlener kan, zoals in het vorige hoofdstuk beschreven, gebruik maken van de ZCV (*inzet ZCV voor zorgverleners*). Dit proces is schematisch weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3 Schematische weergave van het zorgcoördinatieproces

Eenduidige urgentiebepaling en passende zorginzet: De burger die is doorgeleid naar een ZCV wordt geholpen door een triagist van de ZCV (ZCV-triagist). Deze triagist bepaalt eerst op basis van de ingangsklacht hoe urgent de zorgvraag van de burger is en vervolgens welke zorg de burger nodig heeft, mede op basis van relevante patiëntinformatie. De ZCV-triagist gebruikt hiervoor een ondersteunend protocol dat suggesties voor urgentie en passende zorginzet doet. De urgentiecodes zijn voor alle samenwerkende ketenpartners gelijk¹⁷ en de protocollen zijn geharmoniseerd. Dit houdt in dat de suggesties die voortkomen uit de protocollen zijn afgestemd tussen zorgprofessionals vanuit zowel de eerste- als de tweedelij. Samen ontwikkelen zij zorgpaden voor veel voorkomende ingangsklachten, zodat snel duidelijk is wat de beste zorginzet is¹⁸. Daarnaast heeft de ZCV-triagist kennis van een aantal domeinen van de acute zorgketen, bijvoorbeeld van zowel huisartsenzorg als acute wijkverpleging. De ZCV-triagist werkt samen met een regieteam (zie paragraaf 4.2) en consulteert eventueel andere ketenpartners voor ontbrekende expertise.

¹⁷ Het gaat hierbij ten minste om harmonisatie van urgentiecodes vanuit de huisartsenpost, RAV, acute wijkverpleging en SEH. Belangrijk hierbij is om ook de koppeling met Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) te maken. De ambulancesector is al bezig een stap te zetten om de urgentiecodes af te stemmen op de acute huisartsenzorg.

¹⁸ Hier wordt regionaal verbinding gemaakt tussen professionals in de eerste- en tweedelij (o.a. medisch specialisten in de ziekenhuizen en professionals vanuit de GGZ). Zie bijlage G voor voorbeelden van reeds ontwikkelde zorgpaden.

Uit de triage blijkt welke zorg nodig is en welke zorgverlener deze het beste kan verlenen. Dit kan zijn: een afspraak met de huisarts (visite, consult tijdens ANW-uren bij de HAP, consult tijdens kantoor tijden bij eigen huisarts), spoedafpraak in het ziekenhuis (o.a. SEH), inzet ambulancezorg, inzet acute wijkverpleging, opname VVT-bed voor kortdurend verblijf en inzet acute GGZ. In sommige gevallen zal zelfzorg de passende zorg zijn, dan stopt het zorgcoördinatieproces voor de burger. Als blijkt dat de burger wel acute zorg nodig heeft, wordt bepaald waar en wanneer deze zorg verleend kan worden.

Coördineren zorginzet: Om zo snel mogelijk beschikbare zorgcapaciteit te vinden, zonder dat er veel contact nodig is tussen ketenpartners, wordt gebruik gemaakt van regionale capaciteitsinformatie en een planningssysteem. De ZCV gebruikt deze hulpmiddelen om een afspraak in te plannen of mobiele zorgeenheden in te zetten, zodat de patiënt direct wordt geholpen. Het direct inplannen van een afspraak geldt voor de HAP of indien mogelijk de huisartsenpraktijk (de volgende werkdag). Ook inzet van mobiele zorgeenheden zoals ambulances en acute wijkverpleging kan direct worden geregeld via dit systeem. Voor het inplannen van patiënten op de spoedafdeling van het ziekenhuis (SEH of spoedpoli van een specifiek specialisme) en bij andere ketenpartners vindt eerst overleg plaats.

Inzet ZCV voor zorgverleners: Wanneer een zorgverlener contact opneemt met de ZCV, is urgentiebepaling in de meeste gevallen niet nodig (zie Figuur 3). De zorgverlener zelf kan een inschatting maken van de urgentie. De zorgverlener die ter plaatse is bij een patiënt voor prehospital triage (bijvoorbeeld een ambulanceverpleegkundige) en twijfelt over de juiste vervolgzorg, kan gebruik maken van (landelijk uniforme) digitale medische beslisondersteuning. Wanneer een zorgverlener aanvullende expertise wenst, helpt de ZCV-triagist bij het bepalen van de urgentie, passende zorginzet of indicatiestelling voor een VVT-bed voor kortdurend verblijf, eventueel door het consulteren van de juiste zorgverlener. Nadat in overleg met de verwijzende zorgverlener en (indien mogelijk) met de patiënt is bepaald wat de passende zorginzet voor de patiënt is, wordt uitgezocht waar en wanneer de patiënt ontvangen kan worden (coördineren van zorginzet).

3.2 Regionale invulling van de zorgcoördinatievoorziening

Het bovenstaande advies voor de toekomstige inrichting van zorgcoördinatie betreft een landelijk kader om gezamenlijk de juiste beweging in gang te zetten. De invulling van dit advies speelt zich af in de regionale context van de ROAZ-regio's. Deze regio's krijgen de ruimte en vrijheid om, binnen dit landelijke kader, een invulling te realiseren die past bij de regionale context¹⁹. De ambitie is dat in 2024 alle ROAZ-regio's starten met het inrichten van zorgcoördinatie.

Regionale samenwerkingsafspraken binnen het ROAZ: Het ROAZ²⁰ is verantwoordelijk voor het ontwikkelen van het beleid in de eigen regio, binnen de landelijke kaders. De ROAZ-partijen (inclusief zorgprofessionals) maken in het ROAZ gezamenlijk afspraken over de inrichting van zorgcoördinatie en zijn betrokken bij de monitoring en evaluatie hiervan²¹. Voor de operationele uitvoering van zorgcoördinatie vormen de relevante partijen binnen het ROAZ één of meerdere ZCV's, zie Figuur 4. De bepaling van het aantal ZCV's moet zorgvuldig worden afgewogen, bij voorkeur zijn dit er één tot drie per ROAZ (zie voor verdere uitwerking paragraaf 4.6

¹⁹ Alternatieve opties rondom de inrichting van zorgcoördinatie die tijdens het project zijn overwogen worden beschreven in bijlage C.

²⁰ Deelnemende zorgaanbieders staan in de algemene maatregel van bestuur acute zorg (AMvB). Daarin wordt ook beschreven hoe toezicht wordt gehouden op het ROAZ.

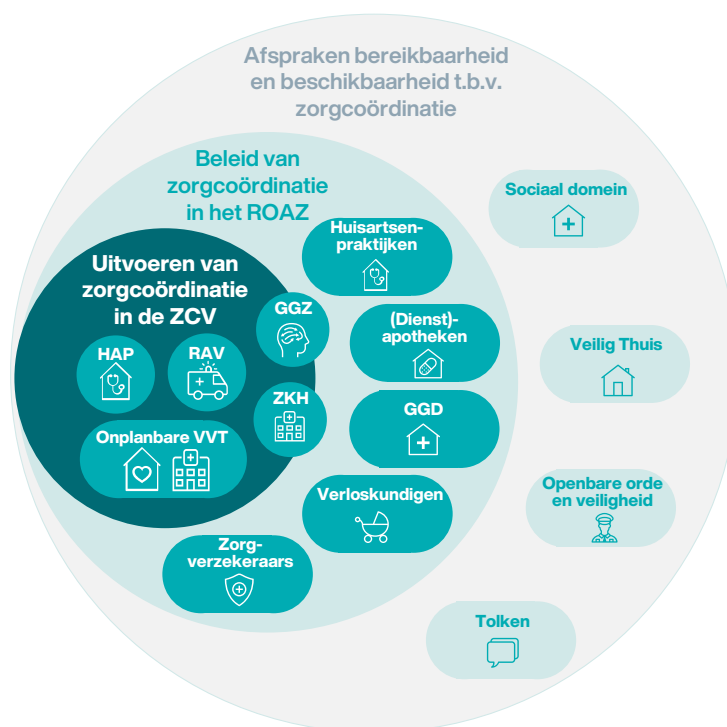
²¹ De plannen voor inrichting van zorgcoördinatie worden onderdeel van het ROAZ-plan, zoals afgesproken in het IZA (onderdeel C, paragraaf 6c). Hierbij worden ook afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en governance van en binnen het ROAZ, zoals afgesproken in het IZA (onderdeel C, paragraaf 6b).

‘Governance’). Het werkgebied van de ZCV moet niet dusdanig groot zijn dat het personeel de regio niet meer goed kent of de reisafstand naar het werk te groot wordt. Tegelijkertijd moet het werkgebied voldoende groot zijn om schaalvoordelen te benutten voor efficiënte en kosteneffectieve inrichting zorgcoördinatie, mede gezien de krapte op de arbeidsmarkt.

Regio's bepalen of fysiek en/of virtueel wordt samengewerkt in de ZCV: De regio kiest zelf een vorm die de domein-overstijgende samenwerking faciliteert, bijdraagt aan kennisdeling, bundeling van expertise en teamgevoel. Samenwerking kan vorm krijgen door fysiek op één of meerdere locaties samen te werken, virtueel via een digitaal platform of een combinatie van beide. Het is aan de regio's zelf om een voor hen passende en haalbare vorm te bepalen. Fysiek samenwerken kan bijdragen aan laagdrempelige afstemming en werkplezier. Virtueel samenwerken is mogelijk aantrekkelijker omdat reistijd vervalt. De beschikbaarheid van de juiste informatievoorziening en technische infrastructuur is een essentiële randvoorwaarde om virtueel samen te werken.

Regionaal organiseren van bereikbaarheid en beschikbaarheid: Naast de zorgaanbieders die onderdeel zijn van het ROAZ is het voor de regio wenselijk om ook de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de volgende partijen te borgen ten behoeve van in-, door- en uitstroom uit de acute zorgketen: sociaal domein, openbare orde en veiligheid, Veilig Thuis en tolken. Hier moeten regionaal afspraken over gemaakt worden.

Figuur 4 toont de betrokkenheid van de verschillende type ketenpartners, zoals in deze paragraaf beschreven. De acute geboortezorg wordt niet meegenomen in de uitvoering van zorgcoördinatie, aangezien dit om zeer specifieke acute zorg gaat. Echter is het wenselijk dat verloskundigen met acute vragen terecht kunnen bij een ZCV en dat de ZCV inzicht heeft in beschikbare capaciteit voor geboortezorg. Het is aan de regio's dit mee te nemen in de inrichting van zorgcoördinatie.



Figuur 4 De rol van ketenpartners met betrekking tot zorgcoördinatie²²

²² Vanuit ziekenhuizen zijn specifiek de SEH-artsen en poortspecialisten betrokken bij de vormgeving van een ZCV.

3.3 Het zorgcoördinatieproces in tijden van schaarste

Bij voorkeur wordt een burger altijd in de eigen regio, dichtbij huis geholpen. Zoals we tijdens de COVID-pandemie hebben ervaren, is het in uitzonderingssituaties en in individuele gevallen niet altijd mogelijk om de acute zorgvraag van een patiënt in de regio te beantwoorden. Bij een plotseling zeer hoge vraag in een regio moet het desondanks mogelijk zijn om de juiste acute zorg te kunnen leveren, eventueel met steun van een andere regio. Dit heeft met name betrekking op bijzondere capaciteit en expertise, zoals de SEH, (neonatale) intensive care en VVT-bedden voor kortdurend verblijf. Het is in tijden van schaarste wenselijk dat (boven)regionale verplaatsingen van patiënten gecoördineerd worden²³. Hiervoor krijgt één ZCV per ROAZ-regio de functie Regionaal Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (RCPS). Het RCPS is ook verantwoordelijk voor een complete en actuele informatiepositie van de ketenpartners in de regio en heeft inzicht in landelijke capaciteit.

Naast de RCPS'en blijft de landelijke (informatie)voorziening in de vorm van het huidige Landelijke Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) operationeel om te voorzien in de informatie over de druk op de acute zorg²⁴ en, indien nodig, de coördinatie van de spreiding van de patiënten over de schaarse landelijke capaciteit.

²³ Deze voorziening gaat niet over de coördinatie van verandering in infrastructuur en capaciteit tijdens opschaling; hier blijven bestaande structuren intact vanuit de openbare orde en veiligheid en Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio.

²⁴ Het Dashboard Zorgketen dient hiervoor als basis informatievoorziening.

4 Veranderopgaven voor de realisatie van zorgcoördinatie

De inrichting van zorgcoördinatie brengt diverse veranderopgaven met zich mee. Het vraagt onder andere om nauwere samenwerking tussen ketenpartners, verandering in processen en goede en complete informatievoorziening. In dit hoofdstuk worden zeven veranderopgaven geschetst, die nodig zijn om de beschreven inrichting te kunnen realiseren (zie Figuur 5). Daarnaast worden in bijlage H de samenvattingen vanuit werkgroepen op deze onderwerpen gedeeld.



Figuur 5 Veranderopgaven voor de realisatie van zorgcoördinatie

Het verandertraject voor de inrichting van zorgcoördinatie gaat gepaard met potentiële risico's en onzekerheden, onder andere rondom de continuïteit van zorg en het effect van zorgcoördinatie. Het is van belang de risico's tijdens implementatie te monitoren en waar nodig en mogelijk te mitigeren, dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk (hoofdstuk 4) wordt per veranderopgave een aantal aandachtspunten uitgelicht in tekstkaders. Deze aandachtspunten moeten worden meegenomen in de afweging tussen de risico's en het verwachte effect van zorgcoördinatie.

4.1 Veranderopgave 1: Inrichting van ZCV-processen

Burgers met een acute zorgvraag melden zich onder andere bij de HAP, bij 112 en bij de eigen wijkverpleging (zie ook paragraaf 2.1) en komen niet altijd direct op de juiste plek. De triagisten en centralisten beoordelen de vraag en geleiden de burger naar de juiste plek. Zo kan een burger die zich bij 112 meldt doorverwezen worden naar de huisarts of een burger die zich heeft gemeld bij de huisarts kan te horen krijgen dat een ambulance onderweg is.

Om dit proces vloeiend te laten verlopen, richt iedere ZCV werkprocessen in om zorgcoördinatie, zoals beschreven in hoofdstuk 3, uit te kunnen voeren. Deze paragraaf beschrijft de belangrijkste veranderopgaven en aandachtspunten rondom de inrichting van deze processen, waarbij werkprocessen van de huisartsenposten, ambulancezorg, eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties en acute wijkverpleging samenkomen.

Samenhang huidige processen huisartsenpost en nieuwe ZCV-processen

De HAP's blijven gewoon bestaan voor huisartsenconsulten. De processen rondom telefonische triage en het maken van afspraken voor de burger wordt per regionale ZCV georganiseerd, zie ook Figuur 6:

- De telefonische triage die thans op de HAP's wordt uitgevoerd, wordt onderdeel van de regionale ZCV: alle telefonische HAP-meldingen worden automatisch doorgeleid naar de ZCV. Zo ontstaat er voor iedere ZCV één centrale bron van meldingen.

- Het inplannen van consulten op de HAP's en het aansturen van visite-auto's in de regio wordt centraal vanuit de ZCV gedaan. Hiervoor is een integraal HAP planningssysteem nodig (zie ook veranderopgave 4).
- Bij het inplannen wordt de burger in principe naar de HAP verwezen waar de eigen huisarts bij is aangesloten, maar is het voor de burger ook mogelijk om naar een andere HAP in de regio te gaan als daar bijvoorbeeld een kortere wachttijd is. Patiëntendossiers van de huisarts moeten hiervoor breder te raadplegen zijn dan alleen door de eigen HAP (zie ook veranderopgave 3).
- Wanneer telefonische wachttijden in de regio oplopen, kan de ZCV besluiten meldingen door te schakelen naar een aangrenzende ZCV of een pre-triage proces in te richten, waarmee de spoedmeldingen uit de wachtrij gefilterd worden. Dit optionele proces wordt verder toegelicht in bijlage D.
- HAP's bieden digitale zelftriage aan via eigen website en wijzen de burger hierop in het telefonisch menu. Meldingen die via deze weg binnenkomen worden doorgeleid naar de ZCV (zie ook veranderopgave 5).

Samenhang huidige processen ambulancezorg en nieuwe ZCV-processen

Indien een zorgvraag via 112 bij de RAV binnenkomt en bij de ABCDE-triage blijkt dat er sprake is van een levensbedreigende situatie worden meteen één of meerdere ambulances ingezet en kan de RAV-centralist instructie op afstand geven. In het geval van opgeschaalde zorg wordt direct gehandeld volgens de geldende GRIP-procedures. Deze processen blijven onveranderd.

Indien voor een 112-melding blijkt dat sprake is van een niet-levensbedreigende situatie, kan meer tijd genomen worden om aanvullende vragen te stellen en te bepalen of inzet van een ambulance of ander type zorg nodig is. In dit geval wordt de zorgvrager warm doorverbonden naar de ZCV, waar deze uitgebreidere triage plaatsvindt (zie Figuur 6). Dit is één vloeiend proces waarbij tevens overdracht van triage-informatie plaats.

Op basis van de triage moet de ZCV direct opdracht kunnen geven tot inzet van zorg, inclusief de inzet van een ambulance, als blijkt dat dit noodzakelijk is. In dit proces heeft de RAV te allen tijde regie op haar eigen capaciteit zodat zij kan voldoen aan haar (medische) verantwoordelijkheid, ook bij multi-inzet en opschaling bij crises. Hiervoor is het noodzakelijk dat een landelijk uniforme procesbeschrijving wordt vastgesteld voor de samenhang tussen het veiligheidsdomein en het zorgdomein.

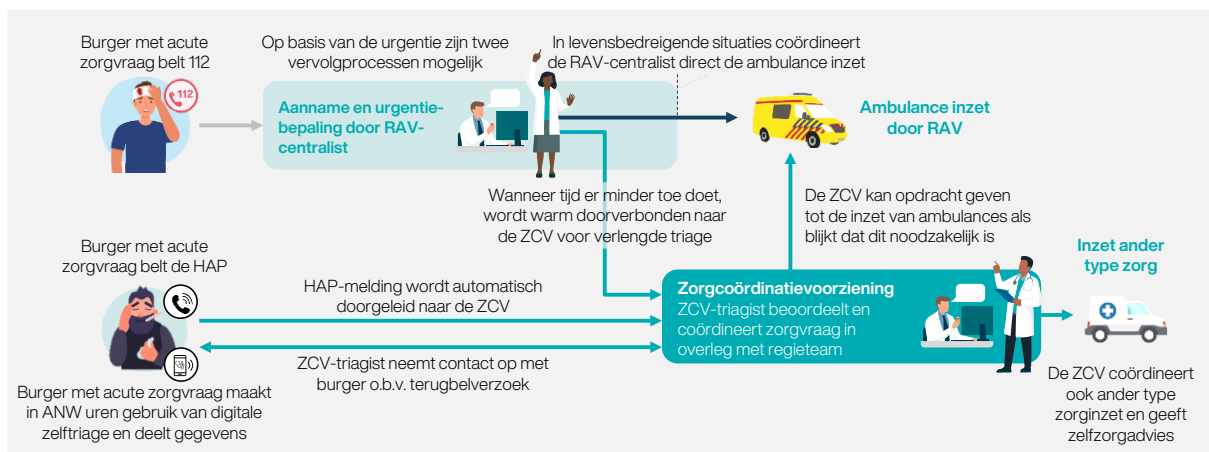
Aandachtspunten/advies:

1) Vertegenwoordigers vanuit het openbare orde domein (Justitie en Veiligheid) geven aan dat vitale meldkamerprocessen ten aanzien van noodhulpverlening en crisisbeheersing geborgd moeten worden.

Het is nodig dat tussen de ministeries van Justitie en Veiligheid (JenV) en VWS overeenstemming wordt bereikt over de aansluiting tussen het meldkamerdomein en het zorgdomein. Hierbij moet nader onderzocht worden of aanpassing van de wet- en regelgeving noodzakelijk is.

2) Bij het uitwerken van de ambulancezorgprocessen is het van belang verbinding te maken met de vernieuwde urgentie indeling voor ambulancezorg (AZN)²⁵.

²⁵ [Passende zorg door nieuwe urgentie-indeling](#), Ambulancezorg Nederland (AZN)



Figuur 6 Samenhang processen HAP en ambulancezorg en nieuwe processen zorgcoördinatievoorziening

Samenhang huidige processen eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties, acute wijkverpleging en nieuwe ZCV-processen

Om zorgverleners te ontlasten door middel van zorgcoördinatie, is het vinden van het juiste VVT-bed voor kortdurend verblijf of inzet van acute wijkverpleging onmisbaar. Om dit proces vanuit de ZCV te kunnen faciliteren, is aansluiting van de bestaande eerstelijnsverblijf-coördinatiepunten en acute wijkverpleging bij de ZCV nodig, welke nu door specifieke aanbieders in de regio geleverd wordt.

Regionaal kan bekeken worden of thuiszorgorganisaties meldingen buiten werktijden, bijvoorbeeld via personenalarmering, doorschakelen naar de ZCV. Daarnaast kunnen zorgbemiddelaars vanuit zorgcentrales ook contact opnemen met de ZCV indien zij aanvullende expertise nodig hebben.

Aandachtspunten/advies:

- 1) Nederland kent 42 eerstelijnsverblijf-coördinatiepunten die moeten aansluiten bij zorgcoördinatie. Daarnaast moeten, in zoverre dat nog niet gebeurt, afspraken gemaakt worden over de beschikbaarheid van acute wijkverpleging in de regio. Aansluiting bij de ZCV is dan ook een flinke veranderopgave voor alle ketenpartners.
- 2) Het verlenen van acute wijkverpleging aan voor de organisatie onbekende cliënten wordt bemoeilijkt door het ontbreken van de juiste regelgeving die hierin voorziet. Hier is vervolgonderzoek nodig.

Inrichten operationele processen

Naast bovenstaande samenhang moet iedere ZCV organisatorische processen inrichten om zo goed mogelijk te functioneren en door te ontwikkelen. Zo is het voor succesvolle zorgcoördinatie van groot belang dat wordt teruggekoppeld aan de ZCV of de ingezette zorg, zowel in de eerste als tweedelijns, passend bleek voor de patiënt. Op basis hiervan kunnen domein-overstijgende casusbesprekingen worden georganiseerd, waarbij ook de artsen uit de ziekenhuizen en GGZ worden betrokken. Zo kan gezamenlijk worden afgestemd en bijgesteld of patiënten goed zijn doorverwezen en ontstaat een lerend systeem. Ook worden tussen ZCV's ervaringen gedeeld om van elkaar te leren. In bijlage D worden verdere aanbevelingen gedaan rondom organisatorische processen.

Aandachtspunten/advies: Zorgaanbieders verzamelen al heel veel data over o.a. geleverde zorg en uitkomsten. Door de data integraal te verzamelen, samen te brengen en te analyseren ontstaan waardevolle inzichten op basis waarvan evaluatie en besluitvorming kan plaatsvinden. Om hiervoor structurele processen in te richten is het nodig beschikbaarheid van data en het integrale gebruik nader te specificeren.

4.2 Veranderopgave 2: Personeel, competenties en opleiding

Voor het uitvoeren van zorgcoördinatie is bevoegd en bekwaam personeel nodig. Dit personeel is schaars. Het is dan ook belangrijk om in te zetten op behoud en efficiënte inzet van triageprofessionals. De huidige functies en opleidingen binnen de huisartsenposten, ambulancezorg en eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties worden bij voorkeur voor zorgcoördinatie doorontwikkeld om domein-overstijgend en efficiënt samen te kunnen werken. Hiervoor zijn onderstaande functies binnen de ZCV omschreven:

Zorgcoördinatievoorziening triagist (ZCV-triagist): De ZCV-triagist neemt meldingen van burgers en/of zorgverleners aan die binnenkomen bij de ZCV, voert telefonische triage uit en zorgt (indien nodig) direct voor acute zorg door het inplannen van een afspraak bij een zorgverlener. Een ZCV-triagist heeft kennis van ten minste één en bij voorkeur meerdere acute zorgdomeinen (acute huisartsenzorg, acute wijkverpleging, ambulancezorg, kortdurend VVT-verblijf). De ZCV-triagist is dus ofwel monodisciplinair ofwel domein-overstijgend. De inzet van domein-overstijgende (multidisciplinaire) triagisten is het basisuitgangspunt, gezien de mate waarin dit kan leiden tot arbeidsbesparing, maar niet per definitie te realiseren. Bij de aandachtspunten is dit meer uitgebreid beschreven. De inzet van multidisciplinaire triagisten is met name in de rustige uren noodzakelijk, voor efficiënte en effectieve inzet van personeel.

Triagepersoneel van de ZCV (voormalig HAP-triagisten, verpleegkundig centralisten, zorgbemiddelaars of nieuwe instromers) wordt hiervoor, naar keuze, opgeleid en bijgeschoold op basis van modules. Het domein-overstijgend opleiden van triagepersoneel biedt op deze manier taakverrijking en loopbaanperspectief en maakt daarnaast flexibele en efficiënte inzet van schaars personeel mogelijk.

Zorgcoördinatievoorziening regieteam (ZCV-regieteam), inclusief coördinerend (huis)arts: Een domein-overstijgend, superviserend regieteam met medische en verpleegkundige expertise dat volledig beschikbaar is voor overleg met ZCV-triagisten, met daarin ten minste een coördinerend (huis)arts. Regionaal wordt bekeken welke medische en verpleegkundige expertise daarnaast vertegenwoordigd is in het ZCV-regieteam. Wanneer fysiek wordt samengewerkt is ten minste de coördinerend arts op locatie aanwezig.

Zorgcoördinatievoorziening consultatieteam (ZCV-consultatieteam): Een team van domeinexperts waarmee het ZCV-regieteam contact kan opnemen ter consultatie in specifieke situaties. De domeinexperts functioneren als achterwacht en blijven eigen werkzaamheden uitvoeren. Het gaat ten minste om een specialist ouderengeneeskunde, triagist Acuut Psychiatrische Hulpverlening, SEH-arts en relevante poortspecialisten (bijv. cardioloog, kinderarts, etc.). Regionaal wordt in afstemming met de beroepen bepaald hoe bereikbaarheid en beschikbaarheid van deze domeinexperts wordt georganiseerd.

Zorgcoördinatievoorziening dispatcher (ZCV-dispatcher): Dit is een optionele extra functie (logistiek medewerker met enige medische kennis) of een aanvullende rol van een ZCV-triagist. De ZCV-dispatcher heeft als taak het coördineren en aansturen van geschikte en beschikbare mobiele zorgeenheden.

De benodigde competenties, instroomeisen en opleidingen voor deze functies moeten verder uitgewerkt worden. Het advies is om dat landelijk op te pakken en daarbij aansluiting te zoeken bij het bestaande samenhangende stelsel van initieel verpleegkundig (of medisch) (vervolg)onderwijs. In bijlage E wordt een aantal uitgangspunten meegegeven om hierbij te hanteren. Zie daarnaast voor een volledige samenvatting vanuit de werkgroep Competenties en opleiding bijlage H.

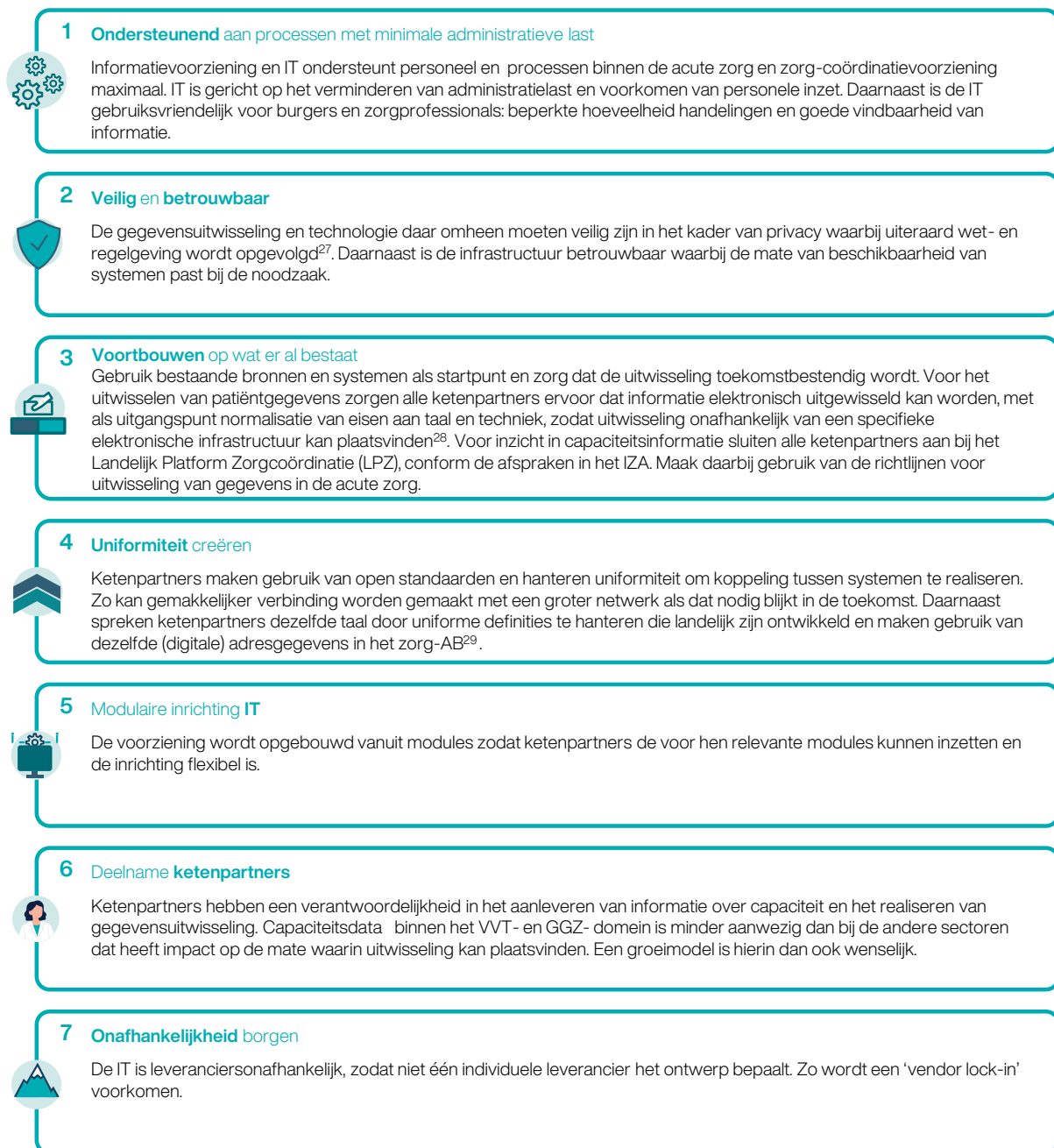
Aandachtspunten/advies:

- 1)** Het niveau van ZCV-triagisten loopt uiteen op basis van de domeinen waarvoor ze zijn opgeleid en het aantal domeinen waarvoor ze zijn opgeleid. Hiervoor moeten functieprofielen en salarisschalen verder uitgewerkt worden.
- 2)** Voor de RAV vindt mogelijk functiedifferentiatie plaats op basis van de twee verschillende processtromen zoals beschreven in paragraaf 4.1. Verpleegkundig centralisten gaan een belangrijke rol spelen in de ZCV en kunnen doorontwikkelen tot ZCV-triagist.
- 3)** Instroomeisen van de huidige HAP-triagist zijn per 01-01-2023 losgelaten vanwege de arbeidsmarktkrapte. Echter bij een ZCV-triagist komen meer taken te liggen dan bij de huidige HAP-triagist, wat mogelijk vraagt om een hoger opleidingsniveau. Dit is alleen haalbaar als zorgcoördinatie leidt tot substantieel minder triagepersoneel, hiermee moet bij de regionale inrichting van de ZCV rekening gehouden worden.
- 4)** De meeste HAP-triagisten zoeken naar afwisseling in hun werk, direct persoonlijk contact en werken het liefst dicht bij huis²⁶. Afhankelijk van de gekozen vorm van de ZCV zal de werkomgeving veranderen. Dat kan voor de huidige medewerkers een bedreiging zijn voor het werkgeluk en leiden tot ongewenste uitstroom, dit is een risico dat regionaal gemonitord moet worden.
- 5)** Er is sprake van een arbeidsmarkt-paradox: hoger opgeleid personeel kan efficiënter ingezet worden; het kost echter veel tijd en inspanning om dit personeel te vinden en op te leiden terwijl de druk op acute zorg al heel hoog is. Hier is een balans in nodig.
- 6)** Voor artsen die deel uitmaken van een regieteam is een training/cursus nodig om bij te scholen op het regio-aspect, omdat dit wezenlijk anders is dan zorgverlening op de werkvloer. Daarnaast kunnen verpleegkundig specialisten en Physician Assistants mogelijk ook een rol hebben in het regieteam. De uitvoerbaarheid en wenselijkheid hiervan moeten regionaal verder onderzocht worden.
- 7)** De verschillende domeinen hebben andere kostendekkende financiering voor bij- en nascholing, welke mogelijk niet aansluiten bij de benodigde scholing voor zorgcoördinatie. Hier zouden ketenpartners inclusief financiers samen in moeten optrekken.

4.3 Veranderopgave 3: Inzicht in relevante patiëntgegevens

Voor het efficiënt uitvoeren van zorgcoördinatie hebben zorgprofessionals informatie nodig. Allereerst gaat dit om patiëntgegevens om de passende zorginzet te bepalen. Uiteraard is een aantal (technologische) uitgangspunten voor het delen van gegevens tussen ketenpartners van toepassing. Deze uitgangspunten gelden voor veranderopgave 3 t/m 5 (zie Figuur 7).

²⁶ Onderzoeksrapport: De werkbeleving van de triagist. 22 augustus 2022



Figuur 7 Uitgangspunten voor de realisatie van informatievoorziening^{27, 28 29}

Patiëntgegevens zijn nodig om de patiënt naar de best passende zorg te begeleiden, rekening houdend met de context. Het is daarvoor belangrijk dat zorgprofessionals een set aan informatie zien die voor hen relevant is. Dat betekent dat gegevensuitwisseling plaats kan vinden zowel binnen de zorgcoördinatievoorziening als met andere partijen waar de patiënt naartoe wordt doorverwezen.

De benodigde patiëntgegevens voor zorgcoördinatie kunnen opgedeeld worden in drie categorieën. In Figuur 8 staat een overzicht van de specifieke informatie per categorie (zie bijlage F voor een uitgebreidere toelichting). Ten eerste, de **essentiële gegevens** die onmiddellijk

²⁷ Wet- en regelgeving die voornamelijk van belang zijn, zijn: Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

²⁸ Zoals bedoeld in de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

²⁹ Het zorgadressenboek met alle gedetailleerde (digitale) adresgegevens van zorgaanbieders en zorgverleners.

benodigd zijn om de urgentie van de zorgvraag te kunnen inschatten. Het delen van deze gegevens, met uitzondering van de actuele locatie, is in de huidige situatie al mogelijk en kan daarom met minimale inspanning ingebed worden in de processen voor zorgcoördinatie. Ten tweede, **benodigde gegevens** die zorgen dat urgentiebepaling en zorginzet beter kunnen worden uitgevoerd. Tot slot gegevens die handig en **behulpzaam** zijn om te hebben, maar niet noodzakelijk zijn voor het primaire proces. Het delen van benodigde en behulpzame gegevens vraagt meer inspanning van het zorgveld.



Figuur 8 Patiëntgegevens die nodig zijn in het zorgcoördinatieproces uitgesplitst in drie categorieën

Aandachtspunten/advies:

- 1)** Gegevensuitwisseling van de 'benodigde gegevens' en 'behulpzame gegevens'³⁰ vraagt inspanning van het zorgveld. In het programma Met Spoed Beschikbaar is gegevensuitwisseling in de acute zorg mogelijk gemaakt voor een gedeelte van de ketenpartners. Als vervolg op dit programma vindt voor de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg³¹ verdere implementatie plaats in 2023 en 2024³². Het is essentieel dat ketenpartners aansluiten op deze richtlijn en de berichtenuitwisseling in systemen realiseren. De berichtenuitwisseling vanuit de ambulance naar de huisarts is grotendeels geïmplementeerd. Echter, berichten vanuit huisartsenposten naar ziekenhuizen en meldkamer vindt bij een derde van de zorgaanbieders plaats.
- 2)** In het IZA is afgesproken dat partijen onder leiding van Nictiz initiatief nemen om de reikwijdte van de Richtlijn Gegevensuitwisseling Acute zorg uit te breiden met het oog op effectieve zorgcoördinatie. Het is van belang dat de richtlijn wordt uitgebreid naar de domeinen GGZ en VVT. Het ontsluiten van deze informatie kent naar verwachting een langere doorlooptijd (tot na 2025) waardoor het risico bestaat dat informatie uit deze domeinen tijdens de uitrol van zorgcoördinatie nog niet beschikbaar is. Belangrijk is dat ZCV's pragmatisch acteren bij gebrek aan patiëntinformatie uit specifieke domeinen.
- 3)** Een groot knelpunt is dat de patiënt altijd nog toestemming moet geven voor het delen van gegevens. Een aanpassing in de wetgeving naar een opt-out voor toestemming in de acute zorg zou een kantelpunt zijn voor deze informatievoorziening. Er wordt een wetsvoorstel voorbereid met betrekking tot het zonder toestemming uitwisselen van patiëntgegevens in de acute zorg³³.
- 4)** Het delen van informatie over de actuele locatie, terugbelverzoek (authenticatie en contactgegevens), informatie over eerdere 'acute zorg contacten' vergt nader onderzoek in het kader van wet- en regelgeving voor algemene persoonsgegevens.

³⁰ Met uitzondering van 'wensen van de patiënt'.

³¹ Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp.

³² Een selectie van deze uitwisselingen wordt in 2023 opgenomen in de Meerjarenagenda van de Wegiz om te onderzoeken of er een wettelijke verplichting komt op de elektronische uitwisseling van deze gegevens.

³³ De wetsaanpassing in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg die zorgt voor een opt-out in plaats van een opt-in voor het delen van patiëntgegevens in de acute zorg wordt voorgelegd aan het parlement in de zomer van 2023.

4.4 Veranderopgave 4: Inzicht in capaciteit van ketenpartners

Capaciteitsinformatie is noodzakelijk voor het coördineren en plannen van zorginzet op basis van actuele beschikbaarheid in de regio. Dit betekent dat vier categorieën informatie nodig zijn in de informatievoorziening (zie Figuur 9).

De informatie over de zorginstelling en de beschikbare capaciteit is essentieel om zorginzet te kunnen coördineren. De informatie over drukte en locatie van de zorgverlener is behulpzaam om te hebben en vergemakkelijkt het proces. In een aantal regio's bestaan al voorbeelden waarin deze informatie vanuit de ziekenhuizen, HAP en ambulancezorg wordt gedeeld. Op deze voorbeelden kan worden voortgebouwd. Voor de onplanbare VVT is meer inspanning en een langere doorlooptijd nodig. Naast het inzichtelijk maken van capaciteitsinformatie, is het nodig dat voor de huisartsenpraktijk, HAP, ambulances en acute wijkverpleging een planningsmodule wordt ontwikkeld zodat vanuit de ZCV zorginzet direct kan worden ingepland.



Figuur 9 Categorieën capaciteitsgegevens

Aandachtspunten/advies:

- 1)** Het Landelijk Platform is een landelijk systeem dat inzicht geeft in de capaciteit van ziekenhuizen. Dit systeem dient verder geïmplementeerd te worden in alle ziekenhuizen. Het is hiervoor noodzakelijk dat eenduidige definities voor capaciteitsinformatie worden gehanteerd en dat het systeem wordt uitgebreid met een planningsmodule.
- 2)** Voor de ambulancezorg is de capaciteit ook grotendeels inzichtelijk. Deze data moet beschikbaar worden gemaakt binnen de ZCV's. De verwachting is dat implementatie in de regio's voor januari 2025 gerealiseerd kan worden.
- 3)** In het IZA is afgesproken dat relevante zorgaanbieders, waaronder eerstelijnsverblijf en acute WLZ-zorg aansluiten het Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ) en verplicht capaciteitsinformatie delen. Tevens is voor de acute wijkverpleging en 'herkenbaar & aanspreekbaar wijkverpleging' afgesproken dat geïnventariseerd wordt welke elementen in het

LPZ terug moeten komen op een praktisch uitvoerbare manier. Voor zorgcoördinatie is het noodzaak de beschikbare capaciteit vanuit huisartsenpraktijken, HAP en acute GGZ toe te voegen aan het LPZ. Deze data bestaat nog maar in beperkte mate. De verwachting is dat het ontwikkelen van een volledig landelijk dekkend capaciteitsstelsel voor deze partijen een langere doorlooptijd heeft dan voor ziekenhuizen en ambulancezorg (na 2025). Ook hiervoor geldt dat de ZCV's pragmatisch omgaan wanneer capaciteitsgegevens nog niet beschikbaar zijn.

4.5 Veranderopgave 5: Infrastructuur zorgcoördinatievoorziening

Voor het uitvoeren van zorgcoördinatie is een infrastructuur nodig die uitwisseling van patiëntgegevens mogelijk maakt en waarin capaciteitsinformatie inzichtelijk is. Daarnaast moet deze infrastructuur faciliteren dat de ZCV nieuwe informatie over de patiënt kan registreren en overdracht naar zorgverleners kan plaatsvinden. Tevens is de ambitie om digitale zelftriage te integreren met deze infrastructuur. Zo worden uitkomsten vanuit de zelftriage direct zichtbaar voor bijvoorbeeld een triagist. Daarnaast is het wenselijk dat managementinformatie beschikbaar wordt binnen een ZCV, bijvoorbeeld terugkoppeling vanuit zorgverleners, zodat de samenwerking en de toegankelijkheid, veiligheid en daarmee ook de kwaliteit van zorg verbeterd kunnen worden.

In de pilots zijn diverse inrichtingen voor gegevensuitwisseling beproefd. Zo kunnen ketenpartners in eigen systemen blijven werken en is er een oplossing gebaseerd op berichtenuitwisseling. Een andere optie is dat ketenpartners samenwerken in één systeem. De keuze voor een bepaalde inrichting is sterk afhankelijk van de vorm en governance die binnen een ZCV worden gekozen. Advies is daarom om in een vervolgfase dit verder uit te werken waarbij wordt voorkomen dat vendor lock-in ontstaat.

4.6 Veranderopgave 6: Governance

Het ROAZ is, binnen de landelijke kaders, verantwoordelijk voor het opstellen van het regionale zorgcoördinatiebeleid en een goede informatiepositie van alle voor de acute zorg benodigde regionale beschikbare capaciteit. Het ROAZ realiseert dit in afstemming met de zorgaanbieders en -professionals in de regio, passend bij de afspraken die gemaakt zijn in het IZA³⁴. Daarnaast worden binnen het ROAZ afspraken gemaakt over de uitvoering van bovenregionale spreiding in tijden van schaarste (RCPS-functie) en vindt binnen het ROAZ monitoring en evaluatie van (de implementatie van) zorgcoördinatie plaats.

Om het beleid te operationaliseren worden door de relevante zorgaanbieders binnen het ROAZ één of meerdere ZCV's gevormd (zie paragraaf 3.2). De deelnemende ketenpartners binnen de ZCV vormen samen een entiteit en maken afspraken over de regionale inrichting en samenwerking. De vijf partijen die dit advies hebben opgesteld, zijn ervan overtuigd dat het vormen van een entiteit ervoor zorgt dat zorgcoördinatie in de regio's van de grond komt. De opties zijn: een samenwerkingsverband, een rechtspersoon of een zelfstandige zorginstelling. De juridische vorm moet de werkprocessen van zorgcoördinatie faciliteren en het mogelijk maken om de ZCV optimaal in te richten zodat bijvoorbeeld duidelijkheid ontstaat over medische eindverantwoordelijkheid en informatie-uitwisseling van de grond komt.

Ook voor de schaal waarbinnen de ZCV/entiteit acteert zijn verschillende opties mogelijk: per ROAZ of per sub-regio. De keuzes rondom schaal en governance van de ZCV hangen samen met de wijze waarop bekostiging en financiering worden ingericht. Hier zijn ook verschillende opties mogelijk, welke in de volgende paragraaf worden toegelicht. Vervolgens wordt in

³⁴ IZA Onderdeel C, paragraaf 2d (rol en governance LNAZ) en 6b (rol en governance ROAZ).

paragraaf 4.8 de samenhang tussen deze onderwerpen weergegeven in verschillende scenario's.

4.7 Veranderopgave 7: Bekostiging en financiering

Om zorgcoördinatie landelijk dekkend in te richten, dienen bekostiging en financiering de juiste prikkels te bieden om samenwerking en coördinatie tussen ketenpartners van de grond te laten komen. Bekostiging en financiering heeft impact op het behalen van de doelstellingen. Er zijn verschillende opties voor de bekostiging en financiering³⁵. In tabel 1 staat beschreven in hoeverre deze opties de juiste prikkels (kunnen) bevatten en bijdragen aan de doelstelling van zorgcoördinatie. De samenhang met schaal en governance wordt vervolgens beschreven in paragraaf 4.8.

De beschreven opties gaan alleen over de bekostiging en financiering van zorgcoördinatie en niet over de zorgverlening zelf. Naast het belang van een passende systematiek voor zorgcoördinatie is het belangrijk dat de inzet van zorg op verzoek van de ZCV gefinancierd wordt. Specifiek voor de acute VVT ontstaan door zorgcoördinatie nieuwe patiëntstromen waar nu geen passende bekostiging en financiering voor bestaat. Het is een randvoorwaarde dat voor zowel de acute wijkverpleging voor bij de betreffende zorgaanbieder onbekende cliënten als voor bedden, desgewenst in de avond, nacht en weekenden, adequate bekostiging en financiering wordt georganiseerd.

Tabel 1 Opties voor bekostiging en financiering van zorgcoördinatie

Eigenschappen	Optie I	Optie II	Optie III
Bekostigings-systematiek	Huidige bekostigingssystematieken gebruiken en doorontwikkelen	Nieuwe bekostiging inrichten voor zorgcoördinatie	Beschikbaarheidsbekostiging
Financiering ³⁶	Zorgaanbieders maken onderling financiële afspraken. Zorgverzekeraars contracteren bij individuele zorgaanbieders het benodigde aandeel in zorgcoördinatie	Zorgverzekeraars contracteren de zorgcoördinatievoorziening.	Beschikbaarheidsbijdrage door NZa

Optie I: Huidige bekostigingssystematieken gebruiken en doorontwikkelen

In de basis bieden de huidige bekostigingssystematieken mogelijkheden tot bekostiging van zorgcoördinatie. Dit krijgt vorm langs de as van de bekostiging van de individuele ketenpartners. Naar verwachting zijn de veldpartijen geholpen met het aanpassen van de huidige betaaltitels, zodat deze de samenwerking beter stimuleren. Bij aanpassingen in betaaltitels valt te denken aan de coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf en onplanbare nachtzorg. Implementeren van zorgcoördinatie waarbij de huidige bekostiging wordt gebruikt, vraagt inspanning van zorgaanbieders om regionale financiële afspraken te maken.

³⁵ Een verdieping op de verschillende opties is te vinden in de samenvatting vanuit de werkgroep, in bijlage H.

³⁶ Naast contractering door zorgverzekeraars wordt bovenregionale spreiding bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage Coördinatie Traumazorg en ROAZ (per 1 juli 2023, conform het voorgenomen wijzigingsbesluit van VWS)

Voor alle zorgsoorten³⁷, behalve de SEH, is afgesproken dat deze in representatie, met volgbeleid of in congruentie worden ingekocht. Om zorgcoördinatie goed van de grond te laten komen dienen zorgverzekeraars ervoor te zorgen dat het inkoopbeleid van de zorgsoorten de juiste prikkels bevat voor alle ketenpartners en dat zij binnen een regio congruent inkopen.

Een randvoorwaarde is dat in de regio financiële en samenwerkingsafspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders onderling binnen de afspraken die zij maken met zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars dienen actiever de samenwerking te stimuleren in regio's waar dat niet vanzelfsprekend is in lijn met de afspraken in het IZA.

Er bestaat een risico dat door vast te houden aan bestaande individuele bekostigingssystematiek het concept zorgcoördinatie niet van de grond komt omdat bovenstaande afspraken niet of moeizaam tot stand komen. Door individuele bekostiging wordt het lastig om zorgsoort-overstijgende activiteiten door ketenpartners te realiseren. Daarnaast bestaat het risico dat een grote mate van variatie tussen regio's ontstaat en dat het leidt tot hogere administratielasten.

Optie II: Het inrichten van nieuwe bekostiging voor zorgcoördinatie

Het inrichten van een nieuwe, aparte bekostiging in de vorm van prestatie- of budgetbekostiging kan leiden tot het afgeven van een goede prikkel om zorgcoördinatie te realiseren. Daarnaast schept een aparte bekostiging duidelijkheid voor het zorgveld. Als een nieuwe bekostiging wordt ingericht, moeten inkoopafspraken geschoond worden. De ervaring leert dat het schonen van inkoopafspraken tijd kost en extra (structurele) kosten met zich meebrengt. Daarnaast geldt dat zorgaanbieders regionale afspraken moeten maken voor schonen van de inkoopafspraken en registratie en declaratiesystemen moeten worden aangepast.

Optie III: het toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage aan zorgcoördinatievoorziening

Beschikbaarheidsbekostiging kan passen bij samenwerking die plaatsvindt binnen zorgcoördinatie. Deze vorm van bekostiging is aan strikte regels gebonden op de grond van Wet marktordening gezondheidszorg. Ook beperkt deze optie de regionale vrijheden omdat bekostiging en financiering op landelijk niveau worden bepaald. Daarnaast moet verder worden onderzocht of een beschikbaarheidsbijdrage de juiste prikkel met zich meebrengt.

Aandachtspunten/advies:

- 1)** Het invoeren van nieuwe (aparte) bekostiging met bijhorende betaaltitels voor zorgcoördinatie is een traject is van meerdere jaren. Daarop wachten is geen optie. Wanneer voor nieuwe bekostiging wordt gekozen is het van belang om een tussenstap te creëren waarbij zorgcoördinatie van de grond komt binnen de huidige bekostigingssystematiek.
- 2)** Zorgverzekeraars gaan in 2023 nadrukkelijk kijken naar de inkoopmodellen passend bij regionale samenwerking zodat ketenpartners meer vertrouwen hebben dat zorgcoördinatie van de grond komt. De invoering van zorgcoördinatie moet macro kostenneutraal worden geïmplementeerd.
- 3)** Om zorgcoördinatie goed uit te kunnen voeren is het van belang dat de verschillende vormen van acute zorg verleend kunnen worden door zorgaanbieders. Voor de acute VVT geldt dit voor de acute wijkverpleging voor bij de betreffende aanbieder onbekende cliënten en de beschikbaarheid van VVT-bedden voor kortdurend verblijf (met name in ANW-uren). Ook hiervoor geldt dat de NZa onderzoek moet doen of huidige bekostigingssystematiek (met name

³⁷ Financiering voor coördinatie vindt plaats in representatie (huisartsenpost, ambulancevoorziening en acute GGZ), via volgbeleid (huisartsenzorg) of in congruentie (eerstelijnsverblijf-coördinatiefunctie en beschikbaarheid van acute wijkverpleging).

wijkverpleging) en financieringsmogelijkheden (kortdurend verblijf) voldoende passend is voor het leveren van deze acute zorg en dat de NZa deze waar nodig passend maakt.

4.8 Samenhang schaal, governance en bekostiging en financiering

Voor de schaal, governance en bekostiging en financiering van de ZCV zijn verschillende inrichtingsopties mogelijk, zoals beschreven in paragrafen 4.6 en 4.7. De keuzes rondom inrichting van deze drie onderwerpen hangen deels met elkaar samen. Hieronder worden drie scenario's beschreven met de samenhangende onderwerpen, zonder volgorde of chronologische opbouw. Vervolgens worden, in het kader, de standpunten van de vijf partijen over deze scenario's toegelicht.

Scenario I: ZCV per sub-regio op basis van een samenwerkingsverband en met huidige bekostigingssystematiek

Per ROAZ worden door de samenwerkende zorgaanbieders (bij voorkeur maximaal drie) sub-regio's aangewezen, waarbinnen deze zorgaanbieders een eigen ZCV vormen. Deze ZCV's zijn verantwoordelijk voor het operationaliseren van het zorgcoördinatiebeleid binnen de eigen sub-regio. Hierbij is het van belang dat werkgebieden van de sub-regio's goed op elkaar aansluiten en dat verbinding met het ROAZ geborgd blijft. Zorgaanbieders in de sub-regio werken samen middels een samenwerkingsverband.

De zorgaanbieders financieren samen de ZCV op basis van te maken afspraken over hun financiële bijdrage aan de ZCV. Ze onderhandelen individueel met de zorgverzekeraar over hun financiële bijdrage aan de ZCV op basis van de bestaande bekostigingssystematiek. Zorgverzekeraars hanteren hierbij de bestaande inkoopmodellen. Afhankelijk van de zorgsoort is dat representatie, volgebeleid of congruente inkoop.

Deze benadering biedt regionale, bestaande samenwerkingsstructuren vrijheid voor eigen inrichting van zorgcoördinatie, binnen het ROAZ zorgcoördinatiebeleid. De zorgaanbieders binnen een sub-regio dragen hierbij grote verantwoordelijkheid voor het maken en nakomen van onderlinge (financiële) afspraken.

Scenario II: ZCV per sub-regio op basis van een rechtspersoon en met nieuwe bekostiging of beschikbaarheidsbekostiging

Net als in scenario I worden binnen het ROAZ (bij voorkeur maximaal drie) sub-regio's met samenwerkende zorgaanbieders gevormd die ieder een eigen ZCV vormen. Ook hier geldt dat verbinding tussen de sub-regio's onderling en met het ROAZ geborgd moeten worden. De zorgaanbieders binnen een ZCV vormen samen een rechtspersoon (middels ofwel een shared service model, ofwel één afgevaardigde zorgaanbieder), die zich richt tot de zorgverzekeraars. De ZCV wordt bekostigd op basis van een nieuwe bekostiging (prestatie- of budgetbekostiging) die uitgaat van congruente of niet-concurrentiële inkoop door zorgverzekeraars. Ook kan gekozen worden voor beschikbaarheidsbekostiging. In dat geval hebben zorgverzekeraars geen rol meer, maar kent de NZa een beschikbaarheidsbijdrage toe aan de ZCV.

Met deze benadering blijft regionale vrijheid voor bestaande samenwerkingsstructuren bestaan, net als in scenario I. Doordat één partij namens de organisaties afspraken maakt met zorgverzekeraars kan de kans om te komen tot een ZCV worden vergroot. Echter, het komen tot nieuwe bekostiging of beschikbaarheidsbekostiging evenals de macroneutrale schoning van de inkoopafspraken voor de onderdelen die gaan vallen onder zorgcoördinatie kosten tijd. Voor de

transitieperiode zijn andere typen afspraken nodig, op basis van bestaande bekostigingssystematiek.

Scenario III: ZCV per ROAZ-regio op basis van een rechtspersoon of zelfstandige zorginstelling en met nieuwe bekostiging of beschikbaarheidsbekostiging

De relevante zorgaanbieders binnen het ROAZ vormen één ZCV dat verantwoordelijk is voor het operationaliseren van het zorgcoördinatiebeleid³⁸. De ZCV vormt ofwel een rechtspersoon (middels een shared service model of één afgevaardigde zorgaanbieder) ofwel een zelfstandige zorginstelling, die zich richt tot de zorgverzekeraars. Net als in scenario II wordt de ZCV bekostigd op basis van een nieuwe bekostiging (prestatie- of budgetbekostiging) die uitgaat van congruente of niet-concurrentiële inkoop door zorgverzekeraars. Ook kan gekozen worden voor beschikbaarheidsbekostiging. In dat geval hebben zorgverzekeraars geen rol meer, maar kent de NZa een beschikbaarheidsbijdrage toe aan de ZCV.

Met deze benadering heeft de ZCV vrijheid om meerdere samenwerkende netwerken te vormen die de triage en coördinatiefuncties uitvoeren. Afhankelijk van de ervaringen of arbeidsmarktcrapte kan de ZCV het aantal netwerken verkleinen of vergroten. De ZCV is zelf verantwoordelijk voor het passend maken van de bekostiging en financiering van de verschillende netwerken, op basis van nieuwe bekostiging of beschikbaarheidsbijdrage.

Overwegingen rondom scenario's

Inrichting op korte termijn:

De vijf partijen zijn het eens dat de regio's snel moeten kunnen starten met zorgcoördinatie. Dit kan alleen op basis van de huidige bekostigingssystematiek, scenario II en III vragen gelet daarop meer voorbereidingstijd. Om snel te kunnen starten is het nodig dat de zorgaanbieders die een ZCV vormen onderling samenwerkingsafspraken maken binnen de huidige bekostiging en financiering die doorontwikkeld kunnen worden. Bij de implementatie ligt een belangrijke taak bij de zorgverzekeraars en de NZa om binnen de context van de huidige bekostiging de door zorgaanbieders ervaren knelpunten te adresseren.

Inrichting op lange termijn:

Over de structurele, lange termijn inrichting van passende en samenhangende governance en bekostiging hebben de vijf partijen geen gezamenlijk standpunt kunnen bereiken. Onderstaand worden de standpunten vanuit de vijf partijen toegelicht.

De zorgpartijen ActiZ, AZN, InEen en LNAZ vinden met nadruk dat starten met de huidige bekostigingssystematiek uitsluitend een tussentijdse oplossing is om snel van start te kunnen. Scenario I vinden zij dus niet passend bij de ambities van zorgcoördinatie. De zorgaanbieders ervaren binnen de huidige bekostigingssystematiek knelpunten om daadwerkelijk domein-overstijgend samen te werken. Daarnaast bestaat in scenario I het risico dat een samenwerkingsverband onvoldoende vorm krijgt om een ZCV te creëren. Echte doorzettingsmacht ontbreekt en zorgverzekeraars moeten naar verwachting een sturende rol gaan spelen.

De zorgpartijen zijn van mening dat er een nieuwe, aparte bekostiging moet komen voor succesvolle en duurzame organisatie van zorgcoördinatie (scenario II of III). Dit kan in de vorm van prestatie- of budgetbekostiging of beschikbaarheidsbekostiging voor een rechtspersoon of zelfstandige zorginstelling. Deze opties ondersteunen en faciliteren de wens van de zorgpartijen om domein-overstijgend te denken en samen te werken en dienen daarmee het doel van zorgcoördinatie. Daarnaast kan een nieuwe vorm van bekostiging de vrijblijvendheid

om samen te werken verminderen en bijdragen aan duurzaam georganiseerde zorgcoördinatie met beperkte administratielast. Het is voor de zorgpartijen daarmee dus belangrijk dat er snel heldere keuzes worden gemaakt ten aanzien van de governance, schaal en bijpassende bekostiging en financiering, die aansluiten bij de doelen van zorgcoördinatie.

ZN vindt uitsluitend scenario I acceptabel en ziet deze dus ook als inrichting voor de lange termijn. ZN is ervan overtuigd dat met inrichting van zorgcoördinatie gebaseerd op samenwerkingsafspraken en de doorontwikkeling van de huidige bekostiging de doelen van zorgcoördinatie behaald kunnen worden. Juist door het maken van afspraken in de regio ontstaat de meest solide basis en commitment bij alle zorgpartijen, omdat zij samen tot een gedragen en gedegen uitwerking komen.

ZN vindt het te risicovol om bij voorbaat vast te stellen dat scenario II of III nodig is voor succesvolle zorgcoördinatie, gezien de majeure operatie die hiermee gepaard gaat en het ontbreken van bewijslast over de mate van het effect van (een nieuwe inrichting van) zorgcoördinatie. Zorgverzekeraars zijn van mening dat eerst een aantal jaar ervaring opgedaan moet worden met de regionale samenwerking met draagvlak en de huidige bekostiging, en een gedegen evaluatie plaats moet vinden op basis van toetsbare criteria om te kunnen besluiten om een majeure organisatorische stap te rechtvaardigen. Als dan blijkt dat een stap richting andere governance en bekostiging noodzakelijk is, dan is het voor de hand liggend om een doorvertaling te maken van een functionele inrichting naar een andere organisatie-inrichting zoals in scenario's II en III omschreven. Hierbij is het van belang dat de risico's van deze scenario's gemitigeerd kunnen worden. Deze visie van zorgverzekeraars is gestoeld op met name de volgende risico's:

- Overgang van medewerkers naar een nieuwe organisatie brengt ook onrust met zich mee, met als risico dat medewerkers niet willen 'verhuizen', op zoek gaan naar een andere baan en daarmee verloren gaan voor de zorg.
- Bij onvoldoende draagvlak voor een rechtspersoon bij de ketenpartners in de regio heeft de ZCV minder/geen commitment. Dit kan van invloed kan zijn op de daadwerkelijke succeskans van de zorgcoördinatie. Dit raakt aan de zorgplicht van zorgverzekeraars.
- De invoering van beschikbaarheidsbekostiging wijzigt de relatie tussen de zorgaanbieders die deels taken overdragen naar de ZCV en betekent een fundamenteel andere rol van zorgverzekeraars met sterk verminderde contracterings- en sturingsmogelijkheden. Zorgverzekeraars voorzien een negatieve invloed op de mate waarin we invulling kunnen geven aan onze zorgplicht: het is beperkt/niet mogelijk om een effectieve en doelmatige vormgeving te waarborgen met een prikkel voor continue verbetering. Dit beïnvloedt daarmee in negatieve zin de maatschappelijke opdracht van zorgverzekeraars.
- Overgang naar nieuwe bekostiging of organisatievormen gaat meestal gepaard met stevige macrokostenstijgingen, omdat de inkoopafspraken niet goed geschoond kunnen worden. Tevens leidt het tot een verandering van de dynamiek tussen partijen in de regio. De ervaring van zorgverzekeraars is dat de verwachte verbetering van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid hierdoor uitblijft.

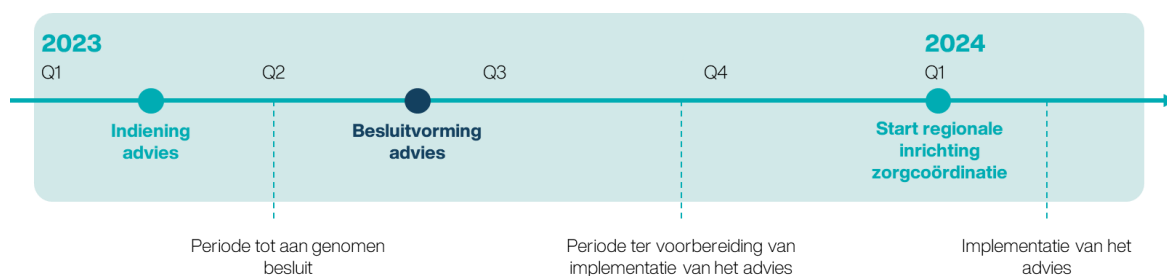
Aandachtspunt/advies: In het IZA is afgesproken dat VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de opdracht geeft om met alle zorgpartijen kansen en knelpunten rondom de bekostiging van acute zorg verder in kaart te brengen waarbij geldt: geld volgt inhoud. Het advies is om de NZa te vragen versneld, in samenwerking met partijen (ten minste ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN), voor zorgcoördinatie de hierboven beschreven opties te verkennen en vast te stellen of zij bijdragen aan de doelstellingen van zorgcoördinatie, de juiste prikkels bevatten en wat de veranderopgave met bijhorende impact is. Wij vragen de minister daarna wederom in overleg te treden met de partijen over de lange termijn inrichting van bekostiging en financiering voor zorgcoördinatie.

5 Aanbevelingen en vervolgstappen

Het is aan de minister om op basis van bovenstaand advies voor de inrichting van zorgcoördinatie en bijbehorende veranderopgaves een besluit te nemen over de weg voorwaarts.

Om zorgcoördinatie succesvol in te richten is het zorgveld afhankelijk van de invulling van randvoorwaarden zoals beschreven in de veranderopgaves. Wij benadrukken de noodzaak om vaart te maken met het realiseren van deze randvoorwaarden en zien hier een belangrijke rol voor het ministerie van VWS.

In dit hoofdstuk worden algemene aanbevelingen en concrete vervolgstappen beschreven voor VWS, het ROAZ en andere veldpartijen om de beweging naar zorgcoördinatie in gang te zetten. De vervolgstappen worden verdeeld in een aantal periodes: de periode tot aan genomen besluit (uiterlijk tot eind Q2 2023), de periode ter voorbereiding van implementatie van het advies (Q3 en Q4 2023) en de start van regionale inrichting van zorgcoördinatie (vanaf 2024), zie ook Figuur 10. Deze planning sluit aan bij de afspraken zoals gemaakt in het IZA³⁹.



Figuur 10: Periodes van vervolgstappen om zorgcoördinatie in gang te zetten

5.1 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen VWS

Om het bestaande momentum rondom zorgcoördinatie te behouden en te vergroten is het van belang dat VWS op korte termijn een besluit neemt over de inrichting van zorgcoördinatie en aan de slag gaat met het realiseren van de randvoorwaarden. De implementatie van een landelijk dekkend netwerk voor zorgcoördinatie vraagt om een aantal vervolgstappen op landelijk en op regionaal niveau.

5.1.1 Periode tot aan genomen besluit: realiseren van landelijke randvoorwaarden door VWS

Ook voordat een besluit wordt genomen kunnen een aantal vervolgstappen worden gezet, om de implementatie na besluitvorming te versnellen. Wij adviseren de minister direct werk te maken van de inrichting van enkele randvoorwaarden voor zorgcoördinatie. Specifiek benadrukken we hierbij het belang van snelle realisatie van digitale gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid (veranderopgaves 3 en 4). Samenwerking wordt zeer beperkt wanneer dit niet geregeld is.

- Creëer een loket binnen uw ministerie zodat het zorgveld afstemming kan zoeken als ervaren wordt dat de **ICT-behoefes voor zorgcoördinatie** (bijvoorbeeld digitale zelftriage of koppeling bronssystemen voor gegevensuitwisseling) niet gerealiseerd kunnen worden wegens wet- en regelgeving en los deze landelijk op, eventueel met tussenmaatregelen.

³⁹ IZA Onderdeel C paragraaf 6c.

- Leg de berichtenuitwisseling acute zorg vast in de **Wegiz**, niet alleen voor HAP, SEH en RAV, maar voor alle bij zorgcoördinatie betrokken ketenpartners, conform IZA-afspraken.
- Werk samen met het ministerie van JenV uit op welke wijze de **ambulancezorg haar rol in de acute zorg kan vervullen binnen de ZCV**.
- Geef opdracht aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om samen met partijen (ten minste ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN) uiterlijk najaar 2023 nader advies te geven of en zo ja op welke vlakken **bekostiging en financiering** verbeterd of (door)ontwikkeld dienen te worden. Zo wordt duidelijkheid gecreëerd over de wijze waarop per 2025 zorgcoördinatie kan worden bekostigd en gefinancierd. In 2024 is dan sprake van een overgangsjaar.
- Geef opdracht aan de NZa om onderzoek te doen of huidige bekostigingssystematiek voldoende passend is voor het leveren van de acute zorg die voortkomt uit zorgcoördinatie en waar dit niet het geval is deze systematiek passend te maken.
- Geef opdracht aan het LNAZ om een **implementatieplan** op te stellen voor uitbreiding van het capaciteitsinformatiesysteem **LPZ** (aansluiting van zorgaanbieders, reikwijdte verbreden met andere domein en ontwikkelen van planningssysteem), waarin kosten en doorlooptijden zijn opgenomen. Door dit snel op te pakken wordt voorkomen dat regio's onnodige parallelle investeringen doen in de ontwikkeling.
- Geef opdracht aan branchepartijen om een landelijke werkgroep te vormen en op te starten voor verdere **uitwerking van eenduidige digitale ondersteuning van burgers** met een (acute) zorgvraag, waaronder een applicatie voor digitale zelftriage. Houd daarbij rekening met (juridische) verantwoordelijkheid en geldende eisen voor medische hulpmiddelen.
- Geef opdracht aan branchepartijen om een landelijke werkgroep te vormen en op te starten voor verdere **uitwerking van digitale medische beslisondersteuning** voor zorgverleners.
- Ontwikkel een **publiekscampagne** om bewustwording bij burgers te creëren over waar en wanneer een acute zorgvraag gemeld kan worden (bijvoorbeeld wanneer bel je 112 en wanneer de HAP) en stimuleer het gebruik van digitale zelftriage.

5.1.2 Periode ter voorbereiding van implementatie: opstellen landelijk implementatieplan

De vijf partijen adviseren de minister om een implementatieplan op te laten stellen, nadat een besluit over de inrichting van zorgcoördinatie is genomen:

- Om het implementatieproces van zorgcoördinatie te faciliteren adviseren we VWS een onafhankelijke landelijke projectleider aan te stellen en daarnaast een **landelijke projectorganisatie** in te richten met daarin relevante partijen. De tien partijen die dit adviesrapport aanbieden danwel onderschrijven, ActiZ, AZN, de Nederlandse ggz, InEen, LHV, LNAZ, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland en ZN, bieden daaraan graag hun ondersteuning.
- VWS, als verantwoordelijke partij, geeft deze projectorganisatie de opdracht een implementatieplan op te stellen en kennisdeling te faciliteren. De onafhankelijke projectleider krijgt de opdracht om de implementatie te monitoren en waar nodig partijen te helpen en bij te sturen.
- Het is noodzakelijk om in het implementatieplan te beschrijven hoe de **monitoring van de implementatie van randvoorwaarden en het effect van zorgcoördinatie** op de acute zorgketen plaats gaat vinden. Wij adviseren deze monitoring op vier vlakken te organiseren en deze als kaders mee te geven aan de landelijke projectorganisatie:

1. Voortgang implementatie van landelijke randvoorwaarden: Hierin komt informatie terug zoals het aantal aanbieders dat is aangesloten bij het LPZ of de voortgang van de implementatie van de Wegiz.
 2. Regionale implementatie: Hierin komt informatie terug over de mate waarin regio's vorderen met hun implementatie van zorgcoördinatie en hoe risico's worden gemitigeerd.
 3. Uitkomsten: Hierin komt informatie naar voren die beschrijft in hoeverre zorgcoördinatie bijdraagt aan de doelstellingen, bijvoorbeeld aan de hand van key performance indicators (KPI's). Ook komt er informatie in over de verschuiving van zorg in de keten (juiste zorg op de juiste plek) en de mate waarin personeel efficiënter ingezet kan worden.
 4. Risico's: Hierin worden de risico's, zoals bijvoorbeeld verloop van personeel en toename van zorgvraag, verder gespecificeerd en gevolgd.
- We adviseren op basis van de monitoring van de uitkomsten met enige regelmaat de inrichting van zorgcoördinatie te evalueren en te beoordelen of deze nog passend is bij de ontwikkelingen in de acute zorg.

5.1.3 Opdrachtformulering ter bevordering van implementatie

Na besluitvorming is het noodzaak om opdrachten te verschaffen aan een aantal partijen om de landelijke randvoorwaarden in te richten. Hierbij moeten de uitvoerende partijen ook voorzien worden van de juiste middelen. Wij adviseren in ieder geval de volgende opdrachten:

- Geef Nictiz opdracht voor doorontwikkeling en het uitbreiden van **richtlijnen en standaarden voor gegevensuitwisseling** in de acute zorg voor de onplanbare VVT en acute GGZ. Zij doen dit in samenwerking met de brancheorganisaties en geven concrete kaders mee voor implementatie.
- Geef LNAZ de opdracht, in afstemming met de betrokken partijen, voor het **ontwikkelen van een landelijk domein-overstijgend capaciteitsinformatiesysteem**, voortbouwend op het bestaande LPZ. Stimuleer hierbij samenwerking met beroepsverenigingen en neem hierin ook de acute geboortezorg mee. Het is van belang dat dit systeem spoedig beschikbaar wordt gesteld aan het zorgveld.
- Geef AZN de opdracht om landelijke kaders op te stellen voor **de verbinding tussen ambulancezorg processen en ZCV-processen**.
- Geef brancheorganisaties en beroepsverenigingen vanuit de ambulancezorg, huisartsenposten en acute wijkverpleging de opdracht om **urgenticodes gelijk te trekken** en betrek vervolgens brancheorganisaties uit de tweede lijn om **protocollen te harmoniseren**.
- Geef brancheorganisaties vanuit de ambulancezorg, huisartsenzorg, onplanbare VVT, ziekenhuizen en ggz de opdracht om **beschikbaarheid van data** inzichtelijk te maken en het **integrale gebruik** van deze data nader te specificeren voor het monitoren van het effect van zorgcoördinatie nader te specificeren.
- Geef brancheorganisaties vanuit de ambulancezorg, huisartsenposten en acute wijkverpleging de opdracht om gezamenlijk en in samenspraak met beroepsverenigingen **competentieprofielen en EPA's** te ontwikkelen passend bij de functieprofielen binnen de ZCV en om vervolgens opleidingen vorm te geven en modulair aan te bieden.

5.2 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen ROAZ

Het ROAZ speelt, als verbindend orgaan van acute zorg partijen, een belangrijke rol in regionale samenwerking en daarmee in zorgcoördinatie. Het ROAZ heeft vanuit het IZA de opdracht

gekregen voor eind Q2 2023 een ROAZ-beeld op te stellen. Dit ROAZ-beeld biedt de context en het startpunt voor het maken van een ROAZ-plan, waar zorgcoördinatie een belangrijke plek dient te krijgen. Daarnaast is het van belang dat de governance van het LNAZ en het ROAZ passend zijn voor zorgcoördinatie en aansluiten bij de afspraken die gemaakt zijn in het IZA⁴⁰.

5.2.1 Stappen ter voorbereiding van regionale implementatie

Nadat uiterlijk eind Q2 2023 een besluit is genomen over zorgcoördinatie kan het ROAZ, binnen de landelijke kaders, regionaal beleid maken voor zorgcoördinatie. Het ROAZ doet dit in afstemming met de zorgaanbieders in de regio. Hiervoor adviseren wij een aantal vervolgstappen:

- Uitvoeren van een **zelf-assessment** in de regio binnen de context van het ROAZ-beeld. Dit zelf-assessment beschrijft het gat tussen de huidige stand van zaken in de regio ten aanzien van zorgcoördinatie en de inhoud van dit advies. Dit resulteert in de veranderopgave voor het ROAZ, wat de basis biedt voor het regionale zorgcoördinatie-beleid. Het LNAZ faciliteert en monitort dit proces.
- Opstellen van een **zorgcoördinatie beleid en plan** voor regionale implementatie als onderdeel van het ROAZ-plan. Zoals afgesproken in het IZA heeft iedere ROAZ eind Q4 2023 een ROAZ-plan gereed. Hier wordt het regionale zorgcoördinatie beleid onderdeel van.
- Besluit nemen over (het aantal en) **de inrichting van zorgcoördinatievoorziening(en)** in de ROAZ-regio. Zorgaanbieders in de regio hebben ter bevordering van de inrichting van zorgcoördinatie een flink aantal samenwerkingsafspraken met elkaar te maken (zie paragraaf 4.6). Hiernaast moet ook de RCPS-functie bij één ZCV in de regio belegd worden.

5.2.2 Aanbevelingen voor regionale implementatie

Vanaf 2024 start het ROAZ met de implementatie van zorgcoördinatie. Aanbevelingen voor het ROAZ hierbij zijn:

- Draag zorg voor een soepele regionale implementatie door het aanstellen van regionale **kwartiermakers** die door de ketenpartners worden gedragen. De kwartiermakers zijn kartrekker van de verandering, verbinden de ketenpartners en geven de zorgcoördinatievoorziening vorm. De regionale kwartiermakers staan in nauw contact met de landelijke projectorganisatie en rapporteren aan het ROAZ.
- Ontwikkel en herijk in gezamenlijkheid (verbinding eerste- en tweedelij) **zorgpaden** voor veel voorkomende ingangsklachten in de regio, zodat ketenbreed afgestemd wordt wat de best passende zorg is zonder onnodige afstemming en middels een snel proces. Organiseer daarnaast een proces met deze partijen om te komen tot een **feedback-loop**, waarin zorgpaden continu verbeterd worden. In bijlage G is een overzicht opgenomen van ketenbrede zorgpaden die in de pilotregio's tot stand zijn gekomen.
- Start snel met het inrichten van de ZCV, gezien de huidige urgentie. **Begin klein** met de RAV, de HAP's, eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties en de wijkverpleging. Op termijn kunnen andere ketenpartners aansluiten.
- Zorg voor **(sub-)regionale verbinding** tussen zorgcoördinatie en andere regionale initiatieven naar aanleiding van IZA, GALA, WOZO, etc.
- Houd hierbij rekening met het verandertraject waar alle verschillende ketenpartners doorheen moeten en heb aandacht voor de verschillende culturen en werkwijzen.

⁴⁰ IZA Onderdeel C, paragraaf 2d (LNAZ) en 6b (ROAZ)

5.3 Algemene aanbevelingen en vervolgstappen zorgveld

Naast VWS en het ROAZ, kunnen zorgaanbieders in de eigen regio stappen zetten richting zorgcoördinatie, al voordat een besluit over de inrichting is genomen:

- Maak in de regio afspraken tussen thuiszorgorganisaties, conform huidige landelijke afspraken, hoe **24/7 acute wijkverpleging (sub)regionaal ingezet kan worden**.
- Er bestaat een landelijk dekkend netwerk van eerstelijnsverblijf-coördinatiefuncties. Zorg dat de **doorontwikkeling van deze coördinatiefuncties** en de implementatie van zorgcoördinatie op elkaar zijn afgestemd en elkaar versterken.
- Versnel de implementatie van de **Richtlijn Gegevensuitwisseling acute zorg** door zorgaanbieders in de regio. Betrek vroegtijdig leveranciers zodat applicaties berichtenuitwisseling mogelijk maken.
- Draag zorg voor het **ontwikkelen van capaciteitsdata en aansluiting bij het LPZ** conform de landelijk geformuleerde definities en neem hier ook de acute geboortezorg in mee.

6 Bijlagen

A. Definities en afkortingen

In dit rapport worden diverse termen en afkorting gebruikt, die mogelijk niet voor iedereen dezelfde definitie kennen. Onderstaand een overzicht van de belangrijkste termen en afkortingen.

Definities

ABDCE-triage	Triage waarbij hulp wordt verleend volgens het principe: eerste de primaire (levensbedreigende) en vervolgens de secundaire c.q. tertiaire (niet-direct dan wel niet levensbedreigende) letsels en stoornissen.
Acute wijkverpleging	Wijkverpleegkundige zorg die door de zorgcoördinatievoorziening wordt ingezet als antwoord op een acute zorgvraag. 's Nachts wordt aangesloten bij het netwerk onplanbare nachtzorg.
Acute zorg	Een situatie waarin aan iemand zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verleend moet worden om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen ⁴¹ .
Acute zorgketen	Onderlinge afstemming van de verschillende aanbieders van acute zorg: ambulancezorg, farmaceutische zorg, huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg, kortdurende zorg, langdurige zorg en geestelijke gezondheidszorg. Om patiënten die dat nodig hebben 24 uur per dag, 7 dagen in de week acute zorg te kunnen bieden.
Acute zorgketen - instroom	Er is sprake van instroom in de acute zorgketen wanneer een burger een melding maakt van een acute zorgvraag en (telefonisch) getriëerd wordt.
Acute zorgketen - doorstroom	Wanneer een patiënt met acute zorgvraag door een zorgverlener is geholpen (diagnosestelling/ behandeling) en direct zorg van een andere ketenpartner nodig heeft, stroomt een patiënt door in de acute zorgketen.
Acute zorgketen - uitstroom	Wanneer iemand geen acute zorg van een zorgverlener nodig heeft, overlijdt of verdere reguliere vervolgzorg ontvangt stroomt een patiënt uit de acute zorgketen.
Acute zorgvraag	Een patiënt/slachtoffer of omstander vraagt om onmiddellijke hulp in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert ⁴² .

⁴¹ Conform definitie van De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2003), welke is overgenomen in het Kwaliteitskader spoedzorgketen

⁴² Conform definitie van De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (2003), welke is overgenomen in het Kwaliteitskader spoedzorgketen

Beschikbaarheidsbijdrage	Als er sprake is van marktverstoring kan de overheid ervoor kiezen om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen aan een zorgaanbieder om zo het aanbod te kunnen garanderen. Dit gebeurt in gevallen waarin het niet mogelijk en/of wenselijk is om zorgproducten direct aan verzekerden toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van zorgverlening ⁴³ . Deze vorm van bekostiging wordt (tijdelijk) gehanteerd voor het LCPS en RCPS.
Budgetbekostiging	Bij budgetbekostiging ontvangen zorgaanbieders een vastgesteld budget van zorgverzekeraars, waarvoor zij de benodigde zorg moeten leveren, onafhankelijk van de hoeveelheid daadwerkelijk geleverde zorg. Deze vorm van bekostiging wordt gehanteerd bij de HAP en RAV.
Burger	Alle mensen in Nederland (inwoners, toeristen, etc.).
Direct noodzakelijke vervolgzorg	Wanneer een patiënt met acute zorgvraag door een zorgverlener is gezien en direct andere zorg nodig heeft omdat alleen naar huis gaan geen optie is.
Eerstelijnsverblijf coördinatiefunctie	Coördinatiefuncties ondersteunen in de triage van de juiste zorg en geven inzicht in de beschikbare capaciteit. Doorgaans gericht op bedden voor kortdurend verblijf in de VVT.
GRIP-procedure	Gecoördineerde Regionale Incidentbestrijdingsprocedure is de werkwijze waarmee Nederlandse hulpverleningsdiensten bepalen hoe hun werk bij incidenten gecoördineerd moet worden.
Kantooruren	Maandag t/m vrijdag tussen 08:30 en 17:00.
Ketenpartner	Een organisatie die vanuit zorgcoördinatie een bijdrage levert aan de totstandkoming van acute zorg.
Mobiele zorgeenheden	Combinatie van een vervoersmiddel en zorgprofessional met bepaalde competenties, om zorgverlening ter plaatse te leveren.
Onplanbare VVT-zorg	De verzamelnaam voor acute wijkverpleging en VVT-bedden voor kortdurend verblijf.
Patiënt	Burgers die zorg nodig hebben van één van de ketenpartners. In dit rapport wordt gesproken over patiënten zodra zorginzet wordt gecoördineerd.
Prestatiebekostiging	Bij prestatiebekostiging ontvangen zorgaanbieders een bedrag van zorgverzekeraars voor de zorg die zij daadwerkelijk leveren. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar maken afspraken over de prijs, hoeveelheid en kwaliteit van de zorg. Deze vorm van bekostiging wordt gehanteerd bij eerstelijnsverblijf en wijkverpleging.
Triage	Primaire (meestal telefonische) triage door een triagist, waarbij urgentie en passende zorginzet worden bepaald. Het gaat dus niet om triage door een zorgverlener in een fysieke setting.

⁴³ [Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG](#)

VVT-bed voor kortdurend verblijf	Een VVT-bed wat ingezet wordt door de ZCV als antwoord op een acute zorgvraag. In de context van dit advies betreft het eerstelijnsverblijf en Wlz-crisis.
Warm doorverbinden	Wanneer een zorgprofessional een telefonische melding doorschakelt naar een collega zorgprofessional, waarbij eerst de casus/overdracht wordt besproken door de zorgprofessionals onderling.
Wijkverpleging	Verpleging en verzorging in de eigen omgeving, in de context van dit advies zowel op grond van de Zvw als de Wlz.
Wlz-crisis zorg	VVT-verblijf voor cliënten met een Wlz-indicatie, waarvoor opname binnen 24 uur noodzakelijk is.
Zorgprofessional	Iemand die bijdrage levert aan het zorgproces (zowel een zorgverlener als een triagist).
Zorgverlener	Natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Afkortingen

24/7	24 uur per dag en 7 dagen per week
ANW	Avond, Nacht- en Weekend (niet kantooruren)
AZN	Ambulancezorg Nederland
CanMeds	Canadian Medical Education Directives for Specialists
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
JenV	Justitie en Veiligheid
KPI	Key performance Indicator
LCPS	Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPZ	Landelijk Platform Zorgcoördinatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RAV	Regionaal Ambulancevoorziening
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorgketen
SEH	Spoedeisende Hulp
VVT	Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZVZ	De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
ZCV	Zorgcoördinatievoorziening
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

B. Proces en verantwoording

Aanpak en fasering

De regie van het project is belegd bij het kernteam vanuit de vijf partijen (ActiZ, AZN, InEen, LNAZ en ZN) die de opdracht van de minister van VWS hebben aangenomen. Het kernteam krijgt hiervoor mandaat vanuit de stuurgroep, bestaande uit bestuurders vanuit deze partijen. De stuurgroep is eindverantwoordelijk voor de (deel)resultaten van het project en neemt gezamenlijk besluiten over de scenario's, de toetsing en het advies. De vijf partijen zijn in het project ondersteund door onafhankelijke projectbegeleiding vanuit IG&H.

Om te komen tot een advies over de inrichting van zorgcoördinatie zijn in het project drie fasen doorlopen. Het kernteam heeft tijdens het gehele project vele andere partijen betrokken door middel van interviews, werkgroepen en klankbordgroepen.

Fase 1: Voorbereiden – komen tot een projectplan: Het doel van de eerste fase is het komen tot een gedegen plan voor de uitwerking van zorgcoördinatie. Om dit plan vorm te geven is gestart met een gespreksronde waarin het kernteam interviews heeft gevoerd met ongeveer dertig organisaties (brancheverenigingen, beroepsverenigingen, toezichthouders, uitvoerende organisaties en kennisinstituten). In deze gesprekken zijn onder andere ervaringen, behoeften, wensen en zorgen gedeeld rondom de organisatie van acute zorg. Deze gesprekken hebben geleid tot een (her)formulering van de doelstelling van zorgcoördinatie en tot een raamwerk voor het uitwerken van zorgcoördinatie. Zie ook het ['Projectplan Zorgcoördinatie'](#).

Fase 2: Inrichten – uitwerken van bouwstenen en scenario's: In de tweede fase wordt het concept zorgcoördinatie uitgewerkt, aan de hand van vier stappen. Allereerst heeft het kernteam criteria opgesteld waarmee getoetst wordt in welke mate de uitgewerkte scenario's bijdragen aan het behalen van de gewenste doelstelling van zorgcoördinatie. Deze criteria zijn uitgewerkt in een toetsingskader.

Ten tweede zijn de inrichtingsopties voor de organisatie van zorgcoördinatie verkend door werkgroep 1 bestaande uit deelnemers vanuit 20 verschillende partijen. De werkgroep heeft voor de onderwerpen 'Doelgroep', 'Functies', 'Ketenpartners' en 'Organisatie inrichting' mogelijke bouwstenen (zie Figuur 11) uitgewerkt door deze te definiëren en voor- en nadelen te beschrijven die meespelen bij keuzes voor de inrichting van zorgcoördinatie. Aan de hand van deze uitwerking heeft het kernteam als volgende stap basisscenario's voor de inrichting van zorgcoördinatie opgesteld, door bouwstenen te combineren.

Tot slot hebben vijf werkgroepen de basisscenario's verder uitgewerkt aan de hand van vijf randvoorwaarden: operationele processen, delen van gegevens, technische infrastructuur, competenties & opleiding en bekostiging & financiering. De werkgroepen hebben in kaart gebracht wat op de benoemde randvoorwaarden nodig is om de scenario's te realiseren.

Tijdens deze fase zijn ook twee bijeenkomsten geweest van zowel de zorginhoudelijke als bestuurlijke klankbordgroep. De klankbordgroepen hebben het toetsingskader en de opgestelde scenario's kritisch bezien en aandachtspunten ingebracht rondom praktische en organisatorische haalbaarheid en draagvlak.

Doelgroep	Functie	Ketenpartners	Organisatie inrichting	
			Schaal	Vorm
Burger met acute zorgvraag	Digitale zelftriage	Huisartsenpost	HDS regio	Virtueel
Zorgverlener met ongeplande zorgvraag	Eenduidige toegang	Huisartsenpraktijk	ELV coördinatie regio	Hybride
Zorgverlener met geplande zorgvraag	Eenduidige urgentiebepaling	VVT - Ongeplande wijkverpleging	Zorgkantoor	Fysiek
	Passende zorginzet	VVT - Ongeplande opname (ELV, GRZ, WLZ-crisis)	Acute ggz regio	Locatie (indien fysiek)
	Coördineren zorginzet	RAV / MKA	RAV regio	HAP
	Informatievoorziening	Ziekenhuis - SEH	GGD regio	MKA
	Bovenregionale samenwerking	Ziekenhuis – overige afdelingen	Provincie	ROAZ traumacentrum
		GGZ crisisdienst	ROAZ regio	Nieuwe locatie
			Meldkamer regio	Openingstijden
			Landelijk	24/7
				ANW

Figuur 11 Overzicht pijlers (in groen) en bouwstenen (in grijze blokken) voor de inrichting van zorgcoördinatie, zoals uitgewerkt door werkgroep 1

Fase 3: Adviseren – komen tot een gewogen advies over inrichting zorgcoördinatie: In de laatste fase van dit project heeft het kernteam de uitgewerkte scenario's beoordeeld aan de hand van het toetsingskader. Op basis van deze toetsing vormt het kernteam een advies over de inrichting van zorgcoördinatie. Dit advies is uitgewerkt in het rapport dat voor u ligt. De minister van VWS neemt op basis van dit rapport een besluit over de inrichting van zorgcoördinatie. Implementatie van zorgcoördinatie is buiten scope van dit project.

De klankbordgroepen zijn in deze fase één keer bijeengekomen om aandachtspunten mee te geven op basis van de toetsing van scenario's. Daarnaast is het concept adviesrapport aan de partijen uit de klankbordgroepen voorgelegd ter consultatie. Het merendeel van deze partijen staat achter het advies en erkent dat het zorgveld met elkaar aan de slag moet om de problematiek in de acute zorg aan te pakken. Belangrijke aandachtspunten vanuit deze partijen zijn meegenomen in het definitieve adviesrapport.

Betrokken partijen

In dit project zijn (beroeps)professionals betrokken vanuit brancheverenigingen, beroepsverenigingen, toezichthouders, uitvoerende organisaties en kennisinstituten. Onderstaand staat een overzicht van de betrokken partijen in dit project. Alle overwegingen van verschillende partijen met betrekking tot het concept zorgcoördinatie zijn zorgvuldig gehoord, gevalideerd en meegenomen in de totstandkoming van het advies in dit rapport.

Regie en eindverantwoordelijk: ActiZ, AZN, InEen, LNAZ, ZN

Interviews fase 1: Brandweer, BTN, de Nederlandse ggz, FMS, GGDGHOR, IGJ, KNMP, LCPS, LHV, LMS, Ministerie van JenV, NFU, NHG, Nictiz, NVDA, NVSHA, NVSHV, NVZ, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, Politie, SAZ, SDN, V&VN, Verenso, VZVZ, ZINL, Zorgthuisnl en pilotregio's Brabant, Midden Nederland, Noord Nederland, Rotterdam-Rijnmond en Twente

Bestuurlijke klankbordgroep: de Nederlandse ggz, GGD GHOR Nederland, IGJ, LHV, Ministerie van JenV, NFU, NVZ, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, ZiNL

Zorginhoudelijke klankbordgroep: BTN, FMS, KNMP, NHG, NVMMA, NVSHA, NVSHV, NVvP, SDN, V&VN, Verenso

Werkgroep 1 – inrichting zorgcoördinatie: BTN, de Nederlandse ggz, LCPS, LHV, NVSHA, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, SpoedHAG, V&VN Ambulance, V&VN Wijkverpleging, Verenso en pilotregio's Midden Nederland, Rotterdam-Rijnmond en Twente.

Werkgroep 2 – technische infrastructuur: AZN (bureau), ActiZ (bureau), LNAZ (bureau), InEen (bureau), Onze Huisartsen, ZN, LMS, VZVZ, Nictiz, RAV Brabant Zuid Oost, Pilot Twente, Pilot Noord Nederland en Pilot Oost.

Werkgroep 3 – delen van gegevens: AZN (bureau), Pilot Midden, LNAZ (bureau), ActiZ (vertegenwoordigd door regio Zwolle), Netwerk Acute Zorg Noord-Holland Flevoland, V&VN afdeling Wijkverpleegkundigen, V&VN Ambulancezorg, NVZ (bureau), VZVZ, Nictiz, InEen (bureau), Pilot ZCC Rotterdam-Rijnmond en BTN. LHV (bureau) en GGD GHOR Nederland hebben schriftelijk meegedaan.

Werkgroep 4 – operationele processen: InEen (lid), SpoedHAG, ActiZ (lid), BTN, RAV Brabant-MWN, ROAZ/pilotdeelnemer, RAVU/pilotdeelnemer en Nictiz.

Werkgroep 5 – competenties en opleiding: InEen (bureau) AZN (bureau), ActiZ (bureau), BTN, V&VN Ambulancezorg, RAV/pilotdeelnemer Twente en RAVU/pilotdeelnemer Midden-NL.

Werkgroep 6 – bekostiging en financiering: ActiZ (bureau), AZN (bureau), InEen (bureau), LNAZ (lid), ZN (bureau) en NZa.

Consultatieronde adviesrapport: de Nederlandse ggz, BTN, FMS, GGD GHOR Nederland, IGJ, JenV, KNMP-SDN, LHV, NFU, NHG, NVMMA, NVSHA, NVSHV, NVvP, NVZ, NZa, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso, ZINL

C. Overwogen alternatieven voor inrichting van zorgcoördinatie

Werkgroep 1 heeft voor alle bouwstenen zoals weergegeven in Figuur 11 overwegingen meegegeven aan het kernteam. Het kernteam heeft op basis van die overwegingen keuzes gemaakt voor het advies over de inrichting van zorgcoördinatie. De bouwstenen die het advies gehaald hebben vormen de basis voor hoofdstukken 2 en 3 en worden daar toegelicht. De bouwstenen die het advies niet gehaald hebben worden hieronder, inclusief de overwegingen daarbij, beschreven.

Inrichting zorgcoördinatie: voor wie, door wie en op welke schaal

Doelgroep zorgcoördinatie: Het 24/7 beschikbaar stellen van zorgcoördinatie aan de burger is overwogen. Dit zou betekenen dat de dagpraktijken van de huisarts onderdeel worden van zorgcoördinatie. Dit is op dit moment niet wenselijk omdat de huisarts de (situatie van de) burger het beste kent en daarmee ook zorg kan afbuigen. Daarnaast zien huisartsenpraktijken nu geen noodzaak om acute zorg tijdens werkdagen anders te organiseren.

Ketenpartners: Het betrekken van meerdere ketenpartners in de uitvoering van zorgcoördinatie is overwogen. Echter, hoe meer partijen hierbij betrokken worden, hoe groter de veranderopgave. Om snel stappen te maken zijn de HAP, RAV en onplanbare VVT als startpunt gekozen; vanuit de pilots blijkt hiermee het merendeel van de acute zorgvragen goed getrieerd te kunnen worden. Regionaal kan besloten worden hier overige ketenpartners bij te betrekken.

Schaal: Het realiseren van beleid en uitvoering van zorgcoördinatie op lokale schaal is overwogen. Echter, de verwachting is dat realisatie vanuit ROAZ-verband schaalvoordelen met zich meebrengt rondom personeel. Lokale initiatieven zijn naar verwachting op termijn niet houdbaar.

Functies van zorgcoördinatie

Digitale zelftriage: Het alternatief om alleen een digitale zelftriage tool aan te bieden, zonder integratie met andere systemen, is niet als ambitie gesteld. Uit onderzoek blijkt dat het delen van gegevens leidt tot snellere telefonische triage. Deze mogelijkheid laten liggen met de huidige arbeidsmarktproblematiek, is een gemiste kans.

Eenduidige toegang burgers: 1) Het is overwogen om iedere ketenpartner zelf de inkomende meldingen te laten ontvangen. Doordat iedere ketenpartner een eigen wachtrij heeft, kunnen lange wachttijden ontstaan. Daarnaast heeft iedere ketenpartner eigen triage personeel nodig, wat het behalen van de doelstelling voor efficiënte inzet van personeel moeilijker maakt. **2)** Ook is een landelijk nummer dat doorgeleid wordt naar de sub-regio overwogen. Een landelijk nummer heeft mogelijk een aanzuigende werking doordat de burger sneller geneigd is te bellen, dit wordt in het buitenland zo ervaren. Daarbij vraagt het opzetten van een dergelijk nummer om een forse investering.

Eenduidige toegang zorgverleners: In veel regio's neemt de zorgverlener contact opneemt met individuele ketenpartners wat veel tijd kost voor de zorgverlener. Het behoud van individuele toegang zal daarom de zorgverlener maar beperkt ontlasten en niet bijdragen aan eenduidige toegang.

Eenduidige urgentiebepaling: 1) Het behouden van de huidige situatie met domein-specifieke protocollen en urgentiecodes resulteert in dubbele triage en onduidelijke situaties voor de patiënt, dit is niet wenselijk. **2)** Het alternatief om naast gelijke urgentiecodes ook gelijke protocollen te

hanteren kan als volgende stap onderzocht worden. Hiervoor is medisch inhoudelijke expertise nodig.

Passende zorginzet: Het voortzetten van de huidige situatie, met monodisciplinaire triagisten, zal naar verwachting veel tijdrovende consultatie met collega's opleveren door ontbrekende expertise. Daarnaast is er minder ruimte voor efficiënte inzet van triagisten.

Coördineren zorginzet: Er is overwogen om zonder planningssysteem te werken, wat betekent dat contact opgenomen moet worden om te bespreken of een burger verwezen kan worden. Dit alternatief vraagt om veel afstemming tussen ketenpartners en brengt daarmee inefficiëntie in het proces.

D. Organisatorische processen

Verdieping bij veranderopgave 1: Inrichting van ZCV-processen

Om zorgcoördinatie kwalitatief goed uit te kunnen voeren en het geheel goed te laten functioneren, zijn overkoepelende organisatorische processen nodig. Onderstaande processen zijn een randvoorwaarde voor goede zorgcoördinatie en moeten per zorgcoördinatievoorziening ingericht worden. De organisatorische processen zijn verdeeld in reguliere processen, onboarding processen voor (nieuw) personeel en processen ter bevordering van implementatie.

Reguliere processen

- **Multidisciplinaire dag- en weekstart:** Het domein-overstijgend (de)briefen van het (triage)team over lopende zaken in de acute keten bij wisseling van diensten.
- **Multidisciplinaire casuïstiekbesprekingen:** Het domein-overstijgend bespreken van casuïstiek levert concrete inzichten en aangrijpingspunten op om samen de JZOJP te kunnen organiseren en de werkwijze te verbeteren. Hoe vaker dit plaatsvindt, hoe beter (bijv. 1x per maand)
- **Domein-overstijgende bijsturing:** Processen rondom het verzamelen en evalueren van domein-overstijgende managementinformatie om patiënt-stromen te monitoren en bij te kunnen sturen (bijv. aanpassingen in triage)
- **Evaluatieprocessen rondom continue verbetering:** PDCA-cyclus waarin samenwerkende partners in de regio/een ZCC o.b.v. vastgestelde KPI's kunnen bijsturen, verbeteren en doorontwikkelen. Hiervoor moet ook monitoring worden ingericht. Helder gedefinieerde KPI's zijn randvoorwaardelijk om goed te kunnen meten.
- **Besluitvormings- en escalatieproces:** Heldere afspraken over besluitvormings- en escalatiemogelijkheden met oog voor de verschillende rollen voor zorgcoördinatie zijn van belang. Wie is op welk moment waarvoor (medisch) verantwoordelijk? En wie heeft op welk moment eigenaarschap over de patiënt? Dit moet geborgd worden binnen de governance.
- **(Optioneel) Pre-triage proces:** Voor telefonische triage door de zorgcoördinatievoorziening kan additioneel een pre-triage proces worden ingericht. Dit proces kan ingericht worden om meldingen sneller aan te nemen en de spoedgevallen eruit te filteren. Bij pre-triage worden de meldingen die binnenkomen via de huisartsenpost of personenalarmering aangenomen door een pre-triagist die, middels de ABCD-methode, bepaalt of er sprake is van een levensbedreigende situatie. Wanneer dit het geval is wordt de melding direct doorgeleid naar een ZCV- triagist om zo spoedig mogelijk een ambulance uit te sturen. Wanneer dit niet het geval is, wordt de beller in de wachtrij van de zorgcoördinatievoorziening geplaatst en wordt de beller teruggebeld. Dit proces is alleen van toegevoegde waarde wanneer sprake is van een telefonische wachtrij. Het is aan de regionale zorgcoördinatievoorziening zelf om te beslissen een pre-triage proces in te richten. Pre-triage kan worden uitgevoerd door medische studenten, of ZCV triagisten. Dit laatste is echter uitdagend in verband met personeelskrapte.

Onboarding processen personeel

- **Processen ter kennisuitwisseling:** Om alle ketenpartners zo goed mogelijk op de hoogte te stellen over elkaars werk(processen) dient kennisuitwisseling plaats te vinden. Hierbij kan gedacht worden aan o.a. kennissessies, e-learnings, werkbezoeken of meewerksessies.

- **Processen voor opleiden medewerkers:** Indien er wordt gekozen voor multidisciplinaire ZCV-triagisten of regieartsen moet hiervoor een opleidingsproces worden ingericht. Een landelijk uniforme opleiding bestaat momenteel nog niet

Processen t.b.v. implementatie

- **Processen gericht op samenbrengen van culturen:** De verschillende ketenpartners die betrokken zijn bij zorgcoördinatie hebben allen hun eigen cultuur. Om partners goed te laten samenwerken is het nodig processen in te richten om eventuele knelpunten veroorzaakt door cultuurverschillen op te lossen, met daarbij oog voor de specifieke regio (bv. door ambassadeur). Dit is een essentieel startpunt voor goede zorgcoördinatie.

E. Uitgangspunten bij uitwerken competenties en opleidingen voor nieuwe ZCV functies

Verdieping bij veranderopgave 2: Personeel, competenties en opleiding

1. Het opstellen van competentieprofielen voor de functieprofielen wordt gedaan aan de hand van de zeven Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) competentiegebieden. CanMEDS is hierbij een middel om de competentieprofielen uniform te maken en hier eindtermen aan te koppelen.
2. Het opleiden van zorgcoördinatievoorziening professionals wordt gedaan aan de hand van landelijk uniforme Entrustable Professional Activities (EPA's). De EPA's helpen opleidingen te structureren en transparant te maken wat iemand voor een bepaalde functie moet weten en kunnen.
3. Opleidingen worden modulair aangeboden op basis van EPA's om een flexibel en samenhangend stelsel te organiseren, mensen sneller inzetbaar te maken, bij te scholen, loopbaanontwikkeling te ondersteunen en kans op zij-instromers te vergroten.
4. Bij introductie van een mogelijke nieuwe opleiding wordt optimale aansluiting gezocht bij het bestaande samenhangende stelsel van initieel verpleegkundig (of medisch) onderwijs en vervolgonderwijs.
5. Instroomeisen voor ZCV-triagist worden landelijk uniform bepaald om de kwaliteit te borgen. Op basis van ervaringen in het land lijkt MBO-4 opleiding tot doktersassistent, (HAP) triagist of verpleegkundige passend.

F. Verdieping patiëntgegevens

Verdieping bij veranderopgave 3: Inzicht in relevante patiëntgegevens

Essentiële gegevens

- **Algemene informatie:** basisinformatie over patiënt die helpt om snel de juiste urgentie te kunnen bepalen
- **ABCDE informatie:** informatie over de toestand van de patiënt om in te schatten of het om een levensbedreigende situatie gaat. In de situatie dat digitale zelftriage is ingevuld door de burger, gaat het om valideren van deze informatie.
- **Informatie over ingangsklacht:** informatie over de klacht die de patiënt op moment van instroom ervaart.
- **Behandelaanwijzing:** Informatie over de behandelaanwijzing voor de patiënt in de acute zorg (o.a. reanimatiebeleid).
- **Actuele locatie:** Informatie over de actuele locatie van de patiënt indien patiënt op locatie behandeld moet gaan worden.

Benodigde gegevens

- **(Recente) medische voorgeschiedenis:** Recente en relevante voorgeschiedenis van de patiënt vanuit verschillende domeinen (bijv. VVT)
- **Actueel medicatieoverzicht:** Inzicht in huidige medicatiegebruik van de patiënt om mee te kunnen nemen in de urgentiebepaling (o.b.v. uitgifte vanuit apotheek)
- **Overdrachtsinformatie:** Informatie om de patiënt over te dragen naar de ketenpartner die de zorginzet voor deze patiënt gaat verzorgen
- **Informatie voor terugbelverzoek:** contactgegevens en toestemming van burger voor terugbelverzoek

Behulpzame gegevens

- **Wensen van de patiënt:** Bij het bepalen van de passende zorginzet en/of het coördineren van deze zorginzet is het wenselijk om de wensen van de patiënt of zijn/haar naasten mee te nemen in de keuzes
- **Informatie over eerdere 'acute zorg contacten':** Informatie over eerdere contacten met ketenpartners in de acute zorg en welk beleid is ingezet door de verschillende ketenpartners in de afgelopen periode
- **Advance care planning:** Informatie over de behandelwensen van de patiënt rond het levenseinde

G. Reeds ontwikkelde ketenbrede zorgpaden in pilot regio's

Verdieping bij aanbevelingen regionale implementatie

- Acute psychiatrie GGZ / Vreemd gedrag
- Appendicitis
- Atriumfibrilleren
- Bloedneus
- Buikpijn volwassenen
- Chronisch zieken
- Diabetes ontregeld
- “Het gaat niet langer thuis”
- Hoofdpijn
- Hulpmiddelen
- Insult
- Katheterzorg / urinewegproblemen
- Kortademigheid
- Obstipatie
- Palliatieve zorg
- Pijnbestrijding / pijn thorax
- Overige U3 en U4
- Kwetsbare ouderen
- Post OK & ontslag
- Sonde
- Vallen / Trauma algemeen/ fracturen
- Wondzorg / trauma beet
- Ziek kind & koorts kind

H. Samenvatting vanuit de werkgroepen

Zoals in bijlage B: Proces en verantwoording is beschreven, hebben vijf werkgroepen de randvoorwaarden uitgewerkt. De samenvatting vanuit deze werkgroepen worden op de volgende pagina's gedeeld (NB zie voor 'Werkgroep 1 – Inrichting zorgcoördinatie' bijlage B en C):

1. Werkgroep 2: Technische Infrastructuur
2. Werkgroep 3: Delen van gegevens
3. Werkgroep 4: Operationele processen
4. Werkgroep 5: Competenties en opleiding
5. Werkgroep 6: Bekostiging en financiering

Samenvatting per werkgroep

Wergroep 2 – Technische infrastructuur

Opdracht en deelnemende partijen

- In kaart brengen wat er op het gebied van IT nodig is om de informatiepositie voor en de functies van zorgcoördinatie mogelijk te maken, passend bij de opgestelde scenario's.
- Deelnemers: ZN, LNAZ – LCPS, InEen, AZN, ActiZ, LMS, VZVZ, Nictiz, RAV Brabant Zuid Oost, pilotdeelnemers: Twente, Oost, Noord Nederland

- 1 Onafhankelijk van het uiteindelijk gekozen scenario heeft de werkgroep enkele **ontwerpprincipes** geformuleerd die benodigd zijn om zorgcoördinatie m.b.t. IT goed in te kunnen richten. Onderstaand staan de ontwerpprincipes met onderscheid tussen principes waaraan de IT minimaal moet voldoen en principes waarvan de werkgroep vindt dat zij bijdragen aan het komen tot een passende IT.

Principes waaraan technische infrastructuur minimaal moet voldoen

1. IT ondersteunt processen en het personeel: vermindert administratielast en is gebruiksvriendelijk
2. Veiligheid m.b.t. privacy van patiëntgegevens en capaciteitsinformatie, in lijn met wetgeving voor gegevensuitwisseling
3. De infrastructuur is betrouwbaar en mate van beschikbaarheid van systemen past bij noodzaak

Principes waarvan de werkgroep vindt dat deze bijdragen aan het komen tot passende IT

1. Ketenpartners maken gebruik van open standaarden en hanteren uniformiteit om koppeling te realiseren
2. De voorziening wordt modulair ingericht en er wordt gebruik gemaakt van verbonden domeinen
3. Deelnemende ketenpartners hebben een niet vrijblijvende rol in de technische infrastructuur.
4. De IT is leveranciersafhankelijk en wordt partnerneutraal ingericht (voorkomen van vendor lock-in)
5. Gebruik maken van bestaande kennis en infrastructures, zoveel mogelijk aansluitend op huidige systemen en applicaties

- 2 De werkgroep ziet in alle stappen van het zorgcoördinatieproces diverse IT functionaliteiten die ingericht moeten worden.

1. **Digitale zelftriage:** contact met HAP/ZCC, digitale zelftriage en delen verslaglegging in dossier beeldbelfunctie, delen verslag
2. **Eenduidige toegang:** telefonisch: wachtrij, keuzemenu en doorschakeling. Digitaal triageformulier
3. **Eenduidige urgentiebepaling:** vastleggen triageverslag, ophalen patiëntinformatie, BSN identificatie en terugkoppeling uitkomst
4. **Passende zorginzet:** ophalen aanvullende informatie, contact met domeinexperts,
5. **Coördineren zorginzet:** inzicht in capaciteit, contact, delen dossier, afspraak inplannen
6. **Bovenregionale samenwerking:** informatie over capaciteit en drukte, delen patiëntdossier
7. **Ondersteunende IT functionaliteiten:** telefoon, apps en portalen, call management en registratiefunctie

- 3 Voor de IT inrichting zijn er vier onderdelen die diverse inrichtingsopties bevatten; de werkgroep heeft op deze onderdelen een visie gevormd en inschatting gemaakt van de inspanning



Digitale zelftriage tool De werkgroep vindt dat digitale zelftriage (realisatie vraagt geen tot matige inspanning, is al deels voorhanden) ambitieuzer kan dan nu in de scenario's wordt geschetst. Zij bevelen aan een variant te overwegen waarin digitale zelftriage wordt gekoppeld aan delen van een EPD (realisatie vraagt forse inspanning). Daarnaast zou er voor minder urgente klachten direct een mogelijkheid ingebouwd kunnen worden om een afspraak te maken. Het advies aan de werkgroep is om deze variant mee te nemen in de verdere uitwerking van zorgcoördinatie.



Infrastructuur voor communicatie In de huidige beschrijving wordt uitgegaan van telefonische meldingen (realisatie voor (doorschakeling naar) regionale nummers vraagt matige inspanning, laag complex voor IT, een landelijk nummer inrichten is een grote investering). De werkgroep ziet meerwaarde in moderne communicatie, zoals apps met chat- en beeldbelfunctie. Het voordeel van deze middelen is dat direct meer informatie over de melder meegestuurd wordt. Telefonie zou hierbij het vangnet moeten zijn, in situaties waar moderne communicatie ontoereikend is.



Capaciteitssysteem en planningsmodule Het maken van technische verbindingen voor het realiseren van inzicht in capaciteit middels een systeem is laag complex, complexiteit zit hem in afspraken rondom eenduidige definities en het inrichten van processen om deze informatie (actueel) beschikbaar te maken zonder handmatige handelingen (realisatie vraagt derhalve een behoorlijke inspanning). Het inrichten een planningsmodule is op IT vlak laag complex, maar uitdaging ligt voornamelijk op organisatorisch vlak (realisatie vraagt een forse inspanning)



Gegevensuitwisseling systemen Vanuit IT perspectief zijn er drie verschillende inrichtingsopties mogelijk: functionaliteiten kunnen geheel ondergebracht worden in de **autonome systemen** van ketenpartners (gemiddelde inspanning), de functionaliteiten kunnen ondergebracht worden in **één nieuw systeem** (realisatie vraagt een forse inspanning) en er kan een **hybride vorm** (realisatie vraagt een forse inspanning) gekozen worden. In alle inrichtingsopties geldt dat je een idealiter een koppeling wilt maken met PGO's en ook derden (bijv. de SEH). Voor deze laatste kan gebruik worden gemaakt van de richtlijnen en standaarden Gegevensuitwisseling Acute zorg.

Werkgroep 3 – Delen van gegevens

Opdracht en deelnemende partijen:

- In kaart brengen wat er op het gebied van data (zowel patiëntgegevens als capaciteitsgegevens) binnen de acute zorgketen nodig is om zorgcoördinatie mogelijk te maken
- Deelnemers: ZN, InEen, ActiZ (lid), AZN, LNAZ – LCPS, LHV, Nictiz, VZVZ, BTN, V&VN (focus wijkverpleging en ambulancezorg), NVZ, Netwerk Acute Zorg Noord-Holland Flevoland en Pilot deelnemers: Zuidwest en Midden NL. GGD GHOR en LHV hebben mee kunnen lezen op de voorbereiding en de uitwerking van de bijeenkomsten

Informatievoorziening is, ongeacht het uiteindelijke scenario, een noodzakelijke randvoorwaarde om de doelen van zorgcoördinatie te kunnen behalen

Om de functies van zorgcoördinatie effectief en efficiënt uit te kunnen voeren is inzicht in verschillende type informatie noodzakelijk: patiëntgegevens, capaciteitsgegevens en managementinformatie. De benodigde informatie is voor het grootste deel gelijk voor de verschillende scenario's (de verschillen zitten op digitale zelftriage en capaciteitsgegevens van en voor huisartspraktijken). Onderstaand is de benodigde informatie per categorie weergegeven, een inschatting op de haalbaarheid en enkele aandachtspunten. De werkgroep inzicht in gegevens als essentieel, zelfs los van zorgcoördinatie

1 Patiëntgegevens

De werkgroep adviseert een groeimodel waarin accent eerst ligt op essentiële gegevens (onmisbaar voor zorgcoördinatie) en gegevens die benodigd zijn voor betere urgentiebepaling en bepalen passende zorginzet, daarna focus op gegevens die behulpzaam zijn in zorgcoördinatieproces. Het gaat hierbij om:

Essentiële gegevens	Benodigde gegevens	Behulpzame gegevens
<ul style="list-style-type: none"> • Algemene patiënt-informatie • ABCDE informatie • Informatie ingangsklacht • Behandelaanwijzing • Actuele locatie 	<ul style="list-style-type: none"> • Recente voorgeschiedenis • Medicatieoverzicht • Overdrachtsinformatie • Informatie over terugbelverzoek 	<ul style="list-style-type: none"> • Wensen van de patiënt • Informatie over eerdere 'acute zorg contacten' • Advanced care planning

Haalbaarheid 2025:
Verwachting van de werkgroep is dat essentiële gegevens (m.u.v. actuele locatie) met weinig inspanning kan worden ingericht. Benodigde gegevens voor HA(P) en SEH lijken haalbaar, overige domeinen vraagt (behoorlijke) inspanning. Voor behulpzame gegevens is wens van de patiënt eenvoudig haalbaar, overige informatie vraagt meer inspanning

Aandachtspunten:

- 1. Wet- en regelgeving:** keuze governance zorgcoördinatie bepaalt mate van impact wetsaanpassing Wabvvpz
- 2. Richtlijnen:** bestaande richtlijnen als uitgangspunt, aanvullingen nodig op richtlijn acute zorg, bij implementatie achterban betrekken
- 3. Governance:** vereenvoudigd gebruik data door zorgverlener, aansluiten op bestaande bronnen, toets op AVG, helderheid over verantwoordelijkheid

2 Capaciteitsgegevens

De werkgroep adviseert om per domein verschillende soorten capaciteitsgegevens inzichtelijk te maken. Informatie over beschikbare capaciteit, informatie over drukte en locatie van zorgverlener. Niet in alle domeinen is alle informatie noodzakelijk. Wel geldt voor alle domeinen dat contactinformatie over zorginstellingen (bijv. openingstijden, locatie, profiel) up-to-date moet zijn.

Ziekenhuizen <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare bedden, diagnostiek en specifieke capaciteit • Opnamestop acute instroom en druktemeting SEH 	Ambulancezorg <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare ambulances (A1, A2 en B inzet) • Druktemeting • Track & Trace ambulances 	Huisartsenposten <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbaarheid triagist, arts, consult en visites • Uitloop HAP (tel en fysiek) • Track & Trace visiteauto's
Huisartsenpraktijken <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare consulten U3 / U4 	Ongeplande VVT <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare bedden per zorgvorm, beschikbaarheid wijkverpleging • Druktemeting • Track & Trace wijkvpk. 	Acute GGZ <ul style="list-style-type: none"> • Beschikbare crisisplekken, • Beschikbaarheid crisisdienst en GGZ-arts

Haalbaarheid 2025:
De werkgroep ziet binnen ziekenhuizen en ambulancezorg al veel bruikbare gegevensuitwisselingen. Grootste inspanning op capaciteitsinformatie zit voornamelijk op de domeinen HAP, ongeplande VVT en acute GGZ.

Aandachtspunten:

- 1. Randvoorwaarden voor capaciteitsinformatie:** ontwikkelen van eenduidige definities en bepalen benodigde actualiteit van gegevens
- 2. Aansluiting bij structuren opgezet in het ROAZ:** vanuit o.a. het IZA
- 3. Toets bij ACM:** toets of delen van capaciteitsinformatie mededinging technische bezwaren in zich heeft.

3 Managementinformatie

De werkgroep is van mening dat managementinformatie noodzakelijk is om de effectiviteit van zorgcoördinatie meetbaar te maken.

Het is van belang dat de KPI's aansluiten bij de keuzes die gemaakt worden voor de toekomstige implementatie van zorgcoördinatie

Aandachtspunten:

- 1. Beperk aanvullende handelingen:** maak gebruik van informatie die al voor andere doeleinden wordt geregistreerd
- 2. Mitigeer ongewenste neveneffecten:** aandacht voor bewust of onbewuste neveneffecten
- 3. Combineren van bronnen:** het koppelen van informatie vanuit ketenpartners om gehele acute zorgketen in beeld te brengen (standaardisatie van gegevens)

Samenvatting per werkgroep

Werkgroep 4 – Operationele processen

Opdracht en deelnemende partijen

- In kaart brengen van werkprocessen – zowel zorginhoudelijke als organisatorische processen – die nodig zijn om de activiteiten van zorgcoördinatie goed uit te kunnen voeren, passend bij de opgestelde scenario's
- Deelnemers: InEen, SpoedHAG, ActiZ, BTN, RAV, Nictiz en pilot deelnemers: Midden Nederland en Noord Nederland

1 De werkgroep ziet enkele **algemene randvoorwaarden** om processen voor zorgcoördinatie goed in te kunnen richten:

- Eenduidige toegang:** (1) patiënt dichtbij huidige verblijfslocatie helpen, randvoorwaardelijk is landelijk inzicht in de professionele samenvatting uit bronsystemen. (2) afspraken over beleid 'zelfverwijzers'.
- Eenduidige urgentiebepaling:** uitkomsten van triage koppelen aan een urgentiecode (zoals in de Landelijke Urgentie Tabel), die voor de domeinen HAP, RAV en acute wijkverpleging gelijk is gesteld.
- Bepalen passende zorginzet:** (1) gezamenlijke ontwikkeling zorgpaden door primaire ketenpartners. (2) individuele domeinen organiseren een centraal te bereiken contactpunt (bv. ELV coördinatiepunt).
- Coördineren zorginzet:** (1) afspraken kunnen inplannen bij spreekuur huisartsen. (2) inzicht in beschikbare 'zorgeenheden' (combinatie vervoersmiddel en zorgprof. met bepaalde competenties) is nodig.

2 Daarnaast ziet de werkgroep het **inrichten van onderstaande organisatorische processen** als randvoorwaarde om zorgcoördinatie goed te laten functioneren

Reguliere processen	Onboarding processen personeel	Processen t.b.v. implementatie
<ul style="list-style-type: none"> Multidisciplinaire dag- en weekstart Multidisciplinaire casuïstiekbesprekingen Domeinoverstijgende bijsturing Evaluatieprocessen continue verbetering Besluitvormings- en escalatieproces 	<ul style="list-style-type: none"> Processen ter kennisuitwisseling Processen voor opleiden medewerkers 	<ul style="list-style-type: none"> Processen gericht op samenbrengen culturen

3 Werkgroep 4 heeft mogelijke **inrichtingsopties voor de zorginhoudelijke processen** van zorgcoördinatie in kaart gebracht en uitgewerkt

De werkgroep heeft per scenario mogelijke inrichtingsopties van processen uitgewerkt. Deze processen zijn visueel uitgewerkt in stroomschema's, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen procesinrichting voor burgers en voor zorgverleners. Hierin zijn ook voor- en nadelen beschreven. Onderstaand een samenvattend overzicht van de inrichtingsopties die nieuw zijn t.o.v. de huidige realiteit:

Processen	Scenario A	Scenario B	Scenario C	Scenario D	Scenario E
RAV	Toevoegen van secundaire MKA voor het uitgebreider bepalen van passende zorginzet voor niet A0 of multi-inzet zorgvragen			112 integreren met ZCC; alle meldkamer processen onderbrengen in ZCC afdeling	
HA(P)	Toevoegen van een pre-triage proces: ABCD check, registeren NAWT gegevens en beller in 'warme wachtrij' plaatsen				
	Centraliseren van (pre)triage processen per HDS / ZC regio				
Ongeplande VVT	Samenvoegen van triage-/coördinatiefunctie in coördinatiepunt ongeplande VVT				
ZCC	Legenda: Gestippelde omlijning: Inrichting optioneel in scenario Doorgetrokken omlijning: Inrichting inherent aan scenario Blauw: Gemiddelde tot forse inspanning, realisatie haalbaar 2025-2030 e.v. Grijs: Beperkte tot matige inspanning, haalbaar in 2025			Onderbrengen van processen in een (fysiek) zorgcoördinatiecentrum Inrichten dispatch center (op ZCC) voor uitgifte mobiele zorgeenheden	

4 Nieuwe processen in scenario's A, B en C vragen naar verwachting mindere **mate van inspanning**, en zijn op kortere termijn realiseerbaar dan processen in scenario's D en E

Met name het eventueel integreren van 112 met het ZCC, het inrichten van processen voor een fysiek ZCC en een dispatch center (op ZCC) vragen een forse inspanning en zijn mogelijk pas haalbaar op de langere termijn (2025-2030 (e.v.)). De secundaire MKA, een pre-triage proces en een centraal triage- en coördinatiepunt inrichten kennen een relatief beperkte inspanning en lijken haalbaar in 2025. Dit kunnen tevens tussenstappen zijn voor de inrichting van processen op een fysiek ZCC. NB. het inrichten van pre-triage is een regionale keuze die moet passen bij de regionale context.

Werkgroep 5 – Competenties & opleiding



Opdracht en deelnemende partijen

- In kaart brengen van de functies en competenties en de hierbij benodigde opleidingen voor professionals, om zorgcoördinatie kwalitatief goed uit te voeren, passend bij de scenario's.
- Deelnemers: InEen, AZN, ActiZ, BTN, V&VN Ambulance en pilot deelnemers: Twente en Midden Nederland

1 Uitgangspunten en algemene adviezen die de werkgroep ziet bij het uitwerken van competenties en opleiding voor zorgcoördinatie:

1. Binnen deze werkgroep is enkel gekeken naar professionals die zich bezig houden met het **primaire proces** (en dus niet functies gerelateerd aan HR, finance, etc.)
2. We beschrijven taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden behorend bij zorgcoördinatie en wijzen deze toe aan **functieprofielen**.
3. Voor de functies stellen we competentieprofielen op, aan de hand van de zeven **CanMEDS competentiegebieden**
4. We streven in het opleiden van professionals naar **landelijk uniforme Entrustable Professional Activities** (EPA's) voor zorgcoördinatie
5. We bieden **opleidingen op basis van EPA's modulair** aan om een flexibel en samenhangend stelsel te organiseren

2 De werkgroep heeft verkend bij welk type (bestaande of nieuwe) functieprofielen de taken van zorgcoördinatie belegd kunnen worden en heeft per scenario een keuzepalet opgesteld. Onderstaand een schematisch overzicht van de functieprofielen die **nieuw/minder gangbaar** zijn t.o.v. de huidige situatie (links) en een korte omschrijving van deze nieuwe functieprofielen (rechts)

Processen	Scenario A	Scenario B	Scenario C	Scenario D	Scenario E
RAV	112 Centralist Zorgbemiddelaar geplande ambulancezorg				
HA(P)	Pre-triagist HAP VS/PA supervisor				
VVT		Zorgbemiddelaar acute wijkverpleging			
ZCC	Legenda  Functieprofiel optioneel in scenario  Functieprofiel inherent aan scenario			ZC pre-triagist ZC centralist/triagist spoed ZC triagist ZC regieteam ZC dispatcher	

Nieuwe functieprofielen	Korte omschrijving – NB keuze voor functie afhankelijk van invulling processen en context regio
112 Centralist (lopende pilot)	Niet-verpleegkundig zorgpersoneel (niet-BIG) dat onder supervisie taken uitvoert o.b.v. protocol ProQA. Kan bijdragen aan opvangen personeelstekort onder verpleegkundig centralisten.
Zorgbemiddelaar geplande ambulancevervoer	Hiervoor is geen BIG registratie nodig, bij tekort aan verpleegkundig centralisten is dit een optionele extra functie. Voor deze functie wel enige medische kennis nodig.
Pre-triagist HAP	Voor snelle aanname en filteren van spoed. Taken: ABCD check, NAW gegevens registreren, beller in warme wachtrij plaatsen/direct doorverbinden naar triagist. Bijv. geneeskunde studenten
VS/PA supervisor (verkenning nodig)	Verpleegkundig specialisten en/of physician assistants als (medisch) verantwoordelijke voor de regie bij telefonische triage HAP/HDS, i.p.v. de regiearts. Kan druk op huisartsen verminderen
Zorgbemiddelaar acute wijkverpleging	Coördineert tijdelijk verblijf bedden en acute wijkteams die direct inzetbaar zijn. Hiermee wordt als het ware een 'frontdesk voor ongeplande VVT' voor verwijzers gecreëerd.
ZC Pre-triagist	Voor snelle aanname en filteren van spoed, zie ook pre-triagist HAP
ZC centralist/triagist spoed	Aanname van spoedmeldingen, bepalen urgentie en passende zorginzet en coördineren zorginzet voor A0, alle overige urgenties doorzetten naar ZC triagist. Mogelijk lager opgeleid dan ZC triagist.
ZC triagist	Zie boven, echter dan voor overige urgenties (niet A0 en multi-inzet). ZC triagist heeft kennis van één of meerdere acute zorgdomeinen. Vraagt hogere opleiding dan ZC triagist spoed.
ZC regieteam	Domeinoverstijgend regieteam van superviserende artsen/verpleegkundig specialisten/physician assistants met medische eindverantwoordelijkheid op het ZCC. Specialisten evt. op afstand
ZC dispatcher	Optionele extra functie (logistiek medewerker met enige medische kennis) of aanvullende rol van een triagist. Uitsturen/aansturen van geschikte en beschikbare mobiele zorgeenheden

3 Inspanning voor scenario's A t/m C is relatief beperkt: werkzaamheden veranderen niet veel, maar invulling randvoorwaarden vraagt enige inspanning. Inspanning voor scenario D & E is aanzienlijk groter omdat hier een integraal opleidingsstelsel voor moet worden ingericht en werkzaamheden van het huidige personeel veranderen. Dit betekent een behoorlijke veranderopgave. De stappen in scenario A t/m C kunnen hierbij tussenstappen zijn.

Samenvatting per werkgroep

Werkgroep 6– Bekostiging en financiering

Opdracht en deelnemende partijen

- in kaart brengen welke kosten(posten) zorgcoördinatie in zich heeft en hoe zorgcoördinatie structureel bekostigd en gefinancierd kan worden, passend bij de scenario's.
- Deelnemers: InEen, AZN, ActiZ, ZN, LNAZ, NZa

- 1 Visie vanuit werkgroep:** Werkgroep ziet twee mogelijkheden voor bekostiging en financiering van zorgcoördinatie
 - Mogelijkheid 1: het gebruik maken en doorontwikkeling (voor prikkel samenwerking) van huidige vormen van bekostiging waarbij het noodzaak is dat eisen worden gesteld aan financiering (congruentie)
 - Mogelijkheid 2: het inrichten van nieuwe bekostiging voor zorgcoördinatie met een risico op kostenstijgingen en impact op de vrijheidsgraden van ketenpartners
- 2 Aandachtspunten:** werkgroep heeft aantal aandachtspunten mee aan het kernteam
 1. Veel van de taken binnen zorgcoördinatie worden nu ook al uitgevoerd en gefinancierd. De impact van zorgcoördinatie op structurele kosten voor samenwerking is lastig in te schatten.
 2. Het implementeren van een landelijke inrichting van zorgcoördinatie brengt transitiekosten met zich mee; sommige van deze kosten doen zich ook voor buiten het inrichten van zorgcoördinatie.
 3. Het is lastig in te schatten wat de uiteindelijke besparingen van zorgcoördinatie zullen zijn, deze zullen pas duidelijk worden na invoering.
- 3 Bekostigingsmodellen:** Op hoofdlijnen komt de werkgroep tot de conclusie dat vier bekostigingsmodellen realistisch zijn, zie onderstaand voor een samenvattend overzicht:

	Optie I	Optie II	Optie III	Optie IV
Passend bij scenario	A, B en C	C	D en E	D en E
Governance	Samenwerkingsverband¹	Rechtspersoon²	Eén zorgaanbieder³	Eén zorgaanbieder³
Verdelen van kosten	Onderlinge verrekening van de kosten tussen zorgaanbieders (regionale afspraken)	Zorgaanbieder heeft zogenaamd 'abonnement' op zorgcoördinatie (onderlinge verrekening met een optie van een shared service center)	<i>N.v.t.</i>	<i>N.v.t.</i>
Capaciteit van personeel in ZCC	Zorgaanbieders regelen individueel personeel voor ZC werkzaamheden	Zie optie 1 of medewerkers zijn in dienst van de rechtspersoon	Personeel in dienst van de zorgorganisatie of gedetacheerd vanuit de ketenpartners	Personeel in dienst van de zorgorganisatie of gedetacheerd vanuit de ketenpartners
Bekostiging	Huidige bekostigingssystematiek gebruiken en doorontwikkelen	Huidige bekostigingssystematiek gebruiken en doorontwikkelen	Nieuwe bekostigingssystematiek opstellen voor zorgcoördinatie (op basis van prestatie of budget)	Beschikbaarheidsbekostiging
Inkoop	Zorgverzekeraars contracteren bij individuele zorgaanbieders ⁴	Zorgverzekeraars contracteren bij individuele zorgaanbieders ⁴	Zorgverzekeraars contracteren bij de ZC-aanbieder	<i>N.v.t.</i>
Inkoopmodel	Nodige aanpassingen	Nodige aanpassingen	Volgbeleid of in representatie	Beschikbaarheidsvergoeding door NZa
Conclusie en inspanning	De huidige bekostigings- en financieringssystematiek wordt gecontinueerd met de noodzakelijke aanpassingen om zorgcoördinatie mogelijk te maken. Echter, wel inspanning nodig op stimuleren samenwerking en congruentie noodzakelijk	De huidige bekostigings- en financieringssystematiek wordt gecontinueerd met de noodzakelijke aanpassingen om zorgcoördinatie mogelijk te maken. Echter, wel inspanning nodig op stimuleren samenwerking en congruentie noodzakelijk	Deze optie vraagt logischerwijs veel aanpassingen in bekostiging en financiering. Daarnaast heeft het invloed op de vrijheid van ketenpartners. Het inrichten van een nieuwe systematiek vergt veel inspanning en een behoorlijke doorlooptijd.	Bekostigings- en financieringssystematiek moet aangepast worden, echter minder wijzigingen in beleidsregels van NZa nodig dan optie III. Echter, besluitvormingsproces voor toekenning van beschikbaarheidsbijdrage vergt forse inspanning.

¹Samenwerking: Zorgaanbieders vervullen gezamenlijk zorgcoördinatie middels een samenwerkingsverband. Zorgaanbieders maken zelf afspraken over de manier van samenwerken

²Rechtspersoon: Zorgaanbieders vallen onder één rechtspersoon die zorgcoördinatie uitvoert. De deelnemende partijen vallen onder een juridische constructie

³Zorgaanbieder: Zorgcoördinatie wordt uitgevoerd door één zorgorganisatie. Zorgaanbieders besteden de coördinatie van zorg uit aan deze zorgorganisatie

⁴Naast contractering door zorgverzekeraars worden LCPS / RCPS bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage Coördinatie Traumazorg en ROAZ (per 1 juli 2023, conform het voorgenomen wijzigingsbesluit van VWS)