

# Notitie

## Werkwijze, eerste bevindingen en aanbevelingen

Oriëntatie op een deltaplan acute zorg voor Noord-  
Holland en Flevoland

M.J. Heineman, *projectleider oriëntatie deltaplan acute zorg*

D. Bonink, *directeur Netwerk Acute Zorg Noordwest*

F. de Groot, *manager SpoedZorgNet*

N. Walpot, *stafadviseur SpoedZorgNet*

T. Willems, *adviseur Netwerk Acute Zorg Noordwest*

# Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1 Inleiding .....</b>	<b>2</b>
1.1. Aanleiding .....	2
1.2. Opdracht .....	2
1.2.1. Projectgroep.....	3
1.4. Doelstelling.....	3
1.5. Werkwijze .....	3
1.5.1 Fasering.....	3
1.5.2. Interviews.....	4
1.5.3. Clusters als werkwijze .....	5
1.5.4. Betrokken partijen .....	6
<b>Hoofdstuk 2 - Bevindingen en aanbevelingen.....</b>	<b>6</b>
2.1 Interviews.....	6
2.2 Aanbevelingen .....	7
2.2.1 Personeel .....	7
2.2.2 Transparantie en coördinatie.....	8
2.2.3 Samenwerking en afspraken.....	8
<b>Hoofdstuk 3 – Concrete vervolgstappen .....</b>	<b>9</b>
3.1 Verdelen en opstarten van projecten.....	9
3.1.1.Organiseren van subregionale bestuurlijke overleggen acute zorg (BOAZ) .....	10
3.1.2. Voorstel projecten .....	10
3.2 Inplannen denktank / heidag.....	11
3.3 Samenwerkingsconvenant .....	11

# Hoofdstuk 1 Inleiding

## 1.1. Aanleiding

De zorg voor patiënten met acute medische problematiek (acute zorg of spoedzorg) staat al enige jaren onder druk. Er is sprake van capaciteitsproblematiek met als gevolg 'stops' bij afdelingen Spoedeisende Hulp van ziekenhuizen (SEH's) of bij een andere toegang tot spoedzorg. Hier is veel aandacht voor in de media en de politiek. Er is niet direct een generieke oorzaak voor de problemen aan te wijzen. Wel is duidelijk dat het personeelstekort in de zorg de afgelopen jaren *sterk* is toegenomen. Eind 2018 waren er in Nederland 30.000 openstaande vacatures in de gezondheidszorg; dit aantal is nog nooit zo hoog geweest. Dit tekort aan personeel zorgt ervoor dat roosters moeilijk gevuld kunnen worden en er veel geld wordt uitgegeven aan detacheringsbureaus. De druk op het personeel is hoog. Tijdens de winter (griep epidemie) en in de zomer (vakantie) neemt de druk nog verder toe.

Personeelsproblematiek is aan de orde bij alle partners in de keten van acute zorg in Noord-Holland en Flevoland. Dit is echter niet de enige reden dat de acute zorg onder druk staat. Ook verkeerde beddenproblematiek, 'gebrek' aan transparantie en onvoldoende samenwerking tussen de ketenpartners op zowel instroom, als doorstroom en uitstroom, spelen de acute zorg parten. De ziekenhuisbestuurders in Noord-Holland en Flevoland erkennen bovenstaande problematiek en hebben uitgesproken om te werken aan een structurele en duurzame oplossing voor de problemen in de acute zorgketen.

## 1.2. Opdracht

De ketenpartners binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) in Noord-Holland en Flevoland ervaren een toenemende druk op de spoedzorgketen. Om de kwaliteit van spoedzorg te kunnen waarborgen hebben de ketenpartners, die worden ondersteund door Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedZorgNet, besloten dat er actie moet worden ondernomen om de organisatie van acute zorg in de beide ROAZ regio's te verbeteren. Het gaat hier om een meervoudige aanpak die zich richt op de instroom, doorstroom en uitstroom en de daarvoor benodigde personele capaciteit.

Deze notitie beschrijft kort welke stappen genomen zijn en geeft een eerste impressie van de bevindingen en enkele aanbevelingen. In het vervolgtraject dienen alle ketenpartners aan te sluiten om uiteindelijk een deltaplan op te leveren.

### 1.2.1. Projectgroep

SpoedZorgNet en het Netwerk Acute Zorg Noordwest zijn formele opdrachtgevers. Maas Jan Heineman (oud-bestuurder AMC) is projectleider voor de oriëntatiefase op het deltaplan. Hij werkt hierin samen met een projectgroep samengesteld vanuit beide netwerkbureaus.

### 1.3. Oriëntatie op een deltaplan

*“Deltaplan: in Nederland het plan tot afsluiting van de zeearmen tussen de Westerschelde en de Nieuwe-Waterweg. Plannen hiervoor bestonden al langer, maar de besluitvorming kwam in een stroomversnelling door de watersnoodramp van 1953. Het Deltaplan vormt uiteindelijk de grondslag voor de Deltawerken.”*

Gezien de huidige situatie omtrent het Nederlands acute zorg landschap is de noodzaak tot actie groot. Door gaan op de huidige weg van ‘borduren’ is geen optie meer. De ‘dijken’ zijn al meerdere keren doorgebroken en ziekenhuizen zijn daadwerkelijk ‘weggespoeld’ (MC Slotervaart in Amsterdam en IJsselmeer Ziekenhuis in Lelystad). De tijd voor structurele veranderingen is aangebroken. Een belangrijke niet vrijblijvende ontwikkeling hierbij betreft het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Hierin wordt beschreven hoe partijen in de zorg met elkaar willen samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 spoedzorg van goede kwaliteit te bieden. Het kwaliteitskader is een landelijk kader voor de samenwerking tussen ketenpartners en beschrijft de minimale vereisten voor de regionale organisatie van de spoedzorg.

Kortom, deze tijd vraagt om maatregelen op verschillende niveaus. Om vanuit de metafoor Deltaplan te spreken hebben we het over zandzakken voor incidenteel hoog water (b.v. griep epidemie), dijken op deltahoogte brengen i.v.m. de stijging van de zeespiegel (b.v. meer personeel opleiden) en nadenken over het veranderende klimaat en daarop passende maatregelen nemen (b.v. ‘klimaatakkoord’ tussen ketenpartners). Het gaat om oplossingen voor zowel de korte als de lange termijn.

### 1.4. Doelstelling

Deze notitie toont welke stappen zijn genomen om uiteindelijk te komen tot een oriëntatie op een deltaplan. En heeft als doel alle ketenpartners te informeren over de huidige stand van zaken.

Met de uiteindelijke oriëntatie willen we betrokkenheid vanuit alle ketenpartners realiseren in het belang van de acute patiënt. Samenwerking en kennis en begrip van elkaars situatie is cruciaal. De oriëntatie op het deltaplan dient als startpunt voor verder overleg en uitwerking binnen de ziekenhuizen en instellingen. De ROAZ bureaus zullen hierbij ondersteunen.

### 1.5. Werkwijze

#### 1.5.1 Fasering

Het traject om te komen tot een oriëntatie op een deltaplan bestaat uit verschillende fasen.

<b>Fase 1</b>	<b>Verkenning</b>		
Stap 1	Interviews	Zicht krijgen op de lokale problematiek bij ziekenhuizen en ambulancediensten doormiddel van persoonlijke gesprekken met bestuurders.  <i>NB: er is in deze fase nadrukkelijk gekozen voor deze twee ketenpartners vanwege de directe betrokkenheid bij de aanleiding van het creëren van een deltaplan.</i>	✓
Stap 2	Clustergesprekken	Met ziekenhuisbestuurders in clusters een eerste oriëntatie op mogelijke oplossingsrichtingen voor de regio.	✓
Stap 3	Tussenrapportage	Eerste bevindingen en aanbevelingen in notitie en terugkoppeling ROAZ	✓
<b>Fase 2</b>	<b>Verdiepingsslag</b>		
	Betrekken van de overige ketenpartners	Betrekken huisartsenposten (HAP's) en VVT instellingen	
Stap 4	Opstarten van projecten	Samen met al de ketenpartners (per subregio) concrete projecten definiëren en opstarten voor de korte, middellange termijn.	
Stap 5	Denktank	Organiseren gezamenlijke bijeenkomst al de ketenpartners formuleren stip op de horizon voor de lange termijn	
Stap 6	Rapportage; Oriëntatie op een deltaplan	Gemeenschappelijke visie op de toekomst van de acute zorg in Noord-Holland en Flevoland	
<b>Fase 3</b>	<b>Realisatie deltaplan</b>		
Stap 7	Van 'oriëntatie op' naar een daadwerkelijk deltaplan	Uitwerking randvoorwaarden en haalbaarheid voorgestelde maatregelen	
Stap 8	Rapportage: Deltaplan	Concreet deltaplan als plan van aanpak voor verdere veranderingen op middellange en langere termijn	

### 1.5.2. Interviews

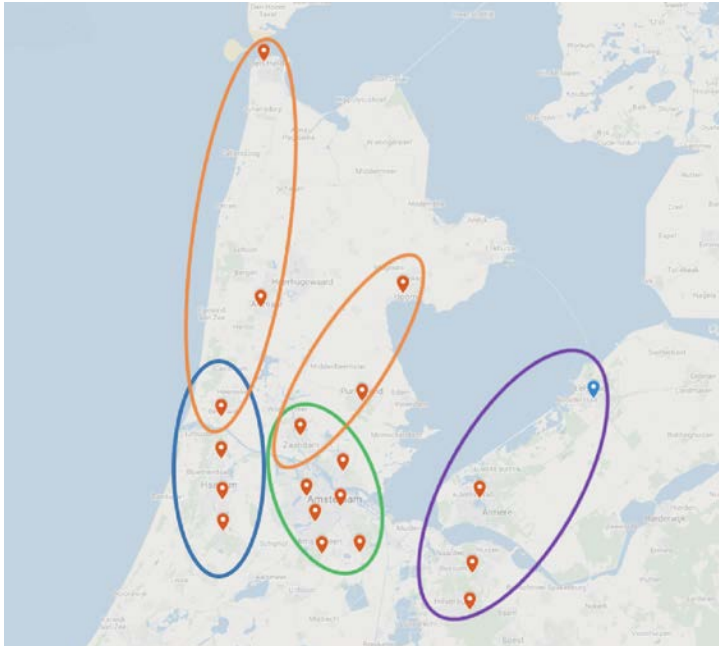
Om de verschillende ideeën en visies op te halen is gestart met een eerste inventarisatieronde bij alle bestuurders van ziekenhuizen en ambulancediensten in de regio door middel van 11 persoonlijke interviews. Wat is de visie en ambitie op het gebied van acute zorg? In december zijn er 4 interviews met de bestuurders van de betrokken RAV'S afgenomen. De interviews zijn verwerkt en geanalyseerd, waardoor een eerste beeld is ontstaan over de denkbeelden van de verschillende partijen. Vervolgens zijn de zorgverzekeraars (VGZ en Zilveren Kruis) in een persoonlijk gesprek geïnformeerd over onze werkzaamheden en gevraagd naar hun visie met betrekking tot acute zorg.

### 1.5.3. Clusters als werkwijze

De regio Noord-Holland / Flevoland kent verschillende contexten. Aan de ene kant heeft de regio uitgesproken grootstedelijke dynamiek in en rond Amsterdam, en aan de andere kant zijn er de meer landelijke gebieden in de provincie.

Noord-Holland en Flevoland bestaan uit twee ROAZ regio's: de regio van Netwerk Acute Zorg Noordwest ten westen van de A7, de regio van SpoedZorgNet ten oosten van de A7. De regio is ook in te delen in een zestal veiligheidsregio's: Kennemerland, Noord-Holland Noord, Zaanstreek Waterland, Amsterdam Amstelland, Flevoland en Gooi & Vechtstreek.

De werkwijze is organisch tot stand gekomen. Na de analyse van de eerste ronde gesprekken is ervoor gekozen om de ziekenhuizen in de provincies Noord-Holland en Flevoland te ordenen in een vijftal clusters. De oriëntatie van de clusters is geografisch. In clusterverband is er verder gesproken met de betrokken bestuurders. De clusters zijn hieronder weergegeven:



**Cluster 1:** Amsterdam UMC (2x), OLVG (2x), BovenIJ, Ziekenhuis Amstelland en Zaan Medisch Centrum

**Cluster 2:** Rode Kruis Ziekenhuis, Noordwest Ziekenhuisgroep (2x)

**Cluster 3:** Zaan Medisch Centrum, Dijklander Ziekenhuizen (2x)

**Cluster 4:** Spaarne Gasthuis (3x), Rode Kruis Ziekenhuis

**Cluster 5:** Tergooi Ziekenhuis (2x), Flevoziekenhuis

Binnen deze indeling zijn het Rode Kruis Ziekenhuis en het Zaan Medisch Centrum meegenomen in 2 clusters.

**NB:** de vraag is gerechtvaardigd of deze clusterindeling als zodanig moet worden gehanteerd. Wellicht is een indeling op basis van meldkamers/RAV's meer voor de hand liggend.

#### **1.5.4. Betrokken partijen**

De afgelopen periode zijn de ziekenhuizen en RAV's en later de zorgverzekeraars betrokken bij deze oriëntatie. In de aansluitende periode (zoals beschreven in de fasering) worden de overige ketenpartners betrokken bij de verdere ontwikkeling van het deltaplan, om zowel instroom, doorstroom als uitstroom terug te laten komen. Het betreft dan;

- Huisartsenposten
- VVT organisaties
- Sigra (in een eerder stadium geïnformeerd)
- Gemeenten
- Ministerie VWS
- VUmc Academie (opleidingsinstituten)
- Vertegenwoordiging tactisch ROAZ.

## **Hoofdstuk 2 - Bevindingen en aanbevelingen**

### **2.1 Interviews**

Alle ziekenhuizen zien voor zichzelf een rol in de acute zorg. Tevens geeft men aan dat er een zichtbaar spanningsveld is tussen acute zorg en electieve zorg. Mede door het tekort aan verpleegkundigen moet het electieve programma te vaak wijken voor acute zorg, waardoor wachttijden oplopen. Allen geven aan dat dit zeer ongewenst is. Daarbij geven de bestuurders aan dat er mogelijk in de avond en nacht meer efficiency te behalen valt. Enkele ziekenhuizen geven specifiek aan dat acute zorg voor hen in de komende jaren een belangrijk speerpunt is.

De bestuurders delen de mening dat er maximaal opgeleid moet worden om te voorkomen dat in de toekomst opnieuw een situatie van tekorten ontstaat. Opleiden is daarmee randvoorwaarde nummer één voor het oplossen van problematiek in de acute keten.

Er is ook gesproken met bestuurders van de verschillende ambulancediensten in de regio Noord-Holland en Flevoland. De ambulancediensten geven aan dat er nog veel winst te behalen is in de logistieke processen:

- Er is geen zicht op bedden- en opnamecapaciteit;
- De logistiek in ziekenhuizen kan verbeterd worden;
- Er zou beter gekeken kunnen worden naar bovenregionale vervoersbewegingen.

Ambulancediensten ondervinden ook dat de zorg in Nederland erg risicomijdend is geworden. Er is een moreel kompas gecreëerd, waarin er nooit 'fouten' gemaakt mogen worden. Dit gaat ten koste van doelmatigheid in de zorg.

Tijdens een eerste gesprek met de zorgverzekeraars (Zilveren Kruis en VGZ) gaven de zorgverzekeraars aan de gedachte rondom het deltaplan toe te juichen. Men moedigt de betrokken bestuurders aan om zich vooral op de stip op de horizon te richten en na te gaan hoe de acute zorg in belang van de patiënt het best georganiseerd kan worden. Wanneer er een concreet plan ligt zijn de zorgverzekeraars bereid om hierover in gesprek te gaan met de bestuurders. Zij geven aan zelf geen 'deltaplan' op de plank te hebben liggen, maar bieden aan om deze samen met de bestuurders op te stellen.

## 2.2 Aanbevelingen

Uit de interviews met bestuurders zijn verschillende oplossingsrichtingen naar voren gekomen. Er zijn onderdelen waar individuele ketenpartners zelf mee aan de slag kunnen gaan (bijv. het organiseren van een optimale doorstroming binnen de muren van het ziekenhuis). Ook zijn er oplossingen aangedragen die meer in de keten liggen. We lichten er hier een aantal uit, en doen daarmee de aanbeveling voor een agenda voor de nabije toekomst. De aanbevelingen die we in deze fase doen liggen op het vlak van personeel, samenwerking en afspraken en transparantie en coördinatie.

Samenwerking is het sleutelwoord. De toenemende vraag naar acute zorg vraagt om steeds effectievere oplossingen om met schaarse middelen (menskracht en materieel) steeds meer zorg te kunnen bieden.

De Nederlandse Zorgautoriteit geeft in de Monitor Acute Zorg 2018 aan dat samenwerking het sleutelwoord is om ervoor te zorgen dat de acute zorg ook in de toekomst toegankelijk blijft:

*“Samenwerking tussen alle ketenpartners in de acute zorg: de zorgaanbieders, brancheorganisaties en zorgverzekeraars. Samenwerking betekent gezamenlijk en gedeeld inzicht (in de uitdagingen, in de trends en patronen en in het functioneren van de keten als geheel en in de eigen rol in die keten), een onderling gecoördineerde aanpak om de toegankelijkheid te borgen (de zorg moet zodanig gecoördineerd worden dat de capaciteit is berekend op de voorspelbare drukte, en pieken zo mogelijk worden voorkomen) en onderlinge kennisdeling van oplossingen die werken.”*

### 2.2.1 Personeel

#### Maximaal opleiden

Spoedafdelingen van alle ketenpartners in de regio kampen met personeelstekorten. Er zal de komende jaren maximaal opgeleid moeten worden. Wat men verstaat onder 'maximaal' opleiden zal onderzocht worden. Ook nadat personeelstekorten in de toekomst zijn opgelost moet de focus blijven liggen op opleiden. Dit voorkomt dat in de toekomst opnieuw een situatie van tekorten ontstaat.

#### Functiedifferentiatie

Ook moet onderzocht worden op welke manieren er functiedifferentiatie kan plaatsvinden en daardoor uitwisseling van personeel tussen verschillende ketenpartners. Samen met enkele opleidingsinstituten (vanuit ambulance en ziekenhuizen) dient onderzocht te worden wat de mogelijkheden zijn bij het realiseren van een acute zorg opleiding. Door een dergelijke opleiding zijn verpleegkundigen door middel van verschillende certificaten en vaardigheden multiple inzetbaar.



### **Efficiëntere inzet van personeel**

Zoals in de aanleiding te lezen is en wat ook regelmatig terugkomt in de individuele en gezamenlijke bijeenkomsten is de impact van het personeelstekort op de organisatie van de dagelijkse acute zorg. Bijkomend probleem zijn de hoge kosten die gemaakt worden aan detacheringbureaus om er alsnog voor te zorgen dat de roosters gevuld zijn.

Om deze kosten te beperken en roosters optimaal te vullen, dient nagedacht te worden over een meer flexibele inzet van personeel over organisatiegrenzen heen (bijvoorbeeld in een regionale flexpool).

## **2.2.2 Transparantie en coördinatie**

### **Transparantie in (beschikbare) capaciteit**

Zowel de ambulancediensten als de ziekenhuizen geven aan dat meer inzicht in elkaars beschikbare bedden capaciteit gewenst is. Ambulancediensten geven aan gericht ambulances te kunnen sturen op basis van deze informatie om zo de regionale capaciteit zo efficiënt mogelijk te benutten. Landelijk zijn er ontwikkelingen gaande om de capaciteit bij verschillende ziekenhuizen/zorginstellingen beter in kaart te brengen en te delen. Deze ontwikkeling sluit aan bij onze aanbeveling om zoveel mogelijk openheid in de beschikbare capaciteit te creëren.

In de gesprekken met verschillende ziekenhuizen en clusters kwam naar voren dat verschillende ziekenhuizen al vrij ver zijn om binnen het lokale EPD de capaciteit van de verschillende afdelingen in huis in kaart te brengen. Onze aanbeveling is om op korte termijn te kijken of er laagdrempelige methoden zijn om deze informatie te delen met omliggende ziekenhuisorganisaties en de meldkamer. Het verdient aanbeveling om dit in de verschillende ziekenhuizen in te richten met een 'capaciteitsfunctionaris'.

### **Triage versterken**

Om de instroom op de acute zorg te beperken en ervoor te zorgen dat patiënten direct de juiste zorg op de juiste plek krijgen is in verschillende clustergesprekken, en bij gesprekken met de ambulancediensten, aan bod gekomen dat versterking van de triage kan bijdragen aan betere spreiding. De noodzaak van het versterken van de triage door samenwerking staat ook beschreven in het rapport van de Taskforce "De juiste zorg op de juiste plek" (2018). Er zou één gezamenlijk loket moeten zijn waar de patiënt met zijn spoedzorgvraag terecht kan en waar acute zorgverleners samenwerken.

Een andere vorm zou kunnen zijn om een regiearts zitting te laten nemen op de meldkamer. Bij niet-levensbedreigende hulpvragen kan de meldkamercentralist (in combinatie met de HAP triagist) onder supervisie van een regiearts de hulpvraag van de patiënt beoordelen.

Op korte termijn moet onderzocht worden door middel van welke vorm(en) de triage in de regio versterkt kan worden.

## **2.2.3 Samenwerking en afspraken**

### **Herzien en activeren bestaande regionale afspraken**

Regionale afspraken zijn niet voor iedereen even helder en worden niet altijd even effectief opgevolgd. Dit zorgt voor een inefficiënte samenwerking en voor frustraties op de werkvloer. Bestaande afspraken

dienen boven water gehaald te worden en opnieuw te worden getoetst door de betrokken ketenpartners. Waar nodig worden bestaande afspraken herzien en worden er nieuwe afspraken aan toegevoegd.

### **Verbeteren van de doorstroom naar VVT**

Verbeteren van de doorstroom vanuit het ziekenhuis naar VVT zorgt voor een hogere productiviteit in het ziekenhuis en op de SEH. De doorstroom naar VVT verloopt al enige tijd moeizaam. Er zijn verschillende mogelijkheden om de doorstroom naar VVT te verbeteren: er moeten voldoende mogelijkheden zijn voor tijdelijk verblijf, zorgverleners moeten inzicht hebben in de beschikbaarheid van eerstelijnsverblijf en acute thuiszorg moet beter georganiseerd worden, zodat mensen de noodzakelijke zorg kunnen krijgen na behandeling in het ziekenhuis.

## **Hoofdstuk 3 – Concrete vervolgstappen**

Deze notitie laat zien waar we op dit moment staan. We hebben de afgelopen periode gebruikt om met twee typen ketenpartners (ziekenhuizen en RAV's) in gesprek te gaan. Beiden ketenpartners waren afgelopen zomer direct betrokken bij de voorliggende uitdagingen. Enkele oplossingsrichtingen zijn weergegeven in deze notitie en dienen verder uitgewerkt te worden.

Om dit succesvol te kunnen doen is commitment nodig van al de ketenpartners die betrokken zijn bij de acute zorg rondom een patiënt. De visie van de ketenpartners gezamenlijk vormt uiteindelijk de oriëntatie op een deltaplan inclusief de gedeelde stip op de horizon.

Om invulling te geven aan de verdere ontwikkeling van een daadwerkelijk deltaplan zijn verdere verkenning en het invullen van randvoorwaarden noodzakelijk. Het is belangrijk om op korte termijn al aan een aantal zaken invulling te geven, immers de dijken breken soms al door. Hieronder staan de concrete stappen die wij voorstellen;

### **3.1 Verdelen en opstarten van projecten**

De aanbevelingen in hoofdstuk 2 moeten worden omgezet in concrete projecten. Vrijdag 8 maart is met de bestuurders van de RAV's en de ziekenhuizen een eerste selectie gemaakt van de eerder beschreven aanbevelingen en de mogelijke projecten die daaruit zouden kunnen volgen. Een project kan gelijktijdig bij één of meer ketenpartners opgestart worden. Veel aanbevelingen zijn nog dit jaar te realiseren. Wanneer helder is wie welk(e) projecten op zich neemt dienen de werkgroepen te starten. Projecten worden belegd binnen het tactisch ROAZ en de verantwoordelijkheid en daadwerkelijke uitvoering ligt bij de betrokken ketenpartners. De beide ROAZ-netwerken kunnen bij de opzet van een deel van de projecten ondersteunen.

### **3.1.1. Organiseren van subregionale bestuurlijke overleggen acute zorg (BOAZ)**

Bestuurders geven aan in een kleinere setting elkaar beter te leren kennen en ‘gemakkelijker’ zaken met elkaar te kunnen bespreken en op te lossen. Voorstel is om waar dit nog niet bestaat een overlegstructuur te realiseren waarin bestuurders vanuit de subregio’s een aantal keer per jaar bij elkaar komen om specifiek over de acute zorg te spreken. Een mogelijke indeling zou kunnen zijn:

- Groot Amsterdam
- Kennemerland (bestaat reeds)
- Noord-Holland Noord (bestaat reeds)
- Gooi en Vechtstreek, Flevoland (mogelijk in samenwerking met Utrecht/ Zwolle)

Vanuit de ROAZ netwerken zal er vertegenwoordiging aansluiten bij de BOAZ’en. In deze kleinere setting kunnen actuele uitdagingen en specifieke problematiek in concrete projecten worden opgepakt. In de regionale ROAZ zal terugkoppeling gegeven worden vanuit de BOAZ bijeenkomsten. De gehele keten dient vertegenwoordigd te zijn in de BOAZ overleggen.

### **3.1.2. Voorstel projecten**

Onderstaande projecten zijn geformuleerd naar aanleiding van de bijeenkomst op 8 maart en dienen in samenspraak met al de ketenpartners verder uitgewerkt te worden.

#### **Triage arts en logistieke coördinatie**

Triage versterken is een van de belangrijkste aandachtsgebieden de komende periode. Gekoppeld aan inzicht in de beschikbare capaciteit zorgt dit voor een verbetering. De verbetering kan tweeledig door het versterken van de triage middels een triagearts alsook afstemming tussen een logistiek expert aan de kant van de meldkamer en een logistiek expert aan de kant van de zorginstelling. Beiden kunnen voor grote winst zorgen.

#### **Inzicht in delen van capaciteitsinformatie**

Daadwerkelijk inzicht in actuele capaciteit vraagt om transparantie en de bereidheid om eerlijke en volledige informatie met betrekking tot de beschikbaarheid van bedden met elkaar te delen.

Er lijken goede voorbeelden in de regio te zijn waardoor dit gerealiseerd kan worden. Belangrijke factoren daarbij zijn:

- definiëren wat een leeg bed is
- functionarissen aanstellen met bevoegdheid/mandaat om beslissingen te nemen op basis van de beschikbare informatie (personeel naar andere afdelingen etc.).

Een nader te definiëren gezamenlijke werkwijze/protocol kan zorgen voor een meer eenduidige manier van werken in de regio.

#### **Onderzoeken dienstenrooster acute opnames in de regio**

Samenwerken is het sleutelwoord. Een mogelijk dienstenrooster voor acute opnames in weekenden in de regio, kan zorgen voor het beter benutten van de beschikbare opnamecapaciteit. Het komt nu vaak

voor dat SEH's eindeloos rondbellen voor beschikbare opnameplekken. Door mogelijk achterhouden van beschikbare capaciteit ten behoeve van de eigen organisatie wordt de beschikbare capaciteit in de eigen regio onvoldoende benut. Dit zorgt voor frustraties op de werkvloer en het risico dat patiënten onnodig ver buiten de regio worden geplaatst.

#### **Flexibele inzet personeel en binden en boeien van medewerkers**

In de regio heeft een ziekenhuis een onderzoek gedaan bij het personeel in het kader van het binden en boeien van medewerkers. Uit dit onderzoek blijkt dat een deel van het personeel het leuk zou vinden om op verschillende plekken te werken, onder één werkgever, in de vorm van bijvoorbeeld een flexpool. Er is draagvlak onder de bestuurders vanuit de ziekenhuizen en de RAV's om dit verder te onderzoeken.

#### **Bovenregionale vervoersbewegingen**

Ambulancediensten geven aan der er veel onnodige vervoersbewegingen zijn. Ook hier kan inzicht in de capaciteit tussen ziekenhuizen en ambulancediensten bovenregionaal winst opleveren. Met als uitgangspunt bijvoorbeeld niet leeg terugrijden.

#### **Organiseren werkgroepen**

Elke bestuurder wijst de deelnemer in het tactisch ROAZ aan als verantwoordelijke voor acties en projecten met betrekking tot bovenstaande aanbevelingen. De bestuurders van de verschillende ketenpartners blijven strategisch betrokken en formuleren met elkaar de stip op de horizon. Per aanbeveling en/of project worden werkgroepen georganiseerd over de organisatiegrenzen heen. Alle betrokkenen committeren zich zo lang als nodig is aan de (oriëntatie op) een deltaplan.

## **3.2 Inplannen denktank**

Er wordt een datum gepland waarbij de bestuurders van alle ketenpartners (ziekenhuizen, RAV's, HAP's, VVT-sector, zorgverzekeraars etc.) gezamenlijk in gesprek gaan voor een verder verkenning rondom de mogelijke stip op de horizon. De dag bestaat tevens uit het delen van best practices (terugkoppeling van opgestarte projecten), waarna men in de eigen subregio (BOAZ) bekijkt hoe dit in de eigen regio toegepast kan worden.

## **3.3 Samenwerkingsconvenant**

Het daadwerkelijk behalen van commitment is de belangrijkste doelstelling. Dit commitment, wat de afgelopen periode duidelijk zichtbaar was, wordt formeel vastgelegd in een samenwerkingsconvenant. Dit samenwerkingsconvenant is het tastbare bewijs dat al de ketenpartners in de regio's Noord-Holland en Flevoland, zich inzetten voor het belang van de (acute) patiënt.