



Regiovisie acute medische zorg West-Achterhoek

28 oktober 2019

Aanleiding en leeswijzer

Aanleiding

Het Nederlandse zorglandschap, en daarmee ook het regionale landschap, is flink in beweging als gevolg van maatschappelijke en technologische veranderingen. Enerzijds stijgt de zorgvraag door het toenemende aantal ouderen (vergrijzing), terwijl tegelijkertijd de noodzaak van het beheersen van de kosten van de zorg speelt. Specifiek in de regio West-Achterhoek gaat de vergrijzing sneller dan landelijk. Anderzijds maakt de inzet van nieuwe technologie nieuwe vormen van zorg en andere wijzen van zorglevering mogelijk, zoals zorg op afstand en netwerkvorming.

Om goed in te kunnen spelen op de veranderende zorgvraag en de toenemende complexiteit is afstemming en samenwerking tussen de verschillende organisaties in de regio essentieel. In dit kader hebben verschillende organisaties aangegeven dat er behoefte is aan een gezamenlijke visie op de toekomst van de acute medische zorg (waaronder de verpleegkundige zorg) voor de regio.

De deelnemende zorg organisaties in de regio West-Achterhoek: het Slingeland ziekenhuis (onderdeel van Santiz), Huisartsenzorg Oude IJssel, Sensire, Azora en GGNet, ontwikkelen daarom een regiovisie om invulling te geven aan het zorglandschap van de toekomst. In eerste instantie richt de regiovisie zich op de West-Achterhoek. De ambitie is deze visie in de toekomst te verbreden naar de grotere regio, zoals de hele Achterhoek, en daarin ook andere organisaties te betrekken, zoals de ambulancezorg. De verwachting is dat dit zowel de efficiëntie als de werkbaarheid voor de diverse organisaties, die vaak in andere (grotere) regio's werkzaam zijn, vergroot. Het plan omvat een uitgewerkte visie en biedt handvatten en kaders op basis waarvan in de toekomst inrichtingsbesluiten genomen kunnen worden, zoals de keuzes omtrent de bouw van het nieuwe Slingeland ziekenhuis en de inrichting van eerste lijnsbedden bij Sensire en Azora.

Leeswijzer

De volgende pagina's beschrijven deze regionale visie en de verwachte impact hiervan op de belangrijkste geïdentificeerde doelgroepen binnen de acute zorg. Een belangrijk onderdeel van de regionale visie is de inrichting van een centrale triage voor acute zorgvragen uit de regio. Dit onderwerp is daarom tot slot verder uitgewerkt.

Visie op acute zorg in de regio per fase in de acute zorgketen

De onderstaande figuur geeft de regionale visie op acute medische zorg in de West-Achterhoek weer. We onderscheiden vier fases in de acute zorgketen, van preventie tot nazorg. De visie beschrijft per fase het beoogde doel waartoe verdergaande samenwerking en betere afstemming tussen de organisaties in de regio moet leiden. Onderstaand geven we een beknopte toelichting op de verschillende fases en onderdelen uit de visie en bijbehorende doelstellingen. Op pagina 5 geven we per onderdeel uit de visie een korte toelichting en staat beschreven wat de verwachte impact is.

Preventie

In de eerste fase, preventie, leidt (grotere) inzet van thuismonitoring, voorlichting zoals zelftriage en apps, en advanced care planning er naar

verwachting toe dat instroom in de acute zorg voor een deel van de patiënten voorkomen wordt.

Triage

In de volgende fase vindt triage plaats met als doel betere toeleiding naar de juiste zorg. Door het opzetten van een centrale triage, betere inzet van ondersteunende middelen ten behoeve van triage op afstand en consultatie op afstand verwachten de partijen beter in staat te zijn patiënten op de juiste plek in zorg te nemen. Betere triage, en dus betere toeleiding naar de juiste zorg zorgt ervoor dat bestaande mogelijkheden van zorgverlening beter benut worden.



Visie op acute zorg in de regio per fase in de acute zorgketen

Start behandeling

Het beter benutten van de bestaande mogelijkheden om passende zorg te leveren is ook het doel van de volgende fase *start behandeling*. Er zijn al veel mogelijkheden in het huidige zorglandschap om patiënten passende zorg te kunnen bieden. Deze worden momenteel echter nog niet allemaal ten volle benut. Zo kunnen de specialist ouderengeneeskunde en de (wijk)verpleegkundige vaker ingezet worden om zorg te verlenen aan patiënten met een acute zorgvraag. Daarnaast is betere benutting van bestaande faciliteiten zoals röntgen en lab door de huisarts mogelijk als huisartsen deze niet alleen overdag maar ook in de ANW aan kunnen vragen.

Nazorg

De laatste fase *nazorg* is gericht op het voorkomen van herinstroom in de acute zorg. Met behulp van een signaleringsplan, het direct inplannen van vervolgspraken en thuismonitoring kan vaker tijdig ingegrepen worden. Patiënten kunnen dan instromen in de reguliere zorg om zo instroom in de acute zorg te voorkomen.

Onderdelen van deze regionale visie vinden reeds plaats in de praktijk. Het gaat daarbij vooral om het vergroten van de schaalgrootte om een grotere impact te realiseren.

Toelichting per onderdeel

		Beschrijving	Impact
 Preventie	Thuismonitoring	Afhankelijk van patiëntgroep worden bepaalde waarden op afstand gemonitord.	Tijdig signaleren van verslechtering, en daardoor kunnen ingrijpen binnen de reguliere zorg voorkomt instroom in de acute zorg.
	Voorlichting (zelftriage, apps)	Betere voorlichting en ondersteuning bijvoorbeeld via apps als Moet Ik Naar De Dokter.	Zelfzorg en zelftriage worden bevorderd, waarmee onnodige instroom in de acute zorg voorkomen wordt.
	Advanced Care Planning	Voraf vastleggen van wensen, doelen en voorkeuren van de patiënt.	Voorkomen van instroom op de SEH en de HAP tegen de wil van de patiënt.
 Triage	Centrale triage	Alle acute zorgvragen komen één centraal telefonisch punt en worden vanuit hier naar de juiste zorg toegeleid.	Onnodige instroom wordt voorkomen en patiënten komen op de juiste plek in zorg.
	Betere inzet ondersteunende middelen t.b.v. triage op afstand	Bijvoorbeeld de mogelijkheid tot beeldbellen tijdens de triage om een betere inschatting te maken.	Door betere inschatting komen meer patiënten op de juiste plek in zorg.
	Consultatie op afstand	Triagisten kunnen (op afstand) zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, SPV etc.) consulteren t.b.v. betere triage	Door betere inschatting komen meer patiënten direct op de juiste plek in zorg.
 Start behandeling	Vaker SO en (wijk/oncologie) verpleegkundige inzetten	Vanuit de triage worden de bestaande mogelijkheden beter benut	De zorg die patiënten ontvangen sluit beter aan op de zorgvraag.
	Zelfde diagnostiek beschikbaar voor HAP in ANW	Röntgen en lab kunnen ook in de ANW aangevraagd worden door de huisarts.	Patiënten worden in de ANW minder vaak verwezen naar de SEH.
	Direct vervolg plannen	Wanneer een patiënt niet direct gezien hoeft te worden, worden wel duidelijke afspraken over vervolg gemaakt (wie neemt wanneer nog contact op).	Geeft patiënten meer comfort en duidelijkheid, leidt tot minder instroom in de acute zorg.
 Nazorg	Signaleringsplan	Heldere afspraken met patiënt, naasten en andere zorgverleners over wanneer contact opgenomen moet worden.	Duidelijkheid voorkomt onnodige instroom en door vroegtijdig ingrijpen wordt ook instroom in de acute zorg voorkomen.
	Vervolgafpraak	Bij uitstroom wordt voor bepaalde patiënten gelijk een vervolgafpraak ingepland.	Duidelijkheid en comfort voor de patiënt voorkomen onnodige instroom en door vroegtijdige signalering wordt ook instroom in de acute zorg voorkomen.
	Thuismonitoring	Afhankelijk van patiëntgroep worden bepaalde zaken op afstand gemonitord (bijv. wondgenezing).	Tijdig signaleren van verslechtering, en daardoor kunnen ingrijpen (reguliere zorg) voorkomt instroom in de acute zorg.

Impact van de visie op verschillende doelgroepen

Doelgroepen

Om de visie zo concreet mogelijk te maken is deze opgesteld aan de hand van de belangrijkste doelgroepen in de acute zorg. Voor de verschillende geïdentificeerde doelgroepen hebben we bepaald welke initiatieven ertoe leiden dat onnodige instroom in de acute zorg voorkomen wordt en of de patiënt op de juiste plek in zorg komt en passende ondersteuning krijgt.

Onderstaand en op de volgende pagina staat per doelgroep beschreven wat de belangrijkste impact voor deze doelgroep is. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen waarin per onderdeel uit de visie is aangegeven of dit naar verwachting een positieve impact heeft, of geen effect geeft. Naar verwachting levert geen enkel initiatief een directe negatieve impact op voor een bepaalde doelgroep.

Kwetsbare oudere

De SO of (wijk)verpleegkundige kan vaker ingezet worden door verbeterde centrale triage wanneer dit passend is bij de zorgvraag van de patiënt.

Het signaleringsplan helpt familie en naasten te bepalen wanneer zorg nodig is en voorkomt daarmee acute instroom.

Met Advance Care Planning en monitoring op afstand kan beter en tijdig ingespeeld worden op de wensen en behoeften van de patiënt en kan een acute zorgvraag in sommige gevallen voorkomen worden.

Kinderen

Met voorlichting en betere triage kan onnodige instroom van deze patiënten in de acute zorg voorkomen worden. Indien nodig wordt een afspraak omtrent vervolg gemaakt, bijvoorbeeld dat de huisarts de volgende dag nog contact opneemt, zodat de (ouders van) patiënten gerustgesteld kunnen worden.

Postoperatieve patiënten

Met thuismonitoring, signaleringsplan en duidelijke vervolgafspraken kan instroom in de acute zorg voor een deel voorkomen worden.

Impact van de visie op verschillende doelgroepen

Klein trauma

Met voorlichting en betere triage kan onnodige instroom van deze patiënten in de acute zorg voorkomen worden.

Doordat de diagnostiek op de HAP in de ANW ook beschikbaar is hoeft de patiënt minder vaak verwezen te worden, wat tijd en geld bespaart voor de patiënt.

Palliatieve patiënt

Met Advanced Care Planning, het delen van de hierin vastgelegde informatie en de centrale triage kan voorkomen worden dat patiënten tegen hun wens in op de SEH belanden en in plaats daarvan andere passende vormen van zorg ontvangen (bijvoorbeeld van de huisarts of de SO).

Chronisch zieken

Met thuismonitoring en met behulp van het signaleringsplan kan tijdig een verslechtering gemeld worden, waardoor instroom van deze patiënten in de acute zorg voor een deel voorkomen wordt.

De (wijk)verpleegkundige kan vaker ingezet worden door verbeterde centrale triage wanneer dit passend is bij de zorgvraag van de patiënt.

Acuut bedreigde patiënt

Met behulp van thuismonitoring kan een deel van de patiënten thuis gemonitord worden, waar deze anders voor monitoring naar het ziekenhuis hadden gemoeten. Ambulancemedewerkers kunnen de inschatting maken voor welke patiënten dit mogelijk en wenselijk is.

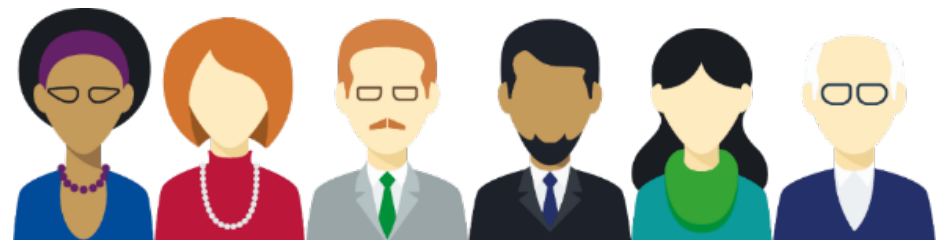
Acute GGZ & verslavingszorg

De centrale triage biedt een duidelijke toegang tot de acute zorg voor de patiënten (die nog niet in zorg zijn), en ook voor naasten. Met behulp van consultatie op afstand komen deze patiënten op de juiste plek in zorg.

Het signaleringsplan en thuismonitoring helpen waar mogelijk tijdig de benodigde zorg te leveren.

Onterechte zelfverwijzers

Met voorlichting en betere triage kan onnodige instroom van deze patiënten in de acute zorg voorkomen worden. Als nodig wordt een afspraak voor vervolg gemaakt (bijvoorbeeld dat de huisarts de volgende dag nog contact opneemt) zodat de patiënten gerustgesteld kunnen worden.



Centrale triage, één spoedpost, informatie delen en zorg dichtbij vormen de kern van de regiovisie

Verdere concretisering regionale visie

Veel van de onderwerpen uit de regionale visie hebben overlap met elkaar en vallen uiteen in een de volgende onderwerpen: centrale triage, één

spoedpost, delen van informatie en zorg dichtbij (thuis). De centrale triage wordt verder uitgewerkt in het volgende hoofdstuk. De overige onderwerpen worden op de volgende pagina toegelicht.



Eén spoedpost, zorg dichtbij (thuis) & delen van informatie



Eén spoedpost

'Eén van de doelen uit de regiovisie is het beter benutten van bestaande faciliteiten en mogelijkheden in het huidige zorglandschap. Een concreet voorbeeld hiervan is dat huisartsen overdag op de HAP wel ECG, röntgen en lab kunnen aanvragen, maar in de ANW nog niet. Door ook in de ANW gebruik te maken van deze faciliteiten kunnen onnodige verwijzingen naar de SEH voorkomen worden.

Patiënten hebben aangegeven één spoedpost met één ingang voor zowel de SEH als de HAP zeer wenselijk te vinden. Deze verdergaande samenwerking in de vorm van een geïntegreerde spoedpost is nog een bespreekpunt.



Zorg dichtbij (thuis)

Er lopen al verschillende initiatieven in de regio om patiënten thuis te kunnen monitoren en daarmee waar mogelijk te voorkomen dat zij instromen in de acute zorgketen. Voorbeelden hiervan zijn COPD InBeeld, Hartfalen InBeeld, proeftuin PGO en OZO-verbindzorg. Dit soort initiatieven kan verder uitgebreid worden onder andere voor diabeteszorg.



Delen van informatie

Het delen van informatie is essentieel voor verdere samenwerking en om de beschreven onderwerpen uit de visie succesvol te kunnen implementeren. Hoewel het op termijn wenselijk is om bijvoorbeeld voor de centrale triage met één systeem te werken en data op een meer integrale manier te delen, kan ook op andere manieren informatie gedeeld worden. Op verschillende vlakken worden gegevens al uitgewisseld:

- De HAP heeft toegang tot het ZIS.
- De HAP heeft toegang tot HIS via LSP.
- NAAST heeft toegang tot de verschillende systemen van bijna alle zorgorganisaties (Sensire, Careaz, Marga Klompé) waarvoor of waarmee de nachtzorg regionaal is georganiseerd.
- Aanvullende wensen voor informatie-uitwisseling:
 - Voor de triagisten ook toegang tot de systemen van zorgpartners. Idealiter wordt deze informatie bij verwijzing naar de huisarts ook via EDIFACT gedeeld.
 - Voor palliatieve zorg en kwetsbare ouderen vanuit SO inzage in gegevens van het Ambulant Team Ouderengeneeskunde (ATO).



Centrale triage

Huidige inrichting triage

Huidige triage

Naar verwachting heeft het centraliseren van de triage de grootste impact. Dit onderdeel van de regionale visie nemen we daarom in dit hoofdstuk verder onder de loep. Voordat de gewenste toekomstige situatie beschreven wordt, kijken we eerst naar de huidige inrichting van de triage, om te kunnen identificeren welke aanpassingen nodig zijn en wat de impact van het inrichten van de centrale triage op de afzonderlijke organisaties is. Een overzicht met weergaven van de huidige triage per organisatie staat in bijlage 7.

In de huidige situatie kan onderscheid gemaakt worden tussen 1^e fase triage en 2^e fase triage. Een deel van de organisaties heeft met name te maken met zelfverwijzing door patiënten, zoals de HAP en NAAST. Deze vorm van triage betreft 1^e fase triage. Andere organisaties, zoals de SEH van het Slingeland ziekenhuis en de crisisdienst van GGNet, krijgen meestal patiënten verwezen vanuit andere zorgverleners, zoals de huisarts. In dit laatste geval combineert de triagist de taken met betrekking tot de triage vaak met andere werkzaamheden. Dit noemen we 2^e fase triage.

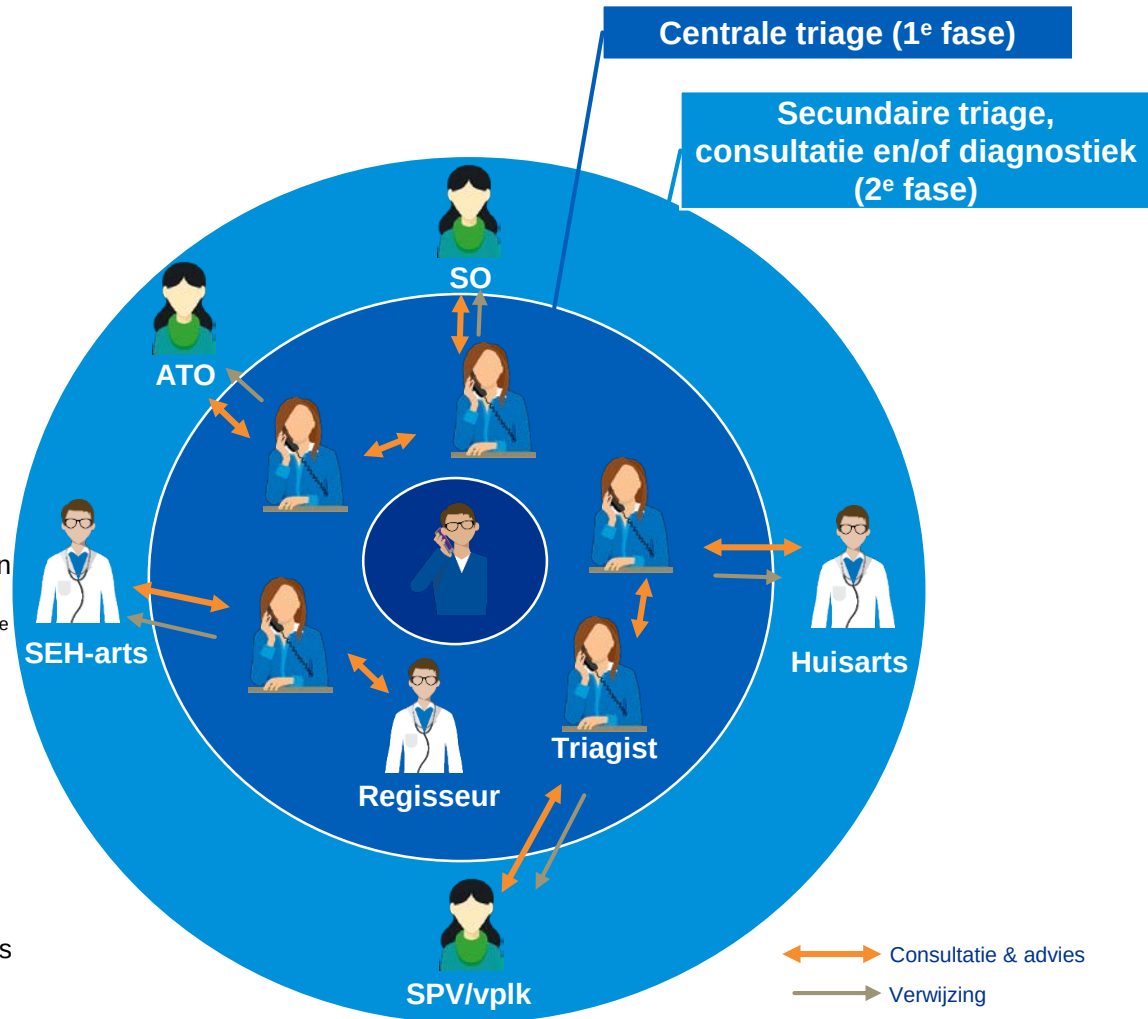
In vrijwel alle triage bestaat de mogelijkheid tot overleg met een andere zorgverlener, waardoor de triagist beter in staat is te bepalen of en waar een patiënt in zorg moet komen. Enkel op de huisartsenpost vindt na de triage autorisatie van de triage plaats door een arts.

Inrichting centrale triage - toekomstige situatie

Het doel van de centrale triage is het voorkomen van onnodige instroom in de acute zorgketen, en het toeleiden van patiënten naar de meest aangewezen plek om passende zorg te ontvangen. Dit stelt de zorgverleners in staat te doen waar zij goed in zijn. De centrale triage focust zich dus op het inschatten van de urgentie en het bepalen waar iemand in zorg moet komen, en focust zich nog niet op diagnostiek. Binnen de zorgorganisaties waarnaar eventueel verwezen wordt vindt vervolgens secundaire/aanvullende triage plaats ten behoeve van diagnostiek.

Inrichting centrale triage

De figuur rechts geeft de inrichting van de centrale triage weer. Triagisten die in eerste instantie de telefoon opnemen zitten fysiek gezamenlijk bij elkaar, samen met een regisseur (zie volgende pagina). Fysieke aanwezigheid is vereist voor degenen die de 1^e fase triage doen, en is wenselijk bij de start voor degenen die de 2^e fase triage doen (waar mogelijk). Vanuit de 1^e fase triage wordt bepaald of er inderdaad sprake is van een acute zorgvraag en waar deze patiënt verder geholpen moet worden, eventueel in overleg met zorgverleners uit de 2^e fase triage. Hierbij wordt met een brede blik gekeken naar de mogelijkheden, bijvoorbeeld ook naar verpleegkundige zorg. Wanneer uit de 1^e fase triage blijkt dat een patiënt bijvoorbeeld verwezen moet worden naar de crisisdienst van GGNet, kan de 2^e fase triage door de SPV'er op afstand plaatsvinden. Voorstel voor de huisvesting van de centrale triage is locatie Slingeland, in de nabijheid van de SEH en de HAP. Deze fysieke nabijheid is van belang om te werken aan het opbouwen van vertrouwen, kennis uit te wisselen en snel vertrouwd te raken met elkaars werkwijzen. Het zou bijvoorbeeld wenselijk zijn als de triagisten een koffiekamer delen met de SEH-artsen en de huisartsen.



Inrichting centrale triage – toekomstige situatie

Voorgesteld profiel triagisten

De triagisten dienen een brede blik te hebben en zowel in staat te zijn een inschatting te maken van somatische problematiek als van geestelijke problematiek. Zij hebben kennis van het achterliggende zorgnetwerk en de mogelijke vervolgstappen en kunnen een goede afweging maken welke zorgverlening of ondersteuning het meest passend is. Ze kennen de verwijsmogelijkheden in de verschillende domeinen en weten wanneer welke type ondersteuning passend is. Ze zijn in staat zoveel mogelijk af te vangen en daarmee de druk op de acute zorgketen waar mogelijk te verlichten. Ervaring in de acute zorg evenals een goede (triage) opleiding van voldoende niveau zijn hiervoor van belang.

De triagist coördineert de vervolgzorg om ervoor te zorgen dat een patiënt met een acute zorgvraag zo snel mogelijk op de juiste plek zorg krijgt. Om dit goed te kunnen doen beschikt de triagist over de benodigde informatie van de patiënt, stemt waar nodig af met andere zorgverleners en zorgt voor een goede overdracht.

Momenteel werken er zes (in de nacht) tot twaalf (weekend) triagisten op de afzonderlijke triages van de huisartsenpost, de crisisdienst van GGNet en NAAST en Sensire. Daarnaast zijn er binnen de zorgorganisaties ook zorgverleners die andere taken combineren met de triage. Naar verwachting kan dit door centralisatie efficiënter ingericht worden en zijn op totaalniveau minder triagisten nodig.

Triageprotocol

In de centrale triage wordt de expertise van de huisartsen, spoedeisende hulp artsen, specialisten ouderengeneeskunde, (wijk)verpleegkundigen, SPV'ers en psychiaters gebundeld om tot één geprotocolleerde triagesystematiek te komen voor de eerste triage. De verschillende organisaties brengen ieder hun specifieke kennis in om tot een triageprotocol te komen dat zoveel mogelijk gericht is op het afvangen van

zorgvragen, en daarmee het ontlasten van de acute zorgketen. Daarnaast wordt waar mogelijk ook een inschatting gemaakt van de urgentie (U1 tot U5), welke bepaalt binnen hoeveel tijd een patiënt gezien moet worden door een zorgverlener.

De organisaties dragen ieder ook bij aan het opleiden van de triagisten, waarin zij kennis specifiek voor hun vakgebied overdragen.

Regisseur (autorisatie triage)

In de huidige situatie vindt op de HAP autorisatie door de huisarts plaats van de triagegesprekken die de triagist zelfstandig met de patiënt afhandelt. Of dit ook bij een centrale triage een wettelijke verplichting is wordt momenteel uitgezocht door de huisartsen. Hierover vinden gesprekken plaats met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In andere regio's waar ook een vorm van centrale triage plaatsvindt, zoals Friesland, Oost-Brabant en Den Bosch, vindt deze autorisatie wel plaats. Een regie-arts autoriseert daar de triagegesprekken die zelfstandig door de triagist worden afgehandeld.

Onafhankelijk van de eventuele wettelijke verplichting kan het ook vanuit het behalen van de doelen van de centrale triage wenselijk zijn een regisseur aan te stellen en fysiek aanwezig te laten zijn. De verwachting is dat de aanwezigheid van een regisseur eraan bijdraagt meer zorgvragen af te kunnen vangen en zo minder patiënten door te hoeven verwijzen, waardoor de druk op de acute spoedketen afneemt. Mogelijk is dit slechts tijdelijk nodig.

Inrichting centrale triage – toekomstige situatie

Bij het inrichten en opzetten van de centrale triage leveren de afzonderlijke organisaties op verschillende niveaus een bijdrage. Op termijn wordt toegewerkt naar een nieuw profiel triagist, zoals omschreven op de vorige pagina. Bij het opstarten van de centrale triage levert een deel van de organisaties de triagisten. In onderstaande tabel staat beschreven van welke organisaties fysieke aanwezigheid van triagisten vanuit hun organisatie benodigd is. Besprekspunt hierbij is in hoeverre de huidige triagisten passen

in het nieuwe profiel, en voldoende in staat zijn om onnodige instroom in de acute zorg af te vangen en een goede inschatting te kunnen maken waar een patiënt de best passende zorg kan ontvangen.

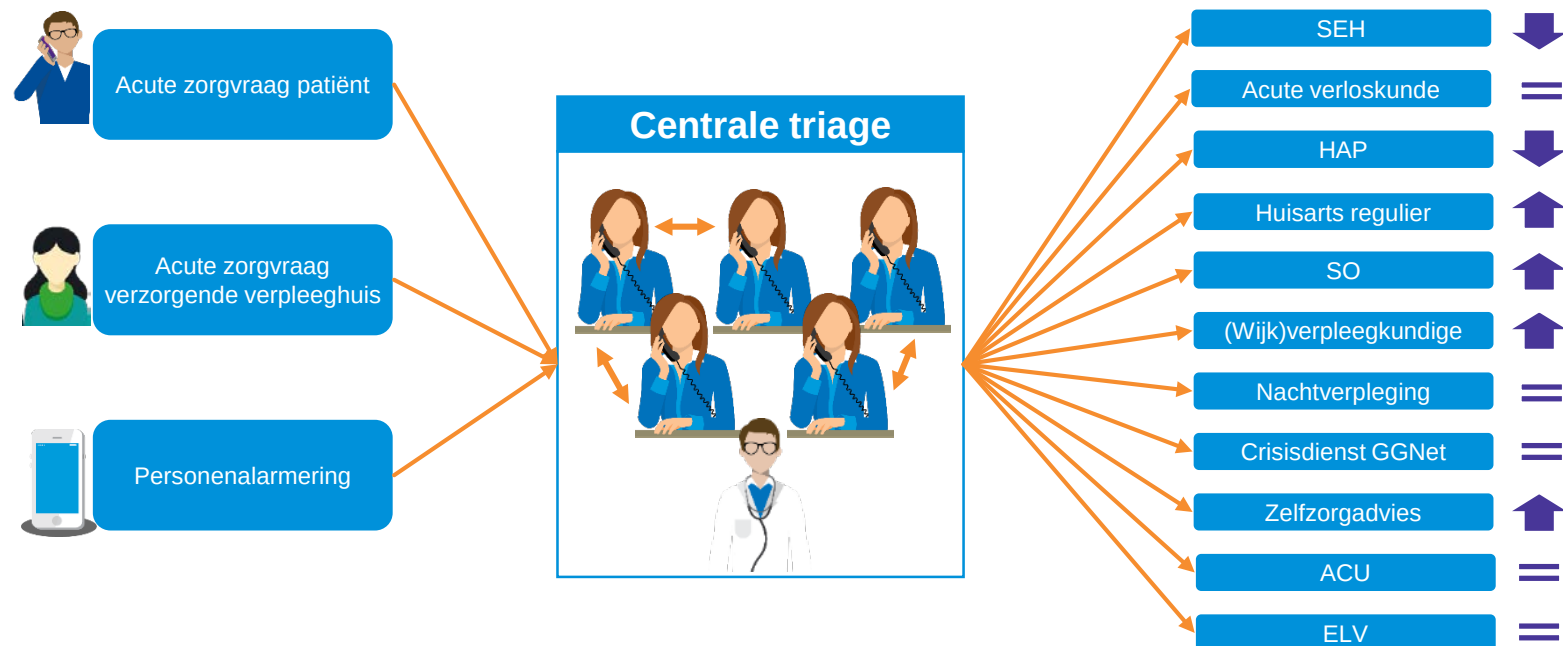
	Fysieke aanwezigheid triage	Consultatie (op afstand)	Wie levert kennis t.b.v. opzet triageprotocol en training triagisten?
Huisartsenzorg Oude IJssel	Bij start: fysieke aanwezigheid huidige triagisten. Doelsituatie: voorgesteld profiel triagisten (zie pagina 13)	Huisarts is bereikbaar voor consultatie.	Huisartsen en triagisten
Slingeland Ziekenhuis	Geen fysieke aanwezigheid.	SEH-arts is bereikbaar voor consultatie.	SEH-artsen en verpleegkundigen
ATO team	Geen fysieke aanwezigheid.	Specialist ouderengeneeskunde is bereikbaar voor consultatie.	SO's en verpleegkundigen
NAAST	Bij start: fysieke aanwezigheid huidige triagisten. Doelsituatie: voorgesteld profiel triagisten (zie pagina 13)	Geen consultatie.	VIG'ers en verpleegkundigen
GGNet	Geen fysieke aanwezigheid.	SPV'er of verpleegkundig specialist is bereikbaar voor consultatie.	A(N)IOS psychiatrie, psychiater of crisisinterventor

Inrichting centrale triage - toekomstige situatie

In- en uitstroommogelijkheden

De centrale triage is bedoeld voor alle acute zorgvragen, met uitzondering van 112-meldingen en meldingen bij de crisisdienst van GGNet (van cliënten die in zorg zijn bij GGNet). In de centrale triage wordt aan de hand van de zorgvraag van de patiënt bepaald waar deze het meest passend is. Naar verwachting zorgt de centrale triage nadat dit over een paar jaar volledig geïmplementeerd is voor een verschuiving in de verwijsstromen, waardoor meer patiënten direct op de juiste plek in zorg komen. In onderstaande figuur is weergegeven waar de centrale triage naartoe kan verwijzen. De pijlen

rechts geven weer of de centrale triage naar verwachting resulteert in meer, minder, of ongeveer evenveel verwijzingen naar dit type zorg. Als de doelen van de regionale visie behaald worden resulteert dit in minder instroom in de acute zorg zoals de SEH en de HAP. Deze patiënten probeer je vaker te helpen met zelfzorgadvies of wanneer dit passend is in de reguliere zorg de zorg te geven die ze nodig hebben, zoals de reguliere huisartsenzorg en de (wijk)verpleging. Daarnaast worden de mogelijkheden van de SO beter benut, en wordt hier naar verwachting dus vaker naar verwezen.





Bijlagen

Overzicht bijlagen

Bijlage 1 – Procesaanpak

Bijlage 2 – Impact van de onderdelen uit de regiovisie op de doelgroepen

Bijlage 3 – Omvang geïdentificeerde doelgroepen acute medische zorg

Bijlage 4 – Terugkoppeling cliëntbijeenkomst

Bijlage 5 – Inrichtingsvragen per onderdeel

Bijlage 6 – Verzorgingsgebied (kern) per organisatie

Bijlage 7 – Huidige inrichting triage per organisatie

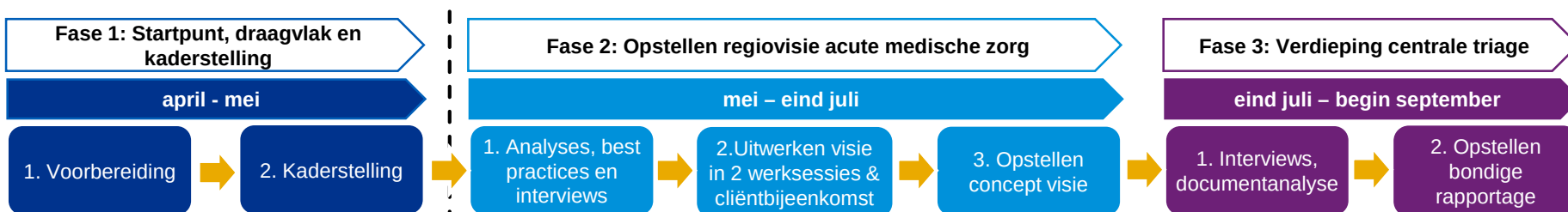
Bijlage 1 - procesaanpak

Aanpak

Het project bestond uit drie fases, zoals in onderstaand figuur weergegeven. In de eerste fase lag de focus op de voorbereiding en het creëren van een gemeenschappelijk startpunt. In deze fase is de opdracht aan de werkgroep geformuleerd en zijn kaders voor de opdracht vastgesteld, welke in de tabel rechts zijn weergegeven. In de tweede fase is de regiovisie voor de acute medische zorg in de regio West-Achterhoek opgesteld op basis van twee werkgroep bijeenkomsten, interviews met bestuurders van de betrokken organisaties en een cliëntbijeenkomst. Op basis van de uitkomsten van de tweede fase is besloten voor het onderdeel *centrale triage* nog een verdiepingsslag te maken. Hiertoe hebben interviews met alle organisaties plaatsgevonden om inzichtelijk te maken waar de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de huidige triage zitten, wat mogelijke praktische knelpunten zijn en welke randvoorwaarden benodigd zijn bij de inrichting van een centrale triage voor de acute medische zorg in de regio West-Achterhoek. Tot slot zijn alle resultaten beschreven in de huidige rapportage.

Kaders

Algemeen
De horizon voor de visie is 2022
De focus ligt op de inrichting gedurende ANW
In de visie is zowel aandacht voor het <i>wat</i> (beschrijving van de gewenste situatie) als het <i>hoe</i> (welke randvoorwaarden zijn benodigd en volgens welke inrichtingsprincipes wordt gewerkt)
De visie moet zo concreet zijn, dat op basis van de visie beslissingen over de inrichting van het zorglandschap genomen kunnen worden
Doelstelling
Implementatie van de gezamenlijke visie moet ertoe leiden dat de juiste zorg op de juiste plek geleverd wordt, waarbij een goede kwaliteit geleverd wordt, maar de zorg ook doelmatig is
Inhoudelijk
Zorg wordt zoveel mogelijk eerst digitaal / op afstand geleverd, en pas wanneer nodig fysiek
Triage (het telefonische deel) wordt centraal geregeld
Bestaande faciliteiten worden zo goed mogelijk benut



Bijlage 2 - impact van de onderdelen uit de regiovisie op de doelgroepen

Om de visie zo concreet mogelijk te maken is deze opgesteld door voor de verschillende geïdentificeerde doelgroepen te bepalen welke initiatieven ertoe leiden dat onnodige instroom in de acute zorg voorkomen wordt, de patiënt op de juiste plek in zorg komt en passende ondersteuning krijgt. Onderstaand overzicht geeft weer welke initiatieven naar verwachting een positieve impact hebben op de verschillende doelgroepen. Naar verwachting levert geen enkel initiatief een negatieve impact op voor een bepaalde doelgroep.

↑ Positieve impact ▬ Geen impact		Kwetsbare oudere Palliatieve patiënt Chronisch zieken Acute GGZ & verslavingszorg Post-operatieve patiënt Kinderen Onterechte zelfverwijzers Klein trauma Acuut bedreigde patiënt								
Preventie	Monitoring op afstand	↑	↑	↑	↑	▬	▬	▬	▬	↑
	Voorlichting (zelftriage, apps)	▬	▬	▬	▬	▬	↑	↑	↑	▬
	Advanced Care Planning	↑	↑	↑	↑	↑	▬	▬	▬	▬
Triage	Centrale triage	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	▬
	Betere inzet ondersteunende middelen t.b.v. triage op afstand	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
	Consultatie op afstand	↑	↑	↑	↑	↑	↑	▬	↑	↑
Start behandeling	Vaker SO en (wijk)verpleegkundige inzetten	↑	↑	↑	↑	↑	▬	▬	▬	▬
	Zelfde diagnostiek beschikbaar voor HAP in ANW	▬	▬	▬	▬	▬	↑	▬	↑	▬
	Direct vervolg plannen	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Nazorg	Signaleringsplan	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
	Vervolgafpraak	↑	↑	↑	↑	↑	↑	▬	▬	↑
	Monitoring op afstand	↑	↑	↑	↑	↑	▬	▬	▬	↑

Bijlage 3 - omvang geïdentificeerde doelgroepen acute medische zorg

Om beeld te krijgen bij de verwachte impact is getracht per doelgroep de omvang in kaart te brengen. Onderstaande getallen geven een ordergrootte aan, maar zijn geen absolute weergave. Voor sommige doelgroepen is het een overschatting, voor andere een (grote) onderschatting (bijvoorbeeld omdat deze doelgroep niet in de data te identificeren is).

Kwetsbare oudere

- Azora & Sensire ongeveer **1.000 visites in de nachten 600 in het weekend** per jaar.
- Azora, Sensire, Markenheem en Careaz hebben ongeveer 1.150 verpleeghuispatiënten. Dit zijn enkel de intramurale patiënten.
- Azora gemiddeld 2-3 visites per avond/nacht, 6-8 per weekend.
- Sensire gemiddeld 0-2 visites per avond/nacht, 4-5 per weekend.

Post-operatieve patiënt

- Geen zicht op aantallen.

Klein trauma

- In 2018 ruim **4.000 consulten** op HAP gerelateerd aan bewegingsapparaat, 300 visites, 3.600 zelfzorg (klein trauma is hier onderdeel van).
- In 2018 ongeveer **3.700 consulten** op HAP gerelateerd aan huid en subcutis, 100 visites en 2.200 zelfzorg (klein trauma is hier onderdeel van).

NB: de getallen geven een ordergrootte aan, maar zijn geen absolute weergave. Voor sommige doelgroepen is het een overschatting, voor andere een onderschatting (bijvoorbeeld omdat aantallen van de SEH nog ontbreken).

Palliatieve patiënt

- Geen zicht op aantallen.

Acute GGZ & verslavingszorg

- In 2018 5.146 meldingen bij de crisisdienst GGNet Achterhoek-Liemers: **3.884 telefonisch** (1.749 unieke patiënten), **1.262 fysiek** (971 unieke patiënten).
- Top 4 verwijfsredenen: suïcidaliteit (599), psychotische symptomen (241), angst- en panieklachten (126) en depressieve symptomen (98).

Acuut bedreigde patiënt

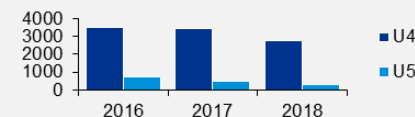
- In 2018 385 acuut bedreigde patiënten op de SEH, 2.472 zeer urgente patiënten.

Chronisch zieken

- In 2018 **3.500 consulten** op de HAP, **1.150 visites** en 2.850 zelfzorg voor respiratoir, circulatoir en endocrien. Grotendeels respiratoir: ruim 75% van de consulten.

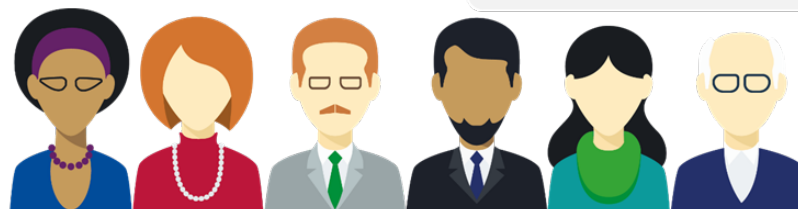
Onterechte zelfverwijzers

- Totaal **3.100 consulten** op de HAP in 2018
- Aantal consulten in ANW op de HAP met urgentie U4 (routine) en U5 (andere dag/advies)



Kinderen

- Ongeveer **5.300 consulten** op de HAP in 2018.
- Leeftijd: 0 tot 4 jaar.



Bijlage 4 - terugkoppeling cliëntbijeenkomst

Centrale toegang en triage

Voorkeur voor één duidelijk telefonisch punt waar je terecht kunt voor speed: 24/7 beschikbaar in de volle breedte

Eén speedpost is heel wenselijk (HAP & SEH samen), één ingang

Zorg dat informatie tussen zorgverleners gedeeld wordt (ook met triagepunt, zodat dit niet (onnodig) lang duurt)

Zorg dichtbij (thuis)

Monitoring op afstand, apps e.d. prima maar alleen voor degenen die ermee om kunnen gaan, alternatief moet er blijven. Afgestemd op de patiënt.

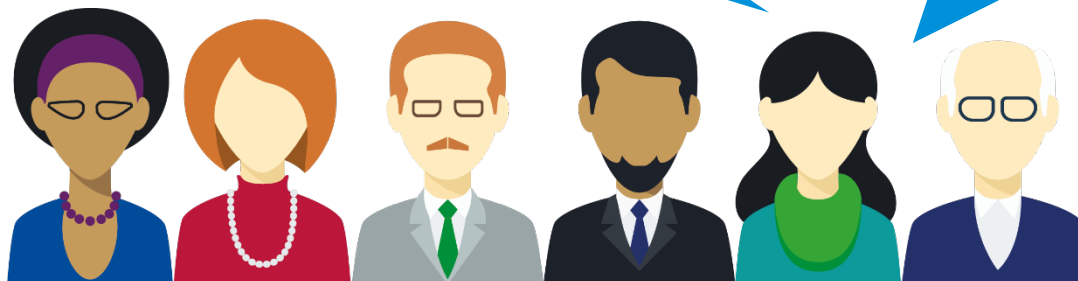
Ondersteunende middelen voor triage moeten wel vaak gebruikt worden en al beschikbaar zijn (bijvoorbeeld smartphone)

Praktische aandachtspunten

Vergeet familie/naasten niet, bijvoorbeeld na SEH-bezoek: waar op letten, wanneer weer contact

Vervolg na bellen met triage hoeft niet direct afspraak te zijn, als de ondersteuning maar geregeld is en er contact opgenomen wordt voor vervolg

Bij uitgaande belletjes: bel niet anoniem

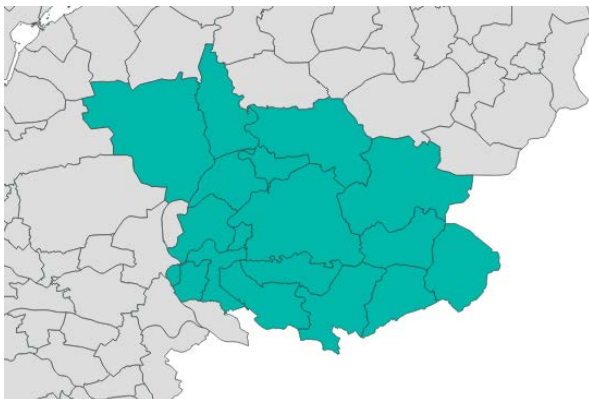


Bijlage 5 - inrichtingsvragen per onderdeel

 Preventie	Thuismonitoring	Voor welke specifieke doelgroepen wordt dit ingericht? Welke middelen zijn benodigd voor monitoring op afstand? Wie is er verantwoordelijk voor de monitoring? Wat is de verwachte impact? Hoe wordt dit ingericht (centraal of decentraal)?
	Voorlichting (zelftriage, apps)	Hoe worden patiënten hierop gewezen? Hoe wordt bepaald welke apps worden aanbevolen/ingezet?
	Advanced Care Planning	Voor welke doelgroepen wordt dit opgesteld? Door wie wordt het opgesteld? Hoe wordt het plan gedeeld met andere partijen (informatieoverdracht)?
 Triage	Centrale triage	Hoe kunnen bestaande triage vragenlijsten geïntegreerd worden? Welke expertise is er benodigd? Welke capaciteit is nodig? Is autorisatie door een arts vereist?
	Betere inzet ondersteunende middelen t.b.v. triage op afstand	Voor welke specifieke doelgroepen wordt dit ingericht? Welke middelen zijn benodigd voor triage op afstand? Wie is er verantwoordelijk?
	Consultatie op afstand	Hoe wordt bereikbaarheid ingericht?
 Start behandeling	Vaker SO en (wijk)verpleegkundige inzetten	Wanneer kan een SO of (wijk)verpleegkundige ingezet worden? Hoe wordt de inzet geregeld?
	Zelfde diagnostiek beschikbaar voor HAP in ANW	Welke diagnostiek dient beschikbaar te zijn? Hoe kunnen de afspraken hierover gemaakt worden?
	Direct plannen afspraken	Wie mogen afspraken inplannen? Hoe wordt inzage in en toegang tot elkaars afsprakensystemen geregeld?
 Nazorg	Signaleringsplan	Voor wie wordt een signaleringsplan opgesteld? Door wie? Hoe wordt dit plan gedeeld met andere partijen?
	Vervolgafpraak	Wie mogen afspraken inplannen? Hoe wordt inzage in en toegang tot elkaars afsprakensystemen geregeld?
	Thuismonitoring	Voor welke specifieke doelgroepen wordt dit ingericht? Welke middelen zijn benodigd voor monitoring op afstand? Wie is er verantwoordelijk voor de monitoring? Wat is de verwachte impact? Hoe wordt dit ingericht (centraal of decentraal)?

Bijlage 6 - verzorgingsgebied (kern) per organisatie

GGNet



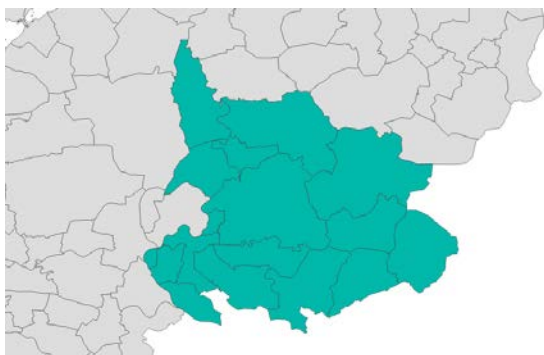
Azora



Slingeland



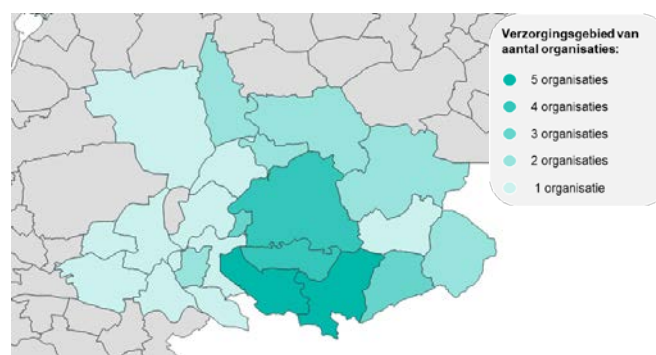
Sensire



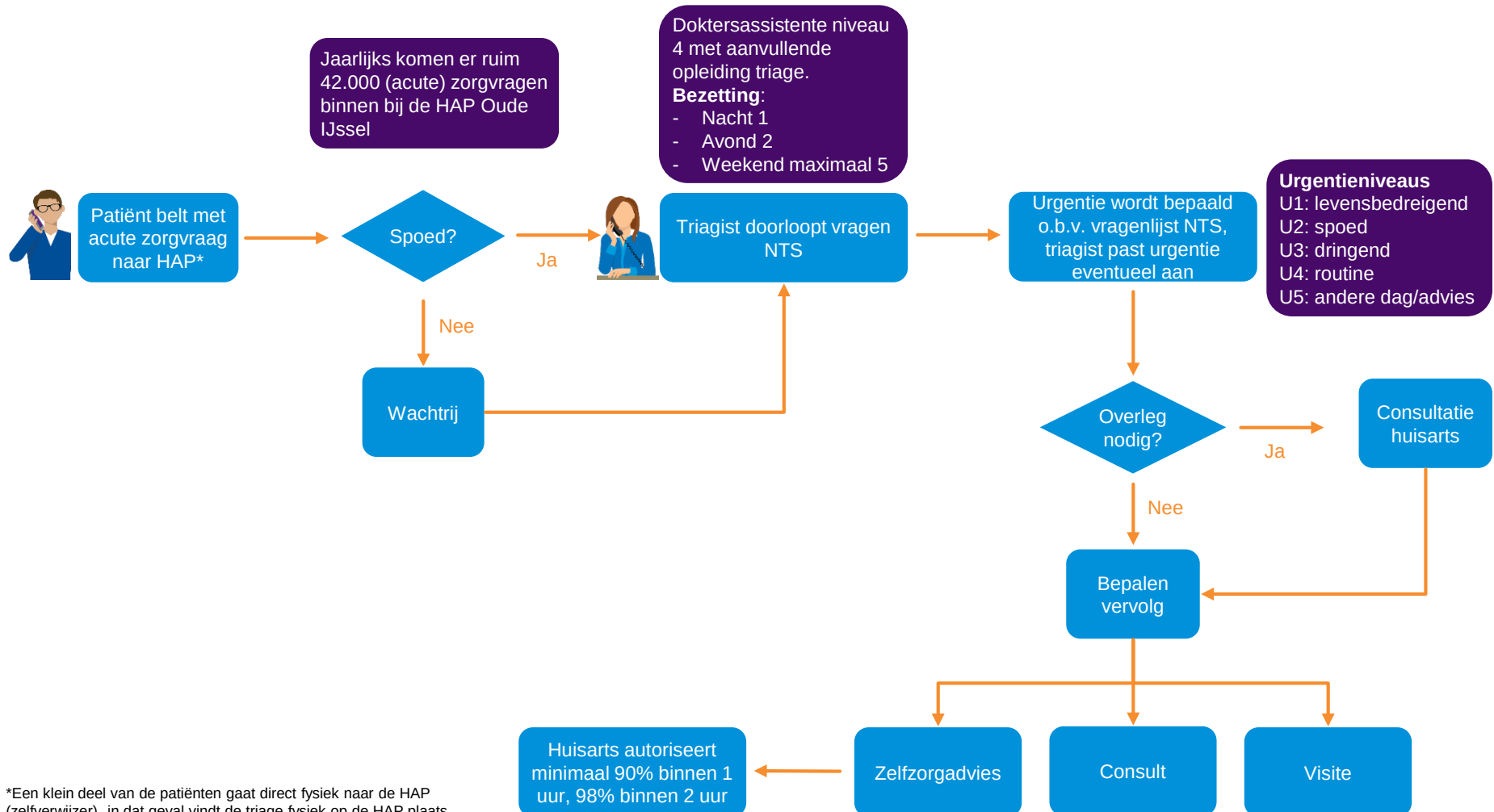
HZOIJ



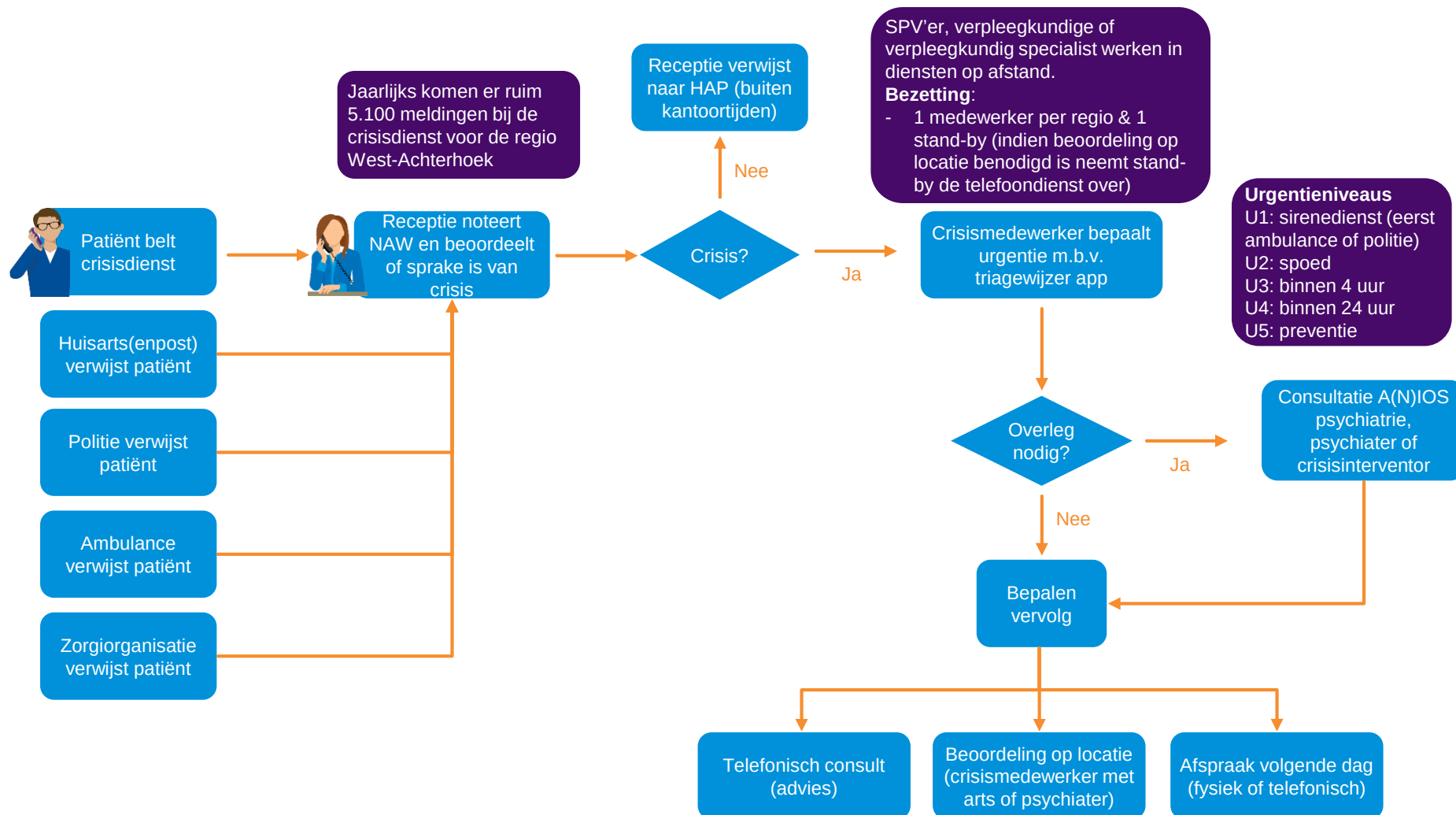
Alle organisatie gezamenlijk



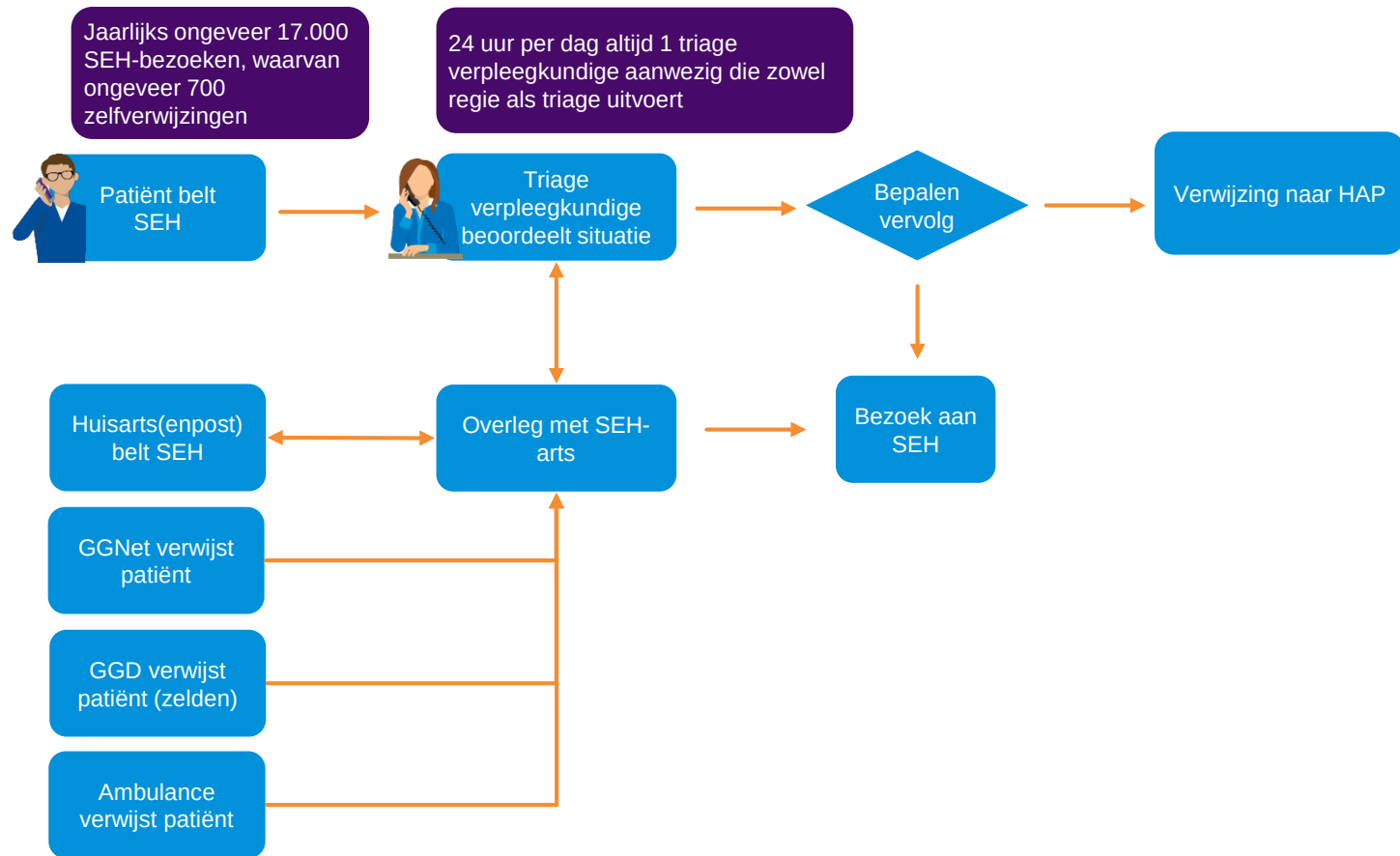
Bijlage 7 - triage huisartsenpost



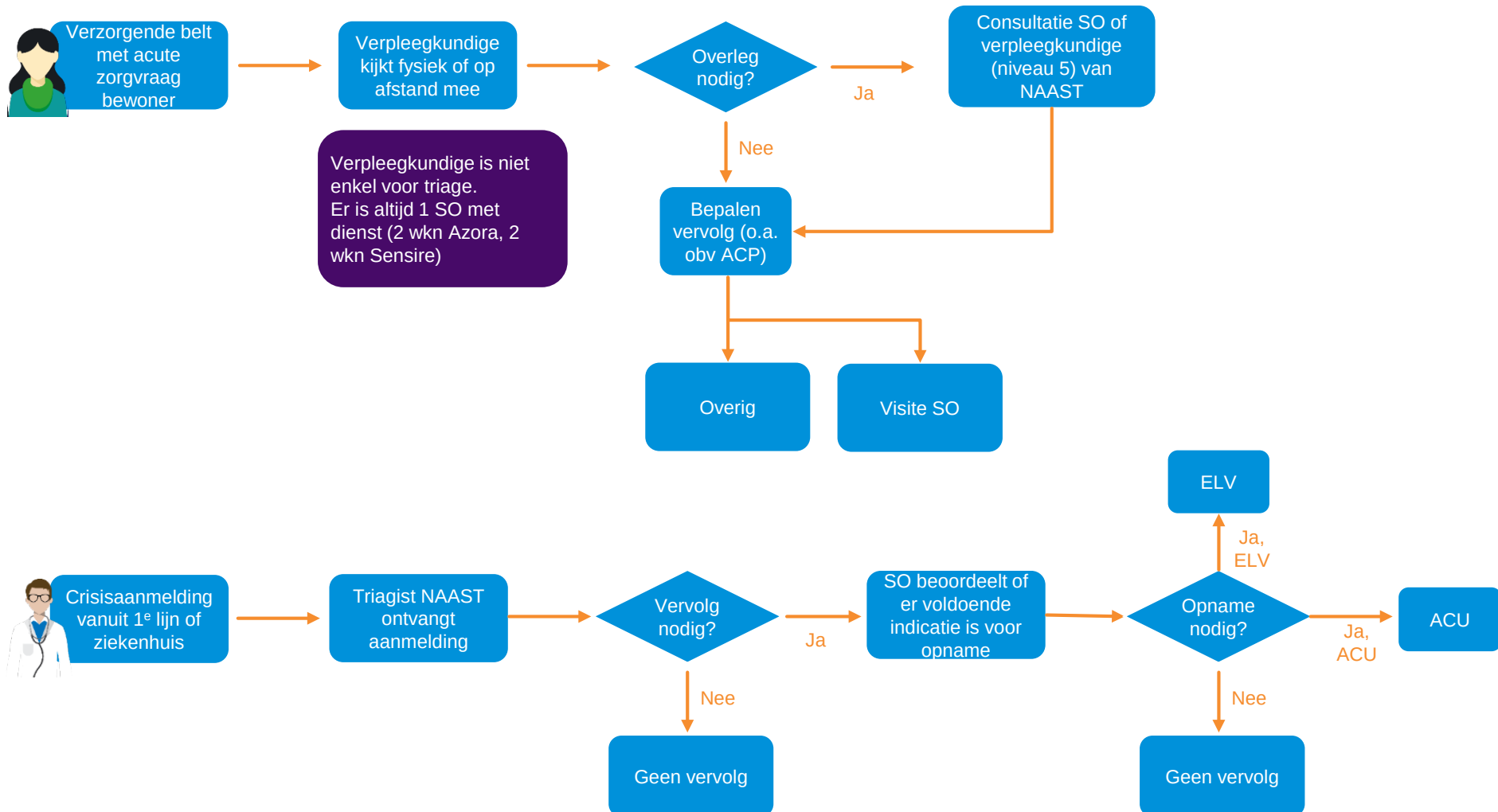
Bijlage 7 - triage crisisdienst GGNet



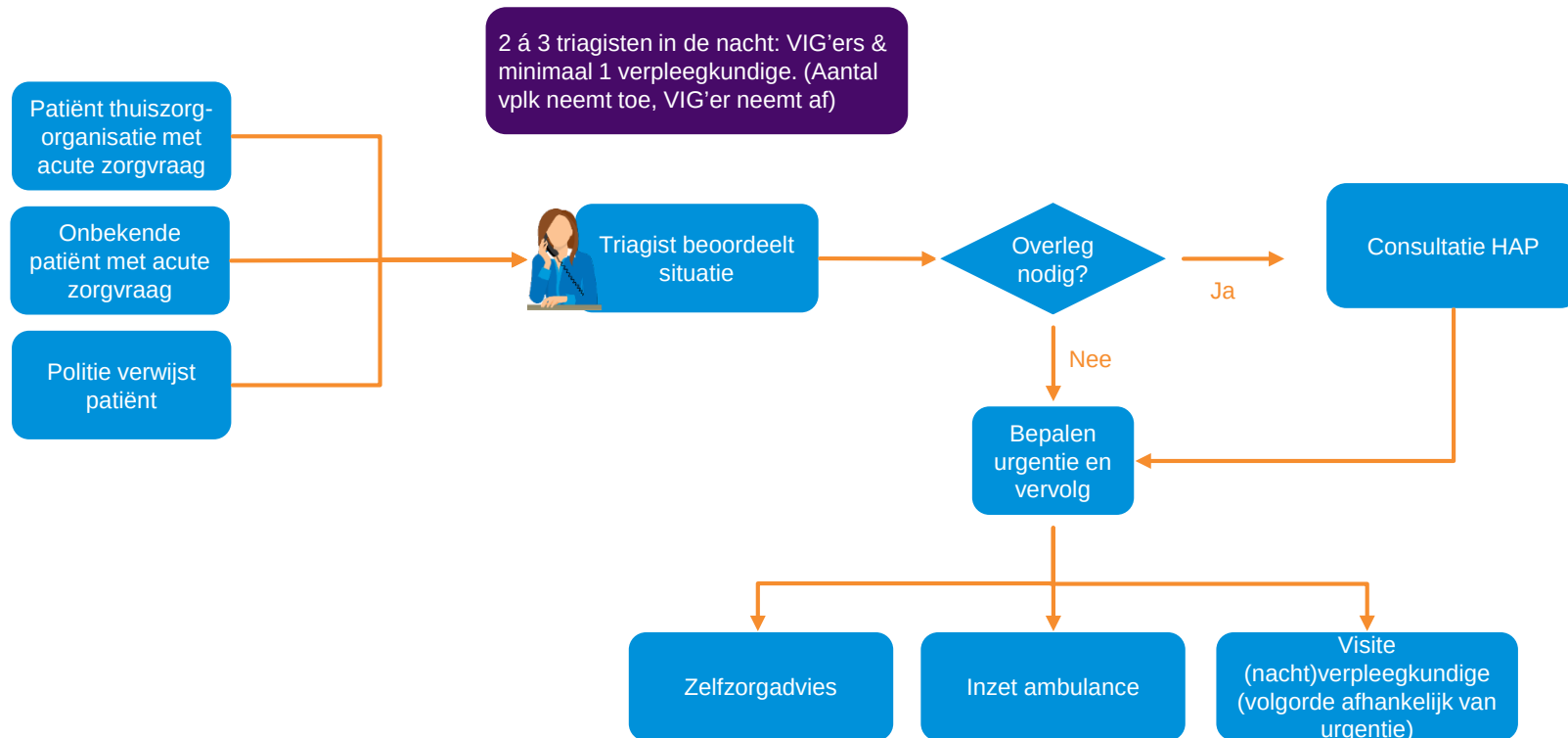
Bijlage 7 - triage Slingeland Ziekenhuis



Bijlage 7 - triage Azora



Bijlage 7 - triage nachtzorg (niet in de avonden & weekend)

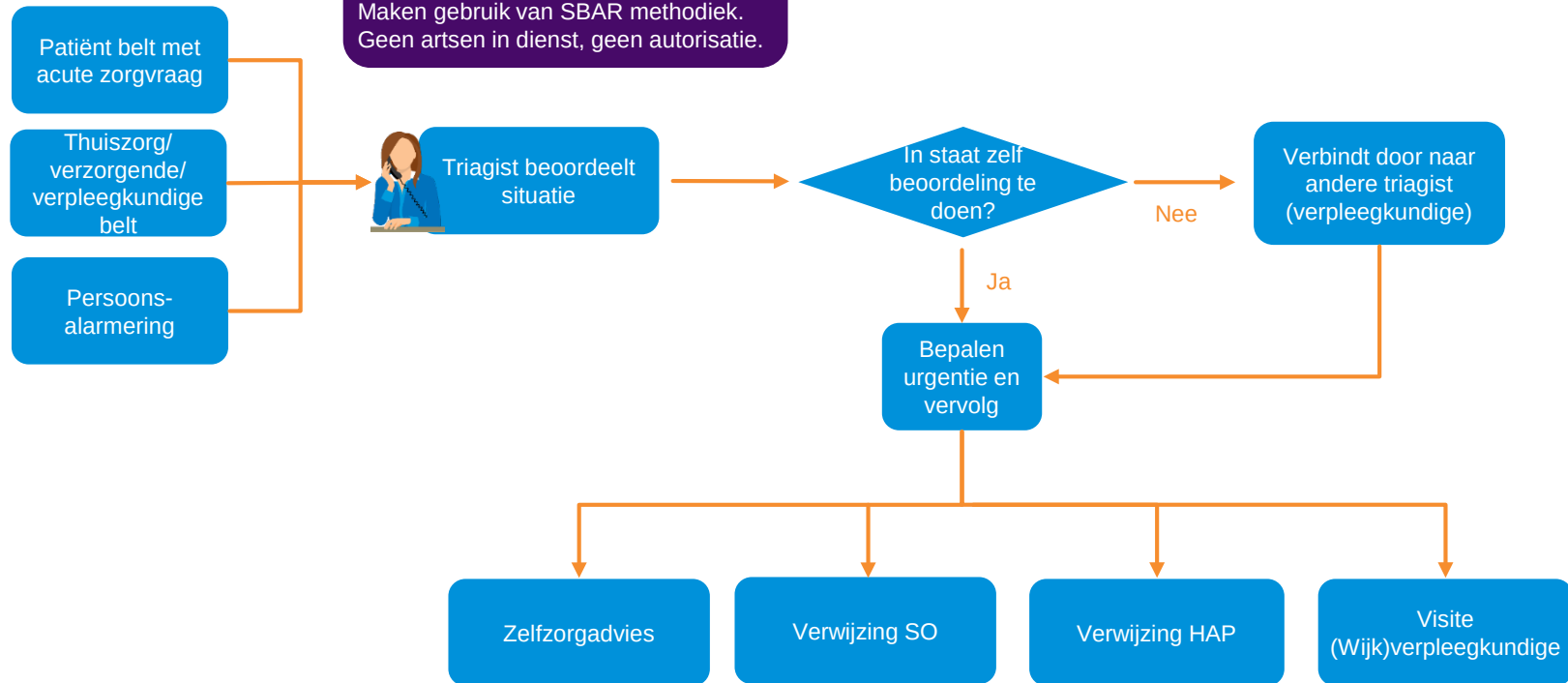


Bijlage 7 - triage NAAST



NAAST ontvangt ongeveer 24.000 telefoontjes en meldingen van personenalarmeringen voor de West-Achterhoek per jaar.

In de avond en het weekend 5 á 6 triagisten (niveau 3, 4 en 5), in de nacht 2 á 3.
Maken gebruik van SBAR methodiek.
Geen artsen in dienst, geen autorisatie.





KPMG on social media



KPMG app

© 2019 KPMG Accountants N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263683, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.