

Met elkaar voor betere patiëntenzorg

Een voorstel voor een gezamenlijk programma rond zorgcoördinatie voor de spoedzorg in Zuidwest-Nederland

Versie 1.0 Concept

Inhouds- opgave

Achtergrond en aanleiding	2.
Wat is het probleem?	4.
Bijdrage van zorgcoördinatie	7.
Programma Zorgcoördinatie	9.
Vervolgstappen	11.

Achtergrond en aanleiding

Het Regionaal Overleg Acute Zorgketen is opgericht om de samenwerking binnen de acute zorgketen te verbeteren. In de afgelopen jaren heeft het ROAZ daarbij vooral een signalerende rol gehad om te zien waar versterking van de samenwerking noodzakelijk was en om gezamenlijke afspraken tussen ketenpartners te organiseren en te faciliteren.

Het doel van de samenwerking binnen het ROAZ is om ervoor te zorgen dat een patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt en de juiste behandeling ontvangt wanneer hij acute zorg nodig heeft van ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, huisartsenposten en huisartsen, geestelijke gezondheidszorginstellingen en verloskundigen.

Verschillende initiatieven

Zorgcoördinatie is het gezamenlijk organiseren van de acute zorg en de inzet van de juiste zorgverlener op het juiste moment, zo staat te lezen in het landelijke 'Kwaliteitskader Spoedzorgketen'.¹ In de praktijk zien we dat daaraan verschillend invulling wordt gegeven. In de afgelopen periode zijn vanuit meerdere partners uit de regio verkenningen gestart rond het thema zorgcoördinatie – al dan niet gestimuleerd vanuit de branche. Alhoewel verschillende zorgpartners daaraan verschillende betekenissen geven, is de rode draad in die verkenningen een verdere intensivering van de huidige ketensamenwerking. De ambulancediensten in onze regio zoeken naar nieuwe manieren om de coördinatie en afstemming in de keten te organiseren. Zij leggen de focus daarbij op de gezamenlijke triage zodat daar een betere afweging kan worden gemaakt in het zorgaanbod en de mate van urgentie. Ambulancezorg Nederland heeft in haar visie voor 2025 aangegeven dat verdere regionale samenwerking tussen zorgaanbieders daarbij noodzakelijk is.² In Zeeland wordt door de huisartsensector verkend op welke wijze de spreiding van patiënten beter georganiseerd kan worden zodat pieken in de zorgvraag kunnen worden voorkomen. Ook de VVT-sector werkt aan zorgcoördinatie om daarmee de vraag beter te kunnen organiseren. De focus wordt daarbij vooral gelegd op het capaciteitsvraagstuk. De GGZ is samen met politie en openbaar bestuur bezig om een 'sluitende aanpak' te ontwikkelen voor verwarde personen. Dit is een landelijke opgave, waarvoor gemeenten en hun partners gezamenlijk het initiatief nemen. In de regio

¹ Kwaliteitskader Spoedzorgketen, SiRM, januari 2018.

² AZN ziet de acute zorg in 2025 als "een samenhangend geheel, dat op regionaal niveau rondom de patiënt is georganiseerd. Aanbieders handelen niet meer gesegmenteerd, maar gezamenlijk en in onderlinge afstemming. Aanbieders zijn bereid om waar nodig een deel van de eigen autonomie af te staan als dit in het belang van de patiënt en de zorg aan de patiënt nodig is." Hieruit vloeien diverse verkenningen voort rond zorgcoördinatie en de rol die de meldkamer daarin kan betekenen.

Rotterdam Rijnmond is een advies- en meldpunt ingericht voor personen met verward gedrag waarmee triage en goede opvolging wordt georganiseerd.

Zorgcoördinatie betekent vooral intensievere samenwerking van de betrokken ketenpartners zodat huidige knelpunten rond triage, spreiding en capaciteit efficiënter en effectiever kunnen worden aangepakt in het belang van de patiënt.

Zorgcoördinatie overal anders

In Nederland wordt er op verschillende wijzen betekenis gegeven aan het begrip 'zorgcoördinatie'. Zo wordt in Gelderland gewerkt aan een zorgcoördinatiecentrum waarmee vooral de triage gezamenlijk wordt georganiseerd. Landelijk zien we ook andere vormen waarbij bijvoorbeeld de spreiding wordt meegenomen (denk aan stedelijk versus landelijk gebied) of gewerkt wordt aan kwaliteitsverbetering in de keten. Het gaat soms over het terugdringen van de zorgvraag (instroom), soms over betere zorg op de juiste plek (doorstroom), soms over uitstroom en soms over alle drie deze processen in de keten. Soms wordt de zorgcoördinatie georganiseerd vanuit de dagdagelijkse uitvoering en soms vanuit bijzondere omstandigheden (denk aan griepepidemie) of crises.

Kortom, landelijk zien we veel verschillende varianten in de wijze waarop zorgcoördinatie wordt georganiseerd.

Opdracht voor het ROAZ

Het ministerie van VWS ziet bij de realisatie van zorgcoördinatie een belangrijke rol weggelegd voor de elf regionale overlegorganen voor acute zorg (ROAZ) omdat deze reeds gericht zijn op de ketensamenwerking. VWS gaat de positie van het ROAZ hiertoe versterken. Zorgcoördinatie is dus in ieder geval een verdere intensivering van de huidige samenwerking in ROAZ verband, waarbij de mate waarin en de vorm waarop nog nader vormgegeven moeten worden. Het is daarom opportuun om met elkaar te verkennen welke bijdrage zorgcoördinatie kan leveren aan de huidige knelpunten in onze regio en welk gezamenlijk beeld er is van zorgcoördinatie in Zuidwest Nederland.

Doel en opbouw van deze notitie

Gezien voorgaande, heeft het DB ROAZ opdracht gegeven om een startnotitie op te stellen om hierover een discussie te kunnen voeren. Het doel van deze notitie is het gesprek te faciliteren tussen alle partners in het ROAZ ZWN. Als input voor deze notitie is op donderdag 18 oktober 2018 een bijeenkomst georganiseerd voor diverse bestuurders uit het ROAZ, waarbij een verkenning is uitgevoerd rond de knelpunten in de keten en de mogelijkheden van zorgcoördinatie. De bijeenkomst had als doel een goede basis te creëren voor deze startnotitie zodat daarmee de discussie in het ROAZ van 1 november 2018 kan worden gevoed. De opbrengsten van deze bijeenkomst staan in voorliggende startnotitie. Deze notitie beschrijft op hoofdlijnen;

- De knelpunten in de acute zorgketen³ (hoofdstuk twee)
- Welke bijdrage zorgcoördinatie daaraan kan leveren (hoofdstuk drie).
- Een voorstel om daaraan te gaan werken door middel van een programma (hoofdstuk vier).
- Mogelijke vervolgstappen (hoofdstuk vijf).

³ Met acute zorg bedoelen we in deze notitie alle vormen van spoedzorg, dus naast traumazorg en ambulancezorg ook de huisartsenzorg vanuit de huisartsenposten en de acute GGZ.

Wat is het probleem?

De druk op de acute zorgketen neemt toe. Dat is het gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen (zorgvraag) en ontwikkelingen binnen onze organisaties (zorgaanbod).

Maatschappelijke ontwikkelingen: zorgvraag

- Nederland vergrijsst en dat leidt tot een toename in de (complexe) zorgvraag.
- De overheid stimuleert ouderen om langer thuis te blijven wonen. Mensen met een onvoldoende vangnet in de thuissituatie doen eerder een beroep op de acute zorg⁴. Ook groeit de vraag naar tijdelijke opnamemogelijkheden voor als het thuis tijdelijk niet meer gaat of wanneer de mantelzorger even geen zorg kan leveren.
- Er zijn nieuwe technologische mogelijkheden in de zorg, die gecombineerd met meer eigen regie van patiënten, leiden tot meer zorg op afstand.⁵ Daar waar de gezondheid van patiënten toch verslechtert, komt de huisartsenpost of ambulance al snel in beeld.
- Mensen zijn mondiger en doen -gesterkt door internetconsultaties- eerder een beroep op spoedzorg. Wat 'spoed' is, wordt hierbij heel verschillend beleefd.
- De zorgvraag is vaak niet gepland, maar er zijn piekmomenten in de vraag (vooral 's ochtends en aan het einde van de dag).

Organisatorische ontwikkelingen: zorgaanbod

- Het aanbod van gespecialiseerde IC-, CCU-, SEH-, OK/anesthesie- en ambulance- verpleegkundigen op de arbeidsmarkt is te beperkt, waardoor tekorten ontstaan. Dat leidt tot hoge werkdruk en tot opnamestops. Ook de congestie en verblijfsduur op de SEH neemt daardoor toe.
- De zorg is breder en meer gedifferentieerd. Deze kan bestaan uit laagcomplexe zorg (acute wijkverpleging) tot hoog-complexe, specialistische zorg (SEH). Hierdoor is een juiste triage lastiger en zijn er veel verschillende lokketten. Het is soms lang onduidelijk waar en wanneer een patiënt ergens terecht kan.

⁴ Met de termen acute zorg en spoedzorg wordt in deze notitie hetzelfde bedoeld. Het gaat om zorg die wordt aangeboden vanuit de spoedeisende eerste hulp, de huisartsenposten, de GGZ-crisisdienst, de acute wijkverpleging en de meldkamer ambulancezorg.

⁵ Denk aan het monitoren van gezondheid van ziekenhuispatiënten, digitale consult of gebruik van domotica in de thuiszorg.

- De capaciteit op de huisartsenposten is kwetsbaar georganiseerd ('s nachts bijvoorbeeld is de bezetting gering omdat huisartsen ook visites rijden) en het model 'huisartsenpost' staat onder druk.
- Er zijn strak ingeregelde processen binnen zorginstellingen, waardoor weinig slagkracht bestaat om piekmomenten op te vangen, zelfs bij jaarlijks terugkerende piekmomenten (denk aan griep epidemieën, vakanties en evenementen). Hierdoor ontstaat een plotse toename van patiënten terwijl tegelijkertijd ook substantiële personeelstekorten ontstaan.
- Het landelijke beleid is gericht op concentratie en specialisatie van ziekenhuiszorg. Dat leidt onder meer tot meer bewegingen van patiënten tussen zorginstellingen en ook tot langere afstanden, die ambulances tussen zorginstellingen moeten overbruggen.

Gevolgen: knelpunten in de keten

De triage en spreiding van patiënten over de verschillende zorgaanbieders is niet efficiënt georganiseerd en de druk op de acute zorg in onze regio neemt toe. Dat maakt dat patiënten soms onnodig lang bij zorgaanbieders verblijven of niet de juiste zorg ontvangen. Alhoewel er grote verschillen bestaan tussen de aard en omvang van deze 'ketenproblematiek' in de drie deelgebieden (Rotterdam-Rijnmond, Zeeland en Zuid-Holland Zuid), kunnen in er diverse voorbeelden worden genoemd van knelpunten in de instroom van patiënten als ook in de doorstroom en uitstroom. Met instroom bedoelen we de instroom van patiënten bij één van de acute zorgaanbieders, met doorstroom bedoelen we de doorstroom tussen verschillende aanbieders en met uitstroom bedoelen we dat een patiënt uit de acute zorgketen stroomt.

Instroom

Patiënten melden zich bij de huisartsenpost, de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, de ambulancemeldkamer (112-meldingen) of de GGZ-crisisdienst. Daar wordt door professionals de juiste zorg toegewezen. De triage geschiedt door iedere sector op eigen wijze. Vaak wordt daarbij gedacht vanuit de eigen sector; op de meldkamer denkt men in ambulancezorg en bij de huisartsenpost in huisartsenzorg. Er is onvoldoende zicht op de deskundigheid en capaciteit elders in de keten. Soms leidt dat tot dubbel werk -terwijl de capaciteit toch al een aandachtspunt is- en/of onnodig doorverwijzen van patiënten.



Figuur 1. Patiëntenstromen in de acute zorg

De spreiding van patiënten kan niet goed worden georganiseerd omdat partners onvoldoende geïnformeerd zijn over de actuele deskundigheid en capaciteit van andere zorgaanbieders. Zo kan het voorkomen dat het aantal patiënten bij sommige ziekenhuizen en huisartsenposten op momenten heel hoog is, terwijl elders in het gebied capaciteit beschikbaar is. Soms is het zelfs zo dat de zorgvraag het zorgaanbod overschrijdt omdat aanbieders de toestroom van patiënten tijdelijk niet aankunnen. Dat zijn momenten waarop een SEH' tijdelijk wordt ontzien. Ziekenhuizen kunnen dat van elkaar niet inzien, waardoor het kan gebeuren dat meerdere ziekenhuizen tegelijkertijd een 'SEH tijdelijk ontzien' afkondigen. Minder beschikbaarheid van SEH-capaciteit leidt vervolgens tot langere rijtijden voor ambulances, wat weer extra beslag legt op de capaciteit en dekking van ambulancezorg. Knelpunten verschuiven zo naar voren in de keten.

'We doen in ons eigen domein, ons eigen proces, maar kijken vaak niet verder in de keten.'

Doorstroom

Knelpunten ontstaan ook elders in de keten. Zo kan het voorkomen dat er een tekort is in capaciteit voor ELV-bedden (eerstelijns verblijf) bij verpleeghuizen waardoor patiënten onnodig lang moeten wachten, bijvoorbeeld na een operatie. Ook is de beschikbare ELV-capaciteit voor huisartsen onvoldoende inzichtelijk (dit heeft ook te maken met verschillend aanbod vanuit verschillende financieringsstromen⁶) waardoor het lastig is de juiste zorg te organiseren en de huisarts lang moet rondbellen om een bed te regelen voor zijn patiënt. Deels komt door de verregaande differentiatie in het zorgaanbod voor specifieke groepen (ouderen, jongeren of GGZ) waardoor een indicatie lastig is te stellen, maar ook door gebrek aan inzicht in de regio capaciteit. 'We hebben geen site als 'Booking.Com' waarmee je de beschikbaarheid kunt inzien en een plek alvast kunt reserveren.'

Er is geen gedeeld beeld van de deskundigheid en beschikbaarheid van zorg in de keten.

Uitstroom

Huisartsenposten ervaren een toename aan klantcontacten nadat mensen uit het ziekenhuis weer thuis zijn. Patiënten hebben na ontslag uit een ziekenhuis vaak vragen over de medicatie. Het is daarom van belang dat die informatie-overdracht tussen ziekenhuizen en huisartsen goed geborgd is.⁷ Ook kan beter gestuurd worden op de geplande zorg zodat er meer capaciteit beschikbaar komt voor de spoedzorg. Bij een knie of heupoperatie, is vooraf al bekend dat een patiënt mogelijk gebruik gaat maken van de wijkverpleegkundige zorg of een aanpassing in huis nodig heeft (gemeentelijke verantwoordelijkheid in kader van de Wmo). Nu wordt dat pas op het laatste moment georganiseerd en dat betekent dat bedden onnodig bezet blijven.

Het probleem is niet zozeer de sterke toename in de zorgvraag, maar het is vooral een organisatieprobleem door de verdere specialisatie (differentiatie) en onvoldoende afstemming van de zorgorganisatie op de goed geïnformeerde, 24-uurs maatschappij.

De samenleving en het stelsel zijn vanuit het ROAZ lastig te beïnvloeden, maar partners willen er alles aan doen om te kijken wat zij *wel* kunnen beïnvloeden. Op basis van de verkennende bijeenkomst op 18 oktober is geconstateerd dat partners gezamenlijk maatregelen kunnen, en willen, treffen om ervoor te zorgen dat de instroom en doorstroom van patiënten vanaf het begin van de zorgketen zo effectief en efficiënt mogelijk verloopt. 'Als je het probleem van je buurman, (mede) jouw probleem maakt, kunnen we samen veel oplossen.'

⁶ Financiering voor eerstelijns verblijf (ELV) en crisisopname (WLZ) is verschillend.

⁷ In Zeeland is daarom afgesproken dat de huisartsen periodiek een overzicht ontvangen van de patiënten op de SEH. Daarmee kunnen zij zich voorbereiden op vragen van patiënten.

Bijdrage van zorg- coördinatie

Zorgcoördinatie kan een oplossing bieden voor voornoemde knelpunten doordat veel meer vanuit de gezamenlijkheid wordt gedacht. Het vraagt een brede mindset waarbij niet alleen gedacht wordt vanuit het eigen zorgproces, maar vanuit 'de juiste zorg voor de patiënt'. Dat kan soms ook (andere) zorg op een andere plek zijn. Het gaat erom eenduidig antwoord te geven op de volgende vragen; welke zorg heeft de patiënt nodig? Met welke urgentie? Wie kan deze zorg het beste leveren (capaciteit en kunde)?

“Zorgcoördinatie is het gezamenlijk regisseren van patiëntenstromen met als doel dat patiënten zo snel mogelijk de juiste zorg op de juiste plek ontvangen”.

Hiertoe dient actuele informatie vanuit verschillende aanbieders ook voor elkaar inzichtelijk te zijn (transparantie). Wanneer deze informatie sneller beschikbaar is, kan effectieve verwijzing worden georganiseerd en kan de behandeling sneller starten. Om dat mogelijk te maken zou een centraal punt of platform ingericht kunnen worden waar altijd actuele informatie beschikbaar is, zowel over de patiënt als over de beschikbare capaciteit. Het gezamenlijk regisseren van patiëntenstromen, vraagt ook een gezamenlijke triage van zorgvragen of op z'n minst een uniforme werkwijze. Dat kan gaan over de instroom, maar ook over de door- en uitstroom van patiënten.

Afspraken maken over informatiedeling

Zorgcoördinatie betekent samenwerking in de zorgketen, vanuit actuele informatie over patiënten, bedden capaciteit en deskundigheid. Het vereist transparantie tussen ketenpartners over informatie en over het delen van informatie dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt.

- Het betreft de uitwisseling van informatie gedurende het zorgverleningsproces, over de beschikbare capaciteit en de aanwezige deskundigheid. De verdere digitalisering binnen iedere organisatie en gezamenlijke afspraken over het ('real-time') delen van informatie zijn belangrijke randvoorwaarden om dit mogelijk te maken.
- Daarnaast kan de informatie ook worden gebruikt om analyses op te stellen en voor alle zorgpartners inzichtelijk te maken wat bijvoorbeeld de beschikbare capaciteit in de regio op bepaalde momenten is. Hierdoor kan preventief worden gestuurd op een toename of afname in de zorgvraag en kan gewerkt worden aan structure-

le verbeteringen in de beschikbare capaciteit. Zorgpartners kunnen zo 'anticiperen in plaats van reageren' op ontwikkelingen in patiëntenstromen.

Afspraken maken over gezamenlijke werkwijze

Voorgaande betekent ook dat de vrijblijvendheid in de huidige samenwerking verdwijnt, en dat zorgpartners op ketenprocessen naar elkaar toegroeien. Het gaat erom een gezamenlijk werkproces te organiseren vanuit de patiënt, zodat onafhankelijk bij welk loket een patiënt zich meldt, de juiste zorg op de juiste plek kan worden ontvangen. Om een gezamenlijk werkproces te organiseren zullen afspraken moeten worden gemaakt over definities, triagesystemen, medische richtlijnen en privacyrichtlijnen.

Het gaat erom te denken vanuit de patiënt over de grenzen van zorginstellingen heen.

Kansen en bedreigingen

Gezamenlijk worden dan de knelpunten in de keten aangepakt. Zoals gezegd, betreffen de genoemde knelpunten vooral de *organisatiewijze van de zorg*. Daar moeten de verbeteringen derhalve worden ingezet. Door middel van samenwerking in de keten kunnen pieken worden opgevangen en kan de juiste zorg op de juiste plek geleverd worden. Dat verhoogt niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook de tevredenheid van het personeel. Het werken vanuit ketenprocessen biedt tevens kansen voor diverse (technologische) innovaties. Ook daarvoor is samenwerking met meerdere organisaties noodzakelijk.

Bij ketensamenwerking blijven deelnemende partijen zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun eigen processen én hun bijdrage aan de keten. Om zorgcoördinatie te doen slagen, is het belangrijk dat de betrokken partners hun bijdrage aan die samenwerking ook echt leveren. Vanzelfsprekend vraagt zorgcoördinatie daarnaast een hoge mate van vertrouwen tussen partners. Indien dat ontbreekt, of partners vasthouden aan de eigen autonomie, heeft samenwerking een beperkte kans van slagen. Samenwerken vraagt het vrijwillig loslaten van autonomie op onderdelen, in het besef dat je er een beter alternatief voor terugkrijgt.

Programma Zorgcoördinatie

In het vorige hoofdstuk is een globaal toekomstperspectief beschreven. Er is immers nog geen concreet zicht op hoe zorgcoördinatie in deze regio kan worden georganiseerd en wat dat betekent voor de ketenprocessen. Dat moet nog gezamenlijk worden uitgedacht. De gedachte is hiertoe een “programma zorgcoördinatie” te starten waarbij door middel van diverse projecten en pilots meer zicht komt op de nadere invulling van zorgcoördinatie in deze regio. Op basis daarvan moet duidelijk worden;

- waar de problemen zich manifesteren en waar in de keten de nood het hoogst is;
- hoe een dergelijke samenwerking er concreet uit kan zien;
- op welke schaal dat moet worden georganiseerd;
- wat dat betekent voor ieder van de partners.

Door initiatieven samen te beschouwen in één programma zorgcoördinatie, kan de gehele regio leren van de lessen en kunnen succesvolle aanpakken ook breder hun uitwerking krijgen.

Door nu met een dergelijk programma te starten kan het ROAZ het initiatief naar zich toe trekken in plaats van dat een bepaalde vorm van zorgcoördinatie wordt opgelegd (door het ministerie van VWS of landelijke koepels). Bovendien zijn er nu ook gelden beschikbaar om te experimenteren met zorgcoördinatie.

Voorstel: Het ROAZ wil het initiatief nemen om, tezamen met alle zorgpartners, de gedachten rond zorgcoördinatie verder uit te werken en kaders te stellen vanuit een voortrekkersrol.

Ontwikkelgerichte benadering dmv pilots en projecten

Een dergelijk proces vraagt een ontwikkelgerichte benadering waarbij innovaties worden toegepast in de praktijk. Het voorstel is om niet eerst verschillende onderzoeken te doen en visies op te gaan stellen, maar direct te starten. Dat kan door op verschillende plekken in onze regio te gaan experimenteren met zorgcoördinatie. Dat betekent dat verschillende projecten of pilots worden gestart waarbij twee of meer partners samenwerken in de keten. Daarmee kan ook rekening gehouden worden met de diversiteit in de verschillende gebieden van het ROAZ en de diversiteit aan partners die zijn betrokken⁸. Door concepten in de praktijk van het eigen gebied samen te ontwikkelen, kan aansluiting bij die praktijk goed worden geborgd en worden werkzame modaliteiten ontwikkeld. Deze ontwikkelgerichte benadering betekent wel dat partners bereid moeten zijn om te veranderen voordat het systeem daarop volledig is aangepast.

⁸ Voor de acute GGZ betekent immers dat ook partners in welzijn, sociaal domein en veiligheid relevant zijn.

Er zijn reeds diverse initiatieven, die breder kunnen worden toegepast en diverse partners hebben op 18 oktober initiatieven genoemd waarmee zij direct aan de slag willen. De volgende initiatieven zijn onder meer genoemd en kunnen in een dergelijk programma een plek krijgen;

- Doorontwikkeling keten acute GGZ
- Ontwikkelen van één nummer voor thuiszorg in de regio
- Vervolgpilot centrale triage GGZ en Huisartsenpost 't Hellegat
- Pilot zorgcoördinatie ambulancemeldkamer en huisartsenpost Rotterdam-Rijnmond⁹
- Mobiliteit bij griep epidemie dmv rolstoelbussen VVT
- ELV-coördinatie inrichten en in beheer van huisartsen organiseren.

Programmaorganisatie

Een zorgvuldige organisatie en besturing van de projecten en pilots én een goede monitoring is noodzakelijk. Voor uitvoering van dit programma en de terugkoppeling daarvan aan de betrokken bestuurders, zal daarom een programmaorganisatie moeten worden ingericht onder leiding van een programmamanager. In de programmaorganisatie nemen vertegenwoordigers vanuit de betrokken partners deel. Deze ontwikkeling moet immers van, voor en met elkaar worden vormgegeven. Alle deelnemende partijen blijven daarbij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van hun eigen processen én bijdrage aan de keten.

Voorstel: Het ROAZ ZWN richt een Programma Zorgcoördinatie in waarmee zorgvuldige organisatie en besturing van diverse projecten en pilots in gezamenlijkheid kan worden georganiseerd.

Stuurgroep vanuit ROAZ

Het is belangrijk de besturing van de programmaorganisatie vanuit het bestuurlijk overleg ROAZ te borgen zodat communicatie en afstemming met alle betrokken ketenpartners kan worden georganiseerd. Voorstel is daarom een stuurgroep te formeren vanuit het ROAZ, die zich richt op de aansturing van de programmaorganisatie, de realisatie van gezamenlijke ambities van het programma en de communicatie binnen het ROAZ. De individuele leden in het ROAZ dragen vervolgens zorg voor afstemming binnen de eigen organisaties en zijn ambassadeur vanuit het programma richting hun achterban en andersom richting het programma.

Voorstel: binnen het ROAZ wordt een stuurgroep aangewezen om toe te zien op de voortgang van het programma en de communicatie en afstemming met de bestuurders in het ROAZ.

⁹ Hiervoor is mogelijk ook financiering beschikbaar vanuit het ministerie van VWS. De minister wil binnen afzienbare tijd rond dit thema een pilot starten in Nederland.

Vervolg- stappen

Op 1 november 2018 wordt deze startnotitie besproken in het ROAZ. Daarbij worden de voorstellen besproken en wordt akkoord gevraagd op de verdere uitwerking van een dergelijk Programma Zorgcoördinatie, zodat er meer zicht komt op de consequenties van een dergelijk gezamenlijk programma. In een programmaplan kunnen de gezamenlijke ambities, een planning van verschillende projecten en pilots, de organisatiewijze van het programma en een kostenraming worden beschreven. Dat programmaplan kan dan ter bespreking voorgelegd worden aan het ROAZ van april 2019.

Ter voorbereiding op die bijeenkomst van april 2019 kan op basis van deze startnotitie reeds de afstemming en communicatie met de betrokken achterbannen en organisaties worden vormgegeven. Op die wijze kunnen ideeën en beelden voor het programma worden opgehaald zodat deze bij de bespreking in april kunnen worden ingebracht. Onderdeel van deze afstemming kan een werkbezoek zijn door diverse partners om te zien hoe zorgcoördinatie elders in het land wordt vormgegeven.

Dit is een uitgave van Traumacentrum Zuidwest-Nederland.

Voor meer informatie kunt u per mail contact opnemen met roaz@erasmusmc.nl.