



Gespreksverslagen good practices

Leeswijzer

Dit document bevat de samenvattingen van de gesprekken welke met de good practices zijn gevoerd om informatie op te halen. Deze informatie is weergegeven op zogeheten 'onepagers'. Deze zijn tijdens het gesprek opgesteld en vervolgens aan de gesprekspartners voorgelegd ter controle.

Contactgegevens van de initiatiefnemers zijn bekend en kunnen op aanvraag gedeeld worden.

(Pilot) Module	Organisatie	Naam good practice
1	St. Antonius Ziekenhuis	Het thuis monitoren van patiënten door middel van een intern regiecentrum
1	Jeroen Bosch Ziekenhuis	Het thuis begeleiden van patiënten door middel van een monitoringscentrum
1	ROAZ Noordwest	Telemonitoring waarbij de huisarts regisseur is en het ziekenhuis een ondersteunende rol heeft
1	Isala Ziekenhuizen	Het thuis monitoren van patiënten door middel van een intern regiecentrum
1	WZA, Treant, DH, ZN	Het thuis monitoren van patiënten door middel van een regiecentrum in een zorgcentrale
2	UMCG	Project COVID Vrijwilliger
3	ROAZ Brabant	Regionale regie op doorgang IC-afhankelijke U3-zorg
3	ROAZ Noordwest	Samenwerking over keten door middel van een zestal coördinatiepunten
3	Slingeland Ziekenhuis	Een samenwerking tussen het Slingeland Ziekenhuis en de keten
3	Regionaal Transferpunt Salland (RTP)	Regionaal Transferpunt Salland (RTP)
3	UMCG	Forcecast COVID-capaciteit
4A	MUMC+	Kliniek gedelegeerde zorg met behulp van Optiflow
4B	Stichting MICU Zuidwest-Nederland	Aangepast patiëntvervoer voor het vervoeren van Optiflow patiënten
5	NVA / ROAZ Noord	Het opzetten/uitbreiden van de PACU ter verlichten van de IC
6	OCON	Het uitplaatsen van zorg vanuit ziekenhuizen naar ZBC's
7	COVID-Data	Early Warning System
8	ROAZ Noordwest	Concentratie VVT-COVID-zorg tussen zorgorganisaties
B	Philips	Inzet van sensoren ter trendmonitoring waardoor patiënt eerder naar lager zorgzwaarteniveau kan
B	Teladoc	Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC-programma)

Gespreksweergave - St. Antonius Ziekenhuis

Het thuis monitoren van patiënten door middel van een intern regiecentrum

Algemeen

Beschrijving good practice

Door middel van een applicatie (Luscii) kunnen patiënten vervroegd worden ontslagen; patiënten die niet worden opgenomen worden eveneens met deze app gemonitord. Door middel van een tweemaal daagse vragenlijst, een saturatiemeter en zuurstof thuis wordt een persoonlijk behandelplan opgezet met focus op afbouwen. Een regiecentrum (twee verpleegkundigen die dit 7 dagen per week doen) monitort, kijkt naar saturatiewaarden en neemt eventueel contact op met patiënt. Het regiecentrum ziet ook toe op andere ziektebeelden dan COVID. Ter bemanning is in het begin een uitzendbureau in de arm genomen. Activiteiten variëren van meten tot onboarden (1/2-1 uur). Door het monitoren van patiënten na ontslag (veel COPD'ers worden opnieuw opgenomen na ontslag), is er een reductie in heropname.

Stakeholders

Interne afdelingen: ICT-afdeling; Bemanning van het regiecentrum welke toezien op onder andere bovengenoemde activiteiten; Supervisor,
Externe partijen: eHealth-partij die applicatie levert (Luscii).

Patiëntgroep

(Revaliderende) COVID-patiënten; COPD'ers.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Op basis van de voordelen los van COVID, dient de module direct te worden ingezet ten behoeve van de zorgverlichting.

Randvoorwaarden

De urgentie dient duidelijk te zijn, waarbij een trekker actief is in de regio. Kan gestimuleerd worden door intern successen delen. Indien huisartsen meewerken, dient een platform hen te verbinden en dienen de incentives juist te zijn. Tevens dient de toegevoegde waarde duidelijk te zijn voor zorgverzekeraars.

Impact

Binnen de good practice

COVID: Aanzienlijke besparing: bespaart ongeveer 5,5 opnamedag per persoon, hetgeen mogelijk nu minder is door vaccinaties (kostprijs circa €700 per ligdag). Dit betreft echter geen productievermeerdering aangezien bedden toch worden gevuld.

Momenteel worden 20 mensen (zowel COVID als COPD, waarvan 2-7 COVID) thuis gemonitord. 25-30 patiënten was het maximum. Hier zit nog rek in; hoe meer ervaren de monitorende verpleegkundige is, hoe beter.

Ten behoeve van nationale opschaling

Circa 50 ziekenhuizen gebruiken al thuismonitoring. Reeds 20 gebruiken hierbij het Luscii-protocol/applicatie. Vanwege deze reden zal de (additionele) impact op nationale schaal beperkt zijn.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

De Santeon ziekenhuizen hanteren een vergelijkbare aanpak (focus op COPD/COVID), hierbij ligt de focus echter meer op andere technologische processen. Dit betreft eveneens een versnelling van eHealth-implementatie (info bij patiënt ophalen, vragenlijsten, ontlasting van de poli).

Zorgcentrale: Een regionale aanpak wordt niet geadviseerd. Lokaal enthousiasme is belangrijk. Het is tevens moeilijk om een Zorgcentrale regionaal kosteneffectief in te zetten; een oplossingsrichting zou zijn een opdeling in overdag (lokaal) en 's nachts (regionaal).

Huisartsen: Deze stellen dat standaardisatie vanuit ziekenhuizen belangrijk is. Zij geven daarom aan dat ziekenhuizen het beter zelf kunnen oppakken.

Stappen ter opschaling

Draagvlak creëren, communiceren met andere ziekenhuizen/protocollen. Best practices worden in de breedte van de STZ-Ziekenhuizen bekeken.

Barrières

Binnen de good practice

Draagvlak onder professionals: Verschillende ziekenhuizen, verschillende snelheden.
Financiën: Momenteel slechts beschikbaar voor een beperkt aantal ziektebeelden o.a. door de lopende gesprekken met de zorgverzekeraars. Aangezien het voor kleine ziekenhuizen rendabel moet zijn, kunnen deze mogelijk beter aansluiten bij een regionaal centrum dan wel een bestaand centrum van een ander ziekenhuis.

Ten behoeve van nationale opschaling

Financiën: Genoemde ideeën voor een bekostigingspost zijn een generieke eHealth-code of versneld andere zorgactiviteiten toevoegen. Financiering tussen ziekenhuizen in de regio uitwerken.
Regionaal coördinatiecentrum: Minder zichtbaar, protocol over ziekenhuizen heen instellen.

Effort

Binnen de good practice

Je moet 7 dagen per week iemand bereikbaar hebben (1,5 FTE). Er dient dus een minimaal aantal patiënten te zijn, anders is het niet rendabel. Kan worden opgelost door het betrekken van andere patiëntgroepen of taakdifferentiatie tussen diverse ziekenhuizen.

Voor elke 10 additionele patiënten, was 1 additionele geneeskundestudent vereist ter monitoring.

Ten behoeve van nationale opschaling

-

Gespreksweergave - Jeroen Bosch Ziekenhuis

Het thuis begeleiden van patiënten door middel van een monitoringscentrum

Algemeen

Beschrijving good practice

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) heeft in 2020, in afstemming met regionale huisartsen, een regiecentrum opgezet ter ondersteuning om zorg thuis te kunnen leveren, hetgeen ook ingezet is om COVID-patiënten te monitoren. De insteek ziet enerzijds toe op vervroegd ontslag, anderzijds op insturing door huisarts (de *one-stop-visit*). In deze laatste variant wordt de patiënt door de huisarts naar de SEH verwezen, waar werd nagegaan of er geen medische zaken speelden die maakten dat thuismonitoring direct vanaf de SEH niet mogelijk was. Longembolieën of een bacteriële superinfectie werden bijvoorbeeld uitgesloten. Indien mogelijk, dient deze binnen 4 uur naar huis verwezen te worden. Indien een patiënt goed genoeg wordt geacht om thuis te monitoren, wordt een casemanager (geneeskunde student) ingezet welke het ontslag organiseren (o.a. huisarts benaderen, zuurstof regelen, mantelzorgers op de hoogte brengen). De patiënt wordt naar huis begeleid waar reeds zuurstof op ze wacht en waar ze instructies krijgen over het gebruik. De patiënten leren ook zelf fraxiparine spuiten, glucose controleren bij gebruik van dexamethason en, indien nodig, insuline toedienen. Door middel van de Luscii-applicatie worden patiënten gemonitord, welke data in het regiecentrum door geneeskunde studenten worden uitgelezen. Bij afwijkende waarden wordt de huisarts (hoofdbehandelaar) benaderd, welke in elk geval een dag na ontslag thuis bij de patiënt op bezoek komt.

Stakeholders

Huisartsen, Zuurstofleverancier (deze levert een transportflie in het ziekenhuis voor het vervoer, evenals zuurstof thuis inclusief instructie), Farrent (maatschappelijkwerk / mantelzorg ondersteuning), internisten, ziekenhuisartsen, longartsen, SEH-artsen, geriaters, thuiszorg.

Patiëntgroep

Patiënten met COVID, dan wel een van de andere ziektebeelden onder behandeling. Hierbij is een bepaalde, maximale zuurstofbehoefte leidend. De patiënt/mantelzorgers moet de applicatie kunnen gebruiken en er mag niet binnenshuis gerookt worden. Voor specifieke patiëntcriteria, zie de werkafspraken applicatie op de website van het JBZ.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Direct. De voordelen zijn ook evident buiten COVID om. Daarnaast geven patiënten zelf aan COVID-zorg thuis te prefereren boven verblijf in een ziekenhuis.

Randvoorwaarden

Het onderhouden van korte lijnen tussen alle betrokken partijen (patiënten, huisartsen, zuurstofleverancier, Luscii) wordt als succesfactor gezien. Zo zijn huisartsen in de regio vroeg in het proces betrokken. Een additionele webinar voor de Landelijke Huisartsen Vereniging om informatie over de werkwijze te verstrekken, is door circa 8.000 huisartsen bijgewoond. Het standaardiseren van werkprocessen (bijv. brieven voor huisarts) heeft bijgedragen aan het succes. Via applicaties is tevens een achterwacht ingericht (onder andere huisartsen, longartsen, SEH-arts en casemanagers) ter ondersteuning van de huisartsen en casemanager wanneer nodig.

Impact

Binnen de good practice

Het interne centrum van het JBZ heeft in totaal 450 COVID-patiënten in de thuissetting gemonitord. Op de piek waren dit 70 patiënten tegelijkertijd, hetgeen in die periode tot stand kwam door 6-8 ontslagen patiënten per dag.

Een tussentijdse inschatting (toen er minder dan 400 COVID-patiënten waren gemonitord) gaf aan dat dit 3.300 ligdagen had bespaard. Gemiddeld gezien bleven patiënten thuis langer aan de zuurstof dan in het ziekenhuis.

Ten behoeve van nationale opschaling

-

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Er bestaan door het land diverse alternatieven gericht op het patiënten thuis voorzien van zuurstof en saturatiemeters, waar tevens diverse methoden voor worden gebruikt. Deze good practice verschilt wezenlijk doordat de huisarts een centrale rol heeft in het monitoren van patiënten. In vergelijking met alternatieven, geeft het JBZ zelf aan dat ze redelijk scherp zijn betreffende het patiënten naar huis sturen.

Stappen ter opschaling

Er wordt afgeraden om thuismonitoring te veel te centraliseren omdat dit een succesfactor (korte lijntjes en het daarmee opbouwen van persoonlijke band met de patiënt) wordt tegengegaan. Voor landelijke dekking zouden meer dan 7 landelijke regiecentra nodig zijn. In de avond/nacht zou het gecentraliseerd werken mogelijk wel kunnen werken. Overige zaken die van belang zijn bij de implementatie:

- Een enthousiast team: Het initiatief moet breed gedragen worden;
- Samenwerkingen: Het helpt als de betrokken partijen samen aan iets bouwen (bijvoorbeeld met Luscii);
- Mensen in hun kracht zetten: Verpleegkundigen bijvoorbeeld ontlasten van logistieke taken.

Barrières

Binnen de good practice

Personeel: Momenteel is de bemanning van het regiecentrum lastiger doordat geneeskundestudenten weer verder zijn gegaan met onderwijs;
Zuurstof: Op enig moment was de toegankelijkheid van zuurstof in het geding (specifiek op de *one-stop-visit* door de korte doorlooptijd).

Ten behoeve van nationale opschaling

Versplintering huisartsenlandschap: Binnen de good practice heeft dit niet tot een probleem geleid aangezien de huisartsen regionaal goed georganiseerd zijn, waardoor centrale aanspreekpunten bestaan. Regionale versplintering van het huisartsenlandschap kan een barrière zijn.

Effort

Binnen de good practice

Huisartsen: Over het algemeen hebben de huisartsen de (additionele) druk als minimaal ervaren, mogelijk het gevolg van de spreiding over 250 huisartsen.

Monitoringscentrum: Op de piek waren dagelijks vier mensen nodig, verspreid over overdag en 's avonds (het monitoringscentrum was open van 09:00 tot 21:00). Twee personen waren over de diensten actief met het monitoren, twee waren bezig als casemanager.

Ten behoeve van nationale opschaling

Financiën: Binnen het JBZ was financiering van het initiatief geen probleem. Voor andere ziekenhuizen kan het financiële risico zwaarder wegen.
Juridische verantwoordelijkheid: Op protocol niveau moet duidelijk worden gemaakt wie waar voor verantwoordelijk is en wie niet.

Gespreksweergave - ROAZ Noordwest

Telemonitoring waarbij de huisarts regisseur is en het ziekenhuis een ondersteunende rol heeft

Algemeen

Beschrijving good practice

De good practice betreft een samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, gericht op het verlichten van de druk op ziekenhuizen door stabiele patiënten thuis van zuurstof te voorzien en te monitoren, waarbij de huisarts de hoofdbehandelaar is. Patiënten en hun mantelzorger ontvangen in het ziekenhuis instructie betreffende toediening zuurstof en aflezen saturatie (in meerdere talen beschikbaar). Indien de patiënt een mantelzorger heeft, wordt deze ook 'beoordeeld' of deze geschikt is om zuurstof toe te dienen. Indien dat niet het geval is, wordt thuiszorg ingezet. Om calamiteiten in het weekend te voorkomen, worden patiënten van maandag t/m donderdag ontslagen uit het ziekenhuis, waarbij huisartsen van tevoren worden ingelicht. De patiënt/mantelzorger leest drie keer per dag de saturatiemeter af en kan indien nodig contact op nemen met de huisarts. De huisarts belt zelf ook indien nodig; patiëntcontact verloopt via huisbezoeken en/of (beeld)bellen. Patiënten moeten op weekenddagen zelf naar de HAP bellen om te kijken hoe het ging. Indien dit niet gebeurde, belde de HAP in de middag naar de patiënt (hiervoor was een extra huisarts beschikbaar in het weekend, geen hele dienst, afhankelijk van inclusies).

Stakeholders

Ziekenhuizen; leveranciers zuurstof; huisartsen; thuiszorg; VVT; verzekeraar (Zilveren Kruis).

Patiëntgroep

De patiëntgroep betreft stabiele patiënten. Instabiele patiënten wiens context binnen een dag significant achteruit kan gaan, worden in het ziekenhuis gehouden. Daarnaast dienen patiënten met mantelzorger zowel lichamelijk als cognitief in staat te zijn om zuurstof toe te dienen / te meten.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

De good practice dient als reguliere zorg te worden ingezet ter continue ontlasting van ziekenhuizen gezien de inzetbaarheid voor andere ziektebeelden.

Randvoorwaarden

Vertrouwen tussen de eerste en tweede lijn is de basis voor deze good practice. Daarnaast dient alles aan de voorkant goed geregeld te zijn: rolverdeling binnen ziekenhuizen, hetzelfde soort saturatiemeters, duidelijke instructies, etc. Alles moet conform het NHG-protocol kloppen. Er moet draagvlak bestaan onder de betrokken huisartsen, hetgeen o.a. bereikt wordt door het aantonen van de werkwijze evenals meerdere webinars voor de huisartscoördinatoren evenals de huisartsen zelf.

Impact

Binnen de good practice

- De impact van de telemonitoring is divers:
- Verlaagde impact voor patiënten: patiënten geven aan de thuissetting te prefereren boven de ziekenhuissetting.
 - Vanaf begin dit jaar is men gestopt met het bijhouden van data. Patiënten hadden gemiddeld aan 4-5 dagen zuurstof genoeg. De impact kan worden vergroot indien de good practice ook voor andere ziektebeelden kan worden ingezet, gesprekken met specialisten lopen.
 - Vanuit de Huisartsenposten Amsterdam werden in het weekend 13 patiënten per dag gemonitord.

Ten behoeve van nationale opschaling

De good practice kan op nationaal niveau opgeschaald worden, waarbij onderlinge afstemming tussen de stakeholders essentieel is. Tekorten in de thuiszorg kunnen hier een bottleneck vormen.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Er bestaan door het land diverse alternatieven gericht op het patiënten thuis voorzien van zuurstof en saturatiemeters, waar tevens diverse methoden voor worden gebruikt. Deze good practice verschilt wezenlijk door het centraal plaatsen van de huisarts.

Stappen ter opschaling

Regionaal dient invulling te worden gegeven aan de volgende elementen:

- Het (tijdig) betrekken van – en draagvlak creëren onder – huisartsen.
- Het afstemmen met de betrokken ziekenhuizen; rollen dienen intern te worden verdeeld, instructies dienen te worden voorbereid en protocollen moeten worden toegepast.
- Het betrekken van en afstemmen met leveranciers van zuurstof-/saturatieapparaat: wanneer leveren/ophalen.

Barrières

Binnen de good practice

Logistiek: Het is voorgekomen dat de patiënt thuiskwam terwijl er nog geen zuurstof stond. Dit dient goed afgestemd te worden met de leverancier.

Administratie: Lokale afspraak was dat de leverancier zuurstof ophaalt zodat dat hier (additionele) administratie voor vereist was. Dit ging een enkele keer mis.

Ten behoeve van nationale opschaling

Ketenpartners: Druk bij ketenpartners resulteert in additionele druk bij huisartsen. Dit terwijl het initiatief zelf ook een extra druk creëert.

Regionale schaarste huisartsen.

Effort

Binnen de good practice

Thuiszorg: Thuiszorg komt soms wel 4x per dag bij de patiënten thuis.

Ziekenhuis: Alhoewel beperkt, kost het inrichten van de rolverdeling evenals instructies geven tijd.

Huisartsen: Effort bestaat uit 1 visite, hetgeen normaliter gevolgd wordt door videobellen (kost totaal nog geen uur per patiënt).

HAP: Koste initieel meer tijd aangezien in het weekend patiënten de HAP kunnen bellen, daar moest een extra arts bereikbaar voor zijn. Tijdens kantooruren is het makkelijker om meer mensen op te vangen. Vanuit het ziekenhuis dienen er specialisten bereikbaar te zijn ter ondersteuning van de HAP dan wel huisarts.

Ten behoeve van nationale opschaling

Gesprekken met leveranciers: Op nationaal niveau kunnen mogelijk schaalvoordelen behaald worden. Daarnaast vergemakkelijken landelijke afspraken betreffende (additionele) administratie bij het ophalen van apparatuur de uitrol op regionaal niveau doordat hier geen individuele afspraken gemaakt hoeven te worden.

Protocollen: Momenteel hebben regio's unieke waarden welke bepalen of een patiënt wel/niet thuis zorg kan ontvangen. Uniforme, snel opgestelde protocollen kunnen hieraan bijdragen.

Gespreksweergave - Isala Ziekenhuizen

Het thuis monitoren van patiënten door middel van een intern regiecentrum

Algemeen

Beschrijving good practice

Het onderscheidende karakter is te vinden in het preklinische aspect (binnen de 1e lijn) waardoor ziekenhuisopnamen voorkomen kunnen worden. De huisarts meldt een (kwestbare) Covid-patiënt aan bij het monitoringscentrum. Een team van daartoe opgeleide coassistenten reist naar de patiënt en voorziet deze van instructie, zuurstof en saturatiemeters. Indien waarden daar aanleiding toe geven, wordt de patiënt gebeld en indien nodig de huisarts ook. De good practice is tevens inzetbaar voor andere ziektebeelden: non-COVID-patiënten met zuurstof thuis, influenza, hartfalen, etc. Verder onderscheidt het Isala-programma zich op grond van de significante schaal en de gedetailleerde uitkomstanalyse van de eindpunten van de quadruple aim, inclusief kosten.

Stakeholders

Afdeling longziekten Isala; Connected Care Center & Team; Regionale huisartsenroepen; en Luscii.

Patiëntgroep

Dit betreft momenteel zowel pre- als postklinische COVID-patiënten. De good practice is tevens inzetbaar voor andere ziektebeelden: *non-COVID-patiënten met zuurstof thuis, influenza, hartfalen, etc.*

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

De good practice dient vanwege inzetbaarheid voor chronische ziektebeelden direct ingezet te worden. Dit vergemakelijkt de opschaling naar acute ziektebeelden (zoals COVID) indien nodig.

Randvoorwaarden

Draagvlak onder (betrokken) zorgprofessionals evenals bestuurders van relevante organisaties is essentieel. Daarnaast dient tijdig met regionale huisartsen(roepen) te worden afgestemd. Ook dient het personeel dat het monitoringcentrum bemant goed opgeleid zijn; dit is niet alleen cruciaal voor een snelle en goede indicatie, maar het creëert ook vertrouwen onder de specialisten die de zorg uitplaatsen naar het monitoringcentrum. Tevens dienen specialisten / specialistische afdelingen beschikbaar te zijn voor eventuele vragen.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Soortgelijke initiatieven bestaan binnen Nederland, alhoewel deze good practice zich onderscheidt door de preklinische focus, naast het postklinische (vervroegd ontslag) zorgpad. Het CWZ in Nijmegen heeft een soortgelijk preklinisch project opgezet met de focus op influenza.

Stappen ter opschaling

- Onder betrokken zorgprofessionals dient draagvlak te worden gecreëerd.
- Regionaal dient te worden gekeken of het wenselijk is om een (gedeeld) monitoringcentrum op te zetten en wie hieraan mee wil doen.
- Er dienen keuzes betreffende de in te zetten technologieën te worden gemaakt, waarbij rekening moet worden gehouden met het mogelijk veranderen van de technologie.
- Met betrokken partijen dienen financieringssystemen te worden opgezet.

Barrières

Binnen de good practice

Draagvlak: Bestuurders en relevante zorgprofessionals moeten vertrouwen hebben in de effectiviteit en vitaliteit van de good practice.

Personeel: Het juiste personeel dient te worden geschoold en ingezet.

Logistiek: Het mobiele team dient te worden opgeleid en te worden voorzien van de benodigde middelen.

Ten behoeve van nationale opschaling

Standaardisatie: Er dienen uniforme handleidingen, guidelines en/of protocollen te worden opgesteld.

Vertrouwen: Er dient vertrouwen te bestaan tussen organisaties om elkaar de verantwoordelijkheid over eigen patiënten te geven..

Financiering: Niet alle zorgpaden worden momenteel vergoed. Daarnaast investeert Isala zelf in het regiecentrum; niet iedereen kan/wil dat.

Impact

Binnen de good practice

Het monitoringcentrum heeft een zeer positieve impact gehad op de opnamedruk binnen Isala.

Preklinisch (N=119) = 89 bespaarde opnamedagen.

Postklinisch (N=152) = 765 bespaarde opnamedagen.

Op basis van 3 diensten per etmaal en een verpleegkundige/patiënt-ratio van 4, resulteert dit in een besparing van 640 verpleegkundige diensten.

Dit betreft enkel de impact van COVID-patiënten.

Daarnaast scoort de methode hoog op medewerkertevredenheid evenals patiënttevredenheid.

Ten behoeve van nationale opschaling

In collaboratie met Gupta Strategists is een impactanalyse gemaakt, welke gepubliceerd zal gaan worden.

Preklinisch: 15% van de patiënten welke preklinisch gemonitord zijn, zouden in het ziekenhuis zijn opgenomen, als deze monitoring niet had bestaan.

Postklinisch: Per patiënt is gemiddeld een opnameduur-reductie van 5 dagen gerealiseerd, conform andere ziekenhuizen.

Effort

Binnen de good practice

Voor het Isala is de inzet van thuismonitoring kosteneffectief. Rekening houdend met 3 maanden monitoringcentrum en uitgaande van €575 per opnamedag, resulteert de inzet van thuismonitoring in een opbrengst van €541.443.

Het opschalen van het personeel kost geld, maar als je ook andere zorgpaden kan onderbrengen, wordt het steeds rendabeler. Overige kosten worden onder andere gemaakt voor: *het opstarten van het monitoringscentrum, personeel, leverancier zuurstof, ICT.*

Ten behoeve van nationale opschaling

De preklinische telemonitoring wordt vooralsnog betaald uit de transformatiegelden van de zorgverzekeraars. Die financieringsbron is op een gegeven moment wel opgedroogd en dan moet gekeken worden welke betaaltitel er is. Waar nodig moeten zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover in gesprek.

Gespreksweergave - WZD, Treant, DH, HZD, Zorcentrale Noord

Het thuis monitoren van patiënten door middel van een regiecentrum in een zorgcentrale

Algemeen	
<p>Beschrijving good practice De good practice richt zich op het patiënten thuis voorzien van zuurstof, waarbij de patiënten gemonitord worden door zorgprofessionals van Zorgcentrale Noord. Dit betreffen allen verpleegkundigen met aantoonbare ervaring. Door middel van een thuismonitoringsapplicatie (Luscii) vullen patiënten driemaal daags een vragenlijst in, welke data bij de Zorgcentrale op drie vaste momenten in bulk binnenkomt. Tijdens deze momenten focust de Zorgcentrale (gedeeltelijk) op COVID-zorg, buiten deze momenten om zijn andere werkzaamheden mogelijk. Indien nodig, worden patiënten gebeld en wordt door middel van een protocol informatie uitgevraagd. Dit protocol bevat duidelijke afspraken: tot waar vraag je uit en wat zijn de alarmsignalen. Als er aanleiding toe is, wordt de huisarts ingeschakeld. Bij een positieve COVID-test meldt de GGD dit bij de desbetreffende huisarts, welke beoordeelt of monitoring nodig is. Indien een patiënt zelf veelvuldig contact met de huisarts opneemt, wordt monitoring ook overwogen. Zorgreservisten zijn tijdens de COVID-crisis ingezet om materiaal te verdelen en instructies te geven. Zowel het Wilhelmina Ziekenhuis Assen evenals de Treant Zorggroep is aangesloten bij dit initiatief.</p>	
<p>Stakeholders Wilhelmina Ziekenhuis Assen, Treant Zorggroep, Drentse Huisartsen, HZD, Zorgcentrale Noord, Zorgreservisten, Luscii.</p>	
<p>Patiëntgroep Preklinisch en postklinisch.</p>	
<p>In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden? De good practice moet standaard worden ingezet. Ook omdat andere patiëntgroepen (COPD) op deze wijze kunnen worden behandeld.</p>	
<p>Randvoorwaarden De urgentie moet breed gedragen worden, dit draagt bij aan het snel en goed opzetten en uitrollen van de good practice. Door het gebruik van de Zorgcentrale wordt iedereen op zijn eigen functie ingezet, hetgeen bijdraagt aan totale effectiviteit. Daarnaast is het creëren van een eenduidig, regionaal beleid een succesfactor.</p>	

Impact	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Sinds 2021 heeft de good practice 189 patiënten kunnen helpen. Veruit het grootste gedeelte betrof preklinische zorg.</p>	<p>De medewerkers van ZCN hebben meerdere taken en werkzaamheden op de centrale, waardoor opschalen (lees: prioriteren van werkzaamheden) makkelijker is. Geïnteresseerde partijen kunnen relatief makkelijk aansluiten waarbij reeds bestaande protocollen als basis kunnen dienen.</p> <p>Hier moet de kanttekening gemaakt worden dat de ZCN momenteel kampt met een personeelstekort, hetgeen opschaling mogelijk belemmert.</p>

Inzet good practice op nationaal niveau
<p>Alternatieven Vergelijkbare alternatieven draaien niet om het gebruik van een zorgcentrale.</p>
<p>Stappen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eenduidig protocol: Een eenduidig protocol moet worden opgesteld dat wordt gedragen in de regio. Vanwege deze reden is een concept gemaakt, waar via mail input van huisartsen op is gevraagd; 10 dagen daarna is een webinar voor de betrokken huisartsen georganiseerd ter verdere stroomlijning en het creëren van draagvlak. • Zorgcentrale: Een zorgcentrale moet tijdig betrokken worden zodat kan worden bepaald of de benodigde capaciteit beschikbaar is, zodat het protocol kan worden afgestemd en de benodigde technologische infrastructuur kan worden aangelegd. • Technologiepartner: Deze moet betrokken worden ter aanlevering/onderhoud infrastructuur. Mogelijk moeten stappen worden gezet in het stroomlijnen van (bestaande) systemen. • Instructie en zuurstoflevering: Een partij die zuurstof kan leveren en instructie kan geven aan de patiënten moet worden aangesloten. • Afstemming huisartsen: Deze moeten betrokken worden bij de uitvoer van de good practice.

Barrières	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Technisch: Een blijvend punt is het beveiligen van patiëntdata.</p> <p>Urgentiebesef bij directie: Is van belang bij de totstandkoming van draagvlak in organisatie.</p> <p>Communicatie: Een gestandaardiseerde werkwijze draagt bij aan de effectiviteit.</p>	<p>Regionale verschillen: Afspraken maken over wie de instructie aan de patiënt geeft.</p>

Effort	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Nadat de huisarts bepaald heeft dat een patiënt geïncorporeerd gaat worden, is binnen 4 uur een patiëntprofiel aangemaakt. Dezelfde dag zijn instructies gegeven (en daarmee materiaal afgeleverd) en wordt dit teruggekoppeld aan de huisarts.</p>	<p>Snelheid van het opzetten van regionale monitoring door een zorgcentrale is afhankelijk van hoe snel de medische specialisten consensus bereiken over de medische inhoud van het protocol.</p> <p>Personeel moet beschikbaar zijn voor het verstrekken van materiaal en het leveren van instructies. Mogelijk zijn hier opnieuw zorgreservisten voor te gebruiken.</p>

Gespreksweergave - UMCG

Project COVID Vrijwilliger

Algemeen	
<p>Beschrijving good practice Een week nadat medische opleidingen in Nederland waren stilgezet (op 17 maart 2020), is Covid Vrijwilliger opgericht. Het platform, opgericht door studenten, ziet toe op het draaiende houden van de zorg in Noord-Nederland door studenten met relevante kennis en vaardigheden te koppelen aan zorginstellingen waar extra hulp nodig was. Door op een niet-commerciële basis MBO, HBO en WO-medische en zorgstudenten aan zorgorganisaties te koppelen, werd een nieuwe studentenpool gekoppeld welke inzetbaar was voor alle zorginstellingen in de vier noordelijke provincies.</p> <p>De gehanteerde werkwijze verschilde tussen de eerste golf (maart – juli 2020) en de tweede golf (december 2020 – april 2021). Tijdens de eerste golf werden hulpvragen ingediend (door zorginstellingen), waarna het platform actief studenten koppelde op basis van de vaardigheden van de student. Tijdens de tweede golf heeft het platform hier een minder actieve rol in genomen; na concretisering van de zorgvraag werden vacatures geplaatst, waarna het aan studenten zelf was om de match te maken. Op 4 april 2021 is de dienstverlening van Covid Vrijwilliger overgenomen door Extra Handen voor de Zorg (EHvdZ), een landelijk initiatief van vakbonden en de werkgeversorganisaties in zorg en welzijn, ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).</p> <p>Stakeholders UMCG, Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland en daaruit de besturen van ziekenhuizen en VVT-instellingen in Noord-Nederland, Zorgplein Noord en de daarbij aangesloten zorginstellingen, Rijksuniversiteit Groningen, de Groningse (para- en bio-) medische studieverenigingen, Hanze Hogeschool Groningen en WGV Zorg & Welzijn Overijssel.</p> <p>Patiëntgroep Nvt.</p> <p>In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden? Inzet is niet wenselijk buiten een grote medische crisis. Het initiatief kan ingezet worden zodra de druk op zorgpersoneel ontlast moet worden door middel van de inzet van studenten. De nood moet zodanig hoog zijn dat schade aan de zorg door studievertraging (en daarmee lagere instroom van nieuwe zorgmedewerkers) lager is dan schade door de crisis.</p> <p>Randvoorwaarden Goede communicatie, hechte samenwerkingsverbanden en vertrouwen. Methode voor inschrijving moet laagdrempelig zijn. Succesfactoren zijn korte lijnen, resulterend uit bestaande samenwerkingsverbanden, en het gezamenlijk voelen van de urgentie om actie te ondernemen.</p>	

Impact	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Honderden studenten hebben gewerkt in verschillende functies (intra- en extramurale zorg, coronataken (testen, vaccineren, educatie) en facilitair) waardoor het personeelstekort in de zorg een beetje ontlast werd.</p> <p><i>Meer dan 2.100 ontvangen aanmeldingen hebben geresulteerd in meer dan 500 matches op basis van meer dan 70 vacatures. Het werkelijke aantal matches ligt hoger omdat studenten ook vaak direct contact met zorgorganisaties hebben gezocht.</i></p>	<p>Tijdens de coronacrisis bestonden meerdere soortgelijke initiatieven, waardoor de inzet van studenten in regio's met verschil in opzet en succes gebeurde. Binnen enkele velden zijn winsten te realiseren:</p> <p>Financieel: Als verschillende initiatieven beter samen werken, kunnen kosten bespaard worden.</p> <p>Betere matches: Door het adresseren van enkele barrières, kunnen studenten effectiever gekoppeld worden aan de openstaande functies. Dit vergroot de effectiviteit van elke student en draagt daarmee bij aan de impact.</p>

Inzet good practice op nationaal niveau
<p>Alternatieven De projectopzet is gedeeld binnen de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), zodat deze organisatie een handreiking kon opstellen (zie NFU_archive.org). Gedeelten van het project zijn ook opgestart door andere universitair medische centra en onderwijsinstellingen. Waar de andere varianten beter te managen en makkelijker op te zetten zijn, kunnen door deze variant veel meer studenten bij veel meer zorginstellingen geplaatst worden door niet te beperken tot een enkel UMC en WO-zorgopleidingen.</p> <p>Stappen ter opschaling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Draagvlak: Initieel waren enkele zorginstellingen nodig om het idee uit te voeren. Door het succes van deze samenwerkingen uit te dragen (in de regio), zijn vervolgens andere partijen aangesloten. Regionale succesverhalen dragen bij aan de opschaling. ▪ Bestaande samenwerkingen: Reeds bestaande communicatielijnen moeten in de regio worden gebruikt. ▪ Afstemming op landelijk niveau: Momenteel bestaan veel (soortgelijke) initiatieven die niet bereid zijn om samen te werken/te fuseren. Hierdoor wordt geld onnodig dubbel geïnvesteerd in infrastructuur dan wel naamsbekendheid.

Barrières	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Indekking: Het kan voorkomen dat vacatures strengere eisen bevatten dan voor de functie benodigd is. Dit kwam vooral in het begin voor omdat zorginstellingen zichzelf wilden indekken.</p> <p>Commerciële partijen: Dit is tweeledig. Enerzijds verkozen organisaties regelmatig om via commerciële uitzendbureaus studenten in te schakelen om zichzelf in te dekken voor arbeidsrisico's. Anderzijds 'kaapten' commerciële partijen vrijwilligers weg van het platform om hen vervolgens als uitzendkracht aan te kunnen bieden; in de tweede golf overboden uitzendbureaus daarom regelmatig de Cao-urloonen.</p>	<p>Centrale registratie: Niet elke zorgopleiding heeft een portfoliosysteem, waar kennis en kunde van studenten op uniforme wijze wordt vastgelegd. Dit belemmert het effectief matchen.</p> <p>Versnippering: De wil om snel te helpen bestaat tussen zorg- en onderwijsorganisaties. Echter wordt de effectiviteit belemmerd door gebrek aan een centrale strategie.</p>

Effort	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Eerste golf: 28 vrijwilligers hielden het platform in de lucht. De studenten werden op vrijwillige basis ingezet binnen zorginstellingen.</p> <p>Tweede golf: 11 medewerkers (betaald) hielden het platform in de lucht (goed voor ca. 400 gewerkte uren). Studenten kwamen voor Cao-loon (gemiddeld +- 12,50/uur) in dienst van zorginstellingen.</p> <p>Financiën: In de eerste golf werkte Team Covid Vrijwilliger met veel vrijwilligers en in-kind bijdragen. Kosten werden gemaakt voor ICT. Dit bedroeg ca. €300. In de tweede golf werkte Covid Vrijwilliger met medewerkers en meer automatisering. De kosten voor de activiteiten van Covid Vrijwilliger tijdens de tweede golf bedroegen ca. €5500. De financiële bijdragen zijn afkomstig uit het UMCG.</p>	<p>Bovengenoemde barrières moeten (gedeeltelijk) geadresseerd worden.</p> <p>Definities: Het gebruik van uniforme definities (zowel door onderwijsinstellingen ter indicatie van de kennis en kunde, evenals ter verduidelijking van de zorgvraag) kan verder bijdragen aan het doelgericht koppelen.</p> <p>Commercialisatie: Door de tussenkomst van commerciële partijen worden studenten niet altijd optimaal naar kunnen ingedeeld tegen hogere kosten. Manieren om dit tegen te gaan moeten in kaart worden gebracht. Het instellen van regionale flexpools met personele uitwisseling van zorgpersoneel en -studenten kan hier een positieve impact op hebben.</p>

Gespreksweergave - ROAZ Brabant

Regionale regie op doorgang IC-afhankelijke U3-zorg

Algemeen

Beschrijving good practice

Vóór de pandemie was het ROAZ Brabant al hecht op vooral tactisch (management)niveau en kwam het tactisch ROAZ tenminste drie keer p/j samen. Er zijn destijds diverse initiatieven gestart om de acute zorg keten en de samenwerking daarin verder te optimaliseren en knelpunten gezamenlijk op te pakken. De samenwerking in het ROAZ is sterk geïntensiveerd tijdens de pandemie, met name in de eerste weken was dagelijks overleg op bestuurlijk niveau noodzakelijk. Ook tijdens de deltagolf werd er wekelijks op bestuurlijk niveau fysiek met de ziekenhuizen overlegd met vrijwel 100% opkomst.

Voor aanvang van de deltagolf is binnen het ROAZ Brabant gezamenlijk besloten: het (zo veel mogelijk) beschikbaar houden van regionale functies met U1-U3 zorg (specifiek multitrauma-, cardio thoracale en neurochirurgie) is (ook) een regionale verantwoordelijkheid (net zoals de (semi-)acute zorg). O.b.v. NICE data is door een werkgroep uitgerekend welke IC-capaciteit daarvoor nodig is. Dit percentage is afgetrokken van de totaal beschikbare IC-capaciteit en vervolgens is de Covid-zorg verdeeld over de resterende capaciteit in de ziekenhuizen. Dit is gebeurd met grote betrokkenheid van intensivisten, medische staven, management en bestuurders. In de reguliere situatie en eerste opschalingsfase betekende dit dat 50% van de IC-capaciteit in de ziekenhuizen met de regiofunctie hiervoor werd gereserveerd. Richting het opschalen naar 1350 bedden moest uiteindelijk wel worden ingeleverd op de U3-zorg en daarmee op de reservering van 50%. Dit ging in stappen van ca. 25% maar niet te rigide. De prioritering van patiënten binnen het ziekenhuis werd aan de ziekenhuizen zelf overgelaten.

Stakeholders

ROAZ Brabant en betrokken zorgaanbieders

Patiëntgroep

Dit betreffen patiënten in de ROAZ-regio Brabant welke U1, U2 of U3-zorg behoeven.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

De gebruikte structuren bestonden al voorafgaand aan COVID, maar zijn wel geïntensiveerd en geprofessionaliseerd. Inzet ten behoeve van COVID kan daarom vanaf fase 1B gebeuren.

Randvoorwaarden

Zet in op onderling vertrouwen. Uitgangspunt is dat iedereen doet wat hij kan. Geen verantwoording eisen over wat er achter de voordeur gebeurt. Data kan de samenwerking ondersteunen. Naast data uit het Zorgbeeldportaal van de NZa heeft de ROAZ Brabant ook zelf een regiodashboard ontwikkeld.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Binnen andere regio's zijn tevens structuren opgezet/gebruikt ter verbeterde benutting van de capaciteit.

Stappen ter opschaling

- **Bestaande overlegstructuren:** Een succesfactor binnen de good practice is het optimaal gebruik maken van bestaande overlegstructuren. Vanwege deze reden worden regio's welke overwegen de good practice te adopteren geadviseerd om inzichtelijk te maken hoe hier invulling aan gegeven kan worden.
- **Creëren van draagvlak:** Partijen moeten tijdig betrokken worden en inspraak kunnen leveren. Partijen moeten (intern) gemotiveerd zijn, hetgeen bijdraagt aan de effectiviteit.
- **Commitment:** Betrokken partijen moeten gemotiveerd zijn en zich verantwoordelijk voelen om gezamenlijk in de regio de kritiek planbare zorg te borgen, ook al is dat niet van iedere betrokken zorgaanbieder een eigen verantwoordelijkheid. Dit uit zich in de stellingname dat de doorgang van IC-afhankelijke U3-zorg net zo goed als de doorgang van de (semi-)acute zorg ook een regionale verantwoordelijkheid is. Onderling vertrouwen, mogelijk als gevolg van eerdere samenwerking in reeds bestaande structuren, kan positief aan bijdragen.

Barrières

Binnen de good practice

Het gaat om het vinden van een goed evenwicht tussen gezamenlijke verantwoordelijkheid en de verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieder. Teveel behoefte aan verantwoording over welke zorg exact wordt op- en afgeschaald kan onderling vertrouwen verminderen.

Ten behoeve van nationale opschaling

Om U3-zorg te borgen zal op sommige momenten minder urgente zorg moeten worden afgeschaald. Belangrijk dat hierover afspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Waarbij besluitvorming plaats kan vinden in ROAZ-verband.

Impact

Binnen de good practice

Uit Zorgbeeldportaaldata van de Nederlandse Zorgautoriteit blijkt dat ROAZ Brabant tijdens de deltagolf in vergelijking tot andere ROAZ'en minder U3-zorg heeft afgeschaald dan andere regio's. De figuur rechts visualiseert dit vergelijk (Brabant vs. Landelijk) voor de kritiek planbare zorg.



Effort

Binnen de good practice

Ten uitvoer van de good practice, zijn regelmatige afstemmingmomenten tussen de diverse betrokken partijen vereist. De frequentie waarmee deze momenten plaatsvinden, zijn afhankelijk van de pandemie, zo werd tijdens de eerste weken dagelijks op bestuurlijk niveau overlegd.

Ten behoeve van nationale opschaling

Indien een regio de good practice wilt implementeren, moet invulling worden gegeven aan bovenstaande stappen ter opschaling, evenals de benoemde randvoorwaarden.

Gespreksweergave - ROAZ Noordwest

Samenwerking over keten door middel van een zestal coördinatiepunten

Algemeen	
<p>Beschrijving good practice De ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland heeft ten tijde van COVID gebruikgemaakt van een zestal goed functionerende VVT-coördinatiepunten ten behoeve van optimale inzet en verdeling van de beschikbare COVID-capaciteit en tijdelijke zorg. Dit was mogelijk doordat inzicht in de beschikbaarheid van de totale capaciteit binnen de regio was gecreëerd en doordat een mandaat was vergeven om boven-regionaal samen te werken. Snel schakelen in het geval van opschaling hielp ook mee. Wekelijks overleg met (de coördinatoren van) de subregio's maakte dit mogelijk. De ROAZ-regio is in drie gebieden opgedeeld welke alle informatie over vrije bedden naar coördinatiepunten van een onafhankelijk coördinator stuurde. In het begin werd hier dagelijks een Excel-overzicht van gemaakt (en gedeeld met bestuurders van zorgorganisaties), hetgeen gaandeweg naar eens per twee dagen ging. Deze overzichten zijn onder andere gebruikt ter advies om COVID-cohorten te openen/sluiten.</p>	
<p>Stakeholders De grotere VVT-organisaties van de zes Veiligheidsregio's in het ROAZ gebied, in totaal 15-20 organisaties; zorgverzekeraar; thuiszorg moet er vanaf het begin af aan bij zijn; en ook de coördinatie rol vanuit elke subregio is hierbij essentieel; huisartsenzorg moet ook aangehaakt worden.</p>	
<p>Patiëntgroep VVT-patiënten.</p>	
<p>In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden? Ten tijde van het begin van een pandemie, moet de coördinatiestructuur direct worden opgezet zodat op basis van de inzichten andere acties kunnen worden vormgegeven.</p>	
<p>Randvoorwaarden Vertegenwoordigers van de betrokken organisaties moeten samen aan tafel zitten, waarbij men bereid is over het organisatiebelang heen te kijken. Daarnaast moeten de capaciteitsgegevens tijdig gedeeld worden.</p>	

Inzet good practice op nationaal niveau
-

Barrières	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Vertrouwen: Het is van belang om vertrouwen van bestuurlijke lagen te krijgen. Het kan echter moeite kosten om dit te realiseren.</p> <p>Draagvlak: Het draagvlak lijkt onder grotere partijen binnen de kern van de regio groter te zijn.</p> <p>Verschillende systemen: Binnen de VVT worden diverse IT-systemen gebruikt, hetgeen belemmerend kan werken bij opschaling.</p>	<p>Hoeveelheid organisaties: Gaat goed op subregionaal niveau, op ROAZ-niveau is het al lastiger. Daarnaast ligt spreiding over een groot gebied niet voor de hand bij de VVT-doelgroep.</p>

Impact	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Inzet van de good practice heeft geresulteerd in inzichten betreffende de actuele capaciteit in de regio. Dit maakte onder andere het efficiënt overplaatsen van VVT-COVID-patiënten mogelijk (zie de onepager van de good practice in module 5: Concentratie VVT-COVID-zorg tussen zorgorganisaties).</p>	-

Effort	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Voor de coördinatoren vergt dit ca 4-8 uur per week per organisatie in de piek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitdenken van oplossingen. • In regio en intern bespreken. • Implementatieplan opstellen. • Casuïstiekbespreking met diverse disciplines. • Opstellen verbeterplannen. <p>Het niet inzetten van de good practice had geresulteerd in een zesvoud aan bovengenoemde inspanning doordat alle coördinatiepunten die individueel hadden opgepakt.</p>	-

Gespreksweergave - Slingeland Ziekenhuis

Een samenwerking tussen het Slingeland Ziekenhuis en de keten

Algemeen	
<p>Beschrijving good practice Deze good practice is het resultaat van een andere good practice, welke onder module 3 beschreven staat (<i>Efficiënt intern capaciteitsmanagement</i>). De good practice ziet toe op de samenwerking tussen Slingeland, en de samenwerkende VVT intramurale instellingen en wijkverpleging in de regio Achterhoek. Sensire, AZORA, Markenheem, CAREAZ, Marga Klompé. Dagelijks wordt circa een kwartier vergaderd over welke patiënten uitgeplaatst kunnen worden naar de VVT-instelling dan wel COVID-zorghotel. Patiënten worden gelabeld en de groep regionaal capaciteitsmanagement heeft hierbij het recht om bestaande afspraken te overrulen op basis van mandaat van de VVT instellingen in de Achterhoek, binnen de afgesproken range. Data maakt ontlasting in de keten inzichtelijk: operaties worden afgestemd op basis van beschikbaarheid wijkverpleging en op basis van ziektebeelden (CVA is bijvoorbeeld 5 ligdagen), wordt met de VVT-instelling geschakeld betreffende verwachte nodige opnamecapaciteit. Daarnaast worden via een versnelde route vanuit de VVT instellingen de aanvragen Wlz zorg aangeleverd bij het CIZ. Waardoor de doorstroom ZVW zorg vanuit de VVT instellingen een push krijgt en er daarop weer versneld vanuit Slingeland in VVT opgenomen kan worden. Tevens wordt er in overleg met HA, SEH- en longartsen strak gestuurd op afbuigen vóór aanmelding op de SEH en afbuigen vanaf de SEH van COVID patiënten naar het COVID zorghotel.</p> <p>Stakeholders Slingeland; Slingeland; VVT-instelling; Sensire, AZORA, Markenheem, CAREAZ, Marga Klompé, wijkverpleging; groep regionaal capaciteitsmanagement; groep medische vraagstukken; en groep zorgvraagstukken. Patiëntgroep VVT-patiënten. CIZ</p> <p>Patiëntgroep VVT-patiënten.</p> <p>In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden? Door de voordelen dient de good practice direct ingezet te worden.</p> <p>Randvoorwaarden Actuele data is essentieel. Daarnaast is het van belang om inzicht in elkaars problemen te hebben en ervoor open te staan elkaar te helpen waar nodig (bijvoorbeeld onderbezetting in wijk resulteert in beter geplande operaties).</p>	

Impact	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
Het dirigeren van patiëntenstromen voor en vanaf de SEH, heeft geresulteerd in 125 directe doorverwijzingen naar het COVID zorghotel. Dit was 25% van het totaal aantal VVT overnames vanuit Slingeland in 2020	Het opschalingspotentieel van deze good practice is lastig te kwantificeren omdat dit afhankelijk is van de mate waarin het capaciteitsmanagement bij de individuele ziekenhuizen reeds ontwikkeld is. Als dit beperkte inzichten geeft, zal dit het potentieel beperken.

Inzet good practice op nationaal niveau
<p>Alternatieven -</p> <p>Stappen ter opschaling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creëren van draagvlak binnen organisaties: Beginpunt hiervan kan op bestuurlijk niveau zijn. ▪ Rolverdeling: Binnen betrokken organisaties dienen personen aangewezen te worden die verantwoordelijk zijn voor het aanleveren van de data en het uitzetten binnen de organisatie. ▪ Afstemmen: De betrokken partijen dienen open en helder te communiceren: <i>Waar liggen de echte problemen en hoe kunnen ketenpartners hiermee helpen?</i>

Barrières	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Kennis: Capaciteitsmanagement en de bijhorende kennis en kunde van ziekenhuis en VVT goed op elkaar af stemmen ter optimalisatie. Data: In alle organisaties moet aandacht zijn voor het genereren van actuele capaciteitsdata. Informatiesystemen van VVT zijn hier nog niet allemaal passend op ingericht. Financiën: Moet betreffende het verplaatsen van zorg, evenals het creëren van een buffercapaciteit COVID-zorg georganiseerd worden. Draagvlak: Moet binnen de organisaties op meerdere niveau's bestaan. Gezamenlijke data: Afdoeende data dient snel genoeg inzichtelijk te zijn. CIZ: Het CIZ moet nadrukkelijk betrokken worden in de ketenzorg en in geval van noodscenario's met aangepaste procedures zorgen dat de vertraging op indicatiestellingen geen bottleneck in doorstroom vormt.</p>	<p>Capaciteitsmanagement: Dit moet binnen het ziekenhuis reeds goed neergezet zijn, niet iedereen is even ver. Draagvlak: Dit dient binnen organisaties, evenals partners, te bestaan op meerdere niveaus. Gezamenlijke data: Afdoeende data dient snel genoeg inzichtelijk te zijn vanuit de samenwerkende organisaties.</p>

Effort	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
-	-

Gespreksweergave - Regionaal Transferpunt Salland (RTP)

Regionaal Transferpunt Salland (RTP)

Algemeen

Beschrijving good practice

Het Regionaal Transferpunt Salland (RTP) is een reeds bestaand netwerk dat is ingezet om COVID-patiënten (herstel- en terminale zorg) vanuit het ziekenhuis of direct naar een VVT-instelling te laten doorstromen. Door middel van cohortering werden patiëntdoelgroepen verspreid waardoor een VVT-instelling zich op COVID kon richten. **Doorloop:** Een huisarts schakelt met het RPT, welke additionele informatie ophaalt door te bellen met thuiszorg/patiënt/familie. De patiënt wordt digitaal aangemeld via POINT en op basis van capaciteitsgegevens in POINT van VVT-instellingen en ziekenhuizen kan het RPT in POINT de patiënt sturen.

Stakeholders

Een klein kernteam (projectleider, manager Transferbureau Deventer Ziekenhuis, SO, beleidsmedewerker van coöperatie huisartsen in de regio, twee managers van de grootste VVT-organisaties) bestuurt het transferpunt waarbij met een organisatie-onafhankelijke transfervpleegkundige de leiding hebben betreffende uitvoering van de werkzaamheden. VVT-instellingen, GGZ, VG-instellingen, gemeenten, zorgkantoor en ziekenhuizen zijn aangesloten. ROAZ sloot later aan.

Patiëntgroep

De good practice richt zich op VVT-patiënten die een zorgvraag hebben wie thuis op dat moment niet opgelost kan worden én geen ziekenhuiszorg (meer) behoeven.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Zodra bij huisartsen/ziekenhuizen een vorm van vervolgzorg nodig is.

Randvoorwaarden

Doordat het RTP mandaat heeft gekregen van de stakeholders, hadden ze zeggenschap. De gedeelde verantwoordelijkheid en wil om samen te werken is belangrijk, hetgeen kan worden bereikt door bestuurlijk draagvlak en een enthousiaste uitvoerder. Overzichtelijkheid in een regio is een succesfactor, evenals de beschikbaarheid van een digitaal systeem ter ondersteuning van de afgesproken werkprocessen.

Impact

Binnen de good practice

Versnipperd over diverse organisaties heeft het RTP geresulteerd in:

- een reductie van 8 uur per dag cliëntbemiddeling bij een grote VVT-organisatie;
- een reductie van doorlooptijd huisarts per casus (van soms 4 uur naar 2x 10-20 minuten);
- huisartsen hebben minder visitaties waarvan een deel verklaard kan worden door het RTP;
- ligduur van ELV-opnames is afgenomen;
- zorgverleners ontvangen direct (digitaal) volledige informatie over een op te nemen patiënt, reductie administratie;
- minder crisis- en spoedopnames.

Ten behoeve van nationale opschaling

-

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Er zijn in Nederland meer regionale coördinatiepunten voor vervolgzorg en coördinatie van capaciteit. Echter doen zij niet alle zorgproducten zoals het RTP dit wel doet.

Stappen ter opschaling

Regionaal dient in kaart te worden gebracht welke structuren reeds bestaan. Door middel van mandaat dient een onafhankelijke projectleider te worden aangesteld die met de relevante stakeholders in gesprek gaat om te bespreken op welke manier invulling gegeven kan worden aan een samenwerkingsverband. Binnen betrokken organisaties dient draagvlak te worden gecreëerd, te beginnen op bestuurlijk niveau. Er dient een klein kernteam te worden opgesteld dat snel kan schakelen. Digitale ondersteuning moet worden aangeschaft en ingericht.

Barrières

Binnen de good practice

Capaciteit aangeven in centraal systeem: Doordat dit handmatig dient te gebeuren, heeft dit in het verleden tot problemen geleid. Blijven bellen en geduld hebben is het credo.

Zorgproducten: Kunnen de organisaties daadwerkelijk de zorgproducten leveren die ze opgeven?

Ten behoeve van nationale opschaling

Financiering transferpunten: Grote verschillen tussen de punten, waardoor een standaard financieringsoplossing lastig is te verwezenlijken.

Regelgeving: Multiproblematiek gaat over de zuilen van de zorg heen, hetgeen niet in het voordeel werkt van het initiatief.

Effort

Binnen de good practice

Het kost 1,3 FTE aan transfervpleegkundige per jaar om het RTP te bemensen. Deze FTE bevat tevens: Beheer en ontwikkeling van het systeem (8 uur per week) en coördinatie van het RTP (8 uur per week).

Gerealiseerde kosten 2021: €236.006. Dit is inclusief de kosten van het digitale systeem.

Gemiddeld besteedt de transfervpleegkundige 1,4 uur per casus, inclusief administratie en rondbellen.

Bovengenoemde cijfers bevatten niet de tijd van de betrokken stakeholders.

Ten behoeve van nationale opschaling

Ten behoeve van de nationale opschaling van deze good practices, dienen bovenstaande punten (*Financiering transferpunten en Regelgeving*) geadresseerd te worden. Daarnaast moet op regionaal niveau een soortgelijke transferpunt ingericht worden, waarbij het wenselijk is om gebruik te maken van bestaande structuren.

Gespreksweergave - UMCG

Forcecast COVID-capaciteit

Algemeen

Beschrijving good practice

Op basis van data (onder andere lokale incidentiecijfers) is het verloop van de pandemie gemodelleerd vanaf medio april 2020, waarbij op 28 april het model voor het eerst met data van het UMCG heeft gedraaid. De resulterende ligduurverdelingen evenals doorstroomfracties van alle regionale COVID-patiënten werden tweemaal per week gedeeld. Hierdoor werd het inzichtelijk hoeveel COVID-patiënten er nog werden verwacht en hoe lang deze waarschijnlijk zorg nodig zouden hebben. Het model voorspelde pieken met twee weken accurater dan het LCPS-model. Data werd vanuit meerdere bronnen opgehaald: testresultaten vanuit laboratoria (later GGD) evenals lokale ziekenhuizen. Het model houdt tevens rekening met instroom van buiten de regio.

Stakeholders

Ziekenhuizen; ROAZ; infectiologen; databronnen (testlaboratoria, GGD's en ziekenhuizen).

Patiëntgroep

Zorgbehoevende COVID-patiënten.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Het model is afhankelijk van een minimale N en testdata; dit dient in afdoende mate beschikbaar te zijn.

Randvoorwaarden

De juiste data dient in afdoende mate beschikbaar te zijn, gedetailleerde hospitalisatiecijfers zijn van groot belang. Daarnaast dienen de resultaten door middel van een MDO regionaal geduid te worden: is de eventuele mutatie afhankelijk van contextuele factoren die de toekomstige realiteit beïnvloeden? De reeds bestaande samenwerkingen tussen ziekenhuizen in de regio (evenals de afwezigheid van concurrentie tussen de ziekenhuizen) hadden ook een positieve impact.

Impact

Binnen de good practice

Het is lastig de impact te concretiseren. Het model resulteerde in een realistisch beeld van hoeveel patiënten verwacht konden worden en hoe lang ze zorg zouden behoeven. Dit bood ziekenhuizen houvast om het afschalen van U4-/U5-zorg met 2-3 weken uit te stellen. Er wordt geschat dat op basis van deze forecast vanaf inrichting in medio april 2020 voorkomen kon worden dat een hele verpleegafdeling (circa 25 bedden) werd afgeschaald.

Ten behoeve van nationale opschaling

De resultaten zijn lastig te extrapoleren in landelijke context. De huidige regio betrof circa 2 miljoen inwoners.

Factoren die de impact verder positief kunnen beïnvloeden:

- Efficiënte(re) regionale uitplaatsing.
- Het inzichtelijk maken van 'grensgevallen' (mensen getest buiten de regio).

Factoren die de impact negatief beïnvloeden:

- Onduidelijk of zelfde successen in andere regio's behaald kunnen worden (o.a. door concurrentie).

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Naar weten van de initiatiefnemers zijn er geen soortgelijke initiatieven opgezet, met uitzondering van het LCPS. Het model is niet in andere regio's getest omdat men te druk bezig was met COVID in de eigen regio.

Stappen ter opschaling

Hier kan op meerdere manieren invulling aan worden gegeven:

- **Huidig model:** Indien de data beschikbaar is, kan het model landelijk worden uitgerold. Hierbij dienen (regionale) MDO's invulling te geven aan de regionale duiding.
- **Aangescherpt model:** Op basis van additionele data kan het model breder worden ingezet. Het model zou bewegingspatronen kunnen identificeren door middel van eerstelijns data. Landelijke data zou tevens patiënten in regiogebieden beter kunnen duiden. Eventueel kunnen meer data leeftijdscohorten op de IC differentiëren.
- **Eventuele uitbreiding VVT:** Het model kan mogelijk worden uitgebreid met data uit de eerste lijn in combinatie met voldoende VVT-COVID-data om tevens de doorstroming van VVT-patiënten in kaart te brengen.

Barrières

Binnen de good practice

Beschikbare data: Doordat in RIVM-data informatie over leeftijd ontbrak, was dit niet bruikbaar. De gebruikte data van de GGD had als beperking dat deze soms patiënten uit andere regio's bevatte.

Oorsprong data: Door centrale aanbestedingen van testcapaciteit kon data vanuit laboratoria niet meer gebruikt worden. Data van GGD's is hiervoor in de plaats gekomen.

Ten behoeve van nationale opschaling

Ziekenhuizen: Het model werkt onder andere goed doordat alle ziekenhuizen in de regio zijn aangesloten. Mogelijk ligt dit landelijk moeilijker door de onderlinge concurrentiepositie.

Toegang data: Toegang tot afdoende relevante data is noodzakelijk.

Effort

Binnen de good practice

De benodigde effort om de good practice te realiseren, is momenteel op te delen in meerdere facetten, waarbij kwantificeren lastig is:

- Uren initiatiefnemers: Inzet voor de bouw van de module, invoer data (2x per week van 09:00 tot 14:00) evenals overtuigen stakeholders.
- Uren betrokkenen: Het tweewekelijkse MDO wordt door meerdere partijen bijgewoond.
- Aanvoer data: De data wordt vanuit diverse organisaties (betrokken ziekenhuizen/GGD's) aangeleverd.

Ten behoeve van nationale opschaling

- Het huidige model dient opgeschoond te worden.
- Per regio dienen parameters in kaart te worden gebracht en tevens frequent te worden besproken.
- Data dient consequent via een bepaald format aangeleverd te worden vanuit meerdere partijen.

Gespreksweergave - MUMC+

Kliniek gedelegeerde zorg met behulp van Optiflow

Algemeen
<p>Beschrijving good practice Optiflow is het onder hoge druk toedienen van zuurstof aan patiënten, hetgeen voor een specifieke doelgroep ingezet kan worden in plaats van en/of als voorstadium van intensieve beademing. Veel ziekenhuizen geven zelf invulling aan Optiflow en aangezien Optiflow-patiënten vaak op de IC liggen, legt dit een groot beslag op de IC-capaciteit. Achterliggende reden is dat monitoring een essentieel onderdeel is, er moet tijdig ingegrepen kunnen worden indien nodig.</p> <p>Ten tijde van schaarste en capaciteitsproblemen, is Optiflow toegepast bij patiënten met een niet-intuberen beleid die respiratoir insufficiënt waren ondanks non-rebreather mask. Tussen medisch specialisten/ziekenhuizen verschillen momenteel de meningen betreffende het zinvol achten van deze therapie voor deze patiëntgroep. Alhoewel het ten tijde van afdoende IC-capaciteit wenselijker is om deze patiënten op de IC te leggen, kon op deze manier IC-capaciteit vrij worden gehouden.</p> <p>Tevens is het MUMC+ bezig geweest met het opzetten van een Optiflow-unit, gericht op palliatieve zorg. Longartsen zijn namelijk van mening dat het gebruik van Optiflow meerwaarde biedt voor de patiënt in de vorm van comfort. In fase 3 werd Optiflow niet palliatief ingezet. Deze unit wordt dat voor COVID-patiënten ingezet.</p> <p>Stakeholders - Het MUMC+</p> <p>Patiëntgroep - Zie bovenstaand. Daarnaast kunnen, afhankelijk van de fase andere opnameeisen gesteld worden.</p> <p>In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden? De veranderde inzet van Optiflow dient ingezet te worden ter ontlasting van de IC aangezien het de kwaliteit van zorg aan de patiënt niet ten goede komt. Vanuit deze afweging zou dit in fase 3 zijn.</p> <p>Randvoorwaarden Naast de facilitaire benodigdheden evenals het benodigde personeel, zijn goede afspraken met de longartsen een succesfactor gebleken bij de implementatie van deze good practice.</p>

Inzet good practice op nationaal niveau
<p>Alternatieven</p> <p>Stappen ter opschaling</p> <ul style="list-style-type: none"> Consensus onder de relevante vakgroepen moet bereikt worden. Zoals reeds in de Leidraad Niet Invasieve Ademhalingsondersteuning bij COVID-19 door het FMS gesteld is, dient onderzoek invulling te geven aan de meest ideale manier van monitoring, afkapwaarden en preferabele behandeling. Faciliteiten moeten tijdig ingericht worden. Zo moet het mogelijk zijn om de lucht in de ruimten te ventileren, moet voldoende, continue druk beschikbaar zijn en moet voorkomen worden dat leidingen bevriezen. Afdoende personeel moet beschikbaar zijn om de patiënten adequaat te monitoren. Indien nodig, moet het personeel additionele training ontvangen om met dit type patiënten, evenals het typerende ziekteverloop, om te gaan. Technologie kan hier een verdere rol in spelen.

Barrières	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Draagvlak: Dient te bestaan onder personeel, maar ook onder patiënten. Dit kan bereikt worden door goede voorlichten.</p>	<p>Onderzoek: Ten behoeve van de bepaling van uniforme richtlijnen, is onderzoek nodig. Echter wordt dit momenteel bemoeilijkt door een gebrek aan COVID-patiënten.</p> <p>Richtlijnen: Het onderzoek moet resulteren in duidelijke richtlijnen. Waarop moet gemonitord worden? Wat moet wel/niet gedaan worden? Welke patiënten dien en welk/niet geïnccludeerd te worden?</p>

Impact	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Het anders tijdig inzetten van Optiflow heeft geresulteerd in meer IC-capaciteit voor invasieve beademing en doelmatige inzet van HFNO, hetgeen bijdraagt aan de doorgaan van de U3- en U4-zorg.</p> <p>Tevens kan inzet van Optiflow patiënten palliatief comfort bieden. Daarnaast houdt het toedienen van Optiflow een bepaald percentage patiënten theoretisch van de beademing. Daar staat wel tegenover dat mensen langer van de beademing afhouden mogelijk een negatief effect op de gezondheid van de patiënt heeft.</p>	-

Effort	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Faciliteiten: Binnen het MUMC+ waren de randvoorwaarden voor de implementatie van deze good practice reeds ingericht.</p> <p>Personeel: Naast voldoende geschoold personeel, dient dit tevens te worden voorbereid op het verzorgen van Optiflow-patiënten. Personeel is niet altijd optimaal voorbereid op patiënten welke snel achteruit gaan.</p> <p>Goede patiëntvoorlichting: patiënten moeten goed voorgelicht worden over de methode in navolging van een incident met Optiflow. Alhoewel dit echter nooit een groot probleem is geweest, dient het meegenomen te worden.</p>	<p>Monitoring: Indien men deze therapie buiten de IC toe wil passen voor COVID-zorg, zal adequate monitoring geborgd moeten zijn.</p> <p>Faciliteiten: Indien nog niet aanwezig, moeten faciliteiten tijdig ingericht worden</p>

Gespreksweergave - Stichting MICU Zuidwest-Nederland

Aangepast patiëntvervoer voor het vervoeren van Optiflow patiënten

Algemeen

Beschrijving good practice

Met een MICU Light-voertuig staat een goed uitgerust voertuig klaar met een unieke Optiflow-integratie. Hierdoor kunnen Optiflow-patiënten veilig worden overgebracht van zaal naar ambulance. Een MICU Light betreft een aangepaste MICU waar ruimte is gemaakt voor een Optiflow-installatie evenals bijbehorende zuurstoftanks en extra accu's ten behoeve van de elektriciteit, waarvan Stichting MICU Zuidwest-Nederland er twee heeft. Doordat de organisatievorm (stichting) niet verbonden is aan een specifiek ziekenhuis, kan personeel op basis van een piketvergoeding uit meerdere ziekenhuizen worden ingezet. Onder andere door deze flexibele inzet van personeel, kan de MICU Light 7/24 worden aangeboden. Optiflow-patiënten worden uitgeplaatst vanwege medische noodzaak of om capaciteit te creëren.

Stakeholders

De stichting; de betrokken ziekenhuizen welke het personeel leveren (een arts, een IC-verpleegkundige en een chauffeur); en partijen om de ambulance om te bouwen.

Patiëntgroep

IC-patiënten stabiel op de IC voor minimaal 6 uur. Daarnaast gaat dit specifiek om Optiflow-patiënten.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Aangezien het creëren en inzetten van een MICU-Light tevens voordelen buiten COVID om biedt, dient het breder opzetten van een MICU-Light (evenals een adequate organisatie) direct overwogen worden.

Randvoorwaarden

Een kader is opgesteld ter bepaling of patiënten overgeplaatst kunnen worden. Alhoewel dit kader een leidraad is, wordt voorafgaand aan elk vervoer de situatie nogmaals door een arts beoordeeld. Ook moet genoeg personeel beschikbaar zijn, hetgeen in afstemming met besturen van ziekenhuizen wordt ingezet. Een centraal punt ter planning van de ritten moet aanwezig zijn. De verzekering moet tevens worden geregeld.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

De stichting biedt de enige mogelijkheid tot vervoer van Optiflow-patiënten in Nederland.

Stappen ter opschaling

Ten behoeve van nationale opschaling, moet overwogen worden wat een wenselijke organisatiestructuur is, of overkoepelende regie vereist is en dient het gebruik van de MICU Light in regelgeving/protocollen worden opgenomen zodat uniforme kaders kunnen worden gecreëerd. Daarnaast moet de personele bezetting invulling krijgen, waarbij de gehanteerde methode (indien mogelijk) de voorkeur heeft.

Barrières

Binnen de good practice

Screening: Dit betreft geen barrière, maar een potentieel besparingspunt indien centraler ingericht. Waar het kader een leidraad is, moet per rit worden afgewogen of de rit te verantwoorden is, hetgeen door een arts gebeurt.

Ten behoeve van nationale opschaling

Gebrek aan centrale regie: Belemmert optimale inzet van MICU (Lights).
Toegang tot genoeg kundig personeel: Dit is in de good practice goed gegaan, mogelijk door de hoge regionale concentratie van ziekenhuizen.
Huidige organisatievorm RAV: MICU's zijn eigendom van de RAV's, maar zijn verbonden aan ziekenhuizen. Belemmert optimale personele bezetting.

Impact

Binnen de good practice

De stichting voert tussen de 600 en 700 MICU-ritten per jaar uit, waarvan 20/30% met de MICU Light uitgevoerd kunnen worden.

Ten behoeve van nationale opschaling

De totale markt (vervoer van Optiflow-patiënten) is groter dan dat er nu invulling aan wordt gegeven (vraag > aanbod). In de regio wordt momenteel 3 tot 4x per week een Optiflow-patiënt vervoerd.

Effort

Binnen de good practice

Door de gehanteerde organisatiestructuur kan het vervoer goedkoper worden aangeboden. De kosten om een MICU om te bouwen tot MICU Light bedragen ongeveer €250.000. Daarnaast moet personeel getraind worden.

De kostprijs voor het vervoer van een Optiflow-patiënt bedraagt €1.795, uitgaande van 2 MICU Light-ritten per dag. Ter vergelijking: een normale MICU-rit kost €5.000 en een ambulancerit rond de €3.000.

Ten behoeve van nationale opschaling

De gehanteerde methode is efficiënt en geschikt voor nationale opschaling. Waar dit in de regio inzichtelijk kan worden toegepast, wordt geadviseerd een centraal orgaan aan te stellen welke invulling geeft aan de planning.

Tevens moeten afdoende MIC Lights worden gecreëerd met afdoende bemanning. Indien dezelfde personele aanpak wordt gehanteerd als in deze good practice, moeten regionale afspraken met ziekenhuizen worden gemaakt.

Gespreksweergave - NVA / ROAZ-Noord

Het opzetten/uitbreiden van de PACU ter verlichten van de IC

Algemeen

Beschrijving good practice

De good practice ziet toe op het optuigen/vergroten van de PACU ter verlichting van de IC, zoals door het ROAZ-Noord op instigatie van de NVA wordt vormgegeven. De PACU wordt gebruikt voor postoperatieve patiënten die naar verwachting binnen 24 uur kunnen doorstromen naar de verpleegafdeling. De good practice draagt direct bij aan de doelstelling door op deze manier IC-capaciteit vrij te spelen. Daarnaast is bepaalde U3-zorg minder afhankelijk van de beschikbaarheid van IC-capaciteit, doordat deze patiënten de eerste 24 uur op de PACU behandeld kunnen worden en deze zorg beter planbaar wordt.

Stakeholders

NVA; alle snijdende medisch specialismen; de NVIC; V&VN-IC; de NVZ; en NFU. Momenteel werken de beroepsverenigingen van zorgverleners aan een Leidraad PACU. Hierin beschrijven zij de medisch-inhoudelijke overwegingen en randvoorwaarden voor een PACU.

Patiëntgroep

Patiënten die geopereerd zijn, peri-operatieve problematiek hebben en geen COVID hebben. De winst wordt indirect door deze groep behaald. Door deze groep – indien kwalitatieve zorg gegarandeerd kan worden – over te plaatsen naar de PACU, wordt een gedeelte van de IC vrijgespeeld (bijvoorbeeld voor COVID-patiënten) en/of wordt bepaalde U3-zorg beter planbaar gemaakt.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Om ten tijde van nood de additionele PACU-capaciteit beschikbaar te hebben, dient tijdig te worden ingezet op het vergroten van de capaciteit in termen van faciliteiten, middelen en personeel.

Randvoorwaarden

Factoren die van invloed kunnen zijn op het uiteindelijke succes van de good practice:

- omvang van het ziekenhuis;
- afspraken en samenwerking tussen anesthesiologie en intensivisten;
- beschikbaarheid personeel.

Impact

Binnen de good practice

Momenteel zijn er geen concrete resultaten van de good practice bekend. Het is van belang op te merken dat het beoogde resultaat van de good practice is om patiënten die relatief minder zware zorg behoeven, buiten de IC te behandelen. Deze vrijgespeelde capaciteit kan niet een-op-een aangevuld worden door bijvoorbeeld COVID-patiënten, aangezien deze zwaardere zorg behoeven.

Ten behoeve van nationale opschaling

Naar schatting kan 35% van de jaarlijks opgenomen IC-patiënten in Nederland naar een PACU, hetgeen neerkomt op ongeveer 26.000 patiënten. Daarmee kan de PACU een bijdrage leveren aan de duurzame inzetbaarheid van (IC-)personeel.

Schaalvoordelen kunnen op organisatorisch niveau worden gerealiseerd door de uitbreiding van de PACU op het gebied van (ondersteunend) personeel, faciliteiten en middelen.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Soortgelijke alternatieven zijn niet bekend.

Stappen ter opschaling

Een groot aantal ziekenhuizen heeft momenteel geen of een relatief kleine PACU. De door de NVA voorgestelde en door ROAZ Noord gehanteerde methodiek kan dan ook gebruikt worden door: 1.) *Ziekenhuizen die reeds een PACU hebben voor optimalisatie van de huidige werkwijze*; of 2.) *Ziekenhuizen die momenteel nog geen PACU hebben*. Enkele stappen ter landelijke implementatie van deze good practice zijn:

- Het opschalen van het aantal PACU-bedden naar 350-450.
- Het opstellen van een apart PACU-tarief ter bekostiging van de PACU-bedden.
- Tijdig starten met het opleiden van PACU-personeel / breder opleiden van verpleegkundigen. Er wordt gepleit voor een brede opleiding op de acute as die modulair is ingericht (het UMCU is hier recent mee gestart).

Barrières

Binnen de good practice

Ontbreken betaaltitel: Momenteel wordt de intensieve monitoring en behandeling na operatie alleen vergoed als deze geleverd wordt op de IC. Doordat er een betaaltitel ontbreekt om deze activiteiten op de PACU uit te voeren, kan dit een stimulans zijn om patiënten op de IC te houden.

Ten behoeve van nationale opschaling

Groote ziekenhuis: Een inventarisatie van de NVA toont aan dat 17 ziekenhuizen momenteel een PACU hebben. Dit zijn tevens de 'grotere' ziekenhuizen. Mogelijk is de inrichting/uitbreiding van de PACU voor kleinere ziekenhuizen minder relevant.

Onttrekken personeel: Als het te aantrekkelijk wordt om op de PACU te werken, kan dit leiden tot een tekort aan IC-personeel.

Effort

Binnen de good practice

- Dit betreft onder andere:
- Een fysieke, adequaat uitgeruste ruimte.
 - Gekwalificeerd personeel.
 - Financiële middelen.

PACU's komen het meest voor bij ziekenhuizen waar intensivisten onderdeel zijn van de maatschap anesthesiologie en waar deze maatschap (deels) verantwoordelijk is voor de IC.

Ten behoeve van nationale opschaling

- Dit betreft onder andere:
- Opschaling naar 350-450 PACU-bedden.
 - Capaciteit en draagvlak om genoeg personeel breed op te leiden.
 - Afdoende personeel moet aangetrokken worden.
 - Een betaaltitel voor de PACU.
 - Concrete afspraken tussen anesthesiologen en intensivisten om de zorg op de PACU te kunnen leveren.

Gespreksweergave - OCON

Het uitplaatsen van zorg vanuit ziekenhuizen naar ZBC's

Algemeen

Beschrijving good practice

OCON en het MST hebben afspraken gemaakt voor het uitvoeren van 30 OK-dagen door het MST op locatie van OCON. Dit betrof voornamelijk prothesiologie. De orthopeed en patiënt kwamen vanuit het MST en maakten gebruik van de locatie, het personeel en materiaal van OCON. Na klinisch ontslag ging de patiënt weer terug naar het MST voor het vervolg van het zorgtraject. MST heeft 20 OK-dagen gebruikt; de overige 10 dagen zijn door Treant ingevuld.

Stakeholders

Binnen deze good practice zijn de direct betrokken stakeholders: het ziekenhuis (MST) en het ZBC (OCON), waarbij ook de zorgverzekeraar is meegenomen (o.a. via het ROAZ-overleg). Deze laatste is van belang aangezien de financiering omtrent de overplaatsing van patiënt en arts een potentieel knelpunt is.

Patiëntgroep

In deze good practice gaat het met name om patiënten die U4- of U5-zorg (ASA 1/2 en in beperkte mate 3) behoeven en geen of beperkte nazorg vereisen. Aangezien het door de initiatiefnemers cruciaal wordt geacht om vast te houden aan de behandelrelatie patiënt-dokter, dient dit ook mogelijk te zijn voor de patiëntgroep.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Het is van belang om de randvoorwaarden tijdig in te richten zodat snel kan worden gehandeld en opgeschaald in crisisfase. De verwachting is dat deze good practice de meeste meerwaarde heeft vanaf fase 2B.

Randvoorwaarden

Financieringsafspraken met de zorgverzekeraars; inhoudelijke afspraken en een risicoanalyse; instandhouding behandelrelatie patiënt-dokter; effectieve communicatielijnen tussen de ZBC's en het ziekenhuis (o.a. autorisaties in het EPD).

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

De good practice is uniek in enkele opzichten. Zo wordt de regio gekenmerkt door een beperkt aantal ZBC's. Daarnaast is OCON uniek ten opzichte van andere ZBC's. Zowel qua grootte, beschikbare capaciteit, expertise (o.a. PACU) als de huisvesting (in het ZGT). Deze factoren hebben een positief effect gehad op de effectiviteit van de good practice. Vanwege bovenstaande redenen is het lastig een-op-een een vergelijkbare good practice te benoemen.

Stappen ter opschaling

- Regionaal inzicht in de capaciteit, expertise en ondersteuningsmogelijkheden van ZBC's.
- Planvorming (in het ROAZ) voor samenwerking in crisistijd.
- Het inrichten van randvoorwaarden:
 - Het betrekken van zorgverzekeraars betreffende de financiering.
 - Inhoudelijke afspraken en risicoanalyses.
 - Het optuigen/versterken van (digitale) communicatielijnen tussen partijen, eventueel via een regionaal coördinatiepunt.

Barrières

Binnen de good practice

Financiële onzekerheid: Doordat er geen consensus kon worden bereikt tussen de zorgverzekeraars en het MST konden de laatste 10 OK-dagen niet worden ingevuld.

Druk op onderlinge solidariteit: Toenemende druk op U3-, U4- en U5-zorg zet de onderlinge verhoudingen tussen instellingen onder spanning. Knelpunt is een verschil van inzicht t.a.v. solidaire inrichting van zorg.

Ten behoeve van nationale opschaling

Patiëntdata: Toegang tot elkaars EPD is een belangrijk punt om nationale opschaling effectief te laten verlopen.

Onderling vertrouwen: Voor succesvolle samenwerking is onderling vertrouwen tussen betrokken partijen (ZBC, ziekenhuis en zorgverzekeraar) randvoorwaardelijk.

Impact

Binnen de good practice

OCON heeft 20 OK-dagen voor MST uitgevoerd en 10 OK-dagen voor Treant. De winst voor het zorgstelsel is dat het ziekenhuis zich meer kan toeleppen op COVID-zorg en/of complexe zorg doordat het laag-complexe zorg uitplaatst naar het ZBC. Het ZBC kan op zijn beurt extra zorg leveren, waardoor per saldo meer patiënten geholpen kunnen worden.

Ten behoeve van nationale opschaling

ZBC's hebben in 2021 met 1% meer personeel 20% meer productie geleverd. Er is dus sprake van overcapaciteit en opschaling is mogelijk, mits een vergoeding beschikbaar is.

Aangezien ZBC's geen U3-zorg leveren is de impact op de doorgang hiervan indirect. Doordat U4- en U5-zorg wordt uitgeplaatst, speelt het ziekenhuis capaciteit vrij voor COVID- en U3-zorg. De impact op U4- en U5-zorg is direct, deze kan worden ingevuld door ZBC's waardoor de hoeveelheid uitgestelde zorg kan worden beperkt.

Effort

Binnen de good practice

De effort zit primair in het opbouwen en onderhouden van een goede samenwerkingsrelatie.

Daarbij komen enkele praktische zaken die geregeld moeten worden (zie randvoorwaarden). Financieel zit de meeste effort in het verbinden van de EPD's; binnen de good practice is dit opgelost met een work-around.

Ten behoeve van nationale opschaling

Per regio moet worden geïnvesteerd in onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen en ZBC's.

Daarbij kan het (landelijk) versnellen van de mogelijkheden op het gebied van digitale gegevensuitwisseling de samenwerkingsmogelijkheden bevorderen.

Gespreksweergave - COVID-data

Early Warning System

Algemeen

Beschrijving good practice

Het Early Warning System (EWS) is een instrument dat gericht hoog-risicopatiënten opspoorde in het Huisarts Informatie Systeem. Hierbij worden deze patiënten in kaart gebracht op basis van gezondheid en welke vaccinaties iemand reeds heeft ontvangen. Momenteel is het systeem geïmplementeerd in Noord-Holland en Flevoland, waarbij een grote pilot in Brabant is opgezet (24 huisartsen) en ROAZ West. De twee laatstgenoemden hebben aangegeven het systeem graag te willen implementeren.

Stakeholders

In de huidige fase zijn drie ROAZ-regio's betrokken (Noord-Holland, Flevoland en Brabant), waarbij alle zes de GGD's uit Noord-Holland betrokken zijn. Tevens zijn diverse zorgverzekeraars (Zilveren Kruis, CZ en VGZ) aangesloten welke tot op heden de bekostiging op zich hebben genomen. Momenteel zijn +500 huisartsen aangesloten.

Patiëntgroep

Hoog-risicopatiënten.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Alhoewel het huidige systeem in 6 weken was opgezet, kan verwacht worden dat enige tijd vereist is om het systeem nationaal op te schalen doordat samenwerking van alle huisartsen vereist is. Daarom wordt voorgesteld het systeem direct op te zetten, waarna het in een 'waakvlam'-modus actief kan blijven.

Randvoorwaarden

Financiering wordt als essentieel gezien voor de succesvolle uitrol van het EWS. Daarnaast is het van belang dat de benodigde data eenvoudig toegankelijk is; momenteel wordt data opgehaald door middel van het versturen van vragenlijsten naar individuele huisartsenpraktijken.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

In Nederland zijn geen soortgelijke initiatieven bekend.

Stappen ter opschaling

- Opdracht vanuit VWS.
- Governancestructuur (op het niveau van zorggroepen).
- Meerjarige financiering.
- Veilige toegang tot de juiste data.

Barrières

Binnen de good practice

Richtlijnen huisartsen: Deze sluiten niet aan bij het vinden van ongevacceerde patiënten. Er is ter zake geen duidelijke regie en onbekend of ze zich ermee mogen bemoeien.

Preventie: Het is momenteel onduidelijk bij wie de verantwoordelijkheid voor preventieve maatregelen ligt.

Financiering: De huidige financiering is slechts tijdelijk.

Ten behoeve van nationale opschaling

Draagvlak: Dit is vanuit het ministerie nodig om aansluiting bij huisartsen te vinden.

Regelgeving: Omtrent het verkrijgen/gebruik van data.

Financiering: Moet gefinancierd worden uit de zorg of het publiek domein.

Centraal aanspreekpunt: Het individueel benaderen van huisartsen (5.000 praktijken) duurt te lang. Dit moet centraal aangestuurd worden.

Impact

Binnen de good practice

De inzichten voortkomend uit het EWS kunnen tweeledig worden ingezet: *Fijnmazig vaccineren en booster*; en *Het gericht toedienen van antivirale middelen*. De eerste aanpak is gepilot met de volgende resultaten: Als 50% van de huisartsen van ROAZ NH-FL per 1 december 2021 aangesloten was geweest en het fijnmazig vaccineren en booster had toegepast, had dat tot en met 31 maart 2022 tot de volgende resultaten gezorgd:

- 64 minder IC-opnames (14%)
- 558 minder ziekenhuisopnames (8.4%)

De totale kostenreductie voor het ROAZ NH-FL bedraagt in 4 maanden €6,5 miljoen.

Ten behoeve van nationale opschaling

De binnen de pilot geresulteerde impact is te vertalen naar landelijke schaal.

Daarnaast kan de inzet van antivirale middelen (bijvoorbeeld PaxLovid) de impact verder vergroten, door via het EWS gericht de hoog-risicopatiënten die hiervoor in aanmerking komen op te sporen.

Ook is het EWS toepasbaar voor andere ziektebeelden, hetgeen de potentiële impact nog verder vergroot.

Effort

Ten behoeve van nationale opschaling

Landelijke implementatie van het EWS zou ongeveer 1,5 jaar duren. Dit proces kan versnel worden indien het initiatief landelijk gesteund wordt. Landelijke implementatie brengt onderstaande kosten met zich mee:

Kosten 2022: €7,5 miljoen

Kosten vanaf 2023: €3,5 miljoen

De uitrol naar drie additionele ROAZ-regio's kost ongeveer €3,5 miljoen (hetgeen reeds in de eerder genoemde €7,5 miljoen zit). De totale kosten zouden ongeveer €0,15 per patiënt bedragen.

Waakvlamstand: In deze *waakvlamstand* worden de niet-essentiële activiteiten niet uitgevoerd. Indien nodig, kan het EWS weer 'geactiveerd' worden. Kosten bedragen €2,5 miljoen op jaarbasis. Hiermee is ook een dienstverleningsovereenkomst met de huisarts nodig.

Gespreksweergave - ROAZ Noordwest

Concentratie VVT-COVID-zorg tussen zorgorganisaties

Algemeen	
<p>Beschrijving good practice Deze good practice is het resultaat van een andere good practice, welke onder module 3 beschreven staat (<i>Samenwerking over keten door middel van een zestal coördinatiepunten</i>). Concentratie van VVT-COVID-zorg tussen zorgorganisaties op basis van cohorten (van verschillende grootte) wanneer de situatie dat toelaat. De overige VVT-organisaties leveren de reguliere zorg. Dit werd tijdens de pandemie afwisselend gedaan per organisatie in afstemming tussen de verschillende onderdelen in de keten en tussen coördinatiepunten. Cohorten werden in twee gevallen gerouleerd: als de druk op het personeel lang hoog was geweest door volle bezetting, of wanneer het cohort niet vol lag, waarmee de werkzaamheden niet uitdagend genoeg waren. In dit laatste geval werd een kleiner cohort geopend. Cohortering, evenals de triage naar cohorten, gebeurde op basis van de actuele informatie die door de onafhankelijk coördinator was opgesteld. Zodra een patiënt niet meer positief was, werd deze weer in de eigen regio opgenomen.</p>	
<p>Stakeholders VVT-organisaties; ambulancediensten en andere partijen die COVID-patiënten zittend konden vervoeren.</p>	
<p>Patiëntgroep VVT-COVID-zorg.</p>	
<p>In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden? Voorbereidingen zijn in maart 2020 begonnen, in april 2020 was het operationeel. Een maand voorafgaand aan de noodzaak moet dus met voorbereidingen worden begonnen.</p>	
<p>Randvoorwaarden Het belang moet duidelijk zijn voor de betrokken partijen waardoor over het organisatiebelang heen gekeken wordt. Bestuurlijke afstemming en het toekennen van een mandaat aan de coördinatoren/contactpersonen zijn succesfactoren. Hierdoor kunnen punten uit VVT-overleggen bij het ROAZ geagendeerd worden. Binnen het ROAZ is de financiering van organisaties niet besproken, maar moet wel akkoord op de COVID-bedden worden gegeven. Met Zilveren Kruis zijn afspraken gemaakt over de financiering van lege COVID-bedden.</p>	

Impact	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Deze good practice heeft geresulteerd in:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ efficiënter gebruik van beschikbare capaciteit; ▪ verdeling van de lasten tussen de zorgorganisaties; ▪ versterkte communicatielijnen; ▪ meer inzicht en begrip voor elkaars situatie en problemen. <p>Op het hoogtepunt van de crisis waren in de ROAZ-regio 15 COVID-units geopend met 150-160 opgenomen patiënten.</p>	-

Inzet good practice op nationaal niveau
<p>Alternatieven -</p>
<p>Stappen ter opschaling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Draagvlak: De juiste partijen moeten betrokken worden, evenals bestaande organisatiestructuren/coördinatiepunten. Door bestuurlijke lagen te betrekken, kan draagvlak worden gecreëerd. ▪ Samenwerking op hoog niveau: Dit draagt bij aan de snelheid waarmee beslissingen worden genomen en voor het creëren van draagvlak binnen en tussen organisaties.

Barrières	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Randgebieden: In Noord-Holland/Amsterdam was er veel draagvlak, in de randgebieden minder.</p> <p>Coördinator: Vanuit elke regio moet een geschikte coördinator naar voren worden geschoven.</p> <p>Beleid: Moet gezamenlijk zijn qua richtlijnen/opnamen.</p> <p>Actuele richtlijnen: VVT-organisaties kijken naar de Verenso-richtlijnen zijn, welke niet altijd actueel zijn.</p>	<p>Eenduidige capaciteitssystemen: Was nu veel handwerk.</p> <p>Financiering: Organisaties zijn initieel zelf het risico aangegaan.</p>

Effort	
Binnen de good practice	Ten behoeve van nationale opschaling
<p>Voor de coördinatoren vergt dit circa 4-8 uur per week per organisatie in de piek:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uitdenken van oplossingen. ▪ In regio en intern bespreken. ▪ Implementatieplan opstellen. ▪ Casuïstiekbespreking met diverse disciplines. ▪ Opstellen verbeterplannen. 	<p>Wijkverpleging moet betrokken worden aangezien deze de VVT gedeeltelijk kan ontlasten.</p> <p>Bestuurders moeten betrokken zijn: Dit creëert draagvlak.</p> <p>Behoud de onafhankelijkheid en geef mandaat.</p> <p>Creëer uniforme, actuele richtlijnen.</p>

Gespreksweergave - Philips

Inzet van sensoren ter trendmonitoring waardoor patiënt eerder naar lager zorgzwaarteniveau kan

Algemeen

Beschrijving good practice

Door trendmonitoring in te zetten op de verpleegafdeling, in VVT-instellingen en in de thuissituatie, is het mogelijk om de patiënt eerder naar een lager zorgzwaarteniveau te laten gaan. Doelstellingen zijn:
 1.) *Vroegtijdige detectie van achteruitgang*; 2.) *Voorkomen van (her)opnames*; 3.) *Vervroegd ontslag naar huis of VVT-instelling*; 4.) *Voorkomen van onnodige interventies*; en 5.) *Veiliger gevoel voor zorgverleners en patiënten*.

Stakeholders

Het Catharina Ziekenhuis werkt momenteel samen met Philips aan een 'standaard werkwijze' binnen dit project.

Er is tevens omtrent de volgende onderwerpen met de volgende instellingen samengewerkt:

- Intramuraal: Catharina Ziekenhuis, Bravis Ziekenhuis, Nij Smellinghe, Isala
- Transmuraal: Maasstad Ziekenhuis
- Thuis: Catharina Ziekenhuis, Nederlandse Obesitas Kliniek, Zuyderland

Patiëntgroep

Huidige proofpoints van de good practice zijn met name op postoperatieve patiëntpopulaties.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Aangezien de good practice ook ten tijde van geen COVID een positieve impact heeft, wordt geadviseerd meteen de opschalingsmogelijkheden van de good practice te bepalen. Daarnaast heeft het tijdig implementeren van de good practice als bijkomend voordeel dat het personeel reeds bekend wordt met de good practice.

Randvoorwaarden

Binnen de organisatie dient draagvlak te bestaan voor het gebruik van de good practice. Voor ziekenhuizen die nieuw zijn met het werken met de sensoren is ondersteuning belangrijk. Niet in de laatste plaats op het gebied van klinisch redeneren en trendmonitoring.

Impact

Binnen de good practice

Een schatting van de impact o.b.v. de eerste onderzoeken:

- 1 tot 2 minder ligdagen op de verpleegafdeling;
- 8% minder heropnames IC;
- Afname van ziekenhuis heropnames. Exacte data ontbreken;
- 3 tot 5 minuten afname benodigde tijd voor afnemen MEWS.

Impact verschilt per patiëntpopulatie en per ziekenhuis.
Voorbeeld: Voor bariatric zien we dat ongeveer 60% van de bariatric patiënten d.m.v. monitoring op afstand in dagbehandeling kan. De impact hangt af van het aantal dagen dat een gemiddelde bariatric patiënt momenteel in een specifiek ziekenhuis verblijft. Voor het Zuyderland betekent dit op de bariatric een besparing van +550 ligdagen per jaar.

Ten behoeve van nationale opschaling

De potentiële nationale impact van de good practice is afhankelijk van de context en huidige stand van zaken binnen individuele ziekenhuizen. Beide kunnen de impact zowel positief als negatief beïnvloeden.
 Op basis van de huidige data is daarom geen realistische schatting van de impact bij nationale opschaling te maken.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Philips biedt voor deze oplossing het Guardian trendmonitoringsplatform aan en de Healthdot sensor. Een belangrijk unieke selling point van de Healthdot is het feit dat data wordt uitgestuurd over het Lora netwerk. Dit maakt dat de sensor, zonder tussenstation, geschikt is voor gebruik binnen én buiten de muren van het ziekenhuis.

Stappen ter opschaling

De good practice kan op organisatorisch niveau opgeschaald worden, waarbij onderstaande stappen doorlopen dienen te worden:

- **Technische installatie:** Voorbereiding (*IT, medische techniek & security*); installatie monitoringsplatform; koppeling monitoringsplatform aan ziekenhuisinfrastructuur; en configuratie protocol.
- **Procesontwerp:** Voorbereiding (*IT, medische techniek & security*); klinische implementatie (*ontwikkeling inclusie- en exclusiecriteria / werkafspraken / documentatie / betrekken gebruikers / KPI's*); training zorgpersoneel; en go-live.

Een aantal ziekenhuizen heeft deze stappen reeds doorlopen. Philips brengt deze ziekenhuizen graag met elkaar in contact om de implementatie periode te verkorten en de kans op een succesvolle implementatie te vergroten.

Barrières

Binnen de good practice

Ziekenhuizen zien de noodzaak en de toegevoegde waarde van zorgpadoptimalisatie middels monitoring op afstand. Echter wil het nog wel eens lastig zijn om alle interne stakeholders hiervan te overtuigen en mee te krijgen. Het is hierin belangrijk om vanuit alle stakeholders een vertegenwoordiger vanaf moment 1 bij het project te betrekken.

Ten behoeve van nationale opschaling

Ziekenhuizen starten deze good practice vanuit de overtuiging dat zorgpadoptimalisatie middels monitoring op afstand een positief effect heeft op de quadrupel aim, te weten op: *Zorguitkomsten, patiëntervaring, ervaring zorgverlener, gemiddelde zorgkosten per patiënt*. Toch lukt het niet alle ziekenhuizen om de financiële business case rond te krijgen voor opschaling naar andere afdelingen. Om deze reden is het belangrijk goed te kijken naar de financiële incentives die in de reimbursement afspraken met zorgverzekeraars worden vastgesteld.

Effort

Binnen de good practice

Componenten die de prijs bepalen: *Aantal bedden, afdelingen, mobiele telefoons & patiënten; reeds beschikbare infrastructuur*.
 Variërend van €50 tot €150 per dag, afhankelijk van de ligduur van de patiënt (*incl. opstart, infrastructuur en sensor, excl. personele bezetting voor monitoring*).
 Enkele indicaties van kosten (betreffende gemiddelde kosten van een ligdag op IC/verpleegafdeling), maakt het gedeeltelijk mogelijk bovenstaande cijfers te kwantificeren.

Ten behoeve van nationale opschaling

De good practice kan op organisatorisch niveau worden ingezet. Daarmee is de benodigde effort ten behoeve van nationale opschaling afhankelijk van diverse, organisatie-afhankelijke factoren zoals – maar niet beperkt tot:

- *bestaand draagvlak binnen organisaties;*
- *bestaande infrastructuur;*
- *bestaande bekendheid van de gebruikers met de apparatuur. Deze factor kan resulteren in eventuele trainingskosten.*

Gespreksweergave - Teladoc

Enhanced Recovery after Intensive Care (ERIC-programma)

Algemeen

Beschrijving good practice

Centraal in dit project staat een onderzoek dat is uitgevoerd naar de mogelijkheden om de gevolgen op lange termijn na opname op de intensive care, door multidisciplinaire telegeneeskundeconsulten, te beperken. In het onderzoek werd de communicatie en dataverzameling van 15 IC-afdelingen (spokes) in een centraal eHealth-platform (hub, gelegen in het Charité-ziekenhuis in Berlijn) geïntegreerd. Dit 'hub en spoke' model is relatief eenvoudig uit te breiden. Binnen zes weken kwamen er twintig extra locaties bij als gevolg van de reactie op de Covid-19 Pandemie. Vier locaties werden toegevoegd als onderdeel van een initiatief gefinancierd door het Duitse volksgezondheidsagentschap, het Robert Koch Instituut, dat zich richt op de volgende gebieden:

- 1.) Covid-zorg buiten het ziekenhuis houden;
- 2.) vermindering van de druk van COVID-zorg op de reguliere zorg.
- 3) Het trainen van collega's in andere landen over best practices die van toepassing zijn op het omgaan met Covid-19-patiënten
- 4) Leren van andere landen over de evolutie van varianten. Dit was met name het geval bij de twee Zuid-Afrikaanse sites, waar informatie over de klinische impact van de Omicron-variant als eerste werd vergaard. Door gebruik te maken van deze vorm van eHealth is het mogelijk om efficiënter te werken met minder personeel.

Stakeholders

het Duitse Paritair Bondscomité; het Charité ziekenhuis en partnerziekenhuizen; een zorgverzekeraar; en Teladoc Gezondheid. Later werd ook het Robert Koch Instituut erbij betrokken. In Nederland moet een betalende partij om betrokken te zijn. Omdat de business case een positief beeld schetst, is een zorgverzekeraarsafpraak ook mogelijk.

Patiëntgroep

Deze best practice heeft betrekking op COVID-patiënten, maar ook op COVID-verdachte patiënten. De best practice ziet niet alleen op de IC, maar ook op de SEH en bij uitbreiding van step-down units rond Duitsland.

In welke fase (zoals door de LNAZ beschreven) dient de good practice ingezet te worden?

Het is belangrijk om de randvoorwaarden tijdig in te stellen zodat er snel actie ondernomen kan worden als opgeschaald in crisisfase. Structurele integratie wordt dan ook gezien als een succesfactor.

Randvoorwaarden

Naaast financiering is het creëren van draagvlak onder de betrokken zorgprofessionals essentieel voor succes. De initiatiefnemers geven aan dit te kunnen ondersteunen door data te delen., verspreiding van best practices, met name in een snel evoluerende situatie zoals een respirator virus; evenals het faciliteren van gesprekken/een bezoek aan het Charitéziekenhuis. Inzet van goede praktijken op nationaal niveau

Impact

Binnen de good practice

De resultaten van voornoemd project, waarbij het Charité-ziekenhuis dient als een centrale hub, binnenkort gepubliceerd in de Lancet. Dit onderzoek kan, indien gewenst, worden gedeeld met het expertteam worden. De resultaten tonen aan dat het initiatief draagt bij aan:

- Aantoonbaar leidend tot betere kwaliteit
- Resultaten;
- Een positieve invloed hebben op de duur van het verblijf.

Als de Lancet publicatie over dit project worden vrijgegeven, wordt gedeeld, deze gegevens zouden (zodra openbaar beschikbaar) kan worden gebruikt om een inschatting te maken in de uitvoering van het goed praktijk op nationale schaal.

Inzet good practice op nationaal niveau

Alternatieven

Nee

Stappen ter opschaling

Teladoc stelt een gefaseerde aanpak voor; te beginnen met ROAZ-regio's waarna het wordt uitgerold naar de spoedeisende hulp afdelingen:

- Het creëren van draagvlak onder relevante zorgprofessionals;
- Het opzetten van een centrale functie om de implementatie te beheren, maar ook om de respons te operationaliseren door best practices in het hele netwerk voortdurend bij te werken.
- Het opleiden van de betrokken beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
- Het betrekken van (de juiste) partijen;
- Het publiek voorlichten over wat het gezondheidszorgsysteem doet om de burgers te beschermen, om ervoor te zorgen dat chirurgische wachtlijsten niet toenemen en om eerstelijns personeel te beschermen
- Zorgprofessionals aanwijzen als voorvechters van het initiatief, zodat zij het verder kunnen uitdragen.
- Verbeterd herstel na intensieve zorg (ERIC-programma)

Barrières

Ten behoeve van nationale opschaling

De grootste uitdaging in Nederland zal liggen in het creëren van draagvlak in en tussen de ziekenhuizen uit het beoogde netwerk en in een duurzame medico-legale inregeling.

Effort

Binnen de good practice

De kosten bestaan over het algemeen uit een eenmalige investering en jaarlijkse operationele kosten. De kosten voor de technologie, volledig geleverd door Teladoc Health, voortgezet gedurende de eerste 12 maanden van de ERIC-programma waarin het programma nog werkte met 1 hub en 10 spokes, minder dan € 1 miljoen; 80% daarvan kosten bestaan uit eenmalige investeringen. Gegevens kunnen worden gedeeld met het expertteam. Er kan worden gezegd dat:

- In 6 maanden tijd werden de investeringen voor de inrichting van 1 hub en 6 spokes terugverdiend, afhankelijk van de instelling en schaal. Over een jaar projecteren we 163 dagen van kritieke zorgdagen, wat zich vertaalt naar 9 nieuwe IC-gevallen per ziekenhuis.

Dit is gebaseerd op de volgende aannames voor een ziekenhuis met 500 bedden met een gemiddelde ligduur van 4 dagen, Case Mix Index gemiddelde van 2 en 10% gemiddelde transfer rate naar Hub. Binnen goede praktijken. De grootste uitdaging in Nederland ligt in het creëren van draagvlak in en tussen de ziekenhuizen in Nederland, beoogd netwerk en in een duurzame medisch-juridische regeling.