

## Thema 6 Randvoorwaarden

### Houtskoolschets

Om het nieuwe acute zorglandschap van de grond te laten komen, moeten we gezamenlijk optrekken. Daarnaast zijn enkele andere aspecten essentieel om de transitie te laten slagen, namelijk: optimale gegevensuitwisseling, glasheldere en handhaafbare normen, optimaal gebruik van slimme zorg en strakke afspraken in de regio. Ook moeten betaalbaarheid en beheersbaarheid in het oog gehouden worden.

Wat betreft gegevensuitwisseling gaat het om de benodigde medische gegevens van de patiënt. Daarnaast moet er een werkend systeem zijn dat 24/7 realtime inzicht biedt in de actueel beschikbare capaciteit aan acute zorg.

Er bestaan al verschillende normen voor de acute zorg, zoals de bereikbaarheid van de verschillende acute zorglocaties, de aanrijtijd van de ambulance en de tijd tot beoordeling voor acute psychiatrie. Om de transitie te laten slagen, is het daarnaast belangrijk dat er aangepaste, of nieuwe heldere normen komen die passen bij de nieuwe inrichting en ook gehandhaafd kunnen worden. Normen moeten ontwikkeld worden op het gebied van onder andere: een minimale infrastructuur op de verschillende locaties, kwaliteitseisen die we stellen aan zorgprofessionals en inhoud van zorg, samenwerkingseisen, patiëntvolumes, adherentie in het verzorgingsgebied, eisen aan slimme zorg en eisen op het gebied van gegevensuitwisseling. Heldere normen helpen om de veranderingen goed uit te kunnen leggen, toezicht te houden op gemaakte afspraken en bieden de mogelijkheid om veranderingen snel door te voeren.

Digitale zorg is van optimaal belang gebleken in de huidige COVID-19 pandemie. Bovendien liet de crisis de mogelijkheden en toepassingen hiervan zien. Er is potentie, maar de impact is afhankelijk van de inbedding in de zorg en in de opleidingen. Dat vraagt om ingrijpende veranderingen van zorgpaden, processen, logistiek en bekostiging.

Tot slot vraagt een nieuwe inrichting van het acute zorglandschap om een passende bekostiging. Dit betekent dat de bekostiging aansluit bij de uiteindelijke inrichting van het acute zorglandschap en de doelen die moeten worden bereikt. Financiering op basis van beschikbaarheid zal verder worden verkend. De houtskoolschets heeft ambities om de acute zorg integraal te gaan financieren. Bestaande financiële schotten, zoals tussen de huidige huisartsenpost en spoedeisende hulp, moeten verdwijnen. Wat dit voor gevolgen heeft, zal verder moeten worden onderzocht.

### Reacties Internetconsultatie

Het faciliteren van uniforme en ondersteunende gegevensuitwisseling wordt bijna unaniem als een cruciale randvoorwaarde gezien. Respondenten benoemen dat dit de infrastructuur van de acute zorg verbeterd en ten goede komt aan de integrale samenwerking. Het gaat hier zowel om het faciliteren van beschikbare patiëntgegevens, als het leveren van realtime inzicht in beschikbare capaciteit van de acute zorg. Respondenten zien deze randvoorwaarde graag snel verwezenlijkt. De overheid kan hierin ondersteunen met behulp van wet- en regelgeving.

Ook zien velen een grote toegevoegde waarde in de inzet van meer slimme zorgtechnologie. De huidige COVID-pandemie heeft de ontwikkelingen hierop in een stroomversnelling gebracht en velen zien dit als een positieve ontwikkeling. Telemedicine kan bijdragen aan het leveren van betere zorg, efficiëntere inzet van zorgpersoneel en bevordering van het werkplezier. Naast de voordelen van slimme zorgtechnologie worden wel een aantal kanttekeningen opgemerkt. Zo zijn niet alle zorgorganisaties op dit moment voorbereid op vergaande digitalisering, en het platteland blijft vaak achter in een digitale infrastructuur (terwijl zij daar juist ook veel profijt van zouden kunnen ondervinden). Ook wordt opgemerkt dat niet iedereen goed overweg kan met digitalisering, en het dus niet voor iedereen geschikt is. Daarnaast moeten aanpassingen in bekostiging worden verwezenlijkt om de uitrol van digitalisering te ondersteunen.

Verder wijzen velen op het belang van heldere en handhaafbare normen. Respondenten zien hierin een taak voor de overheid voor het maken van landelijke richtlijnen, waarin ruimte bestaat voor regionale invulling. Er moeten kwaliteitskaders/richtlijnen worden opgesteld waar zorgprofessionals op kunnen varen. Normen moeten medisch onderbouwd zijn en zo worden geformuleerd dat toezichthouders hier op kunnen handhaven. Dit kan door normen meer als kwaliteitsnorm te

presenteren. Ook zijn er normen nodig ten aanzien van de voorgestelde randvoorwaarden zoals gegevensuitwisseling, bekostiging en slimme zorgtoepassingen.

Veel respondenten beamen dat het zeer belangrijk is om over de manier van financiering na te denken. Verschillenden ondersteunen het voorgestelde idee van betalen voor beschikbaarheid en integrale bekostiging. Verder wordt er regelmatig benoemd dat gemeenten beter financieel geëquipeerd moeten worden om haar taken op het gebied van het sociale domein te verwezenlijken.

Vanuit de respondenten wordt een extra randvoorwaarde geïdentificeerd, namelijk voldoende zorgprofessionals. Om de voorgestelde plannen te laten slagen, is het belangrijk dat de problemen op de arbeidsmarkt worden opgelost. Meerdere respondenten beschrijven tekorten, met name binnen de groep ambulancepersoneel, huisartsen en verpleegkundigen. Dit terwijl beoogde veranderingen juist een groter beroep op deze sectoren lijken te doen. Er moeten voldoende opleidingsplaatsen worden gerealiseerd en er moet worden gekeken naar het verbeteren van het werkplezier, duurzame inzet en passende salarissen. Hoewel de CZO flex een goed begin is, biedt de houtskoolschets hier nu niet voldoende oplossingen voor, en dient er dus meer aandacht voor te zijn.

Tot slot benoemen velen dat burgers en patiënten in een vroegtijdig stadium betrokken dienen te worden. Door zorgaanbieders tijdig met het publiek te laten communiceren ontstaat meer begrip, en ontstaat een meer zorgvuldig proces en een breder draagvlak. Ook dient het openbaar bestuur van een gemeente snel betrokken te worden, des te meer omdat de houtskoolschets een intensivering in samenwerking tussen het sociale en het medische domein beoogt. Daarnaast dienen apothekers tijdig te worden betrokken in verband met hun cruciale plaats in de acute zorgketen, en specialisten ouderengeneeskunde, arts AVG en seniorenverenigingen in het kader van het voorkomen van acute zorg.

## Wat loopt er al?

NB Slimme zorg/digitalisering niet in het kader van dit thema.

### Kwaliteitsnormen

- Kwaliteitskaders deelsectoren
- Norm concentratie IAT en rol LNAZ daarbij (andere vb p. 30 hks)
- ZN 2013: multitrauma 240-480 per jaar, beroerte vanaf 350 pj, dotteren 600 pj waarvan 160 acuut per ziekenhuis en 150 per cardioloog, AAA 33 pj waarvan 15 geruptureerd, IC 400 niet-postoperatief beademde patienten. KPI's voor trauma, beroerte, hartinfarct, aneurysma, acute verloskunde, IC, spoedeisende medische dienst (combinatie HAP en SEH). Uit de literatuur blijkt dat in Engeland voor SEH's in 2007 een veldnorm van een verzorgingsgebied van minimaal 500.000 inwoners per SEH is aangenomen, omdat op basis van literatuur en inschattingen van professionals geen optimale SEH-zorg geleverd kan worden.
- Zorginstituut 2015 Spoed moet goed: indicatoren voor hartinfarct, beroerte, heupfractuur, multitrauma, aneurysma, geboortezorg. Volumenumen NVVC voor dotteren worden gehandhaafd, beroerte norm NVN 100 per locatie, multitrauma 240, 40 aorta ingrepen voor ziekenhuizen die geruptureerd aneurysma buikslagader behandelen.
- **Kwaliteitskader spoedzorgketen (rol LNAZ, Sim en rol Zinl);** AED erbij betrekken en integreren in beleid?
- Wetsvoorstel financiële toetsing staat inmiddels in Staatsblad. <https://www.officielebekendmakingen.nl/stb-2020-346.html> Inwerkingtreding is afhankelijk van amvb. Advies Raad van state bij amvb is binnen (dictum b), maar we moeten nog even langs ministerraad vanwege demissionaire status kabinet. Inwerkingtreding is dan per 1 juli 2021. Het betreft uitsluitend een budgettaire toets.
- Advies Zinl en NZa Samenwerken aan passende zorg p. 11: Organiseren van landelijke dialoog voor partijen, die leidt tot een bindend kwaliteitskader met principes van passende zorg (activiteit van het Zorginstituut).
- IGJ Op dit vlak (kwaliteit) is er nu juist veel ontwikkeld de afgelopen jaren binnen de acute zorg. Probleem is o.i. niet een gebrek aan kwaliteitsnormen/eisen (probleem binnen de zorg is eerder dat er te veel zijn), maar het spanningsveld dat kan bestaan tussen kwaliteit en toegankelijkheid. Zorgvuldig/verantwoord, normen op zichzelf zijn geen garantie voor snelle verandering. Ik weet ook niet of snelheid nu het belangrijkste criterium is in deze.
- Literatuur samenvatting: kwaliteitseisen ZN februari 2013, zie ook de map literatuur voor documenten ZN.

### Toegankelijkheidsnormen

- Advies Gezondheidsraad 45 minuten norm: geen algemeen geldende limiet, maar kritieke tijdsintervallen en voor sommige aandoeningen: hoe sneller hoe beter
  - STEMI (volledige afsluiting één van de bloedvaten naar het hart): nu 30 PCI (dotter)-centra, literatuur: binnen 90 minuten na eerste medisch contact
  - Herseninfarct: IVT behandeling voor 20% van de patiënten in 75 ziekenhuizen binnen 270 minuten na ontstaan klachten, IAT behandeling voor 5 a 10% van de patiënten in 18 ziekenhuizen binnen 6 uur na eerste verschijnselen
  - Reanimatie: binnen 4 a 6 minuten, vervoertijd na een geslaagde reanimatie niet van invloed op gezondheidswinst
  - Acute verloskunde: 75 ziekenhuizen waarvan 10 met high care en NICU, reistijd van meer dan 20 minuten wordt "geassocieerd met" hogere mortaliteit en morbiditeit, minister plaatst hierbij kanttekeningen in aanbiedingsbrief
  - Trauma: 13 ziekenhuizen level 1, start behandeling binnen uur na incident
  - Geruptureerd aneurysma buikslagader (geruptureerde AAA): 60 ziekenhuizen, binnen 2 uur na eerste contact operatie, waarvan 60-90 minuten vervoertijd
- GR: NL heeft 4 ziekenhuizen per miljoen inwoners, Duitsland 19 en Japan 58. In Denemarken (met nationale coördinatie) is het aantal SEH's gehalveerd. Nederland en Denemarken hebben relatief sterke eerste lijn (incl. ambulancezorg). Belangrijker dan de

tijd om met een ambulance bij een ziekenhuis te komen is het optimaal functioneren van de gehele spoedzorgketen. Indien uitsluitend de spreiding van de acute ziekenhuiszorg wordt getoetst, zou het goed zijn om ook de vervoertijd modelmatig los van de aanrij en behandel/inlaadtijd ter plaatse van het incident te benaderen. Anderzijds vraagt een bredere beschouwing van de spreiding van de acute ziekenhuiszorg met in achtname van de hele spoedzorgketen juist om een evaluatie- en monitoringsstrategie waarin ook de bredere context van de spoedzorg wordt meegenomen.

- Vragen hierbij: voldoen al deze ziekenhuizen aan de kwaliteits (volume?)normen en hoeveel % van de mensen kan theoretisch gezien binnen de beoogde tijd bij het juiste ziekenhuis zijn. LNAZ heeft met moeite bewerkstelligd dat IAT beperkt werd tot 18 ziekenhuizen. Concept ministeriële regeling acute zorg (normen voor bereikbaarheid SEH, AV, HAP en beoordelingslocatie acute ggz)

IGJ in cluster acute zorg, 29 maart 2021

- Normen voor ketens en netwerken, normen over samenwerking en verantwoordelijkheid diverse partijen. Geen gedetailleerde procesnormen, maar: welke risico's ziet de zorgaanbieder en wat doet hij eraan om die te mitigeren. Heeft de aanbieder het proces onder controle?
- Theoretische spreidingsnormen verhouden zich lastig tot kwaliteitsnormen en maken het lastig voor IGJ om op die spreiding toe te zien. Als toegankelijkheidsnormen meer medisch onderbouwd zijn kan de IGJ erop toezien als ware het kwaliteitsnormen.
- Bij schaarste botsen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Politiek moet dan afweging maken.
- Hoe verhoudt een commissaris acute zorg zich tot de IGJ?
- Niet voor elke aandoening een tijdsnorm, met ketenindicatoren herken je wel blinde vlekken. Burger uitleggen dat langer rijden niet altijd slecht is. In algemene termen beschrijven wat regionaal nodig is, regionaal maatwerk mogelijk maken. Het veld kan wel een norm maken voor wat medisch verantwoord is, maar politiek moet uiteindelijk afweging tussen 3 publieke belangen maken. Internationaal geen spreidingsnormen, meer richten op snellere doorloop in ketens.

Zinl ( 5.1.2e en NZa ( 5.1.2e 31 maart 2021

- Zinl: slechts 10 a 20% van de acute Zorg laag volumen hoog complex. Veel overeenstemming dat je die zorg niet overal kunt hebben ook bij SAZ ziekenhuizen. 6 aandoeningen ZN 2013: heupfractuur niet complex, rest wel, daar wil je aanvullende aandoeningsspecifieke criteria voor, wil je daar aan tegemoet komen dan kan het aanbod niet overal zijn.
- Zinl: cascade effect alleen bij geboortezorg (KNO, kinderarts) en heupfractuur (kwetsbare groep met veel aandoeningen). Hangt vooral samen met doelgroep, niet zo zeer met aandoening. NZa: 61% lijdgen vloeit voort uit SEH.
- Zinl ( 5.1.2 5.1.2e NZa ( 5.1.2e , IGJ ( 5.1.2e en ACM ( 5.1.2e bezig met regionale implementatie landelijke kwaliteitsnormen. Vraag is op welke schaal welke normen geïmplementeerd zouden moeten worden. Na vraag van VWS hoe Zinl belangen kleine ziekenhuizen borgt bij opstellen kwaliteitsnormen kondigde Zinl een visie aan op dit punt. TK heeft gevraagd naar deze visie. Die is er nog lang niet.
- Zinl: met bekostiging sturen op differentiatie. NZa: politieke afweging. Zinl: politiek voeden.
- NZa: GR advies zou ertoe leiden dat je complexe zorg dichtbij zou moeten organiseren (snelheid van belang hart, cva ed) en dat minder complexe zorg verder weg kan (minder spoed)

Gegevensuitwisseling

- Oplossingsrichtingen Discussienota Zorg voor de toekomst: standaardisatie, veilig gegevens uitwisselen, PGO. Digitalisering faciliteren via bekostiging en contractering en evt. eigen risico.
- Wat loopt er al? (zie ook mail ( 5.1.2e 8 februari, 11.46)

- Corona-opt-in: vanuit patiëntenfederatie en koepels vraag om opt-in structureel te maken. Maar beroepsgeheim huisarts (WGBO) wordt daarmee doorbroken
- Programma Met Spoed Beschikbaar: veldpartijen werken aan de organisatie en implementatie van de richtlijn Gegevensuitwisseling Acute Zorg. Zou 2022(??) afgerond moeten zijn.
- Nictiz doet onderhoud informatiestandaard en berichten
- Juiste toestemmingsvraag is geformuleerd
- Wetsvoorstel Elektronische Gegevensuitwisseling
- Taskforce corona-opt-in werkt aan duurzame oplossing
- Gesprek met huisartsen over toestemmingen wordt gevraagd of dat in overleg taskforce kan
- Wat zou er nog moeten gebeuren?
  - Toestemmingsvraagstuk: lang niet alle burgers hebben toestemming gegeven voor spoed. Huisarts moet dit registreren. Maar weerstand van huisartskoepels.
  - Gesprek huisartskoepels opschalen
  - Evt onderzoek doen of huisartsen zelf ook weerstand geven
  - Toestemmingen uitvragen: door huisartsen en/of landelijke campagne en/of middels lopende relevante trajecten (zoals jaarlijkse griepvrij informatiebrief)
  - Juridisch onderzoek naar mogelijkheden voor uitzondering toestemming bij spoed
  - Discussie/doorzettingsmacht over infrastructuur/infrastructuurlijk onafhankelijke oplossing/LSP....
- Miitz is voor toestemmingsregistratie en werkt met alleen toestemming ter plekke.
- Burger toegang tot eigen gegevens: pgo's. Maar voor zorgverleners is er nog geen toegang tot pgo's
- VIPP programma's (geboortezorg Babyconnect)

Inzicht in actuele capaciteit acute zorg ([link met thema zorgcoördinatiecentra](#))

- LPZ voor inzicht in IC-bedden
- NZa Zorgbeeldportaal (inzicht in reguliere zorg, gaat uitgebreid worden met info uit andere sectoren, Eline)
- Inzicht in "stops" op SEH-afdelingen
- Regionale coördinatiefunctie eerstelijnsverblijf

Bekostiging

- We hebben al bekostiging ambulancezorg en acute ggz op basis van budgetten en beschikbaarheid
- Marktverstoringstoets beschikbaarheidsbijdrage SEH's
- In Discussienota Zorg voor de toekomst genoemde oplossingsrichtingen: bekostiging coördinatiefuncties/systeemfuncties/consultatiefuncties, tegemoetkoming transitiekosten voorkomen, vervangen, verplaatsen van zorg, bekostigen beschikbaarheid, bekostiging van bundels of verrichtingen
- Advies Zinl en NZa Samenwerken aan passende zorg p. 51 par. 3.2 Bekostiging acute zorg. Een bekostiging op basis van beschikbaarheid kan op verschillende manieren worden ingericht. Bijvoorbeeld populatiebekostiging, een opslag voor beschikbaarheid opgenomen in de tarieven, met inzet van een overheidssubsidie (kan beschikbaarheidsbijdrage zijn) of een systeem met een dominante zorgverzekeraar, die de budgetafspraken maakt namens verschillende zorgverzekeraars en hierdoor kan sturen op doelmatigheid en uitkomsten van zorg. Een gedifferentieerde bekostiging met enerzijds bekostiging van beschikbaarheid om zorgvoorzieningen te garanderen en anderzijds compensatie voor productie kan passend zijn. Welke vorm optimaal is voor acute zorg vraagt nader onderzoek in afstemming met partijen, waarbij ook compensatiemechanismen aandacht krijgen in geval van grote regionale kostenverschillen. 10 februari spreken MT's van PZa en Z met MT's van NZa en Zinl over een spoorboekje, wat wanneer uitwerken met wie. Rekening houden met het feit dat 60% van de ligdagen voortkomt uit een acute zorgvraag (komt in de monitor te staan). Zorgcoördinatiecentrum: netwerkbekostiging?
- ZIK fiches, BMH fiches, ombuigingslijst, fiche vermindering productieprikkels

- **5.1.2e**: denk bij integrale bekostiging ook aan gevolgen voor aansluiting met verzorging.
- Manifest 2021 van Zilveren Kruis: integrale financiering acute zorg uit verschillende segmenten en zorgdomeinen

#### Arbeidsmarkt

- Thema vernieuwing en werkplezier Discussienota Zorg voor de toekomst (overstap naar de zorg stimuleren, loopbaanmogelijkheden, zeggenschap, minder regeldruk, minder werkdruk, efficiëntere inzet van personeel (bij kwaliteitsstandaarden rekening houden met beschikbaar personeel, taakherschikking), goed werkgeverschap, goed bestuur)
- Actieprogramma Werken in de zorg, [Vierde voortgangsrapportage programma Werken in de Zorg | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#), Regionaal actieplan aanpak tekorten (RAAT), RegioPlus, 14 regionale werkgeversorganisaties. Meva: Werkgevers, werknemers en de overheid op zowel regionaal als landelijk niveau moeten hier de komende jaren hard aan blijven werken. Het gaat daarbij uiteraard over goede arbeidsvoorwaarden, maar ook over voldoende opleiden en het anders werken in de zorg door bijvoorbeeld taakherschikking en de inzet van digitale zorg. Voor het behouden van mensen voor de zorg spelen zeggenschap en werkplezier een belangrijke rol.
- Ramingen Capaciteitsorgaan: **5.1.2e**
- CZO flex sneller en flexibeler opleiden gespecialiseerde verpleegkundigen (bij **5.1.2e** **5.1.2e** stand van zaken navragen).
- Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt in zorg en welzijn
- Zeggenschap medewerkers nav advies **5.1.2e** Niets over ons, zonder ons.

#### Wie zijn betrokken?

- Zinl, IGJ, NZa, AP
- PZo **5.1.2e** bekostiging, **5.1.2e** (of iemand uit haar team, dat horen we nog) rol Zorginstituut en VWS bij kwaliteitsnormen)
- Z (**5.1.2e**, **5.1.2e**) toegankelijkheidsnormen en zorgplicht zorgverzekeraars, meerjarige innovatieve contracten tussen verzekeraars en aanbieders)
- DI (gegevensuitwisseling)
- WJZ **5.1.2e** bekostiging, gegevensuitwisseling)
- MEVA **5.1.2e** **5.1.2e** arbeidsmarkt, **5.1.2e** zeggenschap medewerkers)
- **5.1.2e** (toegankelijkheidsnormen), **5.1.2e** (LPZ), **5.1.2e** (bb SEH), **5.1.2e** (bekostiging huisartsenzorg), **5.1.2e** gegevensuitwisseling)
- **5.1.2e** bekostiging ambulancezorg **5.1.2e** bekostiging acute ggz)
- FEZ **5.1.2e** en IRF **5.1.2e** (bekostiging, budget, prikkels)

#### Wat moet er gebeuren?

- Gesprek met NZa over bekostiging acute zorg (wat hebben zij in gedachten, wat hebben ze van ons nodig, 4 februari 2021, wordt 2 wekelijks vervolgd)
- Gesprek met **5.1.2e** over 45 minuten norm (3 februari 2021)
- Gesprek met **5.1.2e** over wetsvoorstel gegevensuitwisseling (11 februari 2021)
- Gesprek met MEVA over arbeidsmarkt (11 februari 2021)
- Gesprek met IGJ over wens ketenbrede en medisch onderbouwde normen voor kwaliteit en toegankelijkheid en wens om samenwerkingsverbanden te kunnen aanspreken (in clusteroverleg maart 2021):
- Wekelijks overleg Pien met DI
- Gesprek met IRF en FEZ (9 februari 2021, krijgt vervolg met uitwerken opties voor formatie)

#### **5.1.2e** juli 2020 te beantwoorden **vragen tav normen**:

- Bereikbaarheid spoedpost, SEH, traumacentra
- Aanrijtijden
- Herzien 45 minuten norm per aandoening
- Minimale infrastructuur

- Kwaliteitseisen personeel
- Kwaliteitseisen inhoud zorg
- Samenwerkingseisen
- Patientvolumes en adherentie
- Eisen aan slimme zorg
- Eisen aan gegevensuitwisseling
- Wie gaat normen maken en vaststellen
- Handhaving, hoe en door wie

#### Mogelijke acties tav normen, nav gesprek met Victoire 3 februari

- Aan RIVM vragen wat het advies van de GR over de 45 minuten norm zou betekenen voor het zorglandschap, op hoeveel plekken moeten bepaalde vormen van acute zorg dan beschikbaar zijn? Overleg met 5.1.2e van RIVM
- In 2015 heeft het Zorginstituut het Rapport Spoed moet goed uitgebracht met normen en kwaliteitsindicatoren voor 6 spoedeisende aandoeningen. Zou een update van dit rapport zinvol zijn en/of een verbreding met andere aandoeningen? Overleg met 5.1.2e van Zinl.
- Onderzoeken welke symptomen/ingangsklachten lastig te triëren zijn waardoor een bepaald zorgaanbod op veel locaties beschikbaar moet zijn? Nagaan of 5.1.2e van Zinl hier ideeën over heeft of hoe het te onderzoeken zou zijn.
- Gesprek met Zinl 5.1.2e en LNAZ (5.1.2e) over de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen in relatie tot de houtskoolschets. Welke norm zouden in het kader van de doorontwikkeling een plek kunnen krijgen?
- Normen voor slimme zorg: 5.1.2e

#### NB aandachtspunten:

- Normen zoveel mogelijk objectiveerbaar maken, op basis van wetenschappelijke inzichten, waardoor ze zo min mogelijk politiek zijn. Normen voor toegangstijd en kwaliteit voor bepaalde aandoeningen in samenhang ontwikkelen op basis van medisch wetenschappelijke inzichten. Wat dat dan uiteindelijk betekent voor de spreiding van het aanbod van acute zorg (waar zorg voor meerdere aandoeningen op één locatie wordt geleverd) is meer een maatschappelijke, politieke norm.
- Wat wordt bedoeld met een norm voor adherentie?
- Kijkt NZa bij budgetimpactanalyse ook naar realiseerbaarheid qua personeel?

#### Vragen arbeidsmarkt:

##### Cijfers en feiten:

- Regionale tekorten aan huisartsen, huisartsen voor ANW uren, triagisten, doktersassistenten, meldkamercentralisten, triagisten acute ggz, ambulancemedewerkers (verschillende niveaus), SEH-artsen, IC-artsen, kinderartsen, andere artsen? Ook artsen verstandelijk gehandicapt en specialisten ouderengeneeskunde(ja zou ik zeker ook bevragen, is nu al een groot tekort)? Verpleegkundigen in verschillende specialisaties, VS, PA, BMH, beoordelaars acute ggz, wijkverpleegkundigen.
- Hoe ontwikkelen zich deze regionale tekorten de komende jaren? Rekening houdend met toenemende zorgvraag(zwaarte)?
- Zijn er voldoende middelen beschikbaar voor opleidingen voor deze beroepen?
- Worden beschikbare middelen voor opleidingen voor deze beroepen benut?
- Informatie over maximale reistijden naar het werk?
- Ziekteverzuim/verloop naar verschillende beroepen en regio's? Is er iets bekend over de invloed van organisatiewijzigingen als fusies en concentraties op verzuim en verloop?
- Is er inzicht in verschillen in salaris(schalen) tussen de verschillende triagisten en de verschillende gespecialiseerde verpleegkundigen?
- Beloningen huisartsen overdag en in de HAP, verschillen in beloning tussen verschillende artsen op een spoedpost?

##### Lopende acties (zo concreet mogelijk):

- Relevante acties Actieprogramma werken in de zorg
- CZO-flex
- Taakherschikking
- Zeggenschap personeel

Goede voorbeelden?

Wat is extra nodig?

Welke inventarisaties op het gebied van arbeidsmarkt zijn gedaan voor de Discussienota Zorg voor de toekomst?

Hoe komen we erachter of een inrichting van de acute zorg met zorgcoördinatiecentra, spoedposten, SEH's en traumacentra haalbaar is uit oogpunt van arbeidsmarkt/wat moet er gebeuren in de sfeer van werving/opleidingen/salarisschalen/goed werkgeverschap om zo'n inrichting mogelijk te maken.

In een document van 5.1.2e van juli 2020 vond ik onderstaande vragen:

Zorgprofessionals

- Hoe gaan we werkplezier zorgprofessionals vergroten
- Hoe haan we werk levensloopbestendig inrichten
- Wie werkt waar
- Hoe kan er uitgewisseld worden
- Hoe creëer je één integraal team
- Hoe pas je de opleiding aan zodat zorgprofessionals breed inzetbaar zijn (CZO flex, BMH)
- Hoe bevorderen we goed werkgeverschap
- Hoe kan er op afstand hulp ingeschakeld worden
- Hoe verbinden we werknemers uit verschillende domeinen

Nav gesprek met 5.1.2e 11 februari 2021:

- Bij vraagstukken over arbeidsmarkt te kort kijken naar 3 aspecten:
  - Zoveel mogelijk mensen aan het werk blijven en zijn
  - Zorgvragen nemen af
  - En efficiënter aan het werk zijn, bijvoorbeeld anders werken.
- 5.1.2e verzamelt voor ons cijfers uit prognosemodel (dat bevat gegevens naar beroep, branche en regio). Geen info over specifiek de ambulancesector. Vooral info over initiële beroepen, verpleegkundigen en verzorgenden.
- 5.1.2e vraagt bij 5.1.2e na wat we zouden kunnen halen uit rapporten van het Capaciteitsorgaan (oa 10 gespecialiseerde verpleegkundigen, artsen) en FZO over tekorten (geen ramingen van tekorten). Suggestie is dat meva meer naar cijfers kijkt en cz kijkt naar de kwalitatieve informatie uit de rapporten van het capaciteitsorgaan. Wij moeten concrete vragen stellen aan Nicky.
- Betrek zorgprofessionals bij normen/keuzes/beleid
- Veranderingen kunnen leiden tot vertrek medewerkers uit de sector.
- Bezie mogelijkheden taakherschikking/flexibele inzetbaarheid van personeel.

Zie bestanden MEVA in map informatie en goede voorbeelden/arbeidsmarkt met overzicht totale tekorten in 2030 en per regio voor verpleegkundigen niveau 4 en 6 en doktersassistenten. Grootste tekorten Rijnstreek, Rijnmond, Friesland, Haaglanden.

MEVA: centreren van de hoogcomplexe zorg ook wel als risico voor de arbeidsmarkt. We hebben nu al een tekort aan deze verpleegkundigen. Als zij hun baan kwijtraken in de omgeving, is het wel de vraag of zij bereid zijn om te reizen naar de plek waar de hoogcomplexe zorg nog wordt geleverd. Volgens het Capaciteitsorgaan zijn verpleegkundigen niet snel bereid om in een ander ziekenhuis te werken. Als hun baan verdwijnt gaan ze liever op een andere afdeling in hetzelfde ziekenhuis werken dan in een ander ziekenhuis hetzelfde werk doen. Gezien de grote tekorten zie ik hier geen oplossing voor.

**Gegevensuitwisseling**

Nav gesprek met 5.1.2e 11 februari 2021:

- Wetsvoorstel gegevensuitwisseling ligt bij RvS, is niet controversieel. Is kaderwet die nog niets regelt. Gaat om verplicht stellen elektronische gegevensuitwisseling, al dan niet met de eis daarbij dat dit met dezelfde taal en techniek gebeurt. In amvb's moet dit voor elke gegevensuitwisseling geregeld worden. 4 amvb's in voorbereiding: basisset zorg (gaat om medicatie, lab uitslagen, allergieën, contactpersonen; is 5.1.2e bij betrokken, is uitwisseling tussen msz instellingen. Dit jaar NEN norm, VIPP 2023 klaar, daarna amvb), verpleegkundige overdracht tussen bijv zkn en vvt, medicatie overdracht tussen bijv apotheek en zkn of vvt en beelden (msz)).
- Standaarden Met spoed beschikbaar eerst implementeren (gaan niet zover als NEN norm), daarna pas in amvb.
- Amvb is sluitstuk, belangrijker is implementatie van de standaarden. Daarvoor is wetgeving niet nodig, dat geeft alleen het laatste zetje aan achterblijvers.
- Wet voorkomt niet dat toestemming moet worden gevraagd. Er is één toestemmingsvraag geformuleerd door WJZ voor de hele spoedketen.

**Onderzoek NZa bekostiging acute zorg** (nav gesprek 4 februari):

Opties: bevorderen doelmatige keuzes op basis van zorginhoudelijke normen (knip chronisch, planbaar, acuut; scope SEH of ook HAP of nog breder):

- Populatiebekostiging
- Opslag op tarieven
- Overheidssubsidie (oa beschikbaarheidsbijdrage)
- Dominante verzekeraar maakt budgetafspraken
- Combinatie bekostiging beschikbaarheid en productie
- Compensatiemechanismen regionale verschillen

**Bijlage Reacties Internetconsultatie – totaal (voor intern gebruik)**Positief

## Gegevensuitwisseling

- Uniformiteit in gegevensuitwisseling is nodig.
- Gegevensuitwisseling als randvoorwaarde
- Digitale gegevensuitwisseling.
- Gegevensuitwisseling en realtime inzicht in capaciteit.
- Inzicht in medische gegevens
- Optimaliseren van gegevensuitwisseling.
- Verbetering van digitale infrastructuur is noodzakelijk om samenwerking te bevorderen
- Noodzaak tot realtime inzicht in capaciteit
- Gegevensuitwisseling is noodzakelijk, start hiermee met de reguliere zorg
- Verbinden van diverse zorglijnen door gegevensuitwisseling
- Onderschrijft het belang van gegevensuitwisseling, uitwisselen van medische en (noodzakelijke) capaciteitsgegevens valt niet onder concurrentieregels.
- Onderschrijft belang van gegevensuitwisseling.
- Gegevensuitwisseling is nodig.
- Realiseren van realtime inzicht in capaciteit is waardevol
- Noodzaak tot 24/7 acute medische info en ondersteunende ICT systemen.
- Real time inzicht in beschikbaarheid en capaciteit van acute zorg.
- Gegevensuitwisseling is essentieel
- Aandacht voor digitale systemen.
- Up to date gegevensuitwisseling is randvoorwaardelijk, net als inzicht in capaciteit.
- Ondersteunende ICT
- Eens dat beschikbaarheid van gegevens beter moet
- Ondersteunende ICT
- Gegevensuitwisseling is een essentiële randvoorwaarde
- Beter gegevensuitwisseling.
- Digitale gegevensuitwisseling is goed
- Belang van verkrijgen van inzicht in capaciteit en verbeteren van gegevensuitwisseling
- Uitwisselen van data
- Gegevensuitwisseling is een heel belangrijke randvoorwaarde voor goede infrastructuur
- Toegang tot de medische gegevens van de patient.
- Digitale beschikbaarheid patiëntgegevens
- Digitale beschikbaarheid gegevens
- realtime inzicht in vrije beschikbare capaciteit.
- ICT inzicht in dossier
- Digitale uitwisseling patiëntgegevens
- Onderschrijven het belang van datauitwisseling
- Realtime 24/7 inzicht in beschikbare capaciteit.
- Patiëntgegevens 24/7 digitaal beschikbaar
- ICT en systemen koppelen
- Een gedeeld ICT systeem leidt tot beter overleg.

## Slimme technologie

- Benoemen van technologie is heel relevant.
- Aandacht voor modernisering
- Inzet van nieuwe technologie.
- Evalueren van de huidige digitale zorg initiatieven.
- Inzet van slimme zorg is goed
- Digitalisering is goed
- Optimaal gebruik van slimme zorg
- Optimaal inzetten van slimme zorg.
- Inzetten slimme technologie.

- Goed dat patientenorganisaties worden betrokken bij het maken van slimme zorg oplossingen/ehealth.
- Slimme (digitale) zorg.
- Telemedicine is de toekomst, dit kan (ook bij de HKS) helpen bij het leveren van betere zorg (specialist kan op afstand meekijken).

#### Normen

- Heldere afspraken zijn essentieel
- Meer gebruik van E-health
- Onderschrijven belang van duidelijke normen en differentiatie van normen
- Eens met het maken van strakke afspraken
- Heldere normen is belangrijk.

#### Bekostiging

- Financiering via beschikbaarheidsbijdrage
- Integrale financiering en betalen voor beschikbaarheid lijkt een goede stap
- Integrale bekostiging is nodig om voornemens te laten slagen.
- Positief over betalen voor beschikbaarheid
- Bekostiging obv beschikbaarheid.
- Ondersteunende financiering (obv beschikbaarheid en gelijkgerichtheid) is essentieel
- Financiering obv beschikbaarheid is noodzakelijk. Ook nodig dat er integrale financiering komt (nu vanuit meerdere wetten bekostiging)
- Ondersteunende financiering is goed.
- Eens dat financiering ondersteunend moet zijn.
- Adequate en integrale financiering van beschikbaarheid is noodzakelijk
- Bekostiging obv beschikbaarheid is een goed voorstel.
- Inzet op het bekostigen van beschikbaarheid is goed
- Ontschotten van acute zorg thuis dmv financiering is belangrijk.
- Anders financieren is goed
- Financiering op basis van beschikbaarheid.
- Verandering tarifiering en juridische afstemming.
- Aandacht voor financiering
- Aandacht voor beschikbaarheid van zorginfrastructuur en bekostiging is goed, dit zijn namelijk randvoorwaarden

#### Arbeidsmarkt

- Juichen het toe om VS breder in te zetten. het moet gemakkelijker zijn om personeel white label in te zetten.
- Mogelijkheden om zorgprofessionals in verschillende sectoren op te leiden en te laten werken is kansrijk
- Opleiding acute zorg voor verpleegkunde wordt toegejuicht.
- Goed dat er wordt gedacht aan een opleiding acute zorg verpleegkundige
- Meer en betere inzet van (verschillende soorten) verpleegkundigen
- De intentie om zorgverleners op meerdere gebieden van de acute zorg op te leiden sluit aan bij de wensen van het werkveld en kan er voor zorgen dat meer mensen in de acute zorg gaan werken.

#### Overig

- Randvoorwaarden die in HKS worden genoemd worden onderschreven.
- Specifiek de aandacht voor preventie en het versterken van samenwerking en integraliteit in de acute keten, regionale samenwerking met gemeenten en sociaal domein
- Inzetten op integraliteit
- Randvoorwaarden worden gesteund, dit is belangrijk ook als acute zorg niet opnieuw wordt ingericht.
- Nieuwe inrichting en randvoorwaarden goed

## Verbeterpunten

### Slimme zorg

- Het is onvoldoende onderzocht welke toegevoegde waarde slimme technologie heeft.
- ICT in lz is vaak niet opgewassen tegen nieuwe ontwikkelingen in zorg op afstand.
- Gebruik data uit verschillende onderdelen van spoedzorgketen om via AI de spoedzorg te verbeteren.
- Het platteland blijft vaak achter in digitale infrastructuur, terwijl hier de meerwaarde juist belangrijk is
- Technologie en e-health moeten niet als doel, maar als middel worden ingezet.
- Ondersteun technologie door laagdrempelige bekostiging.
- Het is aan te bevelen om implementatie van technische innovatie landelijke te stroomlijnen om wildgroei aan puntoplossingen te voorkomen
- *Zorginstellingen hebben niet altijd de kennis en vaardigheden om technische innovaties te bedenken/implementeren/op te schalen. er moeten partnerships komen tussen ziekenhuizen en technologie leveranciers/verzekeraars*
- Juiste bekostiging van teleconsulten is nodig.
- Passende bekostiging voor (tele-)consultatie van med. Spec. Expertise is nodig
- Nodig zijn instrumenten die acute zorgvragen vooraf inzichtelijk maken en daarmee meer planbaar maken. Deze moeten bovenregionaal afgesproken worden
- Meer opleidingen zijn nodig voor mobiele acute zorg en e-health.
- Hoe kunnen we switch naar e-health realiseren in een vergrijzende populatie?
- Bij kleine organisaties is vaak nog weinig digitalisering. Hier rekening mee houden wat betreft implementatietijd.
- Verbeteringen aan IT systemen moeten bijdragen aan meer werkplezier van professionals, en meer efficiënte inzet van zorgpersoneel (door bv supervisie op afstand).

### Gegevensuitwisseling

- Digitale infrastructuur moet beter, het LSP is log en traag
- Een absolute randvoorwaarde is toegang tot ieders patiëntendossier.
- Duidelijke juridische mogelijkheden rondom gegevensuitwisseling is nodig.
- Gegevensuitwisseling is randvoorwaardelijk
- Essentieel is goede/actuele gegevens in ambulancezorg
- Inzicht in drukte per ziekenhuis is noodzakelijk, omdat het onwenselijk is om door te moeten rijden bij SEH stops. Korte lijnen tussen verschillende professionals en inzicht in medische dossiers is nodig.
- Apothekers zijn voorlopers op gebied van gegevensuitwisseling, waarbij ze een farmaceutisch dossier waarborgen. Zij zijn ook initiatiefnemers geweest van het LSP
- Randvoorwaarde is 24/7 beschikbaarheid en uniformiteit van patiëntgegevens. Hiervoor moeten schotten tussen eerste en tweede lijn verdwijnen.
- Inzicht in medische dossiers is nodig.
- Inzetten op keten brede ICT ondersteuning, nu te veel data verlies door incompatibele systemen
- Overheid kan helpen door wet- en regelgeving mbt gegevensuitwisseling te verbeteren.
- 24/7 beschikbaarheid van patiënt gegevens is noodzakelijk, over de hele keten heen.
- Uniformiteit in digitale gegevensuitwisseling is essentieel.
- Maak het mogelijk om patiëntgegevens beter uit te wisselen (juridisch)
- Een randvoorwaarde is goede gegevensuitwisseling en het kennen van de patiënt ook
- Gegevensuitwisseling is een voorwaarde
- Alle medische data van thuiswonende burger moet toegankelijk zijn voor alle medische behandelaars
- Landelijke richtlijnen die alle EPD/ECD leveranciers beweegt (dwingt) tot meewerken aan gestandaardiseerde digitale informatie-uitwisseling op zeer korte termijn.
- d.m.v. wetgeving z.s.m. elektronische gegevensuitwisseling verplichten.

## Normen

- Laat vanuit het werkveld beslissen aan welke normen we willen dat een goede SEH moet voldoen en maak dit landelijk
- De politiek moet de kaders geven en het veld de invulling
- Belemmerend zijn achterblijvende wet- en regelgeving en ontoereikende financiële steun. (thesis)
- Schurende stelsels: adequate zorgverlening stagneert als het tot verschillende (wettelijke) domeinen behoort
- Er moet zorggedragen worden voor juridische kader voor professionals die zelfstandig trieren en acute zorg thuis leveren
- Het opstellen van nieuwe normen om transitie mogelijk te maken gaat voorbij aan feit dat kwaliteit uitgangspunt moet zijn.
- Integrale normen zijn nodig: bestaat verwarring rond urgenties en aanrijdtijden
- Landelijke normen zijn nodig voor nieuwe inrichting.
- Er moeten kwaliteitseisen gesteld worden.
- Ook meer aandacht voor kwaliteitscriteria waaraan psychiaters moeten voldoen.
- Indicatoren van kwaliteit van acute zorg zouden meer centraal mogen staan in HKS
- De HKS doet een groot beroep op de WMO. Hiervoor dient een minimale zorginfrastructuur met normen opgezet te worden, waar gemeenten op gemeten kunnen worden.
- Heldere regie en normenstelsel voor adequate en betrouwbare inzet van eHealth oplossingen is vereist
- De overheid moet meer inzetten op bevorderen van ontwikkeling digitale standaarden die kwaliteit van gegevensuitwisseling bevorderen.
- Samenwerking is steeds belangrijker voor leveren van goede zorg. Als toezichthouder is IGJ in staat om sector- en domein overstijgend naar samenwerking tussen zorgaanbieders te kijken. Om werk goed te kunnen doen zijn: a. harde, toetsbare normen noodzakelijk die samenwerking beschrijven (wettelijk en veldnormen). b. een instrumentarium voor IGJ om te kunnen optreden jegens zorgnetwerken en ketens (IGJ kan nu alleen nog tegen individuele aanbieders optreden (IGJ))
- Er bestaan verschillende toegankelijkheidsnormen. De medische onderbouwing is hier echter onduidelijk van, waardoor ze in de praktijk vaker als richtlijn worden gebruikt. Normen moeten medisch onderbouwd zijn, en goed gehandhaafd kunnen worden, door ze meer als kwaliteitsnorm te presenteren. (IGJ)
- Goed dat er vanuit overheid meer aandacht is voor gegevensuitwisseling. Echter schot in gegevensuitwisseling komt niet alleen door gebrek aan uniformiteit, maar ook door ontbreken van heldere afspraken over samenwerking. Daarom moeten in veldnormen goede gegevensuitwisseling tussen partijen worden opgesteld. (IGJ)
- Bij betalen voor beschikbaarheid is het belangrijk dat er heldere beschikbaarheidsnormen worden opgesteld om beschikbaarheid slim te organiseren en inkoopmarkt zorgvuldig aan te passen. a. beschikbaarheidsnormen zijn: in x% v.d. gevallen kan zorg y binnen z uur geleverd worden, dit moet landelijk vastgesteld worden. b. organisatie wordt doelmatig door: afweging maken van concentreren van zorg tov langere reistijd, concentreren van zorg leidt tot minder fluctuaties in drukte, combineren van acute taken met niet-acute taken die in dode tijd uit te voeren zijn, bij lage volumes overwegen om met bereikbaarheidsdiensten (niet fysiek aanwezig) te werken.
- Voordat er een besluit over (concentratie van) zorg gemaakt kan worden, moeten er heldere standaarden betreffende (minimaal vereiste) kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid worden opgesteld. Als deze ontbreken, kan er geen oordeel over voor- en nadelen worden gegeven en kan de ACM haar werk niet goed doen.
- Het belang van samenwerking en betere informatie uitwisseling is tijdens de crisis duidelijk gebleken. Dit moet wel wettelijk verankerd worden
- Landelijke leidraad moet het volgende betreffen: gegevensuitwisseling, financiering, wet- en regelgeving van gegevensuitwisseling en interoperabiliteit van IT systemen
- Versnel op ontwikkeling van normen (ICT, kwaliteit, toegankelijkheid) die ruimte laten voor regionale invulling
- Landelijke standaarden schetsen randvoorwaarden.
- Stimuleer opstellen kwaliteitsstandaard SEH.
- De verbinding met het kwaliteitskader spoedzorg mist.

- Naast strakke afspraken in regio's, ook strakke afspraken tussen regio's.
- Juiste professional moet over juiste medische gegevens kunnen beschikken.
- Landelijke kaders, regionale invulling
- Er moet een helder en onderbouwd normenkader komen om beschikbaarheid en bereikbaarheid te organiseren waar minimaal aan moet worden voldaan, waarbij ruimte is voor regionale invulling

#### Bekostiging

- Samenwerking in keten moet financieel eenvoudiger worden
- Acute zorg uit marktwerking halen.
- Financiering ontschotten
- Financiering moet anders, ZBC's zijn achterhaald.
- Bekostiging tijdelijk verblijf zorgt voor verkeerde inzet. daarom ander bekostigingssysteem nodig voor tijdelijk verblijf (zoals een beschikbaarheidsbijdrage)
- Huidige financiering staat nu juiste zorg in de weg, m.n. bij kleinschalige wooninitiatieven.
- Stuwende rol van zorgverzekeraars is ongepast en buiten de orde van het onderwerp
- NB nieuwe financiering is nodig, maar gevaar dat nieuwe organisaties opgetuigd worden om geld te verdienen
- We moeten terug naar het oude ziekenfonds. Marktwerking heeft de zorg alleen duurder gemaakt
- Eén juridische entiteit in de regio voor de spoedzorg, met integrale financiering op beschikbaarheid
- Financiële ontschotting is noodzakelijk om samenwerking te optimaliseren.
- Voor herinrichting zijn nieuwe financiële afspraken nodig en goede samenwerking
- Andere financiering is nodig
- Meer duidelijkheid en begeleiding om stappen te maken naar integrale bekostiging.
- Financiering moet anders: enerzijds door ontschotten, anderzijds door diensten (digitaal) gezamenlijk door verzekeraars te financieren
- Het is van belang om bij het verkennen van een nieuwe wijze van financiering ook de opgeschaalde acute geneeskundige zorgcapaciteit bij rampen en crises te betrekken.
- Gemeenten moeten financieel ondersteund worden om sociale taken op te pakken.
- Nadere uitwerking nodig bekostiging van beschikbaarheid
- Voor integraal organiseren van zorg is integrale bekostiging nodig.
- Het is belangrijk om zorgcapaciteit in acute keten flexibel te organiseren. Het financieringskader geeft vooralsnog onvoldoende ruimte voor organiseren van flexibele capaciteit
- Een alternatieve mogelijkheid om samenwerking vorm te geven is door inkoop in representatie. het vereist striktere regulering van beschikbare budgetten (ACM)
- Er zijn ook mogelijkheden voor congruente inkoop door zorgverzekeraars via volgbeleid. Dit kan een manier zijn om goede initiatieven een extra impuls te geven, coordinatie te verbeteren en het proces van zorginkoop voor zorgaanbieders te vergemakkelijken. (ACM)
- Een andere randvoorwaarde is organisatie en financiering van vervoer van patiënten en reiskosten van zorgverleners.
- Er zal bekostiging voor differentiatie en leveren van kwalitatief hoogwaardige ter plaatse (door VS) moeten komen om het voor ambulancesector haalbaar te maken.
- Integrale bekostiging is vanuit huisartsenperspectief moeilijk voor te stellen: budget voor huisarts is beduidend lager dan voor specialistische zorg.
- Bij betalen voor beschikbaarheid bestaat het risico op een effect op planbare zorg. Er moet dus een duidelijke scheiding komen, zodat kleinere aanbieders niet ondergesneeuwd worden
- Onderzoek hoe de huidige bekostiging integrale samenwerking belemmert en los deze knelpunten op
- Marktwerking moet verminderd worden.
- Financiële schotten tussen GGZ en MSZ dienen weggehaald te worden.
- Ondersteunende bekostiging: beschikbaarheidsbekostiging wordt toegejuicht.
- Eigen bijdrage voor poliklinische bevalling moet vervallen.
- Financiële ontschotting is randvoorwaardelijk
- Passende financiering moet op korte termijn worden geregeld.

- Adequate financiering van sociaal domein is nodig om zorg integraal te kunnen aanbieden, financiële middelen zijn nu niet toereikend
- Er moeten geen negatieve financiële consequenties zijn voor samenwerking in keten.
- Bekostiging: betalen voor beschikbaarheid is noodzakelijk. integrale bekostiging van triage over disciplines is gewenst. Partijen moeten financieel gesteund worden om veranderingen in gang te zetten.
- De eigen bijdrage voor een ziekenhuisbevalling zou moeten worden afgeschaft.
- Er is een nieuw financieringsstelsel nodig om de plannen te realiseren. (verpleegkundige meer zelfstandig, zonder noodzakelijke beoordeling arts).
- Zorgverzekeraars en ziekenhuizen moeten congruente afspraken maken over financiering van beschikbaarheidsfunctie van acute zorg.
- Financiering van acute zorg obv populatiebekostiging
- Aanbeveling: vergoeding van niet bezette bedden in zorginstellingen zodat er ruimte is voor opvang crisis.
- Haal financiële barrieres weg
- Op dit moment zijn er onvoldoende financiële mogelijkheden voor gemeenten, dit moet verder uitgewerkt worden
- Meer aandacht en financiering voor burgerhulpverlening en AED's (in plattelandsgebieden).
- Meer financiële ondersteuning is nodig voor gemeenten
- Ook ontschotting van financiering belangrijk
- Gezamenlijk optrekken in acutezorglandschap vereist integrale bekostiging en ontschotting van domeinen en financiering
- Heldere methodiek voor gezonde financiering van spoedzorgnetwerk, waarbij betalen voor beschikbaarheid vertrekpunt is.
- Eigen betalingen mogen de toegankelijkheid en keuzevrijheid van de vrouw niet belemmeren.
- Beter financiering/wetgeving voor gemeente om sociaal domein te versterken.
- Knelpunten liggen in huidige wet- en regelgeving waarin het begrip marktwerking centraal staat. Aanpassing in financieringsmogelijkheden kan al samenwerking faciliteren.
- Huidige bekostiging stimuleert samenwerking niet, maakt zorg onbetaalbaar op termijn, bereikbaarheid op zelfde niveau houden is niet doelmatig. Bekostiging op basis van beschikbaarheid in de keten (NZa)
- Integrale bekostiging zal moeilijk zijn om in de praktijk toe te passen.
- t.a.v. financiering: marktwerking is een farce. Zorgverzekeraars moeten worden ingeperkt

#### Arbeidsmarkt

- Arbeidsvoorwaarden meer marktconform maken
- Werk aantrekkelijker maken. Personeel is nu onderbetaald en onderbezet
- Pleit voor genoeg SEH-artsen op de SEH's en dat ze aangemerkt worden als medisch specialist
- Opleidingen. Geld voor onderwijs en zorg doelmatiger inzetten (ambulancepersoneel leert in heel kort traject nieuw personeel op, maar wel stageplekken tekort op hbo). Boventalig zorgprofessionals hebben. Zorgverleners moeten multi-inzetbaar zijn (flexibele schil)
- Capaciteitsproblemen bij huisartsenposten zijn een grote belemmering voor de semiacute zorg waardoor vaak ten onrechte hiervoor een ambulance wordt ingezet.
- Werktijden van medisch specialisten, 48 uren diensten, Fit to Perform, duurzame roostering etc: wat is nodig en hoe kan daarin worden voorzien? Duidelijkere kaders en regels qua werktijden en arbeidsvoorwaarden maken
- Meer waardering, focus en financiering van de opleiding BMH kan bijdragen aan meer (goede) zorgverleners. BMH'ers kunnen ook goed op de IC worden ingezet (als bv ook een minor IC wordt aangeboden in de opleiding.
- Er moeten meer verpleegkundigen worden opgeleid
- Samenwerken heeft een positief effect op werkbelasting.
- Gevestigde beroepsdomeinen zijn weerbarstig: ondanks verpl. spec. en PA nog steeds oude/hierarchische opstelling van zorg. = moeilijk aan te passen, bovendien wettelijke belemmeringen.
- Twijfel of voorgestelde aanpak oplossing is voor arbeidsmarktproblematiek.
- Versmalling in diversiteit van werkzaamheden huisarts zorgt voor minder werkplezier

- Voldoende professionals is nu al een probleem, ook wie het eerste aanspreekpunt is: SO of huisarts
- De HKS is geen oplossing voor personeelstekort: spoedposten vergen meer personeel en concentratie van zorg leidt tot minder aantrekkelijk zijn van sector.
- Voldoende zorgprofessionals zijn belangrijk, ook bij de ambulancezorg is dit een relevant thema. Een meer integrale benadering en alternatieve manieren van inzet van personeel is gewenst.
- Er is in de HKS te weinig aandacht voor zorgdifferentiatie en nieuwe functies.
- Met de HKS zal meer zorg in de wijk komen. Meer aandacht voor personeelsprobleem in deze sector.
- Investerings in wijkverpleging is noodzakelijk om meer acute zorg thuis te leveren: zowel in meer zorg thuis kunnen leveren, en positioneren van VS
- Meer aandacht voor opleidingen: acute zorg aanbieden voor wijkverpleging en verpleeghuizen zodat er beter ingespeeld kan worden op acute zorgvragen thuis, en meer geriatrische kennis van acute zorgprofessionals en triagisten
- Paradox van arbeidsmarkttekort: tekort aan professionals, en daardoor een tekort aan stageplekken en beperkt mogelijkheid tot opleiden. Kostendekkende financiering is hier niet ondersteunend genoeg, instellingen moeten de mogelijkheid krijgen om winst te maken op opleiden. Ook meer helderheid over opleidingsprofielen en mogelijkheid van transmurale intervisie onderzoeken. Ook meer zelfstandigheid van professionals, nutteloze regelgeving moet worden beperkt.
- De sector zorg en welzijn kent krapte, ook van functies die in de HKS een sleutelpositie hebben. In de regio zijn al veel initiatieven om mensen te trekken en te behouden, met effect. Het rijk moet nog meer faciliteren en stimuleren in behoud en werving van passend personeel.
- De oplossingen van HKS voor personeel zijn niet realistisch: verpleegkundigen zijn nu al schaars, en kijk ook naar ambulancepersoneel. Er moet een gedegen analyse over personeelstekort komen, meer aandacht voor vitaliteit op werkvloer en medezeggenschap. De uitspraak dat afwisseling van werk bijdraagt aan behoud van expertise klopt niet altijd. Werken in hetzelfde team met uniforme procedures zorgt voor hogere kwaliteit van zorg.
- Arbeidsmarktproblematiek is onderbelicht in HKS: hoe behouden we zorgprofessionals. het denken over een opleiding acute zorg verpleegkundige is hierbij positief.
- Personeelstekort is groot (mn in groningen)
- Het op de juiste wijze en juiste plek inzetten van med. specialisten is onvoldoende uitgewerkt
- Het tekort aan hulpverleners wordt in de HKS niet voldoende opgelost. er wordt gevist uit een lege vijver. Het is nuttiger om in te zetten op brede acute zorg opleiding en aantrekkelijke werkomgeving
- Er moet aandacht zijn en blijven voor duurzaam en breed inzetten van zorgprofessionals. Het nieuwe opleidingsstelsel is hier een goed voorbeeld van (CZO flex).
- Meer aandacht voor motivatie om in gezondheidszorg te gaan werken en aandacht voor duurzame inzetbaarheid.
- Er dient geanalyseert te worden wat inzet wijkverpleegkundige betekent voor personeelstekort, in het kader van CZO Flex level
- Pleiten voor meer aandacht van de zorgprofessional met meer persoonlijke ontwikkeling en regionale samenwerking om werken in de zorg meer aantrekkelijk te maken.
- Arbeidsmarktcrapte is een groot probleem
- Huisartsen, gespec. SEH arts/verpleegkundigen willen niet op de spoedpost werken, waardoor enkel onervaren assistenten daar zullen werken.
- SEH arts moet voldoen aan Europese erkenning.
- SEH arts moet erkent worden als specialisme
- Meer aandacht voor onvoldoende professionals
- HKS biedt geen oplossing voor tekorten aan zorgprofessionals.
- Zorg dat zorgsector aantrekkelijk blijft om in te werken
- Moet voor zorgpersoneel leuk blijven om in acute zorg te werken.
- Arbeidsmarkteffecten voor de geboortezorg onvoldoende in beeld. (bijvoorbeeld bij concentratie)
- Er is een groeiend tekort aan huisartsen, hier moet meer in geïnvesteerd worden.

- Tijd aantrekken en opleiden personeel van belang, oproep om VVT-sector goede faciliteiten te bieden betreft het binden van personeel.
- Er wordt voorbijgegaan aan de invulling van het personeel voor acute zorg, m.n. huisartsen.
- Personeelstekort moet opgepakt worden
- Meer aandacht voor werkomstandigheden SEH (verlagen werkdruk) en waardering (hoger salaris). Meer nadruk op het opleiden van personeel dan op het sluiten van SEH's
- Betere opleiding en meer investeren in verpleegkundig specialisten.

#### Overig

- Grensoverschrijvende samenwerking (met België en Duitsland) is cruciaal
- Aansluiting Europees beleid & kwaliteitseisen (grensgebied) dient onderdeel te zijn
- Bereikbaarheid belangrijk. Voor grensgebieden kijk ook naar buurlanden
- Meer samenwerking met andere landen
- Randvoorwaarden: Afstemming tussen sociaal, medisch ggz-domein kan nog geoptimaliseerd worden.
- *Houtskoolschets moet inspireren niet dicteren: wat goed georganiseerd is hoeft niet te veranderen.*
- *Inrichting mag niet rigide zijn, maar moet flexibel zijn*
- Met behulp van artificial intelligence zouden simulatiemodellen gemaakt moeten worden die de consequenties van aanpassingen in zorglandschap in beeld brengen. (zoals DOLCE VITA), ook zijn kwalitatieve onderzoeken nodig om veranderingen te evalueren.
- De overheid moet meer regie nemen in het faciliteren van randvoorwaarden
- In HKS worden randvoorwaarden genoemd, die top down aansturing in de hand lijken te werken. Onduidelijk is de balans tussen landelijke kaders en regionale regelruimte
- De huidige wet zorg en dwang zorgt voor een nieuw schot, welke ongewenst is.
- Onderzoek naar effectiviteit en kwaliteit van zorg in het beoogde model. Lost HKS daadwerkelijk de knelpunten op?
- Randvoorwaarde: adequate capaciteit van diverse eerstelijnsvoorzieningen om doorstroom te optimaliseren.
- Randvoorwaarden moeten op korte termijn worden georganiseerd om stappen te kunnen zetten.
- De regiobeelden die door zorgverzekeraars zijn opgesteld, moeten een belangrijke rol spelen bij het maken van oplossingen. Regionale oplossingen, met landelijke randvoorwaarden hebben de voorkeur
- Extra aandacht voor ontschotting rondom ELV, respijtzorg.
- Vijf randvoorwaarden moeten meegenomen worden: 1. samen optrekken van betrokken partijen. 2. medische gegevens moeten altijd beschikbaar zijn. 3. ontwikkelen van nieuwe, glasheldere en handhaafbare normen op het gebied van infrastructuur, kwaliteit, samenwerking, volume, reisafstanden en slimme zorg. 4. optimaal inzetten van slimme (digitale) zorg en ondersteuning. 5. besluiten moeten via een gedragen werkwijze tot stand komen.

#### Betrekken van:

##### Burgers

- Bij opstellen visie is burger te weinig betrokken.
- Burger
- Rol burgerhulpverlening
- Burgers moeten in een vroeg stadium betrokken worden bij besluitvorming
- Burgers betrekken bij veranderingen
- Betrek burgers
- Bij veranderingen in acute zorglandschap ontstaan er vaak vragen bij burgers. Door zorgaanbieders tijdig met publiek te laten communiceren ontstaat meer begrip, en ontstaat een meer zorgvuldig proces. Dit betekent echter niet dat publieke belangen afdoende worden meegenomen in besluitvorming. Dit houdt een risico in voor de legitimiteit van

besluitvorming. Het publieke belang moet vertegenwoordigd zijn bij besluiten over wie waarvoor verantwoordelijk is. (IGJ)

- HKS is te veel geschreven vanuit perspectief van (hoogopgeleide) zorgaanbieder. Zorg bij verdere uitwerking voor perspectief van eindgebruiker/patient, zodat deze het ook begrijpt en andere zichten naar voren komen
- HKS is voornamelijk geschreven vanuit aanbod perspectief. Vraag perspectief is onderbelicht (burgers) en moeten tijdig betrokken worden.
- Naar aanleiding van sluiting SEHs is een rapport opgesteld waarbij is gezegd dat partijen die toegankelijkheid belangrijk vinden (patienten/burgers) meer betrokken moeten worden bij besluitvorming en vertegenwoordigd moeten zijn in ROAZ. Deze oplossing komt in HKS niet aan de orde, en is een gemiste kans
- Meer aandacht voor perspectief van de burger is nodig
- Patienten moeten betrokken worden bij herinrichting.
- Betrek de naasten van alle patienten die acute (GGZ) hulp nodig hebben.
- Patientenorganisaties vanuit de GGZ sector moeten betrokken worden.
- Oplossingen moeten met praktijk en burgers worden uitgewerkt, niet enkel door bestuurders/overheid.

#### Gemeenten

- Gemeenten horen volwaardige samenwerkingspartners te zijn bij opbouw zorglandschap
- Gemeenten
- Gemeente moet meegenomen worden in besluitvorming
- Gemeenteraden moeten worden betrokken bij besluitvorming
- Naast afspraken in de zorgketen van regio's is het van belang dat ook andere betrokkenen zoals o.a. gemeentes, welzijnsorganisaties en woningbouwcorporaties meedoen in het afsprakenkader.
- Burgerparticipatie en -perspectief belangrijk.
- Noties uit advies RVS (van deelbelangen naar gedeelde belangen) komen niet in HKS terug, waaronder rol van publieke bestuur bij besluitvorming

#### Burgers en gemeenten

- Het betrekken van burgers en gemeenten.
- Gemeenten en burgerinitiatieven moeten betrokken worden
- Burgers en openbaar bestuur moeten worden betrokken bij besluitvoering

#### Apotheek

- Apotheek moet betrokken worden
- Betrokken zorgverleners van de acute zorg moeten tijdig worden betrokken bij herinrichting, nadrukkelijk ook de apotheek
- Dienstapothek heeft een cruciale functie in acute zorg, verdient aandacht, moeten vanaf begin worden betrokken bij verdere uitwerking
- Meer betrekken VVT en apothekers
- Apotheek moet betrokken worden in de HKS: heeft een signalerende functie naar andere zorgverleners, verbetert farmacotherapie en heeft een rol in begeleiding en voorkomen van acute zorg, speelt een rol bij overgang van 2e naar 1e lijn. Tot slot is apotheker brug tussen patient en zorgverlener

#### Overig:

- Alle stakeholders betrekken (bijv. tandarts, ggz, verloskunde)
- Seniorenverenigen moeten betrokken worden bij verdere uitwerking.
- Medisch specialistische revalidatie is bij uitstek netwerkgeneskunde. Daarom is het belangrijk dat de revalidatiearts meedenkt bij de verbinding met sociale en het medische domein
- Betrek andere ministeries bij het verdere vervolg
- Betrekken AVG en SO in de acute zorg
- Seniorenverenigen moeten betrokken worden bij verdere uitwerking.

- ICT leveranciers/ woordvoerders moeten in het hele traject en vanaf een vroeg stadium een plaats aan overlegtafels hebben. ICT kan een belangrijke rol spelen in structureren, stroomlijnen en beheersbaar maken van diverse communicatie en zorgprocessen. Belangrijk hier is duidelijkheid en eenduidigheid. Een roadmap voor verdere ontwikkeling zou behulpzaam zijn. Hierin haalbare deadlines (in overeenstemming) zetten.
- De kraamverzorgende moet als belangrijke ketenpartner betrokken worden bij het opnieuw inrichten van het acute geboortezorglandschap en het verbeteren van de integrale samenwerking.
- Moeder moet nauw betrokken worden in besluitvorming.

VZVZ werkt met andere partijen aan het programma 'met spoed beschikbaar' = welke gericht is op betere gegevensuitwisseling in acute situaties. Hierbij merken zij dat huidige juridische kaders complex zijn en soms in de weg staan.