



Deventer
Ziekenhuis

DIMENCE GROEP



gemeente
Deventer



HCDO



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Postbus 5001
7400 GC Deventer
T: (0570) 53 53 53

datum 28-10-2020
onze referentie LN/FM/2020/Houtskoolschets
doorkiesnr. 5250
contactpersoon Laura Nijssen, manager acute zorg Deventer Ziekenhuis
e-mail L.nijssen2@dz.nl
onderwerp Consultatie Houtskoolschets Acute Zorg

Geachte heer, mevrouw,

In de regio Salland werken diverse zorgorganisaties uit eerste- en tweedelij, zorgverzekeraar ENO en de gemeente Deventer samen in het bestuurlijk netwerk 'Salland United'. De ambitie is om Salland te ontwikkelen tot de gezondste regio met de gelukkigste inwoners in 2025.

Met elkaar hebben we een regiovisie opgesteld en bepalen we wie waar de beste zorg kan leveren. De afgebakende regio, met een sterke huisartsenorganisatie, één ziekenhuis en een dominante lokale verzekeraar leent zich hier uitstekend voor.

Gezamenlijk reflecterend op de Houtskoolschets Acute Zorg, zijn wij van mening dat de huidige regionale infrastructuur en de wijze waarop wij samenwerken uitermate geschikt is voor het optimaliseren van de acute zorg voor onze inwoners. De focus zal hierbij liggen op een verdere integratie van laagcomplex acute zorg, met specifieke aandacht voor de huidige scheidingsvlakken tussen HAP/SEH/ambulancemeldkamer/acute GGZ. Dit vergroot de helderheid voor de patiënt en zal ook de doelmatigheid bevorderen.

Wij willen als pilotregio deze plannen graag verder uitwerken. Bestaande samenwerkingsverbanden kunnen hierbij op ons spoedplein uitgebouwd worden, zoals de inzet van een 'regioverpleegkundige', die met een bezoek bij de (kwetsbare oudere) patiënt aan huis medische zorg op de spoedpost kan voorkomen en ons Regionaal Transferpunt Salland, hét landelijke voorbeeld voor de regionale coördinatie van verblijffuncties.

Een gezamenlijk medisch dossier, gezamenlijke inzet van zorgprofessionals, diagnostiek, beschikbaarheid van hulpmiddelen én een centrale coördinatie van verblijfplekken (zowel op medisch domein als in de WMO/Wlz/GGZ) zijn randvoorwaarden die we samen willen gaan realiseren. Een integrale bekostiging is wat ons betreft onderdeel van de uitwerking van dit plan.

Naast een gezamenlijke reflectie op de Houtskoolschets, hebben betrokken partijen zich ook zelfstandig op de Houtskoolschets beraden. Het Deventer Ziekenhuis en de Huisartsen

Coöperatie Deventer en Omstreken kiezen ervoor om hun integrale reactie ook met u te delen; deze notities zijn bijgevoegd.

Wij wensen u wijsheid in het verder vormgeven van de Acute Zorg de komende periode.

Mocht u vragen hebben over onze reactie of over een bepaald onderdeel met ons in gesprek willen treden, dan zijn wij hiertoe graag bereid.

Hoogachtend,

Mw. D.G.W.J. Creemers, voorzitter raad van bestuur Deventer Ziekenhuis
Mw. H.J.M. van Son, directeur Huisartsen Coöperatie Deventer en Omstreken
Mw. H.I.C. van der Wal, voorzitter raad van bestuur Dimence Groep

Organiseer acute zorg in de regio

Als we het Nederlandse acute zorglandschap in internationaal perspectief bekijken, is de toegankelijkheid tot acute zorg 24/7 geborgd en de kwaliteit van hoog niveau. Het Deventer Ziekenhuis begrijpt dat zeker in die delen van het land waar problemen in de acute zorg dagelijks tot disbalans leiden, een oplossing gewenst is om acute zorg toekomstbestendig te houden. In grote delen van het land worden deze problemen echter niet of minder sterk ervaren en is er geen sprake van een disbalans. De causaliteit tussen probleemstelling en de geschetste oplossingsrichtingen ontbreekt op belangrijke elementen in de houtskoolschets.

Het Deventer Ziekenhuis ondersteunt de randvoorwaarden aan het einde van de houtskoolschets van harte. Ook zonder een omvangrijke herinrichting van het acute zorglandschap zal het voldoen aan deze voorwaarden de zorg verbeteren. Dit zijn volgens ons de daadwerkelijke problemen die om een oplossing vragen. Het inzichtelijk hebben van patiënteninformatie voor alle zorgverleners in de acute zorgketen heeft wat ons betreft de hoogste prioriteit. En daarna het wegnemen van de financiële drempels die samenwerkingsinitiatieven nu in de weg staan.

Inhoudelijke reactie op de plannen

De plannen voor herinrichting van het acute zorglandschap moeten getoetst worden op het effect ervan op de kwaliteit, tijdigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg. Deze verbetering is naar onze eerste inschatting niet bij alle plannen te realiseren. Enkele vraagtekens die wij in dit kader plaatsen:

- Het aantal schakels dat de patiënt moet doorlopen in de acute zorgketen moet zo eenvoudig en eenduidig mogelijk zijn om te zorgen dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek de juiste zorg ontvangt. We vrezen voor een verdere versnippering van geleverde zorg.
- Kun je wel stellen dat kwaliteit van zorg belangrijker is dan nabijheid van zorg in geval van hoogcomplex of levensbedreigende zorg? Regionale toegankelijkheid blijft van belang. Het is ondenkbaar dat een langere aanrijtijd geen gevolgen heeft. Het recent uitgebrachte advies van de Gezondheidsraad '45-minutennorm in de spoedzorg' geeft aan dat er voor de verloskundige spoedzorg ook wetenschappelijk bewijs is dat de uitkomst van zorg beïnvloed wordt door de nabijheid van ziekenhuisfaciliteiten. De Gezondheidsraad heeft niet gekeken naar sociale aspecten. Patiënten hebben er baat bij om in hun eigen regio te blijven in de nabijheid van naasten en bekenden. Dat geldt in sterke mate voor kwetsbare ouderen.
- De voorgestelde veranderingen bieden geen oplossing voor de tekorten aan zorgprofessionals.
- De keuzevrijheid van de patiënt is onderbelicht gebleven in de houtskoolschets.
- De effecten van het opnieuw inrichten van het zorglandschap op de rest van het ziekenhuis zijn groot en kunnen leiden tot kapitaalvernietiging van goed functionerende ziekenhuisfaciliteiten.

Kansrijke voorstellen

In de houtskoolschets staan enkele kansrijke voorstellen waarvan wij verdere uitwerking zinvol achten.

- **Het integreren van acute huisartsenzorg, laagcomplex medisch specialistische zorg, psychiatrie, geriatrie en andere vormen van acute zorg in een centrale en integrale spoedpost.**
Dit stimuleert de samenwerking in de regio, de helderheid voor de patiënt en bevordert ook de doelmatigheid. Een gezamenlijk medisch dossier, gezamenlijke inzet van zorgprofessionals, diagnostiek, beschikbaarheid van hulpmiddelen én een centrale

coördinatie van verblijfplekken (zowel op medisch domein als in de WMO/Wlz/GGZ) zijn randvoorwaarden die gerealiseerd moeten worden. Wij vinden dat een integrale spoedpost gesitueerd zou moeten zijn bij een ziekenhuis om zo laagdrempelig en optimaal mogelijk samen te kunnen werken tussen ziekenhuis, huisartsenpost en acute psychiatrie. *Wij zouden als pilotregio deze plannen graag verder uitwerken waarbij bestaande samenwerkingsverbanden op ons spoedplein uitgebouwd kunnen worden, zoals de inzet van de regio verpleegkundige en ons Regionaal Transferpunt Salland dat 24/7 zicht heeft op beschikbare verblijfplekken in de regio en hiermee een voorhoedepositie in Nederland inneemt.* Een integrale bekostiging is wat ons betreft onderdeel van de uitwerking van dit plan. Hiermee hebben wij met onze Integrale Geboortezorg reeds ervaring opgedaan.

- **Een grotere rol toebedelen aan ambulancediensten in de pre-hospitale fase.**
In een nauwere samenwerking tussen de SEH, huisartsen en RAV in de pre-hospitale fase kan met behulp van digitale consultaties en diagnostiek in de thuissetting het aantal onnodige transporten naar het ziekenhuis afnemen. Wat de impact hiervan is op patiëntaantallen zal moeten worden onderzocht.
- **Het beter organiseren van de zorg voor het toenemende aantal kwetsbare ouderen.**
Het bieden van medische hulp thuis, de inzet van een mobiel geriatrisch team, een regioverpleegkundige en een grotere beschikbaarheid van kortdurende opnameplekken kunnen hieraan een bijdrage leveren. Dit sluit aan bij de door onze regio opgestelde regiovisie Midden-IJssel. Het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt dient hierbij voldoende aandacht te krijgen, net als het organiseren van de randvoorwaarden om ook veilig thuis te kunnen blijven. Investeren in *advanced care planning* is een belangrijk thema waarbij de verantwoordelijkheid en regie hierop goed belegd dient te worden in de keten.
- **Het benutten en optimaal inzetten van slimme technologie.**
Het inzetten van hulpmiddelen die inmiddels op grote schaal voor handen komen kan de efficiency verhogen en kan bijdragen aan het toekomstbestendig maken van de gezondheidszorg. De patiënt zal dit in toenemende mate ook van ons verlangen. Deze ontwikkeling kan versneld worden door meer gezamenlijk op te trekken.
- **Betalen voor beschikbaarheid.**
Betalen voor beschikbaarheid past bij de functie van acute zorg en sluit tevens aan bij de geleerde lessen uit de COVID-19 crisis. Per definitie moet er vrije capaciteit beschikbaar blijven om presentatie-stops zoveel mogelijk tegen te gaan. Het hollen of stilstaan principe past bij de acute zorg en motiveert ook onze acute zorg professionals.

Over enkele plannen hebben wij onze twijfel:

- **Centraliseren van zorgmeldkamers waarin wordt samengewerkt tussen de HAP, RAV/Meldkamer, GGZ, wijkverpleegkundige.**
Wij geloven dat nauwere samenwerking en een bredere professionele afweging kunnen leiden tot betere triage en tot een betere verwijzing naar de juiste plek. Bij het centraliseren naar regio-overstijgende zorgmeldkamers zien wij echter ook risico's. Onze ervaring is dat triage het beste werkt op het moment dat je de patiënt kent. Dat leidt ook het minst vaak tot onnodige doorverwijzing. Bij een centrale triage, is het risico op een log apparaat aanwezig, met minder gevoel bij de patiënten, wat daarmee minder effectief is en waarvan het de vraag is of deze werkplek aantrekkelijk is voor zorgprofessionals. Wij zijn benieuwd naar de uitkomsten van de lopende pilots en met name of deze werkwijze leidt tot minder onnodige SEH-bezoeken.

- **Meer inzetten op preventie en zorg in de wijk.**
Rondom dit thema worden diverse ideeën geuit in de houtskoolschets. De vraag is in hoeverre dat haalbaar is. De sociale cohesie neigt eerder naar minder dan naar meer, ondanks of misschien mede door de nieuwe sociale mogelijkheden. Ook hierbij is de keuzevrijheid van de patiënt van belang. De opzet van een wijkziekenhuis zal niet voor iedere regio van meerwaarde zijn. Ook is het de vraag of dit echt de zorg goedkoper maakt.

Er staan in de houtskoolschets enkele ideeën beschreven waar wij niet achter staan:

- **Landelijk nummer voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen.**
Voor de toegankelijkheid is een centraal te bellen nummer zeker wenselijk, zolang men dan automatisch doorverbonden wordt naar een regionale centrale, waar goed opgeleide triagisten die beschikken over de juiste dossiers, de patiënt snel te woord kunnen staan. De ervaring met 112 leert ons dat dit lastig te beheersen is. Daarom zijn wij geen voorstander van een landelijk nummer voor niet-levensbedreigende acute zorgvragen. Er is te weinig zicht op de zorgmogelijkheden in de regio. Daarbij vrezen wij ook dat dit ten koste gaat van de regio van de eigen huisarts (of de vervanger in de ANW-uren), die de patiënt kent en/of toegang heeft tot een actueel dossier. Wij zien wel meerwaarde in het hanteren van één regionaal nummer waarop de integrale spoedpost bereikt kan worden.
- **Concentratie van hoogcomplexe of levensbedreigende acute zorg.**
Wij zien mogelijkheden om delen van de laagcomplexe acute zorg die nu op de SEH plaatsvindt onder te brengen in een integrale spoedpost. Veruit de meeste patiënten die zich melden op een SEH zijn acuut 'medium' complex, een term die in de houtskoolschets geen aandacht krijgt. Bij deze patiënten is vaak wel nood voor ziekenhuiszorg, maar gaat het niet om levensbedreigende zorg. Wij begrijpen uit de houtskoolschets dat er naar verhouding minder centra voor hoogcomplexe zorg komen, dan er nu SEH's zijn. Deels begrijpen wij een reductie, aangezien er – mochten de voorgaande plannen leiden tot de beoogde effecten – minder laagcomplexe zorg op de SEH's overblijft. Wij zijn echter geen voorstander van een sterke reductie aangezien voor een groot deel van de zorg geldt dat deze goed en efficiënter georganiseerd kan worden op een SEH van gemiddelde grootte.
Ook zijn we kritisch over het scheiden van een integrale spoedpost en een centrum voor hoogcomplexe acute zorg. Ons inziens zouden deze zoveel mogelijk in elkaars nabijheid moeten opereren om doelmatig zorgprofessionals en kennis uit te kunnen wisselen en diagnostiek uit te kunnen voeren. Een patiënt meldt zich met acute klachten die nader onderzocht worden waarna pas een diagnose gesteld kan worden. Het als zorgverlener kunnen differentiëren tussen eenvoudige spoedzorg en hoogcomplexe (zeldzamere) spoedzorg vereist ervaring waarbij men ook blootgesteld moet worden aan hoogcomplexe zorg. Als deze zich niet meer presenteert zal deze kennis afnemen met het risico op het missen van complexe pathologie. Specifiek vragen wij aandacht voor de groep kwetsbare ouderen. Zij melden zich vaak met acute, vage, atypische klachten wat regelmatig leidt tot onderdiagnostiek en onderbehandeling. Het is onmogelijk om op basis van de klacht waarmee een patiënt zich meldt, de patiënt altijd naar het juiste centrum te sturen. Dit zal leiden tot veel interklinisch (duur) transport. We weten dat bij overdrachtmomenten informatie verloren gaat en dit leidt dus niet tot een betere kwaliteit van zorg. Er dreigt een overstroming van de hoogcomplexe SEH van mensen die verkeerd getrieerd worden. Leidt dit niet tot meer presentatie-stops en een bedreiging van de toegankelijkheid van acute zorg? Dat grotere conglomeraten van zorginstellingen niet altijd leiden tot snellere, betere of goedkopere zorg, is na de fusiegolf onder de ziekenhuizen genoegzaam bekend.

- **Afwisselend inzetten van verpleegkundigen en artsen in hoog- en laagcomplexere centra.**
Wij zetten vraagtekens bij het plan om onze (schaarse) zorgprofessionals bewust te laten kiezen voor een laagcomplexere of hoogcomplexere locatie. Het heeft juist meerwaarde om een goede mix van professionals in het team te hebben. Wat voorkomen dient te worden is dat de meest ambitieuze en gedreven mensen naar een hoogcomplexere locatie vertrekken (en daar wellicht afknappen op de hoge werkdruk) en je op de laagcomplexere locatie onvoldoende kwaliteit van zorg kunt leveren (en die medewerkers afknappen wegens een gebrek aan uitdaging).
- **Concentratie van acute geboortezorg.**
Wij zien een groot risico voor de geboortezorg. De houtskoolschets suggereert dat het mogelijk is om altijd van tevoren in te schatten of een zwangere met een spoedeisende hulpvraag een levensbedreigend probleem heeft. Dat is niet het geval. Elke zwangere met een spoedeisende hulpvraag heeft een potentieel levensbedreigend probleem en loopt dus een zeker risico op een slechtere gezondheidsuitkomst als er geen acute geboortezorg op de locatie beschikbaar is. Uit bovenstaande volgt, zoals ook blijkt uit het advies van de Gezondheidsraad, dat verdere concentratie van acute geboortezorg, en dus van spoedeisende hulp voor hoog complexe en levensbedreigende zorg, in de meeste situaties niet opportuun is zonder negatief effect op de perinatale gezondheidsuitkomst. Concentratie van de acute geboortezorg heeft verregaande consequenties voor de beschikbaarheid van de thuispartus, een groot goed in het Nederlandse verloskundige systeem. Dit keuzerecht dient behouden te blijven. Dit aspect ontbreekt in de houtskoolschets. Er wordt voorbij gegaan aan de reden waarom integrale geboortezorg is ontstaan. Spoed verloskundige zorg is een onderdeel van deze keten.
- **Centrale regie.**
Wij zien geen goede argumenten om de centrale regie op de acute zorg te vergroten. Hiermee dienen de ziekenhuizen een groot deel van hun bedrijfsvoering uit handen te geven en verliezen de zorgpartners de regie over de zorg in de eigen regio. Waar wij wel voorstander van zijn is nauwe samenwerking binnen het ROAZ, zoals we dat ook kennen uit de COVID-19 crisis. Het ROAZ zou niet bepalend moeten zijn bij de inrichting van het acute zorglandschap, maar wel op de hoogte moeten zijn van de ontwikkelingen in de regio.

Conclusies

Een regionale aanpak sluit aan bij het reeds ingezette beleid om de zorg in de regio met ketenpartners te organiseren en de daartoe opgestelde regiovisies. Wij doen een oproep om ook de acute zorg zoveel mogelijk in de regio met elkaar te organiseren. Daarnaast is het ook belangrijk dat bij de verdere uitwerking van deze schets er een passende dwarsdoorsnede van zorgverleners betrokken is. Niet alleen de academisch werkende specialist, ook de allround medisch specialist uit de algemene ziekenhuizen zonder traumacentrum moet betrokken worden. Dit geldt ook voor de stem van verpleegkundigen en patiënten. Voor onze regio is vertegenwoordiging van patiënten wonend in een dunbevolkt gebied van belang. We benadrukken nogmaals het belang van het toetsen van het effect van deze plannen op kwaliteit, tijdigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg. Kansrijke onderdelen van het plan zouden bij voorkeur eerst in pilotvorm uitgewerkt moeten worden om de beoogde effecten ook in de praktijk te toetsen. Zoals gezegd zouden wij als pilotregio graag een voortrekkersrol bekleden bij het uitbouwen van ons huidige spoedplein naar een integrale spoedpost. Er zal een risico-inventarisatie uitgevoerd moeten worden van de voorgestelde herinrichting van het acute zorglandschap. De kwaliteit van de verloskundige zorg zal bij concentratie als eerste onder druk komen te staan. Een herinrichting van het acute zorglandschap kan naar onze mening niet los worden gezien van het gehele zorglandschap.

Tot slot doen wij een beroep op het spoedig realiseren van de in het document gestelde randvoorwaarden. Op het moment dat deze geen belemmering meer vormen bij de organisatie van acute zorg, verwachten wij verdergaande samenwerking tussen ketenpartners. Veel van de voorgestelde verbeteringen kunnen vervolgens gerealiseerd worden binnen het nieuwe Kwaliteitskader Spoedzorgketen en het programma Juiste Zorg op de Juiste plek.

Uitwerking Houtskoolschets Acute Zorg 2020

Huisartsen Coöperatie Deventer en Omstreken (HCDO)

Inleiding

De invulling door de HCDO van de Houtskoolschets kan niet zonder de wedervraag; welk probleem moet worden opgelost? Mogelijk zijn er regio's waarin de acute zorg regio-breed slecht is georganiseerd, want in hooflijnen is dit niet het geval. Als er problemen zijn is dit vaak het gevolg van concentratie van gedifferentieerde zorg in het centrum en schaarste aan basiszorg in de periferie van Nederland. Onafhankelijk daarbij zijn juist huisartsenposten goed herkenbare en gevonden regionale zorgcentra geworden die het merendeel (90%) van de acute zorg verzorgen. Kortom de oplossing van dit lokaal verschillende vraagstuk vraagt vooral regionale afstemming, en niet om bovenregionale of landelijke regie.

Algemene aandachtspunten voor verbetering.

1 Voorkom bestuurlijke discussies. Iedereen weet waar men goed in is en maak afspraken over grenzen en lacunes.

Gebruik het regionale achterland van ziekenhuis/SEH/HAP als uitgangspunt en spil van de acute zorg. Dit is voor burgers en patiënten een vertrouwde en herkenbare locatie. Kijk per regio of er in deze samenwerking verbetering mogelijk is voor een natuurlijke verdeling van patiënten stromen. Maak een algemene viervelden analyse van horizontale (liggende) en verticale (lopende) patiënten, verdeeld in overzichtelijke (huisarts-gerelateerde) en complexe (specialistisch-gerelateerde) zorg. Maak een vergelijkbaar overzicht ook voor GGZ en VVT. Zo ontstaat een snel overzicht van overvraag en onder-aanbod, en omgekeerd. Dit geeft inzicht in grensgebieden van zorg die onvoldoende duidelijk geregeld zijn in een regio, die vervolgens met de lokale partijen slim opgelost kunnen worden. Focus op zorg op het grensvlak van traditionele zorg sectoren, van lastig afgrensbare regio's en kwetsbare patiënten groepen, zij snel tussen de wal en het schip vallen. Maak niet de fout om alles op één hoop te gooien omdat een beperkt deel van de zorg overlapt of omdat op een beperkt deel van de zorg wordt samengewerkt (bijvoorbeeld SEH-HAP of MKA-HAP). Beloon een naadloze samenwerking.

2 Maak spoed weer spoed, en regel niet acute zorg op het tijdstip dat het aanbod optimaal is, dus tijdens kantooruren.

Stuur actief op werkdrukvermindering in de daluren van de acute zorg. Onderzoek welk kleinste team het best past bij laag volume spoedeisende zorg. Organiseer zo nodig regionaal budget, om ontdekte lacunes en overaanbod in evenwicht te brengen. Denk na over kosten-, en personeels-effectiviteit en bevorder de samenhang door gerichte financiering op samenwerking. Door verminderde inzetbaarheid waar overbodig, ontstaat ruimte voor uitbreiding op de drukkeren uren.

Dus

- 1 Geen verspilling van energie en middelen door focus op landelijke regie en oplossingen,
- 2 Geen bovenregionale aansturing door de ROAZ
- 3 Geen nieuwe bestuurlijke laag van acute zorg regisseurs
- 4 Geen focus op laag volume, hoog complexe zorg met een 24 uren dekking.
- 5 Graag oplossingen voor hoog volume laag complexe zorg die zelden acuut is, en met minimale middelen kan worden geleverd door optimaliseren van samenwerking tussen bestaande partijen.

Bijlage Houtskoolschets HCDO; Praktische oplossingen voor bestaande problemen.

- 1 Zet samenwerkende regioverpleegkundigen in die 24 uur beschikbaar zijn en die intra- en extramuraal ervaren spoedvragen kunnen opvangen, en zo mogelijk met mobiele teams kunnen oplossen. Met name voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie.**

Zorg gerelateerde vragen die medisch niet spoedeisend zijn kunnen door HAP en MKA worden overgedragen naar een regioverpleegkundige dienst, die op bezoek kan bij patiënten thuis, en daar waar nodig zorg kan opschalen.

- 2 Ontwikkel een werkbaar en financieel passend concept voor slimme samenwerking in de daluren van de zorg tussen bestaande acute diensten, zodat de inzet van schaars zorg personeel kan worden verminderd.**

De samenwerking tussen bijvoorbeeld HAP en SEH, kent een lastige interne financiering en tegenstijdige belangen. Een nieuw concept met financiële prikkels voor de daluren van zorg zou hier voor de juiste impuls kunnen geven.

- 3 Ontwikkel nieuwe oplossingen voor complexe patiënten, die juist in de acute zorg tussen de wal en het schip vallen op het grensvlak van somatiek en psychiatrie en verslaving.**

Maak betere afspraken over beschikbaarheid van zorgverlener en middelen als de zorgvraag niet goed te definiëren is. Wie is de eerste regionale responder als niemand in actie wil komen?

- 4 Richt supersnelle landelijke zorgpaden in voor hoog complexe laag frequente acute zorg, met minimale interventie van de bestaande zorg, en zorg zo voor betere afstemming van taakverdeling tussen huisartsenposten, MKA's en derdelijns centra.**

Hoewel het voor burgers en patiënten vaak totaal niet duidelijk is of iets onschuldig of spoedeisend is, is dit voor zorgverleners vaak telefonisch al richting gevend. Hierin ontbreekt het nog steeds aan regionale versnelling rond CVA-zorg, traumatologie of interventie cardiologie. Dit vraagt om aandacht en uitwerking met partijen in de regio. Wie gaat erop af en waar kan de patient direct terecht.

- 5 Richt regionale transferburo's op die 24 uur zicht hebben op beschikbare passende bedden capaciteit voor (sub) acute zorg vragen voor kwetsbaren groepen.**

Deze groep kost veel tijd die veelal resulteert in verkeerde bed problematiek en ten koste gaat van de bestaande beschikbaarheid van zorgverleners. Dit buro inventariseert, faciliteert, registreert en zorgt vooral dat er altijd een bed gevonden wordt bij ervaren urgentie.

- 6 Organiseer gemeenschappelijke scholingen een meekijkstages voor MKA en huisartsenpost triagisten om elkaars werkwijze te kennen.**

Er zijn te veel of lastig verenigbare beelden over elkaars competenties, die samenwerking in de weg zitten. Men kent elkaar onvoldoende om elkaar te durven vertrouwen, in het leveren van de juiste zorg.

- 7 Verbeter de overdracht van informatie en dienstverlening in de acute keten.**

Maak raam-overeenkomsten voor uitvoeringsverzoeken en andere tijdrovende bureaucratie, en regel de naadloze digitale overdracht van cruciale informatie voor iedereen in de acute keten voor medicatie, levenseinde afspraken en relevante medische voorgeschiedenis