

Naar een lerend zorgsysteem voor de acute zorg: haalbaarheidsstudie indicatoren zorgcoördinatie

Lotte Ramerman
Nanne Bos
Iris van der Heide
Robert Verheij



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

September 2024

ISBN 978-94-6122-876-5

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het rapport “Naar een lerend zorgsysteem voor de acute zorg: haalbaarheidsstudie indicatoren zorgcoördinatie”. Dit onderzoek is uitgevoerd op verzoek en met financiering van het ministerie van VWS. De vele belanghebbende partijen in de acute zorg hebben uitvoerig bijgedragen aan het tot stand komen van de indicatoren. In meerdere live sessies gingen we met hen in gesprek, maar ook per email werd feedback geven op de indicatoren en het idee van een lerend zorgsysteem. Zonder deze betrokkenheid was het niet mogelijk geweest om het onderzoek uit te voeren en het rapport te realiseren. We danken hen voor het in ons gestelde vertrouwen.

De auteurs

Inhoud

Samenvatting	5
Introductie	7
Methoden	9
Deel 1. Ontwikkeling en haalbaarheid indicatoren	11
Aanpak indicatorontwikkeling en haalbaarheid	11
Resultaten deel 1: Indicatorenset Zorgcoördinatie	14
Haalbaarheid indicatoren zorgcoördinatie	17
Samenvattend: Wat betekent dit voor de monitor Zorgcoördinatie?	21
Deel 2. Naar een learning community Zorgcoördinatie	23
Aanpak	23
Resultaten deel 2: kaders van een learning community Zorgcoördinatie	24
Samengevat: een learning community Zorgcoördinatie	30
Beschouwing	31
Bijlage A Overzicht indicatoren	38
Structuurindicatoren	40
Procesindicatoren	44
Uitkomstindicatoren	53
Bijlage B Haalbaarheidsevaluatie geschiktheid (fitness for purpose)	55
Useful/buikbaar	55
Reliable/betrouwbaar	60
Feasible/haalbaar	64

Samenvatting

Inleiding

Door de toenemende schaarste aan zorgpersoneel en de toenemende aantallen patiënten, staan de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg, inclusief de acute zorg, onder druk. Patiënten ontvangen acute zorg als zij een gezondheidsprobleem hebben waarvoor zo snel mogelijk zorg nodig is. Zorgcoördinatie zou moeten bijdragen aan meer passende zorg doordat patiënten eerder op de juiste plek terecht komen; de druk op de acute zorgketen wordt verminderd; het triageproces beter wordt ingericht; en doordat het zou bijdragen aan het behoud van de benodigde menskracht in de acute zorgketen. Tegen die achtergrond is in 2019 het programma “pilots zorgcoördinatie” gestart, waarin ruimte werd geboden aan regionale pilots. Het programma leidde tot brede erkenning van de meerwaarde van zorgcoördinatie. De algemene conclusie was dat er veel aanwijzingen zijn dat zorgcoördinatie substantieel bijdraagt aan efficiënter gebruik van zorgcapaciteit en leidt tot juiste zorg en dat er in de toekomst blijvend op zorgcoördinatie ingezet moet worden. De resultaten van de pilots zijn vertaald naar het Advies Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie. Koepelorganisaties en VWS hebben afspraken gemaakt over de brede introductie van Zorgcoördinatie, beginnend in 2025. Hoe zorgcoördinatie gaat worden ingevuld kan per regio verschillen. Een van de conclusies was echter dat op verschillende onderdelen landelijke regie gewenst is, inclusief een landelijke monitor van de impact¹. Tot dusver is het echter nog niet gelukt om een set van bruikbare, haalbare en breed gedragen indicatoren samen te stellen, op basis waarvan de implementatie en de resultaten van zorgcoördinatie zichtbaar kunnen worden gemaakt.

Het eerste doel van dit onderzoek was dan ook om te komen tot een set van breed gedragen en helder gedefinieerde, zinvolle indicatoren. Indicatoren zijn weliswaar belangrijk, maar minstens zo belangrijk is het om van die indicatoren te leren. Het tweede doel van dit onderzoek was om deze indicatoren in te bedden in een zogenaamd lerend systeem, zodat er ook daadwerkelijk van de indicatoren kan worden geleerd.

Aanpak

In deel 1 van dit rapport is aan de hand van een aantal stappen een set van indicatoren ontwikkeld. In deze stappen hebben de verschillende belanghebbende partijen een actieve rol gespeeld, om zo te komen tot een breed gedragen set. Een eerste inventarisatie onder belanghebbende partijen leverde een groot aantal potentieel interessante indicatoren op. Deze zijn vervolgens nader omschreven als structuur-/proces-/uitkomstindicatoren, het veronderstelde werkingsmechanisme en vervolgens beoordeeld in termen van onder meer beschikbaarheid van gegevens, registratielast, onderscheidend vermogen, verondersteld draagvlak, beïnvloedbaarheid.

In deel 2 stond de totstandkoming van een lerend systeem centraal. Hierbij gingen de onderzoekers als eerste op zoek naar belemmerende en bevorderende factoren voor zo'n systeem, om vervolgens een bijeenkomst te organiseren met de verschillende belangengroepen om deze factoren verder uit te werken en ervaring op te doen met discussies over de uitkomsten van indicatoren.

¹ Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie. Ambulancezorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ineen. September 2022.

Resultaten

Uit de initiële bijeenkomsten met belanghebbende partijen kwamen 3 structuurindicatoren naar voren, 14 procesindicatoren en 2 uitkomstindicatoren (zie Bijlage A voor de uiteindelijke set). Deze set van indicatoren is voorgelegd aan dezelfde partijen, die vervolgens aangaven dat het er teveel waren en dat de administratieve lasten ervan zouden stijgen. Daarnaast gaven zij aan dat de relatie met zorgcoördinatie vaak niet helder was en dat de uitkomsten afhankelijk waren van de lokale situatie. Een ander punt van aandacht was dat het in sommige regio's al wel mogelijk was om bepaalde indicatoren te berekenen en in andere regio's niet. Een uniforme manier van berekenen van indicatoren bleek eveneens een aandachtspunt. Ondanks de algemene opmerking over het te grote aantal indicatoren, waren er toch ook nog aanvullingen op de indicatorenset. Deze hadden betrekking op de samenwerking tussen ketenpartners, wachttijden en de doorstroming naar vervolgzorg van huisarts, wijkverpleging en andere voorzieningen. Algemeen werd benadrukt dat (eigenlijk alle denkbare) indicatoren pas betekenis kunnen krijgen als de regionale context bij de interpretatie kan worden betrokken. Dit geldt ook voor het beoordelen van de betrouwbaarheid en de haalbaarheid van de indicatoren.

Een ander algemeen punt betreft veranderingen in de tijd. De wensen van belangenpartijen kunnen veranderen en dat geldt ook voor de mogelijkheden om indicatoren te berekenen. Het is dus belangrijk ervoor te zorgen dat de indicatorenset kan worden aangepast. En dat eventuele veranderingen ook weer kunnen rekenen op draagvlak bij belangenpartijen. Afspraken hierover en rond andere aspecten van de monitor moeten nog worden vastgelegd in een governance structuur, waarin duidelijk is hoe zeggenschap rond indicatoren is geregeld. Hiermee komen we op het tweede onderdeel van deze rapportage, dat gaat over de inrichting van een lerend systeem rondom zorgcoördinatie.

Een lerende community

Aan de hand van wetenschappelijke literatuur is het concept van lerende communities in beeld gebracht. Dit resulteerde in een overzicht van bouwstenen die ten grondslag liggen aan een dergelijke community. Deze bouwstenen hebben we vertaald naar de context van de spoedzorgketen en indicatoren voor zorgcoördinatie. Deze bouwstenen omvatten het formuleren van een duidelijk en concreet doel en focus, een heldere structuur en organisatie en heldere processen, en een cultuur van wederzijds vertrouwen en flexibiliteit.

Conclusie

In dit project is een set van 13 indicatoren ontwikkeld die de basis vormen van de monitor Zorgcoördinatie. Discussies over zorgcoördinatie en indicatoren moeten kunnen plaatsvinden in een veilige omgeving, waarin de regionale context meetelt, en waarin het leren centraal staat. De uitdaging is nu om daarvoor de juiste prikkels in het systeem in te bouwen. De basis hiervoor is in dit rapport gelegd, met een aantal richtlijnen om een lerende community tot stand te brengen, en een lijst van indicatoren met daarbij een inschatting van haalbaarheid en nut. Daarmee biedt dit onderzoek aanknopingspunten om van start te gaan met het monitoren van de voortgang van zorgcoördinatie en gaandeweg verder te bouwen, zowel aan de community als aan de indicatoren.

Introductie

Aanleiding

Door de toenemende schaarste aan zorgpersoneel en het toenemende aantallen patiënten, staan de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg, inclusief de acute zorg, onder druk. Patiënten ontvangen acute zorg als zij een gezondheidsprobleem hebben waarvoor zo snel mogelijk zorg nodig is. Tijdens kantooruren wordt acute zorg vaak geleverd door de eigen huisarts, ambulancevoorzieningen of de Spoedeisende hulp afdelingen in ziekenhuizen (SEH). Het komt echter vaak voor dat deze gezondheidsproblemen buiten kantooruren ontstaan en patiënten zich moeten wenden tot de huisartsenspoedpost, 112 meldkamer, maar ook crisisvoorzieningen vanuit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT). Het is in eerste instantie aan de patiënt om zijn of haar weg te vinden naar de juiste zorgverlener. De patiënt belandt daarbij vaak niet meteen bij de juiste zorgverlener. Dit is voor zowel de patiënt als voor de zorgverlening onwenselijk, omdat het leidt tot een inefficiënte inzet van schaarse middelen.

Zorgcoördinatie zou moeten bijdragen aan passende zorg en aan zorg op de juiste plek, rekening houdend met lokale omstandigheden. Tegen die achtergrond is in 2019 het programma “pilots zorgcoördinatie” gestart, waarin ruimte werd geboden aan regionale pilots. Het programma leidde tot brede erkenning van de meerwaarde van zorgcoördinatie. De algemene conclusie was dat er veel aanwijzingen zijn dat zorgcoördinatie substantieel bijdraagt aan efficiënter gebruik van zorgcapaciteit en leidt tot juiste zorg en dat er in de toekomst blijvend op zorgcoördinatie ingezet moet worden. De resultaten van de pilots zijn vertaald naar het Advies Landelijke Inrichting Zorgcoördinatie. Koepelorganisaties en VWS hebben afspraken gemaakt over de brede introductie van Zorgcoördinatie, beginnend in 2025. Hoe zorgcoördinatie gaat worden ingevuld kan per regio verschillen. Een van de conclusies was echter dat op verschillende onderdelen landelijke regie gewenst is².

Doelen van zorgcoördinatie worden in het Implementatieplan Zorgcoördinatie als volgt geformuleerd (VWS 2024):

1. Een toename van de kwaliteit van zorg doordat de patiënt direct naar de juiste zorgverlener wordt geleid.
2. Het verminderen van de druk op de acute zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in capaciteit en het hierdoor beter benutten van schaarse capaciteit.
3. Een efficiëntere inrichting van het triageproces waardoor schaars personeel optimaal wordt ingezet en zorgverleners die zoekende zijn naar een passende plek voor hun patiënt worden ontlast.
4. Een verbetering in het werven en behouden van personeel, door het positieve effect van (door)ontwikkeling van functies binnen zorgcoördinatie.

Binnen de Zorgcoördinatie pilots werd op regionaal niveau geprobeerd om de resultaten en de voortgang van zorgcoördinatie zichtbaar te maken door middel van indicatoren. Dit bleek ingewikkelder dan gedacht. De behoefte aan een breed gedragen landelijke indicatorenset is er nog steeds. De indicatorenset bestaat idealiter uit heldere en uniforme definities, waarmee de voortgang van de implementatie van zorgcoördinatie en de effecten ervan kunnen worden gevolgd en die ook

² Eindrapportage programma pilots zorgcoördinatie. Ambulancezorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ineen. September 2022.

als basis kan dienen voor de totstandkoming van een community waarin regio's, organisaties en zorgverleners van elkaar kunnen leren.

Figuur 1 Schematische weergave lerend zorgsysteem (Foley et al, 2018).



In een lerend zorgsysteem gaat het om de cyclus van zorgpraktijk naar gegevens, van gegevens naar kennis en van kennis weer terug naar de praktijk (Figuur 1). Samen is dat een 'learning community', die op gang geholpen en gefaciliteerd wordt door verschillende technologische, maar ook organisatorische hulpmiddelen. Een lerend zorgsysteem gaat veel verder dan het vastleggen en verzamelen van gegevens en het berekenen van indicatoren. Het gaat om het ontwikkelen van een systeem, met adequate prikkels om de geschetste cyclus op gang te houden.

Een belangrijk element in dit hele proces is te komen tot zinvolle indicatoren die iets zeggen over de mate waarin de doelen (Brinkgreve et al. 2017) van zorgcoördinatie bereikt worden en waarmee de ontwikkeling van zorgcoördinatie en de resultaten ervan landelijk kunnen worden gevolgd. De behoefte aan zinvolle indicatoren wordt ondersteund door de resultaten van de zorgcoördinatie pilots, waarin kwantitatieve onderbouwing veelal ontbrak.

In een lerend zorgsysteem gaat het om meer dan alleen het ontwikkelen van indicatoren. Weten vraagt meer dan meten (Brinkgreve et al. 2017). Het gaat ook om het inbouwen van de juiste prikkels om gegevens te verzamelen en om het stimuleren van betrokkenheid van belanghebbende partijen. Alleen dan kan er een leerproces op gang komen en kan er sprake zijn van een 'community' zoals weergegeven in figuur 1. Binnen dat leerproces is het belangrijk om ook ruimte te creëren voor interpretatie van de indicatoren. Achter iedere indicator gaat een verhaal schuil dat per regio kan verschillen. Pas als dat verhaal erbij kan worden betrokken krijgen indicatoren betekenis en kan ervan worden geleerd (Mintzberg et al. 2012). Het gaat er in een lerend zorgsysteem om de juiste omstandigheden te creëren om dit te bewerkstelligen.

Doel

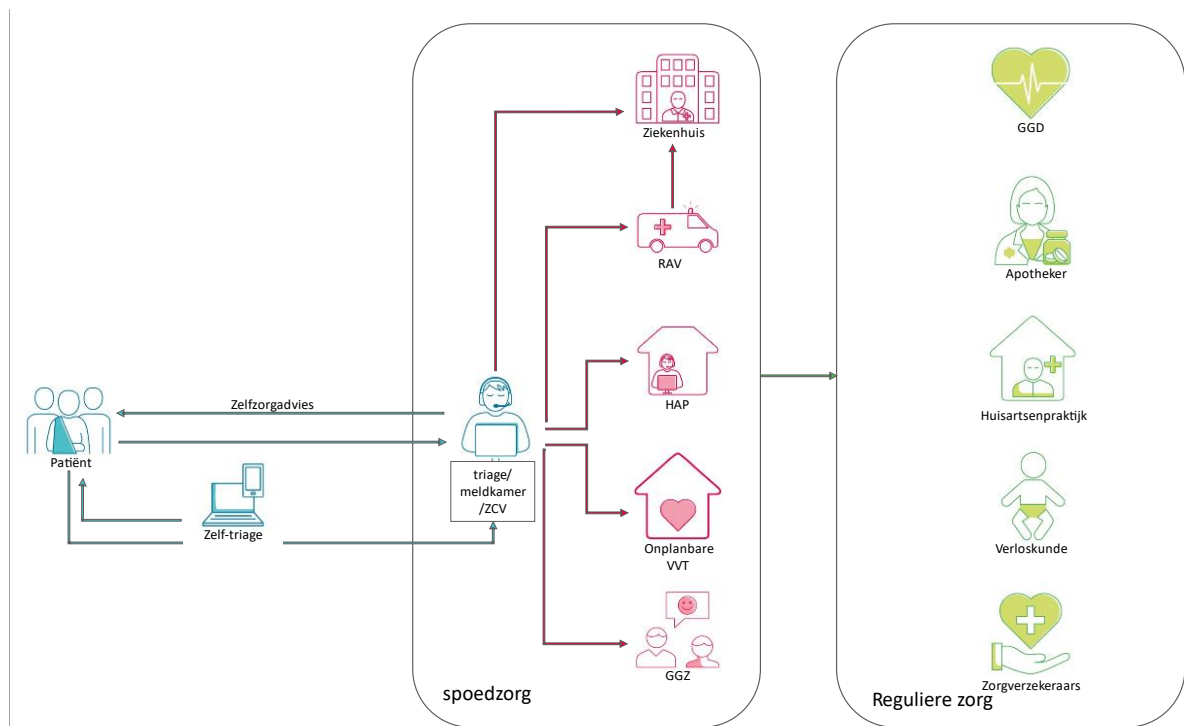
Het onderzoek bestaat uit twee delen. Deel een richt zich op de ontwikkeling van indicatoren. Wat zouden we willen meten, welke data zijn daarvoor beschikbaar en zijn die data geschikt om te meten wat we willen meten. In figuur 1 gaat het om de stap van praktijk naar data en van data naar kennis.

Deel twee gaat over randvoorwaarden om rond die indicatoren een lerende community in te richten. In de terminologie van figuur 1 gaat het om de vraag hoe we ervoor zorgen dat de verzamelde kennis ook weer in de praktijk terecht komt en hoe een learning community tot stand kan worden gebracht.

Methoden

Zoals gezegd richtten we ons in deel 1 op de ontwikkeling van indicatoren en in deel 2 op de totstandkoming van een lerend systeem, een community. De verschillende belanghebbende partijen in de acute zorg stonden aan de basis van beide delen. Vanuit hun rol in de acute zorgketen waren verschillende belanghebbende partijen betrokken binnen het project, zoals weergegeven in Figuur 2. De precieze organisatie van de keten kan per regio verschillen.

Figuur 2 Globale weergave van de acute zorgketen. De precieze invulling kan per regio verschillen.



Vanuit het perspectief van de patiënt, was een patiëntorganisatie betrokken. Voor de acute zorgaanbieders was er vertegenwoordiging namens de huisartsenspoedposten, ambulancevoorzieningen, spoedeisende hulpen, GGZ en verpleging, verzorging en thuiszorg. Ook werden de ROAZ-bureaus van verschillende regio's vertegenwoordigd. Vanwege hun verantwoordelijkheid in het zorgstelsel om de toegang tot zorg te garanderen en vanuit hun rol als zorginkopers, waren ook de zorgverzekeraars vertegenwoordigd.

Zowel voor deel 1 als voor deel 2 zijn sessies georganiseerd met de belangengroep, waarin zij zelf onderwerpen konden aandragen voor indicatoren en/of feedback konden geven op conceptversies van de indicatorenset. Tijdens deze sessies kwamen zowel thema's aan de orde die horen bij deel 1 als ook thema's die horen bij deel 2. In totaal hebben er vier feedbackrondes/sessies plaatsgevonden (Tabel 1):

Tabel 1 Overzicht van activiteiten in het project.

	Activiteit/resultaat
Deel 1	Ontwikkeling en haalbaarheid indicatoren
Sessie 1	Live brainstormsessie met belangengroep acute zorg over onderwerpen voor indicatoren in relatie tot de vier doelstellingen van zorgcoördinatie.
Design sprint	Uitwerken van indicatoren bedacht tijdens sessie 1 tot eerste concept lijst.
Sessie 2	Live reflectiebijeenkomst met belangengroep over de eerste aanzet tot indicatoren. Eerste gedachten rond haalbaarheid zijn opgehaald.
Haalbaarheid: Consultatieronde en uitwerking tot indicatoren	Schriftelijke feedbackronde onder belanghebbende partijen op de lijst met indicatoren. Parallel aan de consultatie vond verdere uitwerking, operationalisatie en opschoning van de indicatoren plaats.
Haalbaarheid: Haalbaarheidstoets geschiktheid (fitness for purpose)	Evaluatie van de indicatoren aan de hand van de uitgangspunten van geschiktheid (fitness for purpose)
Deel 2	Learning community Zorgcoördinatie
Literatuur scan learning community	Overzicht bestaande literatuur rond learning communities om tot adviezen/randvoorwaarden te komen voor een learning community Zorgcoördinatie
Sessie 3	Live werksessie met belangengroep om de stap van monitoren naar leren en verbeteren door middel van learning communities te ervaren.

Zowel de aanpak als de resultaten worden apart voor deel 1 en deel 2 besproken in de volgende hoofdstukken.

Deel 1 Ontwikkeling en haalbaarheid indicatoren

Deel 1 van het onderzoek heeft een indicatorenset opgeleverd ten behoeve van de monitor zorgcoördinatie, evenals een eerste haalbaarheidstoets, zowel vanuit het perspectief van de belanghebbende partijen, als wel vanuit het perspectief van geschiktheid (fitness for purpose).

Aanpak indicatorontwikkeling en haalbaarheid

Voor de ontwikkeling van de indicatoren is gekozen voor een pragmatisch en relatief snel traject, waarbij de eerste inventarisatie voor mogelijke indicatoren plaats heeft gevonden onder de relevante belanghebbende partijen rond zorgcoördinatie. De betrokkenheid van relevante belanghebbende partijen is een belangrijke bepalende factor voor de totstandkoming van ieder lerend zorgsysteem. Start van het project bestond daarom uit een inventarisatie van die belanghebbende partijen, met als doel deze nadrukkelijk te betrekken bij het ontwikkelen van de indicatoren en de vormgeving van de community (Figuur 2).

Sessie 1: input belangengroep

Eerste stap in de ontwikkeling van indicatoren bestond uit een brainstormsessie (sessie 1 in Tabel 1) met vertegenwoordigers van de bovengenoemde belanghebbende partijen. Deze aanpak is ten eerste gekozen om optimaal gebruik te maken van kennis die er al in de verschillende regio's is opgebouwd, om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de behoefte van de verschillende partijen en om hen in een zo vroeg mogelijk stadium mee te nemen in het project. In veel regio's is al nagedacht over zorgcoördinatie. Zij worden van het begin af als volwaardige partners bij de ontwikkeling van indicatoren gezien en er wordt zo goed mogelijk gebruik gemaakt van de 'sense of urgency' die partijen op dit moment voelen. Een derde voordeel van het meteen betrekken van belanghebbende partijen, is dat deze aanpak sneller leidt tot een concrete en meetbare set van indicatoren en een efficiëntere inzet van mensen en middelen.

Met deze achtergrond heeft een inventarisatie plaatsgevonden van indicatoren die volgens de belangengroep zinvol zouden zijn en die aansluiten bij de vier eerder genoemde doelen van zorgcoördinatie, namelijk:

1. Betere kwaliteit van zorg en toename van de kwaliteit van zorg doordat de patiënt direct naar de juiste zorgverlener wordt geleid.
2. Minder druk op de acute zorgketen
3. Verbeteren van toegankelijkheid
4. Beter benutten van beschikbare capaciteit
5. Het verminderen van de druk op de acute zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in capaciteit en het hierdoor beter benutten van schaarse capaciteit.
6. Efficiëntere inrichting van het triageproces en zorgtoegeleiding.
7. Een verbetering in het werven en behouden van personeel, door het positieve effect van (door)ontwikkeling van functies binnen zorgcoördinatie.

Op elk van deze doelen zijn indicatoren door de belangengroep voorgesteld en geprioriteerd.

Uitwerking indicatoren in een design sprint

De opgehaalde indicatoren zijn vervolgens in een ‘design sprint’ door het projectteam - deskundigen uit de VWS-beleidsdirectie curatieve zorg en uit de Covid directie van VWS (met name informatici), en onderzoekers van het Nivel - verder uitgewerkt en geoperationaliseerd. In drie dagen tijd zijn de suggesties vanuit sessie 1 doorontwikkeld tot potentiële indicatoren, inclusief definities en eerste standpunten rond haalbaarheid. Ervaringen die werden opgedaan met het ontwikkelen van het covid dashboard werden hier gebruikt om snel tot zinnige indicatoren te komen die iets zeggen over zorgcoördinatie.

De aangeleverde indicatoren zijn door dit team beoordeeld op de volgende punten:

1. Indeling structuur/proces uitkomst
2. Welk onderdeel van de acute zorgketen heeft de indicator betrekking.
3. Verondersteld werkingsmechanisme (beleidstheorie). Is er een beleidstheorie achter elk van de voorgestelde indicatoren en snijdt die hout? Wat is de veronderstelde samenhang tussen een indicator en de invoering van zorgcoördinatie?
4. Beschikbaarheid van gegevens
5. Verwachte onderscheidend vermogen tussen regio's
6. Extra registratielast
7. Verwacht draagvlak onder belanghebbende partijen
8. Geschiktheid van data
9. Beïnvloedbaarheid van de indicator

In navolging van Donabedian (1980)³ maakten we een onderscheid tussen:

- **Structuurindicatoren.** Deze geven informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. Een voorbeeld is “het aantal minimale eisen voor zorgcoördinatie waaraan wordt voldaan”.
- **Procesindicatoren.** Deze geven informatie over de kwaliteit van het zorgproces. Het gaat om het bepalen van het percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is gevolgd. Een voorbeeld is “Het percentage consulten en visites door de huisarts, nadat het advies uit de NTS zelfzorg advies was”.
- **Uitkomstindicatoren.** Deze richten zich op de uitkomsten (producten/effecten) van zorg. Een concreet voorbeeld is “Het gemiddelde waarderingscijfer van patiënten voor de zorgverlening”.

Van elk van de indicatoren is in dit proces aangegeven op welk onderdeel van de acute zorgketen een indicator betrekking had, zoals weergegeven in Figuur 2.

Haalbaarheid indicatoren

De haalbaarheidstoets bestond uit twee onderdelen: 1. reflectie en discussie met de belangengroep over de concept indicatoren en 2. een toets aan de hand op de geschiktheid van de data voor het gegeven doel (geschiktheid (fitness for purpose)).

Reflectie en discussie vanuit de belangengroep

Een eerste ‘reality check’ vond plaats tijdens de tweede plenaire sessie met de belangengroep van zorgcoördinatie en aanvullend via een consultatie via de mail. Tijdens de tweede sessie is de conceptlijst met indicatoren bediscussieerd. De tweede bijeenkomst was erop gericht om de

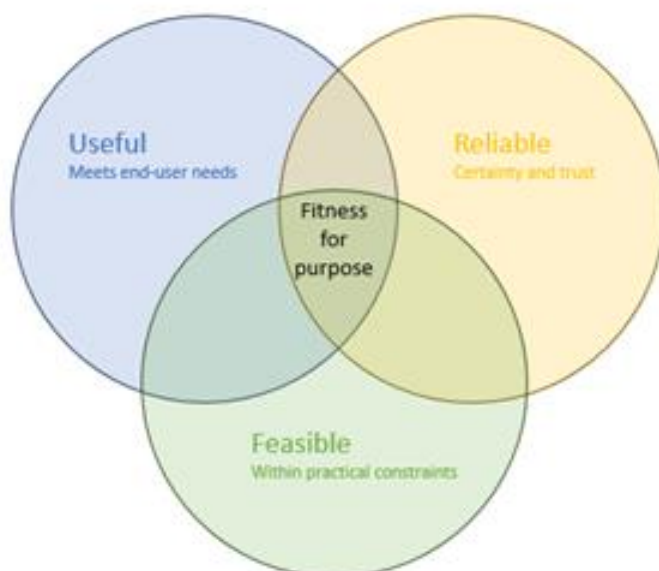
³ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring (vol. I): the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan, Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

conceptlijst met indicatoren inzichtelijk te maken wat de haalbaarheid was om deze op korte of lange termijn inzichtelijk te maken binnen de monitor, met zowel rapportage op regio niveau als wel een landelijk gemiddelde. Aanvullend heeft er een consultatie via de mail plaats gevonden, zodat de belanghebbende partijen de mogelijkheid hadden om af te stemmen met hun achterban. Deze feedback vanuit de belanghebbende partijen gaf meer inzicht op onnodige indicatoren, haalbaarheid en missende indicatoren.

Reflectie op haalbaarheid indicatoren aan de hand van *fitness for purpose*

Parallel aan de consultatie onder belanghebbende partijen heeft het projectteam per indicator de geschiktheid (*fitness for purpose*: is de indicator geschikt waarvoor hij bedoeld is?) uitgewerkt, aan de hand van het model van Hamilton et al. (2021) waarin drie kenmerken worden beschreven: bruikbaarheid, betrouwbaarheid en haalbaarheid (Figuur 3). Deze kenmerken staan in Tabel 2 verder uitgewerkt. Op basis van online-informatie van landelijke registratie, een gesprek met een regio over regionale monitoring en eigen kennis bij de auteurs is de tabel per indicator ingevuld.

Figuur 3 Schematische weergave van aspecten van 'Geschiktheid (fitness for purpose)' volgens Hamilton et al. (2021).



Wat betreft usefulness, bruikbaarheid, brengen we in kaart of en hoe de indicator aansluit op de doelen van zorgcoördinatie (relevantie), of de indicator begrijpbaar en actionable is, gegevens voor de indicator tijdig beschikbaar zijn en of de uitkomsten op de indicator voor iedereen toegankelijk zijn.

Ten aanzien van de *reliability*, betrouwbaarheid, wordt in kaart gebracht of definities van de indicatoren specifiek genoeg zijn, of de databron voor de indicator betrouwbaar is, of de uitkomst op de indicator valide is en of hij sensitief is voor verandering.

Voor *feasibility*, haalbaarheid, wordt de meetbaarheid in beeld gebracht met betrekking tot data beschikbaarheid, meetfrequentie, het niveau waarop de gegevens beschikbaar zijn (bv regio) en of er vanuit de governance van de data beperkingen zijn.

Tabel 2 Model voor evaluatie van geschiktheid (fitness for purpose) van indicatoren rond Zorgcoördinatie.

Onderdeel geschiktheid (fitness for purpose)	Definitie
Nut	
Relevantie	Hoe goed passen de indicatoren bij de doelen van Zorgcoördinatie? Wat zegt de indicator over de doelen van ZC? En hoe goed sluit de indicator aan bij een of meerdere schakels van de spoedketen?
Begrijpbaarheid en actionability	Is de uitkomst van de indicator te interpreteren door de gebruiker/zorgverlener? Biedt de indicator aanknopingspunten voor vervolgacties? Helpen ze bij het vaststellen van verbeterpunten/knelpunten
Tijdigheid	Zijn de uitkomsten op de indicatoren tijdig beschikbaar? En hoe vaak?
Toegankelijkheid	Is de uitkomst van de indicator voor iedereen toegankelijk?
Betrouwbaarheid	
Specificiteit	Zijn de definities van de indicatoren eenduidig?
Betrouwbaarheid	Is de bron van de gegevens waar de indicator mee berekend wordt gelijk tussen alle regio's?
Validiteit	Meet de indicator zo nauwkeurig mogelijk wat ze beogen te meten?
Sensitiviteit	Is er een verandering te verwachten op de indicator als gevolg van de invoering van Zorgcoördinatie?
Haalbaarheid	
Meetbaarheid/data beschikbaarheid	Is de data al beschikbaar en waar is de data beschikbaar?
Meetbaarheid/frequentie	Hoe vaak en op welke termijn is de data beschikbaar?
Meetbaarheid/niveau	Op welk regio niveau is de data beschikbaar: sub-regio, ROAZ, landelijk. Kleinste niveau mogelijk.
Governance	Zijn er beperkingen/regelpunten vanuit de governance die van invloed zijn op de indicator en gebruik van onderliggende data

Resultaten deel 1: Indicatorenset Zorgcoördinatie

Voor alle vier doelen van zorgcoördinatie werden onderwerpen genoemd door de belangengroep, die vertaald konden worden in kandidaat-indicatoren tijdens de sprintsessie. De uiteindelijke opbrengst van stap 1 en 2 waren 19 indicatoren, waarvan 3 structuurindicatoren, 14 procesindicatoren en 2 uitkomstindicatoren. Deze 19 indicatoren zijn in stap 3 'reality check' voorgelegd aan de belanghebbende partijen. Zowel tijdens een plenaire bijeenkomst als per mail werden er veel reacties gegeven op de indicatoren (deze worden in het volgende hoofdstuk beschreven). Tabel 3 geeft een overzicht van de uiteindelijke lijst met 13 indicatoren. In Bijlage 1 is per indicator een uitgebreide beschrijving toegevoerd, inclusief de operationalisatie, de schakel in de acute zorgketen en een voorbeeld van weergave in de monitor.

Tabel 3 Overzicht indicatoren monitor Zorgcoördinatie

Indicator nummer	Indicator naam	Operationalisatie	Opgenomen? Ja/Nee, omdat
S01	Minimale eisen zorgcoördinatie	Aantal minimale eisen voor zorgcoördinatie waaraan regio's moeten voldoen	Ja
S02	Zelftriage	Welke vorm van digitale zelf-triage is beschikbaar	Ja
S03	Triagist-patiënt verhouding	Aantal fte triagisten/centralisten per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied huisartsenspoedpost of meldkamer	Ja
P01	Passende zorg na triage	Percentage consulten en visites door de huisarts, nadat het advies uit de NTS zelfzorg advies was, in combinatie met U5. Percentage SEH-contacten na triage op de HAP, waarbij het advies uit de NTS zelfzorg of huisarts was.	Ja
P02	Aantal triagecontacten	Percentage patiënten met 1x triagecontact, met 2x triage contacten, met 3x triage contacten met >3x triage contacten (algemeen) Percentage patiënten met 1x triagecontact, met 2x triage contacten, met 3x triage contacten met >3x triage contacten (Voordat er een consult of visite met de huisarts is) Percentage patiënten met 1x MKA-contact, met 2x MKA-contacten, met 3x MKA-contacten met >3x MKA-contacten (algemeen)	Ja
P03	Uitstroomtijd na triage	Tijd in minuten tussen eindtijd triage en start zorgcontact HAP (consult of visite huisarts) Op termijn ook: Inzet GGZ Inzet VVT Weergegeven in gemiddelde, mediaan, SD, min en max.	Ja
	HAP/MKA na zelfzorg	% HAP/MKA contacten 24 uur na zelfzorgadvies	Nee, overlap andere indicatoren

Indicator nummer	Indicator naam	Operationalisatie	Opgenomen? Ja/Nee, omdat
P04	Zorginzet per sector	Aantal contacten HAP per 1000 inwoners verzorgingsgebied Aantal ambulance ritten per 1000 inwoners verzorgingsgebied Aantal contacten SEH per 1000 inwoners verzorgingsgebied Aantal contacten GGZ per 1000 inwoners verzorgingsgebied Aantal contacten VVT per 1000 inwoners verzorgingsgebied	Ja
P05	Opnamestops SEH	Aantal opname stops per SEH Gemiddeld aantal opname stops per regio	Ja
P06	Mobiel zorgconsult	Percentage ambulance inzetten waarbij ter plaatse zorg is geleverd en er geen vervoer heeft plaatsgevonden	Ja
	Zorgtraject naar HAP/SEH	Welke zorgtraject legt iemand af voordat zij contact met de HAP of SHE hebben	Nee, data-technisch niet mogelijk als indicator. Wel als landelijke evaluatie
	Zelfverwijzers	Percentage zelfverwijzers HAP Percentage zelfverwijzers SEH	Nee, geen relevantie voor doelen zorgcoördinatie
P07	Zorginzet 75+	Aantal contacten HAP per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied Aantal contacten SEH per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied	Ja
	Opnieuw contact	% contacten HAP/MKA waar binnen 24 uur weer contact is	Nee, overlap andere indicatoren en link met doelstellingen zorgcoördinatie

Indicator nummer	Indicator naam	Operationalisatie	Opgenomen? Ja/Nee, omdat
P08	Toegewezen urgentiecode	Percentage contacten per urgentiecode HAP Percentage contacten per urgentiecode SEH	Ja
	Verhouding contacten 1 ^e lijn/2 ^e lijn	Verhouding tussen het aantal contacten in de eerste en de tweede lijn per 100.000 inwoners van de verzorgingsgebieden	Nee, overlap andere indicator
	Tijd tussen triage en consult	Tijd tussen eindigen van triage en beginnen van consult op de HAP	Nee, overlap andere indicator en data beschikbaar
O01	Medewerkerstevredenheid	Mate waarin medewerkers tevreden zijn	Ja
O02	Patiëntervaringen	Gerapporteerde patiëntervaringen	Ja

Haalbaarheid indicatoren zorgcoördinatie

De haalbaarheid/bruikbaarheid van de indicatoren is op twee manieren getoetst: 1) Door een consultatieronde onder belanghebbende partijen en 2) door een evaluatie van de geschiktheid (fitness for purpose) van de data voor het gegeven doel. Hiermee bedoelen we de mate waarin de indicatoren bruikbaar, betrouwbaar en haalbaar zijn voor het inzichtelijk maken van zorgcoördinatie (zie figuur 2 in hoofdstuk 2). In dit hoofdstuk worden de resultaten die uit beide stappen naar voren kwamen beschreven.

Reflectie haalbaarheid door de belanghebbende partijen

Beperkt aantal indicatoren wenselijk

In april/mei werden de indicatoren voorgelegd aan de belanghebbende partijen. Hen werd gevraagd om schriftelijk aan te geven in hoeverre zij het haalbaar achtten om de indicatoren te meten. Het merendeel van de belanghebbende partijen gaf te kennen het aantal indicatoren (19) veel te hoog te vinden. Zij maakten zich zorgen over de administratieve last die gepaard gaat met het meten van alle indicatoren. Uit de reacties blijkt een voorkeur om de starten met indicatoren waarvoor de gegevens al geregistreerd worden, zodat het aantal extra inspanningen om de gegevens beschikbaar te krijgen beperkt blijft. Meerdere partijen gaven aan dat zij bij voorkeur één indicator zouden willen zien die de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment door de juiste persoon inzichtelijk maakt. De reacties van de belanghebbende partijen onderstrepen het belang van een beperkt aantal indicatoren.

Belanghebbende partijen vinden dat veel indicatoren geen betrekking hebben op zorgcoördinatie

Verskillende belanghebbende partijen gaven aan dat de meeste indicatoren niks zeggen over het effect van zorgcoördinatie. Voorbeelden hiervan zijn de indicator die gaat over medewerkerstevredenheid, het aantal opnamestops per SEH en de indicator over de wachttijd op de HAP. Deze laatste twee geven volgens partijen een indicatie van de drukte of situatie op de zorglocatie en zijn geen indicatie van zorgcoördinatie. Daarnaast vindt men dat er veel procesindicatoren en weinig uitkomstindicatoren zijn, waardoor het erg moeilijk is om de impact van zorgcoördinatie inzichtelijk te maken. Ook vroegen belanghebbende partijen zich af of de indicatoren voldoende aansluiten bij doelstellingen van zorgcoördinatie. Sommige partijen gaven aan behoefte te

hebben aan meer context en/of een projectleidersoverleg om de indicatoren te kunnen interpreteren.

Indicatoren tussen regio's vergelijken is wenselijk, maar nu nog niet goed mogelijk

ROAZ-regio's bevinden zich in verschillende fasen van het implementeren van zorgcoördinatie. Dit leidt tot gevarieerde reacties op de lijst met indicatoren. Belanghebbende partijen uit regio's die zich nog in een beginstadium bevinden geven aan dat er eerst binnen de regio goed gemeten moet worden, terwijl regio's die zich in een meer gevorderd stadium bevinden graag zouden zien dat er vergelijkingen worden getrokken tussen regio's op basis van de indicatoren. Daarnaast verschilt het tussen regio's welke mate van verdieping zij wensen op de uitkomsten van de indicatoren. Dit blijkt met name uit reacties waarin gevraagd wordt om patiëntenstromen inzichtelijk te maken via indicatoren of dit juist niet na te streven.

Eenduidig meten van indicatoren is van belang om te kunnen vergelijken

Belanghebbende partijen gaven aan dat het van belang is dat indicatoren op dezelfde manier worden gemeten binnen de verschillende zorgorganisaties. Dit is van belang om goede vergelijkingen te kunnen trekken: nu zijn gegevens vaak niet koppelbaar omdat er geen eenduidige manier van meten wordt toegepast. Ook wordt er een aantal keer de suggestie gegeven om bijvoorbeeld te vragen naar het aantal keer doorverbinden tussen verschillende aanbieders van acute zorg als alternatief voor het koppelen van data van verschillende zorgaanbieders om patiëntenstromen inzichtelijk te maken.

Verdere uitwerking van indicatoren is nodig

Over het algemeen geldt dat een groot aantal indicatoren nog onvoldoende duidelijk is geformuleerd. Verdere uitwerking en specificatie zijn nodig ter verduidelijking, zoals duidelijk benoemen of het aantal triagecontacten inclusief of exclusief digitale zelftriage is. Ook wordt er opgeroepen om eenduidig te zijn in het gebruik van terminologie (thuiszorg & acute VVT en triagist/centralist). Ook geldt voor een aantal indicatoren dat ketenpartners toegevoegd kunnen worden, zoals wijkverpleging en verloskunde waardoor de indicator completer wordt.

Suggesties voor aanvullende indicatoren

Belanghebbende partijen gaven verschillende suggesties voor aanvullende indicatoren, zoals hieronder gegroepeerd en beschreven.

Samenwerking tussen ketenpartners

- Indicatoren voor samenwerking: Toezien op samenwerking tussen ketenpartners, met nadruk op zorgcoördinatie.
- Integratiemeter: Het bepalen van de mate van samenwerking via een integratiemeter.
- Telefonische doorschakeling: Indicator die aangeeft hoe vaak er onderling telefonisch wordt doorgeschakeld/verbonden tussen verschillende ketenpartners.

Tijdsregistratie en wachttijden

- Responstijd meldkamer: Tijdsregistratie, zoals responstijd van de meldkamer, waarbij de centralist sneller beschikbaar kan zijn door juiste zorgcoördinatie. Inzicht via gemiddelde en mediane wachttijd van telefonische triage per onderdeel.
- Wachttijd telefonische triage: Uitgesplitst in HAP, MKA, GGZ, ELV, acute wijkverpleging. Zowel gemiddelde als mediaan meten.

Gebruik van vervolgzorg

- Frequentie vervolgzorg: Hoe vaak per 1.000 inwoners zorgverleners gebruikmaken van het leveren van vervolgzorg.
- Toegang tot tijdelijk verblijf: Indicator rondom VVT, zoals de toegankelijkheid van tijdelijk verblijf bedden om onnodige SEH-opnames te voorkomen. Aantal spoedplaatsingen VVT.
- Verwijzingen naar vervolgzorg: Zelfzorg, reguliere zorg (niet ANW), wijkverpleging ANW, ELV, Acute GGZ, HAP. Inclusief visite vanuit HAP, SEH, ambulance, acute verloskundige.
- Hulp bij vervolgzorg: Indicator voor hoe vaak zorgverleners bellen voor hulp bij het regelen van vervolgzorg per 1.000 inwoners, eventueel uitgesplitst naar type zorgverlener (huisarts, verloskundige, medisch specialist).

Specifieke zorgindicatoren

- Acute psychiatrie: Indicator formuleren met betrekking tot doorverwijzing naar acute psychiatrie.
- Mobiel zorgconsult: Indicatoren voor inzet van andere mobiele zorgpartners (aantal keer inzet acute VVT, aantal keer inzet visite-rijdende huisarts). Deze kunnen gecombineerd worden met presentaties op de SEH om verschuivingen in de acute zorgketen te identificeren.

Digitale versus fysieke contacten

- Indicator digitale vs. fysieke contacten: Aantallen digitale contacten versus fysieke contacten.
- Gegevensdeling: Indicator over het delen van gegevens tussen zorgverleners.

Context

Er bestaat behoefte om de getallen (resultaten) van de indicatoren van de context waarbinnen ze gemeten zijn te voorzien. De indicatoren zijn (te) operationeel geformuleerd. Er wordt aangegeven dat voor verduurzaming zorgcoördinatie partijen nog intensiever met elkaar moeten samenwerken en dat vraagt om inhoudelijke gesprekken en sturen op inhoud.

Reflectie geschiktheid

Naast een consultatieronde onder belanghebbende partijen om informatie op te halen over de haalbaarheid en de bruikbaarheid van de indicatoren, hebben we zelf de 13 indicatoren geëvalueerd die overbleven na de stakeholder consultatie op bruikbaarheid, betrouwbaarheid en haalbaarheid. Dit zijn de centrale elementen van het geschiktheidsmodel (fitness for purpose¹) van Hamilton e.a. (2021). In deze paragraaf beschrijven we de uitkomsten van deze evaluatie.

Bruikbaarheid

Alle indicatoren in de uiteindelijke lijst zijn *relevant* in het licht van de doelen van zorgcoördinatie. Veel van de indicatoren hebben betrekking op wat er gebeurt tijdens de triage, al dan niet in relatie tot de vervolgzorg die geleverd wordt. Het valt op dat veel indicatoren betrekking hebben op de huisartsenspoedposten en in mindere mate de ambulance zorg en SEH. De GGZ en VVT zijn het minst vertegenwoordigd in de indicatorenlijst. De meeste indicatoren hebben betrekking op één schakel in de spoedketen. Een beperkt aantal legt de link tussen twee schakels, bijvoorbeeld triage en vervolgzorg.

De *toepasbaarheid* van de indicatoren is lastiger, omdat het gebruik van de indicatoren afhangt van de doelen die een regio stelt. Ketenpartners zouden met elkaar (binnen een 'learning community') moeten bespreken welke veranderingen ze zouden willen zien en welke indicatoren inzicht kunnen bieden in of de gewenste veranderingen plaatsvinden. Daarbij moet altijd rekening gehouden worden met het feit dat veranderingen op een bepaalde indicator ook veroorzaakt kunnen worden door verschillende factoren, waaronder factoren die niet te maken hebben met zorgcoördinatie.

Over de *tijdigheid* van het beschikbaar komen van de uitkomsten van de indicatoren is nog veel onduidelijk. Voor een aantal indicatoren worden de gegevens al routinematig verzameld, maar is de doorlooptijd van het beschikbaar komen van de data lang (voorbeeld declaratiegegevens via Vektis). Voor een ander deel van de indicatoren is de data relatief snel beschikbaar, maar niet voor elke regio. En voor een deel van de indicatoren moet een apart dataverzameltraject opgezet worden, waarbij geen gebruik wordt gemaakt van al beschikbare gegevens, waardoor de doorlooptijd langer is (bijvoorbeeld de Outcome indicatoren rond ervaringen van patiënten en zorgverleners). Er bestaan daarnaast grote verschillen tussen regio's in welke gegevens zij al routinematig vastleggen. Ook zijn niet alle regio's vertegenwoordigd in landelijke registraties.

Betrouwbaarheid

De *specificiteit* verschilt per indicator, in te delen in grofweg drie categorieën. De eerste categorie betreft indicatoren die zeer specifiek zijn met duidelijke definities. Bij deze indicatoren wordt gebruik gemaakt van uitkomsten die duidelijk zijn vastgelegd en vaker worden gebruikt binnen de acute zorg, zoals bijvoorbeeld of er zelftriage wordt aangeboden. Een ander voorbeeld is het aantal fte triagist per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied. Een tweede categorie omvat indicatoren waarvan de uitkomst op het eerste oog duidelijk gedefinieerd is, maar waarbij over de onderliggende definities nog meer afgesproken moet worden. Zo kan bijvoorbeeld de definitie van een "contact" verschillen tussen de verschillende sectoren binnen de acute zorg. De laatste categorie bevat indicatoren, waarbij nog geen vaste definitie is gegeven. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënt- en medewerker tevredenheid. Hoe dit wordt gedefinieerd en gemeten moet nog nader afgestemd worden met de regio's.

De *betrouwbaarheid* van de gegevens waarmee de indicator wordt bepaald verschilt ook per indicator. Er zijn indicatoren die gebaseerd zijn op zelf-rapportage. Door verschillende interpretaties van wat er in de indicator gevraagd wordt, kunnen verschillen ontstaan tussen regio's. De overgrote meerderheid van de indicatoren wordt bepaald met routinematig verzamelde gegevens. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gegevens die al worden gegenereerd op regio niveau of anders uit landelijke registraties. Door verschillen tussen regio's in de beschikbaarheid van deze gegevens en de verschillende dekkingen in landelijke registraties kan het bij indicatoren voorkomen dat er een mix van regionale gegevens en landelijke registraties wordt gebruikt. Door verschillen in bijvoorbeeld extracties en dataschoning kunnen verschillen tussen regio's ontstaan.

De *validiteit* (de mate waarin een indicator de realiteit goed weerspiegelt) van de meeste indicatoren lijkt voldoende, doordat er gebruik gemaakt wordt van gegevens zoals ze worden vastgelegd door de zorgverlener (bijvoorbeeld urgentie of consultvorm) of omdat er gebruik wordt gemaakt van bestaande definities (bv. SEH-stops op basis van definitie/rapportage LNAZ). Een aantal indicatoren lijkt mindervalide, doordat de interpretatie ingewikkeld is, evenals de directe link met zorgcoördinatie, zoals het de zorginzet voor 75+ en de toegewezen urgentiecategorie. Bij beide indicatoren is de context in de regio zeer belangrijk voor de interpretatie. Zo kunnen verschillen in het aantal ouderen, aantal mensen met chronische aandoeningen, etc., van invloed zijn op de uitkomst. Ook dit benadrukt de noodzaak van een gesprek over de uitkomsten en interpretatie op regio niveau in het licht van de eigen context en doelen.

De sensitiviteit van de indicatoren zal verschillen per indicator, maar ook per regio. In sommige gevallen zal geen verandering het gewenste resultaat zijn van zorgcoördinatie: Als zorgcoördinatie voor een afname moet zorgen, maar externe factoren voor een toename, dan is geen verandering gewenst. Andere indicatoren zijn redelijk hoog over, waardoor een resultaat mogelijk pas over een aantal jaar geobserveerd zal worden. De eerste structuur-indicatoren (minimale eisen en zelftriage)

zijn naar verwachting wel sensitieve indicatoren, gezien zij verplichte en redelijk directe acties vanuit de regio's weergeven.

Haalbaarheid

Het streven binnen de monitor Zorgcoördinatie is om nagenoeg alleen gebruik te maken van gegevens die al verzameld worden voor andere doeleinden binnen de regio of binnen landelijke registraties. De *databeschikbaarheid* is sterk afhankelijk van wat er binnen de regio's al wordt vastgelegd/gerapporteerd of welke landelijke bronnen beschikbaar zijn. Het is waarschijnlijk dat er gaten zullen bestaan bij een aantal indicatoren voor sommige regio's, omdat er op regio gegevens nog geen gegevens beschikbaar zijn en omdat de regio niet meedoet aan landelijke registraties. Verder zullen er verschillen bestaan in data beschikbaarheid tussen de verschillende sectoren binnen de acute zorgketen. Voor de huisartsenspoedposten en in mindere mate voor de meldkamers/ambulance en SEH wordt al veel vastgelegd. Voor de GGZ en VVT gebeurt dit nog minder.

De *frequentie* waarmee gerapporteerd wordt is afhankelijk van hoe vaak regio's nu zelf rapporteren en hoe vaak landelijke nieuwe gegevens beschikbaar krijgen. Daarnaast moet per indicator afgestemd worden wat een relevante rapportage frequentie is. Hoog-over indicatoren, waar over de lange termijn pas veranderingen op worden verwacht, behoeven een minder frequente rapportage. Het rapportage niveau van de monitor zal zijn op ROAZ-regio niveau, met een landelijk gemiddelde. Echter worden gegevens ten grondslag aan de indicatoren bij maar een beperkt aantal op ROAZ-regio vastgelegd. Elke schakel binnen de acute zorgketen heeft een ander verzorgingsgebied. Soms bestrijken deze een gedeelte binnen een enkele ROAZ-regio, maar soms doorkruizen ze ook verschillende ROAZ-regio's. Voor alle indicatoren geldt dat in kaart gebracht moet worden per zorgaanbieder, wat het verzorgingsgebied is, hoeveel inwoners deze bevat en welk deel van een ROAZ-regio wordt voorzien. Dit is noodzakelijk om de verzamelde gegevens om te zetten naar ROAZ-niveau t.b.v. de monitor.

Wat betreft de *governance* van de gegevens die gebruikt gaan worden voor de indicatoren is nog enige afstemming noodzakelijk. Met de ROAZ-regio's zijn afspraken nodig rond de gegevens die zij zelf aanleveren over het (openbaar) rapporteren van de uitkomsten op de indicatoren, eigenaarschap van de monitor, voor welke doeleinden de gegevens gebruikt mogen worden en door wie. Gegevens uit landelijke registraties hebben vaak een eigen governance die gevolgd moet worden. Ook voor die gegevens zal afgestemd moeten worden of en hoe er op regio niveau gerapporteerd mag worden.

Samenvattend: Wat betekent dit voor de monitor Zorgcoördinatie?

Aanvankelijk werden 19 indicatoren vanuit de belangengroep aangedragen voor een reality check, waarvan 13 indicatoren meegenomen worden in de lerende community zorgcoördinatie. De lijst bestaat voornamelijk uit procesindicatoren en minder uit uitkomstindicatoren. Naarmate zorgcoördinatie verder wordt geïmplementeerd, zal de informatiebehoefte van de belanghebbende partijen veranderen van procesindicatoren naar uitkomstindicatoren. De monitor moet daarom continue mee blijven groeien met de informatiebehoefte van de belanghebbende partijen.

Vanuit bovenstaande evaluatie door belanghebbende partijen en aan de hand van een model voor de geschiktheid (fitness for purpose) van de monitor Zorgcoördinatie zijn er aanzienlijke knelpunten.

Echter, zijn dit geen knelpunten die de verdere ontwikkeling van de monitor in de weg hoeven te staan, maar verdienen zij zeker aandacht in de ontwikkeling van de monitor.

Dit betekent het volgende:

- De samenstelling van de monitor zal constant in ontwikkeling zijn om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de wensen van de belanghebbende partijen.
- Pragmatische start van de monitor: verschillen tussen regio's wat er wel/niet gerapporteerd wordt.
- Verschillen tussen regio's bestaan, door daarvan bewust te zijn bij het interpreteren van de uitkomsten is de monitor nog steeds betrouwbaar. Duidelijke definities liggen daaraan ten grondslag.
- De geschiktheid (fitness for purpose) wordt voor alle indicatoren groter, wanneer zij gebruikt worden als basis voor een gesprek over de doelen binnen de eigen regio en de context van de eigen regio, nadrukkelijk niet voor beoordelen of afrekenen.
- Aan de basis van een zinvolle rapportage op ROAZ-niveau, ligt inzicht in de verschillende verzorgingsgebieden van acute zorgaanbieders binnen de ROAZ-regio's.
- Er is een noodzaak voor het opstellen van een governance rond de monitor Zorgcoördinatie: afspraken omtrent de manier waarop indicatoren worden uitgerekend, veranderingen daarin, beschikbaarheid van kengetallen.

Deel 2 Naar een learning community Zorgcoördinatie

Om meer inzicht te verkrijgen in hoe een learning community opgezet kan worden en hoe het van betekenis kan zijn bij het creëren van verandering binnen de spoedzorg, hebben we een quickscan (beknopte verkenning) van zowel wetenschappelijke als grijze literatuur uitgevoerd. We konden uit 22 publicaties relevante informatie putten voor de huidige rapportage, zoals beschreven in onderstaande paragrafen. Daarbij worden de inzichten uit deze publicaties op een geïntegreerde manier beschreven.

Aanpak

In deel 2 nemen we even afstand van de indicatoren en onderzoeken we welke modellen voor een lerend zorgsysteem van toepassing kunnen zijn voor zorgcoördinatie. Dit onderdeel bestond uit een literatuuronderzoek, waarvan de resultaten wederom zijn voorgelegd aan de diverse belanghebbenden, en een derde en laatste sessie waarin de learning community Zorgcoördinatie verder is vormgegeven tijdens een zogenoemde live werksessie.

Sessie 3: Live werksessie van monitoren naar leren en verbeteren

In deze laatste sessie zijn de randvoorwaarden van learning communities voorgelegd aan de belangengroep. Door middel van een live werksessie zijn de randvoorwaarden en kenmerken van een learning community getoetst op toepasbaarheid voor een learning community Zorgcoördinatie. Met de informatie uit de werksessie is de learning community verder vormgegeven.

Literatuurscan learning communities

Om meer inzicht te verkrijgen in hoe een learning community opgezet kan worden en hoe het van betekenis kan zijn bij het creëren van verandering, in dit geval binnen de spoedzorg, hebben we een quickscan (beknopte verkenning) van zowel wetenschappelijke als grijze literatuur uitgevoerd. Voor wetenschappelijke literatuur hebben we gezocht in PubMed naar artikelen met in de titel of in de samenvatting de term 'learning community' en de term 'care' gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar. Dit leverde 85 artikelen op.

Deze 85 artikelen werden gescreend op relevantie. Artikelen werden relevant bevonden wanneer ze inzicht gaven in hoe een learning community tot stand kan worden gebracht binnen het medisch en/of het sociaal domein. Artikelen over learning communities binnen het onderwijs werden niet meegenomen, omdat in dergelijke artikelen learning communities vaak beschreven werden als vorm van/ondersteuning van onderwijsactiviteiten.

In aanvulling op de wetenschappelijke literatuur, is ook gekeken naar grijze literatuur. Hiervoor hebben we via Google gezocht naar publicaties over learning health systems en vervolgens door middel van snowballing aanvullende publicaties gezocht. Ook voor de search naar grijze literatuur gold dat publicaties relevant werden bevonden wanneer zij inzicht gaven in wat ervoor nodig is om een learning community tot stand te brengen.

Uiteindelijk konden we uit 22 publicaties relevante informatie putten voor de huidige rapportage, zoals beschreven in de volgende paragrafen.

Resultaten deel 2: kaders van een learning community Zorgcoördinatie

Waarom is een 'learning community' van belang voor zorgcoördinatie?

De spoedzorg staat voor een aantal grote veranderopgaven: Minder druk op de acute zorg; Betere informatie over waar er zorg mogelijk is; Betere toegankelijkheid; Toename in kwaliteit (patiënten snel op de juiste plek); Efficiënte inzet zorgpersoneel; Efficiëntere inrichting triageproces; Werven en behouden van personeel. Veel regio's zijn al volop aan de slag om hier beleid op te voeren. Afhankelijk van regionale omstandigheden ziet dat beleid er verschillend uit. Partijen geven aan dat er geen universele oplossing is, maar dat men wel van elkaar wil kunnen leren wat werkt en wat niet werkt, en onder welke omstandigheden. Om die reden is er bij verschillende belanghebbende partijen weerstand tegen het invoeren van een checklist of afvinklijstje of beslisboom die aangeeft of de gewenste ontwikkeling tot stand komt.

Een complicerende factor hierbij is dat de doelen van zorgcoördinatie zijn geformuleerd als veranderopgaven. Die veranderopgaven hebben op landelijk niveau een bepaalde algemene geldigheid, maar op regioniveau kan de ene veranderopgave urgenter en relevanter zijn dan de andere. In een regio waar het triageproces al eerder is aangepast en resultaat heeft opgeleverd, hoeft op dat vlak misschien niet meer te veranderen en kan zich misschien beter richten op het verbeteren van informatie over beschikbaarheid van informatie over beschikbare SEH-bedden of IC-bedden. Dus, de veranderopgaven hebben een landelijke geldigheid, maar op regionaal niveau zullen accenten anders worden gelegd. Dit heeft gevolgen voor de ontwikkeling en het gebruik van indicatoren. De betekenis van de waarde van een indicator kan verschillen, afhankelijk van de regionale omstandigheden. Dat wil niet zeggen dat we helemaal zouden moeten afzien van indicatoren, maar wel dat we indicatoren willen gebruiken als beginpunt van een gesprek en niet als eindpunt. Dat gesprek vindt plaats binnen de context van een aantal waarden en gaat over uitkomsten van indicatoren in relatie tot het gevoerde beleid.

In zijn boek 'Managing the myths of health care' bestrijdt Henry Mintzberg (2017) een aantal veel voorkomende mythes in de gezondheidszorg. Een van die mythes is, dat alles van waarde meetbaar zou zijn. Meer cijfers, preciezere cijfers, en meer uitsplitsingen zouden het makkelijker maken om beleid vorm te geven. Mintzberg laat in zijn boek zien dat dit een misvatting is en een onwenselijke vereenvoudiging van de werkelijkheid. Checklists en indicatoren geven een schijn van objectiviteit die niet gerechtvaardigd is. Dat wil echter niet zeggen dat er niets meer gemeten hoeft te worden. Cijfers kunnen nog steeds informatief zijn, als basis voor een gesprek in een lerend zorgsysteem. Een dergelijk gesprek, mits voldaan wordt aan randvoorwaarden, geeft meer flexibiliteit, meer mogelijkheden voor continue verbetering, een meer holistische blik, engagement en eigenaarschap, inspiratie, creativiteit, netwerkvorming en samenwerking. In deze paragraaf bespreken we de algemene en meer specifieke voorwaarden waaraan een lerende gemeenschap zou moeten voldoen.

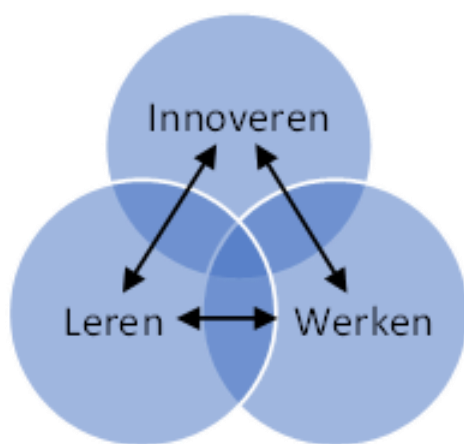
Wat is een 'learning community'?

Een learning community is een groep mensen die samenkomt met als doel van elkaar te leren, kennis te delen, elkaar te ondersteunen in hun leerproces en gezamenlijk problemen op te lossen (Figuur 4). Andere veelgebruikte termen zijn 'learning collaboratives', 'learning networks' en 'communities of practice' (Carpenter e.a., 2018). Learning communities kunnen ook gedefinieerd worden als samenwerkingsverbanden tussen organisaties en andere (niet of minder georganiseerde) partijen, die het collectief vermogen vergroten van leren, werken en innoveren (Corporaal e.a., 2013).

Een learning community kan verschillende vormen aannemen, zoals een klaslokaal, een online forum, of een professioneel netwerk. Ze kunnen bestaan binnen specifieke academische disciplines,

beroepen, hobby's, of interessegebieden. Ze bieden kansen voor individuen om hun begrip van een onderwerp te verdiepen, nieuwe vaardigheden te ontwikkelen, hun netwerken uit te breiden, en/of een gevoel van verbondenheid te bevorderen binnen een gemeenschap van gelijkgestemde individuen die gemeenschappelijke belangen en doelen delen. Het draait om samenwerking, interactie en het creëren van een omgeving waarin iedereen kan groeien en ontwikkelen. Het community-aspect kan beschreven worden als een gedeelde identiteit rond een gemeenschappelijk doel of leergebied waar individueel en collectief leren plaatsvindt (Wenger e.a., 2011; Stoll e.a., 2006; Vrieling e.a., 2016). Het draait in een dergelijk sociaal (leer)systeem niet alleen om kennisdeling, maar ook om kennisproductie en -toepassing (Wenger e.a., 2011).

Figuur 4 De Werken Innoveren Leren (WIL-)driehoek (Topsectoren, 2019)



Learning communities zijn er in verschillende verschijningsvormen. Corporaal en collega's (2023) maken onderscheid tussen learning communities op micro-, meso- en macroniveau. En learning community op microniveau richt zich volgens hen vaak op een concreet project of probleem van één organisatie, waar andere partijen over meedenken. Binnen learning communities op meso-niveau werken meerdere organisaties aan gezamenlijke regionale vraagstukken. Ten slotte worden macro-level learning communities beschreven als regio-overstijgende communities met een groot aantal betrokken partijen die gezamenlijk oplossingen proberen te vinden voor grote maatschappelijke vraagstukken. De learning community Zorgcoördinatie vraagt zowel om leren en verbeteren binnen regio's (meso), als wel regio overstijgend op landelijk niveau (macro). Daarom is een multi-level community noodzakelijk.

Hoe ziet een learning community eruit?

De inzichten vanuit de literatuurstudie worden in deze paragraaf onderverdeeld naar de volgende thema's: wat zijn de bouwstenen voor de opzet van een 'learning community'? Hoe creëer je waarde binnen een 'learning community'? Hoe breng je de regionale context van een regionale learning community in kaart?

Bouwstenen voor de opzet van een learning community

Bij het opzetten van een learning community gelden een aantal bouwstenen om rekening mee te houden. Deze worden hieronder kort toegelicht en de eerste vier bouwstenen zijn o.a. gebaseerd op de bouwstenen zoals beschreven door Corporaal en collega's (2023) (Figuur 5). De bouwsteen

'flexibiliteit' hebben we toegevoegd. Hoewel flexibiliteit ook een onderdeel kan uitmaken van de andere bouwstenen, hebben we ervoor gekozen om deze als afzonderlijke bouwsteen te benoemen om het belang ervan te benadrukken.

Figuur 5 Conceptuele weergaven van de bouwstenen van een learning community op basis van Corporaal en collega's (2023).



- **Doel en focus:** Het is belangrijk om bij aanvang in gezamenlijkheid te definiëren wat het doel van de learning community is en waar de focus op ligt (Carpenter e.a., 2018). Dit kan bijvoorbeeld gericht zijn op het delen van kennis binnen een specifiek vakgebied, het ontwikkelen van professionele vaardigheden, of het bevorderen van persoonlijke groei.
- **Structuur en organisatie:** Het is ook belangrijk om een duidelijke structuur en organisatie op te zetten, zoals het vaststellen van regels en richtlijnen, het aanwijzen van leiders, moderators of facilitators, en het plannen van regelmatige bijeenkomsten of activiteiten waaronder momenten van feedback (Myers e.a., 2018). Uit eerder onderzoek blijkt dat structuuraspecten belangrijke voorspellers zijn voor kenniscreatie en kennisuitwisseling (Schilling & Phelps, 2007). Het streven naar diversiteit en inclusie binnen de learning community is ook van belang omdat verschillende zienswijzen kunnen bijdragen aan het leerproces. Dit omvat het verwelkomen van mensen met verschillende achtergronden, ervaringen en perspectieven, en het creëren van een veilige en ondersteunende omgeving voor alle leden.
- **Proces:** Een derde bouwsteen voor succesvolle Learning communities is aandacht voor de procesmatige kant: hoe frequent en op welke wijze komen belanghebbende partijen samen?
- **Cultuur:** Een vierde bouwsteen is de cultuur binnen een learning community, die wordt opgevat als het creëren van een set gedeelde normen en waarden onder de belanghebbenden. Denk hierbij aan het creëren van een veilige en ondersteunende omgeving voor alle leden en het stimuleren van een omgeving van wederzijds vertrouwen, ruimte voor experimenteren en het waarderen van verschillende leerprocessen. We weten uit eerder onderzoek dat cultuuraspecten cruciaal zijn voor bredere en diepere kennisdeling (zie ook Xie et al., 2016). Gemeenschapszin en betrokkenheid zouden gezien kunnen worden als belangrijke kenmerken van de cultuur binnen een learning community (Wenger e.a., 2011; West & Williams, 2018).
- **Flexibiliteit en aanpassingsvermogen:** Het is belangrijk om flexibel te zijn en open te staan voor veranderingen en aanpassingen in de opzet van een learning community. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat er ruimte is voor nieuwe ideeën en initiatieven van de leden, en dat de structuur en activiteiten worden aangepast aan de behoeften en interesses van de gemeenschap.

Creëren van waarde binnen een learning community

Het deelnemen aan een learning community zou een meerwaarde moeten opleveren voor deelnemers aan de community en voor de dagelijkse praktijk waarin zij functioneren. Het bepalen van deze waarde maakt onderdeel uit van de learning community zelf.

Wenger en collega's publiceerden in 2011 een conceptueel raamwerk om de creatie van waarde binnen learning communities en netwerken te bevorderen en te kunnen meten (Wenger e.a. 2011).

Dit raamwerk is in de daaropvolgende jaren doorontwikkeld (Dingyloudi e.a., 2015; Wenger-Trayner e.a., 2019; Wenger-Trayner e.a., 2020; Heemskerk e.a., 2024).

Zoals oorspronkelijk beschreven in het artikel van Wenger en collega's draait waardecreatie om de waarde die netwerken of gemeenschappen creëren wanneer ze gebruikt worden voor sociale leeractiviteiten zoals het delen van informatie, tips en documenten, leren van elkaars ervaringen, elkaar helpen met uitdagingen, samen kennis creëren, blijven in het vakgebied, verandering stimuleren en nieuwe soorten professionele ontwikkelingsmogelijkheden bieden (Wenger e.a., 2011).

Een belangrijke basis waar Wenger en collega's vanuit gaan, en waar ze ook een tweetal praktische tools voor aanbieden, is dat waardecreatie altijd verkend moet worden in de context van zowel persoonlijke als collectieve narratieven over wat binnen de learning community geldt als waarde en voor wie. Zij stellen dat de verwachte toegevoegde waarde van een learning community niet altijd van tevoren gedefinieerd kan worden in de vorm van voorspelbare of meetbare uitkomsten. Ze stellen dat de leden van een community gaandeweg waarde creëren, bediscussiëren en soms herzien. Het idee van het raamwerk is dan ook om een geïntegreerd beeld op te bouwen van de waarde die door een learning community wordt gecreëerd.

Heemskerk e.a. (2024) beschrijven in hun artikel de meest recente versie van het raamwerk van Wenger en collega's (Wenger e.a., 2011). Dit raamwerk zou toegepast kunnen worden bij de opzet van een learning community binnen de spoedzorg. Het raamwerk omvat zes cycli (Heemskerk e.a., 2024), zoals in de tekst box hieronder uiteengezet, waarbij steeds ter illustratie de mogelijke toepassing binnen de spoedzorg beschreven wordt. Bij de opzet van een learning community binnen de spoedzorg zou dit raamwerk ondersteuning kunnen bieden bij het leren verbeteren, waarbij de waarde van het deelnemen aan en de uitkomsten van de learning community, door verschillende cycli worden gevormd.

Box 1 Raamwerk van waarde creatie binnen een learning community

1. Verwachte waarde: verwijst naar redenen, behoeften en verwachtingen die leden drijft om deel te nemen aan een learning community (bijv. motivatie en verwachtingen ten aanzien van de opbrengsten).

Binnen de spoedzorg: verwachte verbetering in de kwaliteit, toegankelijkheid en houdbaarheid van het zorgsysteem.

2. Onmiddellijke waarde: bevindt zich vooral op het niveau van de individuele deelnemer, die leert, geïnspireerd raakt, een nuttige tip krijgt of eigenaarschap ervaart.

Binnen de spoedzorg: leren hoe de indicatoren te interpreteren binnen de context van een regio. Het kunnen herleiden van veranderingen in de indicatoren naar het ingezette beleid. Het aan de gang houden van de plan-do-check-act cyclus.

3. Potentiële waarde: deelnemers kunnen ook ideeën en inzichten opdoen die niet onmiddellijk toegepast kunnen worden, maar waardevol kunnen zijn voor de toekomst. Dit wordt door Heemskerk e.a. (2024) uitgedrukt in: menselijk kapitaal (persoonlijke activa), sociaal kapitaal (relaties en connecties), materieel kapitaal (middelen), reputatiekapitaal (collectieve immateriële activa) en leerkapitaal (getransformeerd vermogen om te leren).

Binnen de spoedzorg: sterkere onderlinge relaties tot stand brengen binnen de regio en daarbuiten.

4. Toegepaste waarde: verwijst naar het adopteren en toepassen van kenniskapitaal buiten de learning community en bijvoorbeeld binnen de eigen organisatie (Corporaal e.a., 2023). De toegepaste waarde vindt dan ook vooral plaats op organisatieniveau.

Binnen de spoedzorg: weten hoe te reageren wanneer een bepaalde indicator aantoont dat coördinatie niet goed verloopt. Of zien dat een bepaalde werkwijze een positief effect heeft in de praktijk op basis van de indicatoren.

5. Gerealiseerde waarde: verwijst naar prestatieverbetering en weerspiegelt waarde die gerelateerd is aan de effecten die praktijkveranderingen hebben. Zowel intra- als inter-organisatieel kan er sprake zijn van een gerealiseerde waarde door daadwerkelijke (meetbare) verbetering van prestaties (Corporaal e.a., 2023).

Binnen de spoedzorg: door te acteren op indicatoren wordt coördinatie in de praktijk verbeterd wat bijvoorbeeld leidt tot minder druk op één van de betrokken partijen.

6. Transformatieve waarde: verwijst naar de transformatie van de identiteit van mensen of de bredere omgeving. De transformatieve waarde van een learning community kan zich uiten als deelnemende partijen bijvoorbeeld samen een ander perspectief krijgen op een maatschappelijk probleem of de aanpak daarvan. Er ontstaan dan gezamenlijk nieuwe inzichten of geheel nieuwe tussenpraktijken, ook wel 'transformatie' genoemd (Corporaal e.a.).

Binnen de spoedzorg: door alle cycli te hebben doorlopen kunnen er nieuwe leerbehoeften ontstaan of kan de behoefte ontstaan om coördinatie nog verder te verbeteren.

Opbrengsten van een learning community

Uit de beschrijving van de cycli van waarde creatie in Box 1, komt naar voren dat er sprake is van een gelaagdheid als het gaat om de opbrengsten van een learning community. Er kan daarbij onderscheid worden gemaakt tussen opbrengsten op micro-, meso- en macroniveau. Bij de opzet van een learning community binnen de spoedzorg zijn de opbrengsten op microniveau dat deelnemers nieuwe kennis en vaardigheden leren, hun netwerk kunnen uitbreiden, gemotiveerd kunnen raken en een gevoel van zelfsturing kunnen ontwikkelen (Bouw e.a., 2021; Knol & Velzing, 2019; Noe, Clarke & Klein, 2014).

Opbrengsten op mesoniveau hebben betrekking op opbrengsten die relevant zijn voor organisaties, in dit geval organisaties die spoedzorg leveren binnen een regio. Deelname aan een learning community kan onder meer bijdragen aan de ontwikkeling van een leercultuur binnen een organisatie en creativiteit stimuleren. Daarnaast kan het gedeeld eigenaarschap stimuleren, wat in het geval van coördinatie binnen de spoedzorg van groot belang is.

Op macro-, of landelijk, niveau kunnen learning communities binnen de spoedzorg op den duur bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van spoedzorg in Nederland. Daarnaast kunnen ze een bron van inspiratie vormen voor de oprichting van learning communities in andere settings.

Handvatten voor het in de praktijk brengen van een learning community

In de handreiking van Corporaal en collega's (2023) worden een aantal aanbevelingen en ontwerpprincipes gegeven voor het (door)ontwikkelen van een learning community, onder meer op basis van principes zoals beschreven door Veltman en collega's (2020). Voor een uitgebreide beschrijving van de verschillende fasen en te nemen stappen en bijbehorende voorbeelden verwijzen we door naar deze handreiking die online beschikbaar is. In deze paragraaf vatten de we de belangrijkste ontwerpprincipes samen:

1. Geef Learning communities vorm rondom een concrete uitdaging. Kom tot een onderwerp waarvan de (tussentijdse-) opbrengsten direct in het werk van de deelnemers kan worden toegepast. Maak indien mogelijk een profielschets van de spoedzorgregio, zie tekst box 2.
2. Zorg voor een stuurgroep van de learning community met mandaat, die contact houdt met de praktijk.
3. Betrek een facilitator die in staat is om deelnemers van de learning community te coachen, te verbinden en enthousiasmeren voor een gezamenlijk leerproces. De organisatorische taken van de facilitator zijn: het organiseren van werksessies en leeractiviteiten; het faciliteren van de interactie tussen deelnemers; het bewaken van de planning en afspraken; het zorgdragen voor benodigde ondersteunende documenten en materialen; het fungeren als een brug tussen de deelnemers. Een facilitator voor een learning community binnen de spoedzorg zou het volgende profiel kunnen hebben:
 - a. Achtergrond in de spoedzorg en bij voorkeur ervaringen op het gebied van leren en innoveren.
 - b. Ervaring in het begeleiden van groepen volwassenen bij gezamenlijk leren en bekend zijn met fasen van teamontwikkeling.
 - c. Inzicht in factoren die bijdragen aan het goed functioneren van een learning community en weten hoe hierop te sturen.
 - d. In staat zijn om verschillende belangen aan elkaar te verbinden.
4. Kom tot een heterogene samenstelling met deelnemers die elkaar versterken.
 - a. Vorm kleine groepen of teams van 8 – 12 personen.
 - b. Benadruk het belang van bereidheid om een ander te helpen het gemeenschappelijke doel te behalen.
5. Besteed aandacht aan verwachtingsmanagement ten aanzien van rollen, doelen en tempo.
6. Zorg voor interactie met andere initiatieven in de regio en maak kruisbestuiving en synergiën zichtbaar. Breng daarnaast in kaart welke ontwikkelingen er plaats vinden in de regio die mogelijk effect kunnen hebben op de uitdaging waar de learning community zich op richt, zie tekst box 2.
7. Faciliteer interactie met verschillende belanghebbende partijen om creativiteit te vergroten.
8. Zorg voor een goed communicatieplan en communiceer over successen.

Box 2 GO! Methode als bron van inspiratie

De GO! Methode van het RIVM is een methodische en cyclische aanpak gericht is op het ondersteunen van de totstandbrenging van een gezonde leefomgeving in een wijk of dorp. De stappen die in deze methode onderscheiden worden, kunnen als bron van inspiratie dienen bij het ontwerp van een learning community binnen de spoedzorg. Twee stappen lichten we hierbij uit en beschrijven we in de context van de spoedzorg:

- Het in kaart brengen van de regionale context: Regionale context bestaat uit de specifieke kenmerken, behoeften en uitdagingen van de betreffende regio waarin de beslissing wordt genomen, inclusief culturele, economische, sociale en geografische factoren, en de reeds lopende beleidsinitiatieven. De regionale context is van belang omdat het inzicht biedt in hoe contextuele factoren mogelijk samenhangen met veranderingen die gezien of verwacht kunnen worden binnen de spoedzorg. Wanneer er bijvoorbeeld veel nieuwe woningen gebouwd gaan worden, kan dit de druk op de spoedzorg in de toekomst mogelijk verhogen. Hoe hierop te anticiperen kan een belangrijk gespreksonderwerp zijn binnen een regionale learning community. In de GO! Methode wordt beschreven dat voor het in kaart brengen van de regionale context beschikbare visie- en beleidsdocumenten gebruikt kunnen worden. Om toegang te verkrijgen tot deze documenten wordt in deze methode de samenwerking met beleidsmedewerkers van gemeenten en provincies aangeraden.
- Het opstellen van een regionaal spoedzorgprofiel: Binnen de GO! Methode wordt een dorpsprofiel opgesteld. Dit is een systematisch overzicht van beschikbare gegevens over alle aspecten en domeinen van een gezonde leefomgeving in het dorp. Het profiel bestaat uit een (automatisch gegenereerde) dataroos, aangevuld met (thematische) kaarten en grafieken. De dataroos is eigenlijk de 'startfoto' van de gezonde leefomgeving in het dorp. Het laat op dorpsniveau zien welke aspecten van de gezonde leefomgeving in het dorp gunstiger, vergelijkbaar en/of ongunstiger zijn ten opzichte van een relevant gemiddelde op gemeentelijk, regionaal of landelijk niveau. In de context van de spoedzorg zou in de roos 'spoedzorg regio X' komen te staan. Daaromheen zouden dan de indicatoren vermeld kunnen worden met in groen de indicatoren waarop de regio gemiddeld beter scoort dan andere regio's en in rood de indicatoren waarop de regio gemiddeld minder goed scoort. Dit profiel kan de leidraad vormen tijdens de gesprekken die plaatsvinden binnen de regionale learning communities.

Samengevat: een learning community Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie kan helpen om de druk op de spoedzorg te verminderen. Een learning community van regionale partijen binnen de spoedzorg is belangrijk om zorgcoördinatie tot stand te brengen en waar nodig te verbeteren. Een monitor met indicatoren rond spoedzorg kunnen een hulpmiddel zijn om zorgcoördinatie te verbeteren. Verbetering kan plaatsvinden door binnen regio's gezamenlijk te kijken naar uitkomsten op indicatoren in relatie tot de uitkomsten van andere regio's en/of van eerdere meetmomenten. In dit stuk werden een aantal handvatten geboden om een learning community vorm te geven. Het is aan te raden om in de opzet van een learning community rekening te houden met regionaal en landelijk niveau, waar mogelijk aansluitend bij bestaande overlegstructuren. Het doel van deze landelijke learning community waarin alle regio's vertegenwoordigd zijn, zou kunnen zijn om te leren van 'good practices' waarmee binnen bepaalde regio's de druk op de spoedzorg verminderd wordt.

Beschouwing

Zorgcoördinatie heeft als doel bij te dragen aan het oplossen van knelpunten in de acute zorgketen. Meer zorg op de juiste plek, en ook sneller zorg op de juiste plek. Hoe zorgcoördinatie gaat worden ingevuld kan per regio verschillen, al naar gelang de behoeften en mogelijkheden in die regio's. Juist de verschillende invullingen die regio's hieraan geven biedt een uitgelezen kans om van elkaars ervaringen te leren, zoals binnen een learning community het geval is. Om dat leerproces met informatie te voeden zijn cijfers nodig. Maar wat voor cijfers? En hoe kan je daar dan van leren? Het delen van informatie via een monitor wordt gezien als een essentieel element in dat leren. Zo'n monitor en de daarin gepresenteerde cijfers moeten dan wel geschikt zijn voor het doel, 'fit for purpose'. Dit onderzoek heeft tot doel gehad om te komen tot een lijst van indicatoren die als basis kunnen dienen voor de monitoring van ontwikkelingen in de spoedketen, die gerelateerd zijn aan zorgcoördinatie en de doelen daarvan. Die monitor kan op zijn beurt de basis vormen voor een proces van leren en verbeteren in de spoedzorgketen. Concreet heeft het project de volgende resultaten gegeven:

1. Een lijst met indicatoren die door belanghebbende partijen als relevant werden beschouwd.
2. Een beoordeling van deze indicatoren door experts en belanghebbende partijen, op beschikbaarheid, meetbaarheid, relevantie.
3. Een lijst met indicatoren die beschikbaar, relevant en meetbaar zijn en die kunnen rekenen op draagvlak in het zorgveld.
4. Inzicht in randvoorwaarden om te komen tot een lerende community waarin de genoemde indicatoren een centrale rol spelen.

In box 3 zijn deze resultaten vertaald naar concrete aanbevelingen voor de monitor en learning community Zorgcoördinatie.

Box 3 Aanbevelingen monitor en learning community Zorgcoördinatie

Deze resultaten vertalen zich samengevat naar de volgende aanbevelingen voor de monitor en learning community Zorgcoördinatie.

- **Dashboard** met tijdreeksen op de voorgestelde indicatoren. Dit dashboard kan al met een aantal kengetallen de basis zijn van de learning community. De indicatorenset, zoals ontwikkeld in dit project kan de basis worden van het dashboard, die wat betreft de inhoud steeds mee ontwikkeld met de vorderingen rond zorgcoördinatie. De toegang tot relevante data om het dashboard te voeden blijft ingewikkeld en een continu punt van aandacht. Voor het dashboard is toegang tot ruwe data niet noodzakelijk, maar moet zo veel mogelijk ingezet worden op het optimaal inzetten van al bestaande uitkomsten en deze vertalen naar de indicatoren. Daarbij moet ook gegeven worden naar uitkomsten die bepaald worden binnen andere monitors en registraties, zoals de regiobeelden en de monitor acute zorg van de NZa.
- **Regio's aan de basis van de learning community:** Regio's doen al veel. De problematiek in veel regio's is hetzelfde, maar er is weinig communicatie over welke oplossingen werken en welke niet. Een learning community moet dus voorzien in een platform om ervaringen uit te wisselen, te kijken welke oplossingen er in andere regio's al succesvol zijn geweest, onder welke omstandigheden, en welke juist niet succesvol waren. Regio's moeten zich vrij voelen om hierover open te zijn en van elkaar te (willen) leren. Naast veiligheid en de beschikbaarheid van uitkomsten van indicatoren is het ook belangrijk om in een leergemeenschap tot een gezamenlijke visie en focus te komen, dat er een duidelijke organisatiestructuur is en dat duidelijk is wie er wel en niet tot de community behoren en wie toegang heeft tot welke

informatie. En flexibiliteit is belangrijk, zodat je kunt inspelen op nieuwe ontwikkelingen in beleid of in de zorg.

- **Ondersteuning regio's:** Leren en verbeteren gaat niet vanzelf. Het opzetten van een dashboard en een overlegstructuur is niet genoeg. Je moet nadenken over prikkels in het systeem. Welke prikkels zitten er in het systeem om daadwerkelijk te gaan leren en verbeteren. ROAZ-regio's moeten worden ondersteund bij zowel het vormgeven van de learning community, als het beschikbaar maken van de data voor de monitor, als bij het interpreteren van de cijfers.
- **(Door-) Groei monitor en learning community:** Zowel de monitor als de learning community zijn constant in ontwikkeling. Daarbij wordt niet alleen met elkaar geëvalueerd op basis van de monitor, maar ook op hoe de verschillende regio's de learning community hebben vormgegeven en hoe ze hem inzetten/benutten bij het ontwikkelen van zorgcoördinatie in de regio. Door ook hierop van elkaar te leren kan de landelijke ontwikkeling van zorgcoördinatie in een versnelling komen. Ook de indicatorenset zal continu in ontwikkeling blijven, om de aansluiting bij zorgcoördinatie te blijven maken. Daarbij moet altijd de afweging gemaakt worden tussen wat de uitkomst oplevert en de inspanning die geleverd moet worden om de data beschikbaar te krijgen.
- **Coördinatie en expertise:** Voor zowel de monitoring op de indicatoren als voor de evaluatie van de learning communities is een centraal coördinatie/expertise punt nodig om regio's met elkaar te verbinden en om van de juiste kennis te voorzien. Onderdeel hiervan is ook het evalueren van de monitor en learning community: functioneert het naar behoren of is bijsturing noodzakelijk?
- **Governance structuur:** er is governance nodig rondom de indicatorenset. Welke partijen beslissen hierover in de toekomst en op welke gronden. Maar ook hoe openbaar regio cijfers worden weergegeven (governance structuur gaat in op ontwikkeling indicatoren, doelbinding gebruik gegevens).
- **Landelijke impactanalyse:** Ook voor het in kaart brengen van de gevolgen van zorgcoördinatie op patiëntenstromen op landelijk niveau is coördinatie en evaluatie noodzakelijk. Op regionaalniveau is het niet haalbaar om individuele patiënten te volgen, waardoor er geen indicatoren in de monitor zijn opgenomen, die patiëntenstromen inzichtelijk maken. Door gegevens, via een TTP, op landelijk niveau bij elkaar te brengen kan dit wel. Een dergelijk overkoepelende analyse zal bijdragen aan inzicht in het effect van Zorgcoördinatie.

Indicatoren die aansluiten op de doelstellingen van zorgcoördinatie

De monitor Zorgcoördinatie, bestaande uit 13 indicatoren, heeft zich in een zeer korte tijd sterk ontwikkeld. Bij het bepalen van de inhoud van de monitor stond de volgende vraag centraal: Wat zegt deze indicator over zorgcoördinatie. Op basis van deze vraag is de uiteindelijke selectie gemaakt uit de concept indicatoren. Inhoudelijk sluiten de indicatoren zoveel mogelijk aan bij bestaande definities en rapportages in de acute zorgketen. De volgende stap is de toets van de indicatoren met de praktijk, waarbij evaluatie van theorie naar praktijk informatie biedt voor verdere ontwikkeling van de monitor Zorgcoördinatie. Daarnaast blijft de monitor mee groeien en ontwikkelen om aansluiting te blijven vinden met zorgcoördinatie in de regio's/landelijk.

Monitoring als integraal onderdeel van een learning community

Bij het ontwikkelen van de indicatoren voor de monitor Zorgcoördinatie kwam naar voren dat vooral met elkaar in gesprek gaan over de uitkomsten op de indicatoren waardevoller was dan de daadwerkelijke uitkomsten. Daarnaast was dit ook noodzakelijk om de uitkomst (het cijfer) te

interpreteren. Een belangrijke voorwaarde van een learning community zorgcoördinatie is dat knelpunten, cijfers, implementatiestappen, etc. vrij van oordelen besproken kunnen worden om er betekenis aan te geven. Vanuit dat oogpunt sluiten de doelen van een learning community aan bij de wensen van belanghebbende partijen bij de monitor. Het hoofddoel is 'het gesprek', waarbij 'de cijfers' ondersteunend zijn aan het gesprek. De learning community zorgcoördinatie biedt een platform voor de verschillende zorgorganisaties binnen de acute zorgketen om contact te hebben over zorgcoördinatie, om onderling begrip te krijgen en om van daaruit te leren en verder af te stemmen. Een learning community sluit daarin aan bij het doel van de monitor Zorgcoördinatie: om te leren van, en met, elkaar. De uitkomsten van de monitor zijn dan een startpunt voor een gesprek die tot aanknopingspunten leidt voor een optimalere inzet van zorgcoördinatie binnen de eigen regio, maar ook bij op landelijk niveau.

Doorlopen van leercycli om te komen tot leren en verbeteren

Om tot leren en verbeteren te komen, binnen de learning community zorgcoördinatie, worden leercycli doorlopen om doelstellingen van zorgcoördinatie te behalen. Een leercyclus start met het benoemen van een knelpunt of probleem en met elkaar bespreken hoe zorgcoördinatie kan bijdragen aan een oplossing (verwachte effect). Bespreek concrete doelen, plan bijbehorende acties en reflecteer (met behulp van de monitor) gedurende het veranderproces. Op elk niveau is het daarbij van belang om een afwegingskader te ontwikkelen, dat bestaat uit de context van de (sub) regio, maar ook o.a. de relatie tot andere onderdelen van het zorgsysteem, financieringsvraagstukken, beleidskeuzes op landelijk niveau en de doelen van zorgcoördinatie. Dit afwegingskader is een belangrijk onderdeel van het gesprek over de knelpunten in de acute zorgketen en de mogelijke oplossingen die zorgcoördinatie kan bieden. De cijfers uit de monitor ondersteunen dit gesprek en helpen om de effecten van zorgcoördinatie zichtbaar te maken. Om ondersteunend te blijven, zal de monitor mee moeten groeien met de veranderende informatiebehoefte van regio's naarmate de implementatie van zorgcoördinatie verder vordert.

Regio's aan de basis een monitor en learning community Zorgcoördinatie

Regio's staan aan de basis van zorgcoördinatie en daarmee ook aan de basis van monitoring en de learning community. Er bestaan tussen (en binnen!) regio's veel verschillen met betrekking tot de invoering van zorgcoördinatie en databeschikbaarheid voor monitoring. Ondanks dat dit de monitoring en vergelijking op landelijkniveau ingewikkeld maakt, biedt dit ook een uitgelezen kans om van elkaar te leren. Het faciliteren van dit leerproces is onderdeel van de realisatie van een learning community Zorgcoördinatie.

Om het leren binnen en tussen regio's te faciliteren, zou de learning community Zorgcoördinatie uit verschillende niveaus moeten bestaan: ROAZ (en sub-regio's) en landelijk. Dit kan binnen bestaande overlegstructuren, zoals het ROAZ-overleg, die ingezet kunnen worden voor leren en verbeteren. Op regioniveau kan er verbinding gezocht worden tussen de relevante zorgorganisaties, en wordt context en duiding gegeven aan de cijfers uit de monitor. Ook worden ervaringen tussen sub-regio's uitgewisseld. De afgevaardigden uit de regio (projectleiders Zorgcoördinatie) kunnen binnen het landelijk overleg deze ervaringen meenemen om met elkaar te reflecteren op landelijk beleid en doelen. Een goede uitwisseling en overdracht tussen de niveaus is essentieel om elkaars kennis en interpretatie mee te nemen in de gesprekken die gevoerd worden rond zorgcoördinatie. Oftewel, een learning community Zorgcoördinatie betreft een geheel waarbij vanuit de praktijk het gesprek over de ontwikkeling van zorgcoördinatie wordt voedt, er regio-overstijgend gedeeld wordt, en terugkoppeling van landelijk niveau naar regio's plaatsvindt.

Data als voorwaarde voor monitoring

De beschikbaarheid van data varieert tussen regio's en zelfs binnen regio's. Binnen sommige regio's wordt al veel gemeten voor eigen monitoringsdoeleinden, waar dit binnen andere regio's nog in de kinderschoenen staat. Om het meten niet een doel op zich te maken, zou in eerste instantie alleen beschikbare data gebruikt moeten worden voor de monitor Zorgcoördinatie. Hierbij kan gedacht worden aan landelijke beschikbare bronnen, zoals Vektis (declaratiegegevens), Benchmark InEen, Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn of de cijfers rond SEH-stops die al verzameld worden door het Landelijk Netwerk Acute Zorg, of regionale cijfers die al bepaald worden voor andere doeleinden. Een gevolg hiervan is dat de monitor in eerste instantie zal bestaan uit een beperkte selectie indicatoren, die voor iedereen bepaald kunnen worden (laaghangend fruit). De overige indicatoren van de monitor worden op basis van regionale beschikbaarheid toegevoegd. Onderlinge uitwisseling tussen regio's over hoe en welke data beschikbaar wordt gemaakt, is een wenselijk onderdeel van de learning community Zorgcoördinatie.

Een tweede gevolg van de regio-indelingen voor monitoring, is het niveau waarop data wordt gegenereerd. Dit is vaak op organisatie of sub-regio niveau, met een daaraan gebonden verzorgingsgebieden. Deze kunnen verschillen tussen de verschillende acute-zorgaanbieders en lopen door verschillende ROAZ-regio's heen. Een duidelijk beeld van de indeling en verzorgingsgebieden is noodzakelijk om op ROAZ-regio niveau de monitor te ontwikkelen. Door uitkomsten op organisatieniveau te verzamelen in combinatie met gegevens over de verschillende verzorgingsgebieden, kunnen de uitkomsten binnen de monitor omgerekend worden naar ROAZ-regio niveau, inclusief een landelijke benchmark. Het monitoren op ROAZ-regioniveau sluit aan op de doelstelling om zorgcoördinatie op ROAZ-regio niveau te organiseren en niet te beperking tot organisatie/sub-regio niveaus die nu bestaan. Dit wordt ook gestimuleerd vanuit de transformatiemiddelen, waarvoor ROAZ-regio's tot 1 oktober tijd hebben gekregen om aan te geven hoe zij zorgcoördinatie gaan bereiken (4). Momenteel lopen er meerdere landelijke trajecten om dit te bevorderen.

Zowel de wensen rond de wijze van rapporteren via een dashboard, als wel de wensen voor doorontwikkeling van de monitor kunnen verschillen tussen regio's. Het is daarom van belang om afspraken vast te leggen rond het verzamelen, delen en doorontwikkelen van de monitor en learning community. Afspraken rond de governance zouden in elk geval gemaakt moeten worden over de doeleinden waarvoor de data wordt verzameld en hoe deze wordt gedeeld met derden (andere ROAZ-regio's, VWS, etc.). Daarnaast moeten er afspraken gemaakt worden over hoe en wanneer de monitor wordt doorontwikkeld en op welk niveau (in de learning community) deze beslissingen genomen worden. Het is daarbij belangrijk dat ROAZ-regio's zelf eigenaar blijven van de monitor Zorgcoördinatie.

Beschouwing op het ontwikkelproces

Tijdens drie sessies met vertegenwoordigers vanuit de belanghebbende partijen in de acute zorg werd informatie gedeeld, feedback opgehaald en bediscussieerd hoe indicatoren, monitoring en een learning community Zorgcoördinatie zich kunnen ontwikkelen. Inbreng kwam met name uit de eerstelijnsvoorzieningen. Vanuit de acute GGZ, acute wijkverpleging en SEH waren minder vertegenwoordigd bij de ontwikkeling van de indicatoren en learning community Zorgcoördinatie. Dit is niet verrassend gezien het relatief beperkte aandeel van acute zorgvragen dat bij deze zorgorganisaties binnenkomt en wordt afgehandeld. In de ontwikkeling van de learning community

4 Leidraad voor het opstellen van transformatieplannen zorgcoördinatie. Zorgverzekeraars Nederland, versie 24 mei 2024.

Zorgcoördinatie is het aan te raden om de “kleinere” zorgaanbieders met acute zorgvragen ook te blijven betrekken bij het gesprek over ontwikkeling van zorgcoördinatie in de regio en landelijk.

Het ontwikkelproces en de evaluatie van de haalbaarheid van de indicatoren bracht de verschillen tussen en binnen regio's aan het licht. Dit maakt een landelijke overeenstemming over wat zorgcoördinatie is en hoe de monitor eruit moet zien complex. Bewustwording van deze complexiteit is essentieel voor de verdere implementatie van zorgcoördinatie en bij het ontwikkelen van de monitor. Daarnaast bieden de regionale verschillen een uitgelezen kans om te leren van elkaar ervaringen binnen een learning community. Dit maakt nogmaals helder dat de ontwikkeling van monitoring en een learning community binnen een context plaatsvindt, welke een integraal onderdeel is van de learning community. Juist door in gesprek te zijn over de context, kan er worden geleerd.

Als laatste beschouwend punt op het proces signaleren we dat de belanghebbende partijen in korte tijd een grote stap richting de start van monitoring en een learning community Zorgcoördinatie hebben gezet. De brede betrokkenheid is zeer waardevol geweest bij het ontwikkelen van indicatoren die aansluiten bij de doelstellingen van zorgcoördinatie. Een belangrijke eerste stap daarbij is geweest om hen tijdens de allereerste sessie uit te nodigen om op basis van de vier doelen van zorgcoördinatie kandidaat indicatoren te benoemen. Vervolgens zijn partijen meegenomen in het ontwikkelproces door hen te activeren om feedback te geven op de eerste concept-set van de indicatoren. De grote hoeveelheid reacties laat zien dat we hen hebben bereikt en geactiveerd. In de laatste sessie hebben we partijen gevraagd om aan de slag te gaan tijdens een live werksessie om de learning community Zorgcoördinatie verder vorm te geven. Wederom is de feedback vanuit deze bijeenkomst weer meegenomen in het ontwikkelproces. Tijdens de sessies werden alle belanghebbende partijen betrokken en bleek consensus over nut, noodzaak en doel van (nog meer) indicatoren en monitoring ingewikkeld. Desondanks werd het gebruik van deze indicatoren in een learning community wel positief ontvangen. We mogen voorzichtig concluderen dat de consensus over het lerende aspect van de learning community tot meer draagvlak van de indicatorenset en de monitor heeft geleid. Leren staat daarom aan de basis van de start van monitor en learning community. Tegelijkertijd weten we ook dat er nog veel (kleinere) stappen nodig zijn om te spreken van een learning community Zorgcoördinatie. Ook dit zou een nadrukkelijk onderdeel moeten zijn van de learning community.

Tot slot: Zoeken naar de juiste prikkels

Dit onderzoek draaide voor een belangrijk deel om het creëren van een set van indicatoren om de voortgang en de effecten van zorgcoördinatie te kunnen volgen en daarvan te kunnen leren. Draagvlak en betrokkenheid van belanghebbende partijen is daarvoor essentieel. Het draagvlak voor een indicatorenset ten behoeve van een monitor is afhankelijk van wat met die set wordt beoogd.

Leren en verbeteren als doel kan rekenen op draagvlak van de belanghebbende partijen, die steeds benadrukken dat de lokale situatie steeds anders is en dat de betekenis, de stuurbaarheid en beïnvloedbaarheid van indicatoren daarvan afhankelijk is. Binnen die context lijkt er draagvlak te zijn voor een learning community rond zorgcoördinatie. In dit rapport hebben we enkele belangrijke randvoorwaarden benoemd om tot zo'n learning community te komen. Daarmee is echter nog niet aan die randvoorwaarden voldaan. Of het zal lukken om een dergelijke community op te zetten is afhankelijk van de vraag of het lukt de juiste prikkels in het zorgsysteem in te bouwen zodat aan de genoemde randvoorwaarden wordt voldaan.

Literatuur van de scan

- Bouw, E., Zitter, I., & De Bruijn, E. (2021). Designable elements of integrative learning environments at the boundary of school and work: a multiple case study. *Learning Environments Research*, 24(3), 487-517. Doi:10.1007/s10984-020-09338-7
- Brinkgreve, C., Bloemink, S., Koenen, E. (2017). Weten vraagt meer dan meten: Hoe het denken verdwijnt in het regime van maat en getal.
- Carpenter D, Hassell S, Mardon R, Fair S, Johnson M, Siegel S, Nix M. Using Learning Communities to Support Adoption of Health Care Innovations. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2018 Oct;44(10):566-573. doi: 10.1016/j.jcjq.2018.03.010. Epub 2018 Jul 9. PMID: 30064957.
- Corporaal, S, Grobbe, F, Schipper, T, Sjoer, E, Vos, M, Wallner, C, Oomen, A, Verviers, H. Een nieuw samenspel van innoveren, werken en leren? Onderzoeksprogramma en netwerk learning communities. Kerngroep Netwerk Learning Communities, 2023.
- Dauphin, S, Wallner, C. (2021). Regionale Leernetwerken Transformatie Jeugd: Welke processen dragen bij aan een krachtig leernetwerk en waardecreatie? Leiden: Hogeschool Leiden.
- Dingyloudi, F, Strijbos, JW. Examining value creation in a community of learning practice: methodological reflections on story-telling and story-reading. *Seminar.net – Int J Media Technol Lifelong Learn* 2015; 11:209–22. <https://doi.org/10.7577/seminar.2348>.
- Heemskerk WM, van der Linden AMT, Bussemaker J, Wallner C. Value creation in a learning community: an interprofessional partnership between nursing home care, education and students. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2024 Apr 10;21(1). doi: 10.1515/ijnes-2023-0068. PMID: 38593004.
- Knol, E., & Velzing, E.J. (2019). Learning communities voor MMIP's: een schakel voor versnelling en opschaling. Verkenning op verzoek Topsector Energie en in opdracht van RVO.
- Mintzberg H. *Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations Between Care, Cure, Control, and Community*. Berrett Koehler; 2017.
- Myers RE, DiCarlo M, Romney M, Fleisher L, Sifri R, Soleiman J, Lambert E, Rosenthal M. Using a health system learning community strategy to address cancer disparities. *Learn Health Syst*. 2018 Sep 18;2(4): e10067. doi: 10.1002/lrh2.10067. PMID: 31245591; PMCID: PMC6508848.
- Noe, R.A., Clarke, A.D.M., & Klein, H.J. (2014). Learning in the Twenty-First-Century Workplace. *Annual Review of Organizational Psychol and Organizational Behavior*, 1, 245–275. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091321>.
- Schilling, M. A., & Phelps, C. C. (2007). Interfirm collaboration networks: The impact of large-scale network structure on firm innovation. *Management Science*, 53(7), 1113-1126.
- Schruijer, S. (2021). The group dynamics of interorganizational relationships. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.512>.
- Snoeren, M. (2021). Professionele werkplaatsen als lerende ecosystemen. De complexiteit van meervoudige samenwerkingen. Lectorale rede. Eindhoven: Fontys Hogescholen.

- Stoll, L, Bolam, R, McMahon, A, Wallace, M, Thomas, S. Professional learning communities: a review of the literature. *J Educ Change* 2006; 7:221–58. <https://doi.org/10.1007/s10833-006-0001-8>.
- Topsectoren (2019). Samen aan de slag. Roadmap Human Capital Topsectoren 2020-2023. Topsectoren.
- VWS (2024). Implementatieplan Zorgcoördinatie. Samen op weg naar verbeterde acute zorg. Den Haag, Ministerie van VWS, februari 2024
- Veltman, M.E., Verbiest, S, Goudswaard, A., Meulemans, W, & Ballafkih, H. (2020). Het bevorderen van leren in systeeminnovatie: bouwstenen voor een lerende innovatie community. Working Paper House of Skills.
- Vrieling, E, van den Beemt, A, de Laat, M. What’s in a name: dimensions of social learning in teacher groups. *Teach Teach* 2016; 22:273–92. <https://doi.org/10.1080/13540602.2015.1058588>.
- Wenger, E, Trayner, B, de Laat, M. Promoting and assessing value creation in communities and networks: a conceptual framework (Report No. 18). Heerlen: Ruud de Moor Centrum, Open University of the Netherlands; 2011.
- Wenger-Trayner, B, Wenger-Trayner, E, Cameron, J, Eryigit-Madzwamuse, S, Hart, A. Boundaries and boundary objects: an evaluation framework for mixed methods research. *J Mix Methods Res* 2019; 13:321–38. <https://doi.org/10.1177/1558689817732225>.
- Wenger-Trayner, E, Wenger-Trayner, B. Learning to make a difference: value creation in social learning spaces. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.10.1017/9781108677431.
- West, R. E. & Williams, G. (2018). I don’t think that word means what you think it means: A proposed framework for defining learning communities. *Educational Technology Research and Development*. Available online at <https://link.springer.com/article/10.1007/s11423-017-9535-0>.
- Xie, X., Fang, L., & Zeng, S. (2016). Collaborative innovation network and knowledge transfer performance: a fsQCA approach. *Journal of Business Research*, 69, 5210-5215.

Bijlage A Overzicht indicatoren

Type indicatoren en positie in de acute zorgketen

Onderstaande tabel 1 geeft een overzicht van het type indicator en op welke schakel van het acute zorgproces de indicator het meest op aanhaakt. We onderscheiden drie typen indicatoren:

- Structuurindicatoren geven informatie over de organisatie van een zorgsysteem of over omstandigheden die nodig zijn om de gewenste zorg te leveren. Een voorbeeld is “het aantal minimale eisen voor zorgcoördinatie waaraan wordt voldaan”.
- Procesindicatoren geven informatie over de kwaliteit van het zorgproces. Het gaat om het bepalen van het percentage gevallen waarbij een bepaalde procedure is gevolgd. Een voorbeeld is “Het percentage consulten en visites door de huisarts, nadat het advies uit de NTS zelfzorg advies was”.
- Uitkomstindicatoren richten zich op de uitkomsten (producten/effecten) van zorg. Een concreet voorbeeld is “Het gemiddelde waarderingscijfer van patiënten voor de zorgverlening”.

Onder actoren vallen de patiënten en medewerkers. Onder triage vallen alle triages die verbonden zijn aan vervolgzorg (dus meldkamer, triage HAP, GGZ en VVT), maar ook de triage in het zorgcoördinatiecentrum. Onder acute zorg valt alle zorg die na zorgcoördinatie direct geleverd wordt, via de HAP, SEH, ambulance, GGZ en VVT.

	Structuur	Proces	Uitkomst
Actor			O01 Medewerkerstevredenheid
			O02 Patiëntervaringen
Triage	S01 Minimale eisen zorgcoördinatie	P01 Passende zorg na triage	
	S02 Zelftrriage	P02 Aantal triagecontacten	
	S03 Triagist-patiënt verhouding	P03 Uitstroomtijd na triage	
Acute zorg		P04 Zorginzet per sector	
		P05 Opname stops SEH	
		P06 Mobiel zorgconsult	
		P07 Zorginzet 75+	
		P08 Toegewezen urgentiecode	

Overzicht van de kwaliteitsindicatoren zorgcoördinatie

Per indicator wordt een uitwerking gegeven. Deze uitwerking bevat de volgende onderdelen:

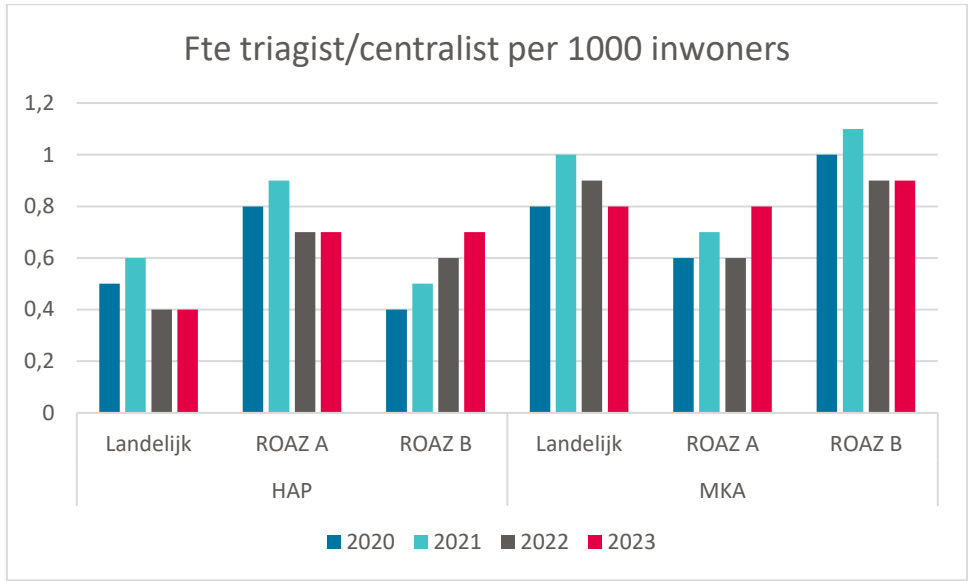
- Wat is het type indicator (structuur, proces, uitkomst)?
- Op welke schakels in het acute zorgproces is de indicator van toepassing?
- De operationalisatie: uitkomstmaat en wanneer relevant een teller en een noemer
- Meetbaarheid in termen van meetniveau (organisatie, regio, landelijk), frequentie en beschikbaarheid.
- Op welk algemeen doel van zorgcoördinatie is de indicator van toepassing?
- Een toelichting bij het doel in relatie tot de indicator
- Context/leervragen bij de indicator: Dit is nog leeg. Tijdens sessie 3 willen we deze met jullie invullen.
- Voorbeeld weergave: een voorbeeld van hoe de uitkomsten op de indicator gepresenteerd kunnen worden. De cijfers in de voorbeeld weergave zijn alleen bedoeld ter illustratie van de weergave en kunnen niet gebruikt worden voor andere doeleinden. De gebruikte gegevens zijn ofwel fictief of gebaseerd op bestaande onlinebronnen.

Structuurindicatoren

S01 Minimale eisen zorgcoördinatie				
Type indicator	Structuur			
Schakel in acute zorgketen?				
Actor	-			
Triage	ZCC			
Acute zorg	-			
Vervolg zorg	-			
Operationalisatie				
Uitkomstmaat	X van xx van minimale eisen zorgcoördinatie waaraan is voldaan (zie implementatieplan) Checklist minimale eisen zorgcoördinatie.			
Teller	Aantal minimale eisen zorgcoördinatie waaraan is voldaan NA			
Noemer	Totaal aantal minimale eisen zorgcoördinatie NA			
Meetbaarheid				
Niveau	ROAZ			
Frequentie	?			
Nu of toekomst	Nu			
Doel Zorgcoördinatie				
Doel 1. Een toename van de kwaliteit van zorg doordat de patiënt direct naar de juiste zorgverlener wordt geleid.				
Doel 2. Het verminderen van de druk op de acute zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in capaciteit en het hierdoor beter benutten van schaarse capaciteit.				
Doel 3. Een efficiëntere inrichting van het triageproces waardoor schaars personeel optimaal wordt ingezet en zorgverleners die zoekende zijn naar een passend plek voor hun patiënt worden ontlast.				
Doel 4. Een verbetering in het werven en behouden van personeel, door het positieve effect van (door)ontwikkeling van functies binnen zorgcoördinatie.				
Toelichting Doel/mechanisme				
De uitkomst geeft inzicht in de mate waarin aan ZCC-principes is voldaan. Dit geeft context bij de proces- en uitkomstindicatoren.				
Voorbeeld weergave				
	Minimale eis 1	Minimale eis 2	Minimale eis 3	Minimale eis 4
ROAZ A	✓	✓	✓	
ROAZ B		✓	✓	
ROAZ C	✓			✓

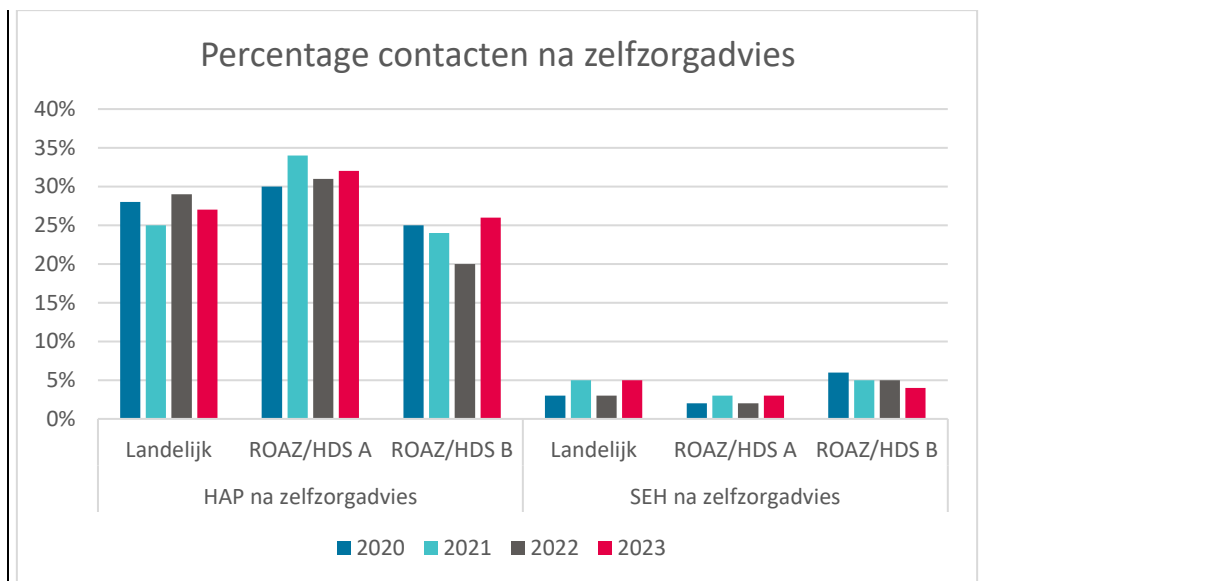
S02 Zelftriage			
Type indicator	Structuur		
Schakel in acute zorgketen?			
Actor			
Triage	ZCC/triage		
Acute zorg	HAP		
Vervolg zorg			
Operationalisatie			
Uitkomstmaat	Of en welke vorm van zelftriage is beschikbaar: Niet beschikbaar Beschikbaar, input niet beschikbaar voor triagist (bv moetiknaardedokter.nl) Beschikbaar, input wel beschikbaar voor triagist (bv spreekuur.nl)		
Teller	NA		
Noemer	NA		
Meetbaarheid			
Niveau	ROAZ/HDS		
Frequentie	NTB		
Nu of toekomst	Nu		
Doel Zorgcoördinatie			
Doel 3. Een efficiëntere inrichting van het triageproces waardoor schaars personeel optimaal wordt ingezet en zorgverleners die zoekende zijn naar een passend plek voor hun patiënt worden ontlast.			
Toelichting Doel/mechanisme			
De uitkomst geeft inzicht in de beschikbaarheid van zelftriage en de integratie in het verdere triageproces. Goed geïntegreerde zelftriage zou het triageproces en de toekenning van de juiste zorg efficiënter moeten maken.			
Voorbeeld weergave			
	Geen zelftriage	Zelftriage, niet geïntegreerd	Zelftriage, wel geïntegreerd
ROAZ A	✓	✓	✓
ROAZ B		✓	✓
ROAZ C	✓		

S03 Triagist-patiënt verhouding																																											
Type indicator	Structuur																																										
Schakel in acute zorgketen?																																											
Actor																																											
Triage	ZCC/triage en MKA																																										
Acute zorg	HAP/Ambulance																																										
Vervolg zorg																																											
Operationalisatie																																											
Uitkomstmaat	Aantal fte triagisten per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied (HAP) Aantal fte centralisten per 1000 inwoners van het verzorgingsgebied (MKA)																																										
Teller	Aantal fte triagisten per regio Mogelijke verdieping in type triagist Aantal fte centralisten per regio																																										
Noemer	Aantal personen in het verzorgingsgebied van de regio (in postcode 4)																																										
Meetbaarheid																																											
Niveau	HDS/MKA/Landelijk																																										
Frequentie	Jaarlijks (peildatum is xxxxx)																																										
Nu of toekomst	Nu (voor HAP), MKA nog onduidelijk																																										
Doel Zorgcoördinatie																																											
Doel 2. Het verminderen van de druk op de acute zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in capaciteit en het hierdoor beter benutten van schaarse capaciteit.																																											
Doel 4. Een verbetering in het werven en behouden van personeel, door het positieve effect van (door)ontwikkeling van functies binnen zorgcoördinatie.																																											
Toelichting Doel/mechanisme																																											
Wanneer er genoeg triagisten/centralisten in dienst zijn om het verzorgingsgebied te bedienen, is de werkdruk lager. Ook geeft inzicht in capaciteit context rond wachttijden voor triage en vervolgzorg.																																											
Voorbeeld weergave																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HAP</td> <td>Landelijk</td> <td>0,5</td> <td>0,6</td> <td>0,4</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ROAZ A</td> <td>0,8</td> <td>0,9</td> <td>0,7</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ROAZ B</td> <td>0,4</td> <td>0,5</td> <td>0,6</td> <td>0,7</td> </tr> <tr> <td>MKA</td> <td>Landelijk</td> <td>0,8</td> <td>1</td> <td>0,9</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ROAZ A</td> <td>0,6</td> <td>0,7</td> <td>0,6</td> <td>0,8</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ROAZ B</td> <td>1</td> <td>1,1</td> <td>0,9</td> <td>0,9</td> </tr> </tbody> </table>			2020	2021	2022	2023	HAP	Landelijk	0,5	0,6	0,4	0,4		ROAZ A	0,8	0,9	0,7	0,7		ROAZ B	0,4	0,5	0,6	0,7	MKA	Landelijk	0,8	1	0,9	0,8		ROAZ A	0,6	0,7	0,6	0,8		ROAZ B	1	1,1	0,9	0,9
		2020	2021	2022	2023																																						
HAP	Landelijk	0,5	0,6	0,4	0,4																																						
	ROAZ A	0,8	0,9	0,7	0,7																																						
	ROAZ B	0,4	0,5	0,6	0,7																																						
MKA	Landelijk	0,8	1	0,9	0,8																																						
	ROAZ A	0,6	0,7	0,6	0,8																																						
	ROAZ B	1	1,1	0,9	0,9																																						



Procesindicatoren

P01 Passende zorg na triage					
Type indicator	Proces				
Schakel in acute zorgketen?					
Actor	Patiënt				
Triage	ZCC/triage				
Acute zorg	HAP/SEH				
Vervolg zorg					
Operationalisatie					
Uitkomstmaat	Percentage consulten en visites door de huisarts, nadat het advies uit de NTS zelfzorg advies was, in combinatie met U5. Percentage SEH-contacten na triage op de HAP, waarbij het advies uit de NTS zelfzorg of huisarts was.				
Teller	Aantal consulten en visites door de huisarts Aantal SEH-contacten				
Noemer	Totaal aantal triages HAP met advies uit NTS voor zelfzorgadvies en een U5 Totaal aantal triages MKA met advies uit NTS voor zelfzorgadvies of huisarts.				
Meetbaarheid					
Niveau	HDS/SEH/Landelijk				
Frequentie	Jaarlijks (peildatum is xxxx)				
Nu of toekomst	Nu (voor HAP), SEH vanuit Vektis, maar met meer vertraging, koppeling noodzakelijk.				
Doel Zorgcoördinatie					
Doel 3. Een efficiëntere inrichting van het triageproces waardoor schaars personeel optimaal wordt ingezet en zorgverleners die zoekende zijn naar een passend plek voor hun patiënt worden ontlast.					
Toelichting Doel/mechanisme					
Deze indicator kan inzicht bieden in verschillende processen: De aansluiting van triage protocollen op de geleverde zorg.					
Voorbeeld weergave					
		2020	2021	2022	2023
HAP na zelfzorgadvies	Landelijk	28%	25%	29%	27%
	ROAZ/HDS A	30%	34%	31%	32%
	ROAZ/HDS B	25%	24%	20%	26%
SEH na zelfzorgadvies	Landelijk	3%	5%	3%	5%
	ROAZ/HDS A	2%	3%	2%	3%
	ROAZ/HDS B	6%	5%	5%	4%



P02 Aantal triagecontacten						
Type indicator	Proces					
Schakel in acute zorgketen?						
Actor	Patiënt					
Triage	ZCC/triage en MKA					
Acute zorg	HAP					
Vervolg zorg						
Operationalisatie						
Uitkomstmaat	Percentage patiënten met 1x triagecontact, met 2x triage contacten, met 3x triage contacten met >3x triage contacten (algemeen) Percentage patiënten met 1x triagecontact, met 2x triage contacten, met 3x triage contacten met >3x triage contacten (Voordat er een consult of visite met de huisarts is) Percentage patiënten met 1x MKA-contact, met 2x MKA-contacten, met 3x MKA-contacten met >3x MKA-contacten (algemeen)					
Teller	Aantal patiënten per categorie (1,2,3,>3 triagecontacten per 24 uur) Aantal patiënten per categorie (1,2,3,>3 triagecontacten per 24 uur) waarna een consult of een visite met de huisarts heeft plaats gevonden Aantal patiënten per categorie (1,2,3,>3 MKA contacten per 24 uur)					
Noemer	Totaal aantal triagecontacten Totaal aantal triagecontacten waarna een consult of visite door de huisarts heeft plaats gevonden Totaal aantal MKA-contacten					
Meetbaarheid						
Niveau	HDS/MKA/Landelijk					
Frequentie	Jaarlijks (peildatum is xxxxx)					
Nu of toekomst	Nu (voor HAP)					
Doel Zorgcoördinatie						
Doel 3. Een efficiëntere inrichting van het triageproces waardoor schaars personeel optimaal wordt ingezet en zorgverleners die zoekende zijn naar een passend plek voor hun patiënt worden ontlast.						
Toelichting Doel/mechanisme						
De indicator geeft inzicht in 'first time right': wordt bij het eerste triagecontact de 'juiste zorg' toegekend. Dit staat los van een verslechtering die na het eerste contact kan plaatsvinden.						
Voorbeeld weergave						
		Aantal	2020	2021	2022	2023
HAP triage	Landelijk	1 triagecontact	94%	94%	95%	96%
		2 triagecontacten	2%	1%	3%	2%
		>2 triagecontacten	4%	5%	2%	2%
	ROAZ/HDS A	1 triagecontact	92%	91%	93%	92%
		2 triagecontacten	5%	6%	4%	5%
		>2 triagecontacten	3%	3%	3%	3%
	ROAZ/HDS B	1 triagecontact	96%	97%	95%	94%
		2 triagecontacten	3%	1%	3%	3%
		>2 triagecontacten	1%	2%	2%	3%

P03 Uitstroomtijd na triage					
Type indicator	Proces				
Schakel in acute zorgketen?					
Actor	Patiënt				
Triage	ZCC/triage				
Acute zorg	HAP (op termijn GGZ/VVT)				
Vervolg zorg					
Operationalisatie					
Uitkomstmaat	Tijd in minuten tussen eindtijd triage en start zorgcontact HAP (consult of visite huisarts) Op termijn ook: Inzet GGZ Inzet VVT Weergegeven in gemiddelde, mediaan, SD, min en max.				
Teller	NA				
Noemer	NA				
Meetbaarheid					
Niveau	HDS/Landelijk				
Frequentie	Jaarlijks (peildatum is xxxxx)				
Nu of toekomst	Nu (voor HAP)				
Doel Zorgcoördinatie					
Doel 3. Een efficiëntere inrichting van het triageproces waardoor schaars personeel optimaal wordt ingezet en zorgverleners die zoekende zijn naar een passend plek voor hun patiënt worden ontlast.					
Toelichting Doel/mechanisme					
Door de invoering van ZCC verwacht je dat het triage proces (ook over verschillende schakels) sneller/efficiënter verloopt, met als resultaat een kortere tijd tussen triage en zorg. Zegt mogelijk ook iets over afvangen van elkaars zorg bij drukte.					
Voorbeeld weergave					
		2020	2021	2022	2023
Landelijk	gemiddelde (sd)	65(20)	66(22)	70(25)	65(23)
	Mediaan	60	64	75	60
	min	10	11	15	12
	max	180	190	210	190
ROAZ/HDS A	gemiddelde (sd)	63(20)	64(22)	67(25)	56(23)
	Mediaan	60	64	70	60
	min	10	11	15	12
	max	175	181	195	185
ROAZ/HDS B	gemiddelde (sd)	45(20)	50(22)	60(25)	55(23)
	Mediaan	50	51	59	54
	min	10	11	15	12
	max	150	155	170	160

P04 Zorginzet per sector					
Type indicator	Proces				
Schakel in acute zorgketen?					
Actor	Patiënt				
Triage					
Acute zorg	HAP, ambulance, SEH, GGZ, VVT				
Vervolg zorg					
Operationalisatie					
Uitkomstmaat	Aantal contacten HAP per 1000 inwoners verzorgingsgebied Aantal ambulance ritten per 1000 inwoners verzorgingsgebied Aantal contacten SEH per 1000 inwoners verzorgingsgebied Aantal contacten GGZ per 1000 inwoners verzorgingsgebied Aantal contacten VVT per 1000 inwoners verzorgingsgebied				
Teller	Aantal contacten HAP Aantal ambulance ritten Aantal contacten SEH Aantal contacten GGZ Aantal contacten VVT				
Noemer	Aantal inwoners verzorgingsgebied (afhankelijk van zorgverlener)				
Meetbaarheid					
Niveau	HDS/RAV/SEH/GGZ regio/VVT regio/Landelijk				
Frequentie	Jaarlijks/maandelijks? (peildatum is xxxxx)				
Nu of toekomst	Afhankelijk van zorgverlener en indeling verzorgingsgebied				
Doel Zorgcoördinatie					
Doel 2. Het verminderen van de druk op de acute zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in capaciteit en het hierdoor beter benutten van schaarse capaciteit.					
Toelichting Doel/mechanisme					
Voorbeeld weergave					
		2020	2021	2022	2023
Landelijk	HAP	235	236	248	240
	Ambulance	72,6	78,70	80,60	
	SEH	113,00	96,10	94,40	
	GGZ	3,08	2,70		
	VVT				
ROAZ/HDS A	HAP	240,00	241,00	255,00	245,00
	Ambulance	70,00	75,00	78,00	
	SEH	108,00	94,00	90,00	
	GGZ	3,50	3,10		
	VVT				
ROAZ/HDS B	HAP	230,00	232,00	255,00	250,00
	Ambulance	75,00	80,00	82,00	
	SEH	115,00	100,00	95,00	
	GGZ	4,10	3,50		
	VVT				

P06 Mobiel zorgconsult					
Type indicator	Proces				
Schakel in acute zorgketen?					
Actor					
Triage					
Acute zorg	RAV				
Vervolg zorg					
Operationalisatie					
Uitkomstmaat	Percentage ambulance inzetten waarbij ter plaatse zorg is geleverd en er geen vervoer heeft plaatsgevonden				
Teller	Aantal ambulance inzetten, waarbij ter plaatse zorg is geleverd en geen vervoer heeft plaatsgevonden				
Noemer	Totaal aantal spoedeisende ambulance inzetten (A0, A1 + A2)				
Meetbaarheid					
Niveau	RAV/Landelijk				
Frequentie	Jaarlijks?				
Nu of toekomst	Nu, Afhankelijk van databeschikbaarheid RAV				
Doel Zorgcoördinatie					
Doel 1. Een toename van de kwaliteit van zorg doordat de patiënt direct naar de juiste zorgverlener wordt geleid.					
Doel 2. Het verminderen van de druk op de acute zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in capaciteit en het hierdoor beter benutten van schaarse capaciteit.					
Doel 3. Een efficiëntere inrichting van het triageproces waardoor schaars personeel optimaal wordt ingezet en zorgverleners die zoekende zijn naar een passende plek voor hun patiënt worden ontlast.					
Toelichting Doel/mechanisme					
Geeft inzicht in de combinatie van kwaliteit van triage en zorgverlening. Niet vervoeren van de patiënt vermindert de druk op de acute zorg.					
Voorbeeld weergave					
		2020	2021	2022	2023
RAV A	totaal ritten per 1000 inwoners	70,00	75,00	78,00	
	% eerste hulp, geen vervoer	18%	20%	21%	
RAV B	totaal ritten per 1000 inwoners	75,00	80,00	82,00	
	% eerste hulp, geen vervoer	20%	22%	18%	
Landelijk	totaal ritten per 1000 inwoners	72,6	78,70	80,60	
	% eerste hulp, geen vervoer	17%	18%	19%	

P07 Zorginzet 75+					
Type indicator	Proces				
Schakel in acute zorgketen?					
Actor	Patiënt				
Triage					
Acute zorg	HAP, ambulance, SEH, GGZ, VVT				
Vervolg zorg					
Operationalisatie					
Uitkomstmaat	Aantal contacten HAP per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied Aantal contacten SEH per 1000 inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied				
Teller	Aantal contacten HAP van patiënten van 75 jaar en ouder in het Aantal contacten SEH van patiënten van 75 jaar en ouder in het				
Noemer	Aantal inwoners van 75 jaar en ouder in het verzorgingsgebied (afhankelijk van zorgverlener)				
Meetbaarheid					
Niveau	HDS/SEH/Landelijk				
Frequentie	Jaarlijks/maandelijks? (peildatum is xxxxx)				
Nu of toekomst	Afhankelijk van indeling verzorgingsgebied				
Doel Zorgcoördinatie					
Doel 1. Een toename van de kwaliteit van zorg doordat de patiënt direct naar de juiste zorgverlener wordt geleid.					
Doel 2. Het verminderen van de druk op de acute zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in capaciteit en het hierdoor beter benutten van schaarse capaciteit.					
Doel 3. Een efficiëntere inrichting van het triageproces waardoor schaars personeel optimaal wordt ingezet en zorgverleners die zoekende zijn naar een passende plek voor hun patiënt worden ontlast.					
Toelichting Doel/mechanisme					
Communicerende vaten: een toename van drukte bij de 1, kan een afname bij de andere betekenen. Dit kan ontstaan door de invoer van zorgcoördinatie. Ouderen hebben een groot aandeel in de acute zorg en ontvangen deze vaak niet op de juiste plek.					
Voorbeeld weergave					
		2020	2021	2022	2023
Landelijk	HAP	550	500	490	480
	SEH	250,00	255,00	260,00	
ROAZ/HDS A	HAP	570,00	530,00	525,00	520,00
	SEH	240,00	245,00	250,00	
ROAZ/HDS B	HAP	490,00	470,00	465,00	460,00
	SEH	230,00	235,00	235,00	234,00

P08 Toegewezen urgentiecode		
Type indicator	Proces	
Schakel in acute zorgketen?		
Actor		
Triage		
Acute zorg	SEH en HAP	
Vervolg zorg		
Operationalisatie		
Uitkomstmaat	Percentage contacten per urgentiecategorie HAP Percentage contacten per urgentiecategorie SEH	
Teller	Aantal contacten per urgentiecategorie HAP Aantal contacten per urgentiecategorie SEH	
Noemer	Totaal aantal contacten HAP Totaal aantal contacten SEH	
Meetbaarheid		
Niveau	HAP/SEH/Landelijk	
Frequentie	Jaarlijks (peildatum is xxxxx)	
Nu of toekomst	Nu	
Doel Zorgcoördinatie		
Doel 1. Een toename van de kwaliteit van zorg doordat de patiënt direct naar de juiste zorgverlener wordt geleid.		
Doel 2. Het verminderen van de druk op de acute zorg en het verbeteren van de toegankelijkheid door inzicht in capaciteit en het hierdoor beter benutten van schaarse capaciteit.		
Toelichting Doel/mechanisme		
Inzicht in de urgentie van de zorgvragen binnen een organisatie/regio/landelijk. Verhouding SEH en HAP		
Voorbeeld weergave		
	HAP (NTS)	SEH (NTS/MTS, ESI)
U0= uitval ABCD – resuscitatie (reanimatie)	%	%
U1= instabiele ABCD – direct levensgevaar (onmiddellijk)	%	%
U2 = bedreiging ABCD of orgaanschade (zo snel mogelijk)	%	%
U3= reële kans op schade/humane redenen (binnen enkele uren)	%	%
U4= verwaarloosbare kans op schade (binnen een etmaal)	%	%
U5= geen kans op schade (volgende werkdag)	%	%

Uitkomstindicatoren

001 Medewerkerstevredenheid	
Type indicator	Uitkomst
Schakel in acute zorgketen?	
Actor	
Triage	Triage/ZCC en MKA
Acute zorg	SEH, RAV, HAP, VVT, GGZ, VVT
Vervolg zorg	
Operationalisatie	
Uitkomstmaat	Mate waarin medewerkers tevreden zijn
Teller	NA
Noemer	NA
Meetbaarheid	
Niveau	Per organisatie/Landelijk
Frequentie	Periodiek bijvoorbeeld iedere 2 jaar (peildatum is xxxxx)
Nu of toekomst	Periodiek
Doel Zorgcoördinatie	
Doel 4. Een verbetering in het werven en behouden van personeel, door het positieve effect van (door)ontwikkeling van functies binnen zorgcoördinatie.	
Toelichting Doel/mechanisme	
Monitoren van de mate van tevredenheid van de verschillende zorgprofessionals in de acute zorgketen	
Voorbeeld weergave	
<p>Voorbeeldvragen (max 25 vragen op schaal of rapportcijfer):</p> <p>Ik ga met plezier naar mijn werk?</p> <p>Mijn werk is uitdagend?</p> <p>Ik ben tevreden over mijn werktijden?</p>	

O02 Patiëntervaringen	
Type indicator	Uitkomst
Schakel in acute zorgketen?	
Actor	
Triage	Triage/ZCC en MKA
Acute zorg	SEH, RAV, HAP, VVT, GGZ, VVT
Vervolg zorg	
Operationalisatie	
Uitkomstmaat	Gerapporteerde patiëntervaringen
Teller	NA
Noemer	NA
Meetbaarheid	
Niveau	Organisatieniveau/Landelijk
Frequentie	Periodiek bijvoorbeeld iedere 2 jaar (peildatum is xxxxx)
Nu of toekomst	Toekomst
Doel Zorgcoördinatie	
Doel 1. Een toename van de kwaliteit van zorg doordat de patiënt direct naar de juiste zorgverlener wordt geleid.	
Toelichting Doel/mechanisme	
Monitoren van de ervaringen van patiënten beidt inzicht in de kwaliteit van het aanbod van zorg.	
Voorbeeld weergave	
<p>Voorbeeldvragen (ervaringsvragen en rapportcijfer):</p> <p>Had de centralist/triagist voldoende aandacht voor u?</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet</p> <p><input type="checkbox"/> Een beetje</p> <p><input type="checkbox"/> Grotendeels</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, helemaal</p> <p><input type="checkbox"/> Weet ik niet (meer)</p> <p>Vertelde de centralist/triagist wat u moest doen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Weet ik niet (meer)</p> <p>Legde de centralist/triagist dingen op een begrijpelijke manier uit?</p> <p><input type="checkbox"/> Nee, helemaal niet</p> <p><input type="checkbox"/> Een beetje</p> <p><input type="checkbox"/> Grotendeels</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, helemaal</p> <p><input type="checkbox"/> Weet ik niet (meer)</p>	

Bijlage B Haalbaarheidsevaluatie geschiktheid (fitness for purpose)

Onderstaande tabel geeft per indicator inzicht in de haalbaarheid op basis van geschiktheid (fitness for purpose)). Ten behoeve van de leesbaarheid van de tabel is deze opgeknipt in drie delen: Useful/buikbaar, reliable/betrouwbaar en feasible/haalbaar.

Useful/buikbaar

Indicator nummer	Indicator naam	Relevantie	Begrijpbaarheid en actionability	Tijdigheid	Toegankelijkheid
		Hoe goed passen de indicatoren bij de doelen van Zorgcoördinatie? Wat zegt de indicator over de doelen van ZC? En hoe goed sluit de indicator aan bij een of meerdere schakels van de spoedketen?	Is de uitkomst van de indicator te interpreteren door de gebruiker/zorgverlener? Biedt de indicator aanknopingspunten voor vervolgacties? Helpen ze bij het vaststellen van verbeterpunten/knelpunten	Zijn de uitkomsten op de indicatoren tijdig beschikbaar? En hoe vaak?	Is de uitkomst van de indicator voor iedereen toegankelijk?
S01	Minimale eisen zorgcoördinatie	De minimale eisen zorgcoördinatie beschrijven waar regio's aan moet voldoen om ZC adequaat te ondersteunen. Daarmee past het alle doelen van ZC.	De indicator geeft een weergave van welke minimale eisen aan zijn voldaan. Daarmee is er een duidelijk overzicht welke aanpassingen al zijn gedaan en welke nog moeten plaatsvinden.	De tijdigheid van de uitkomsten op deze indicator is afhankelijk van de ROAZ-regio's en hun sub-regio's. Zij zijn de enige partij die deze informatie kunnen aanleveren.	Ja, in principe wel
S02	Zelftriage	Zelftriage kan bijdragen aan het ontlasten van het triagepersoneel en draagt daarmee bij aan doel 3 van ZC. De indicator is van toepassing op triage.	De indicator vraagt naar de vorm van zelftriage die is ingevoerd in de (sub-) regio. De beschikbaarheid en vorm van zelftriage, al dan niet geïntegreerd in het HAP-HIS, geven aanknopingspunten om te verbeteren (i.e. zelftriage invoeren).	De tijdigheid van de uitkomsten op deze indicator is afhankelijk van de ROAZ-regio's en hun sub-regio's. Zij zijn de enige partij die deze informatie kunnen aanleveren	Ja, in principe wel

Indicator nummer	Indicator naam	Relevantie	Begrijpbaarheid en actionability	Tijdigheid	Toegankelijkheid
		Hoe goed passen de indicatoren bij de doelen van Zorgcoördinatie? Wat zegt de indicator over de doelen van ZC? En hoe goed sluit de indicator aan bij een of meerdere schakels van de spoedketen?	Is de uitkomst van de indicator te interpreteren door de gebruiker/zorgverlener? Biedt de indicator aanknopingspunten voor vervolgcacties? Helpen ze bij het vaststellen van verbeterpunten/knelpunten	Zijn de uitkomsten op de indicatoren tijdig beschikbaar? En hoe vaak?	Is de uitkomst van de indicator voor iedereen toegankelijk?
S03	Triagist-patiënt verhouding	De verhouding tussen het aantal triagisten/centralisten en potentiële patiënten geeft inzicht in tekorten aan de ene kant, maar ook in de invoer van alternatieven, waardoor er met minder triagisten/centralisten gewerkt kan worden. Dit sluit aan bij doel 2 en 3 van ZC. De indicator is van toepassing op triage.	Ja, ook al is er voor de interpretatie van de indicator aanvullende informatie nodig: welke vormen van triage zijn er ingevoerd, zijn er kenmerken van de populatie die de uitkomst beïnvloeden? En wat betekend een toe/afname in relatie tot de stappen in ZC? Een vergelijking met andere regio's/landelijk kan inzicht bieden in of er veel/weinig triagisten/centralisten worden ingezet.	In principe zou dit jaarlijks voor peildatum 1 januari beschikbaar moeten kunnen komen. Afhankelijk van bv. Benchmark InEen, aanlevering gegevens vanuit de ROAZ/RAV regio's.	
P01	Passende zorg na triage	De indicator geeft inzicht het percentage vervolgzorgcontacten dat "zwaarder" is dan het advies uit triage. In doel 3 van ZC wordt ingezet op efficiënte triage en de juiste zorg voor de patiënt. Een hoog percentage zou kunnen aangeven dat de triage niet goed aansluit of dat patiënten onterecht worden gezien op de HAP of SEH. De indicator is van toepassing op triage en in mindere mate op acute zorg.	Er zijn een groot aantal factoren die mee kunnen spelen bij de uitkomst op deze indicator, waaronder kenmerken van de patiëntenpopulatie, beschikbaarheid en ervaring triagisten, etc. Wel kan het inzicht bieden in afwijkingen binnen de eigen ROAZ-regio's of met landelijk. Dit kan de basis voor een gesprek zijn.	Dit verschilt: - HDSen aangesloten bij NZR, maandelijks/jaarlyks - overige HDSen: onbekend - MKA: afhankelijk van RAV-regio's	Waarschijnlijk wel voor HDSen. MKA's is nog onduidelijk.
P02	Aantal triagecontacten	De indicator geeft inzicht in het aantal triage/meldkamer contacten. Dit sluit aan bij doel 3 van ZC: efficiëntere triage en juiste zorg voor de patiënt. Wanneer een patiënt meermaals contact heeft kan dit verschillende dingen beteken, waaronder dat de toestand van de patiënt verslechterd of dat bij de eerdere triage/meldkamer contacten een onjuiste inschatting is gemaakt van de zorgvraag. De indicator is van toepassing op triage en in mindere mate op acute zorg.	De interpretatie door de zorgverlener wordt versimpeld doordat het aantal triage/meldkamer contacten in categorieën wordt weergegeven. Door te vergelijken (in combinatie met S-indicatoren rond triage) binnen regio's en met landelijk kunnen er aanknopingspunten gevonden worden over welke ZC stappen wel/niet doorgevoerd moeten worden.	Dit verschilt: - HDSen aangesloten bij NZR, maandelijks/jaarlyks - overige HDSen: onbekend - MKA: afhankelijk van RAV-regio's	Waarschijnlijk wel voor HDSen. MKA's is nog onduidelijk.

Indicator nummer	Indicator naam	Relevantie	Begrijpbaarheid en actionability	Tijdigheid	Toegankelijkheid
		Hoe goed passen de indicatoren bij de doelen van Zorgcoördinatie? Wat zegt de indicator over de doelen van ZC? En hoe goed sluit de indicator aan bij een of meerdere schakels van de spoedketen?	Is de uitkomst van de indicator te interpreteren door de gebruiker/zorgverlener? Biedt de indicator aanknopingspunten voor vervolgacties? Helpen ze bij het vaststellen van verbeterpunten/knelpunten	Zijn de uitkomsten op de indicatoren tijdig beschikbaar? En hoe vaak?	Is de uitkomst van de indicator voor iedereen toegankelijk?
P03	Uitstroom na triage	Door de invoering van ZCC verwacht je dat het triage proces (ook over verschillende schakels) sneller/efficiënter verloopt, met als resultaat een kortere tijd tussen triage en zorg. Zegt mogelijk ook iets over afvangen van elkaars zorg bij drukte. Dit sluit aan bij doel 3 van ZC. De indicator is van toepassing op triage en vervolg zorg.	De indicator is lastig te interpreteren. Het is niet duidelijk wat een gewenste uitstroomtijd zou zijn. Drukke, urgentie van de patiënt en nog meer factoren kunnen van invloed zijn. Veranderingen in triagetijd zouden gekoppeld kunnen worden aan de invoer van ZC, zoals het centraal organiseren van triage.	Jaarlijks	Voor de HAP zijn er mogelijkheden om te verkennen. Voor VVT en GGZ nog niet.
P04	Zorginzet per sector	Communicerende vaten: een toename van drukte bij de 1, kan een afname bij de andere betekenen. Dit kan ontstaan door de invoer van zorgcoördinatie. Ook geeft deze indicator een aantal kengetallen die als beschrijving van het acute zorgveld gelden en gebruikt kunnen worden voor de interpretatie van andere indicatoren. Dit sluit aan bij doel 2 van ZC. De indicator is van toepassing op alle zorgverleners in de acute zorg.	De uitkomsten uit deze indicator zijn redelijk hoog-over en geven een overzicht over de acute zorg. Daarmee zijn ze opzichzelfstaand lastiger te verbinden aan vervolgacties. Wel zijn ze noodzakelijk om het grotere plaatje te monitoren en in samenhang met andere indicatoren.	Jaarlijks	Voor de HAP, ambulance en SEH lijkt dit toegankelijk. Voor de GGZ en VVT is dit onduidelijk.
P05	Opnamestops SEH	Opnamestops of de SEH zijn een symptoom van te veel druk in de acute zorg. Doormiddel van ZC zouden patiënten die wel urgente, maar geen spoedvragen hebben, mogelijk naar een andere zorgverlener verwezen kunnen worden. Waardoor minder (onjuiste) patiënten de SEH bezoeken en er minder stops zijn. Ook bestaat het probleem dat bedden op de SEH (te) lang bezet worden door mensen met mentale problemen. Door beter bemiddeling rond doorplaatsing in ZC zou dit minder moeten worden. Dit sluit aan bij doel 2 van ZC. De indicator is van toepassing op SEH's.	Beperkt. Er zijn een groot aantal factoren die meespelen bij opnamestops van SEH. Onjuiste patiënten zijn slechts 1 onderdeel daarvan. Echter, kan de indicator in combinatie met andere indicatoren, mogelijk toch iets zeggen over bijvoorbeeld de adequate inzet van zorgbemiddeling bij GGZ-patiënten. Voor echte actionability zou je ook meer informatie willen hebben over de patiënten die de SEH bezoeken en de reden waarom. Is er voor vergelijking tussen regio's standaardisatie naar aantal inwoners nodig?	Deze gegevens worden door LNAZ verzameld, elk kwartaal gerapporteerd (NAVRAGEN!). Deze gegevens worden verzameld via het Landelijk Platform Zorgcoördinatie.	ROAZ-regio, SEH-niveau nog onduidelijk

Indicator nummer	Indicator naam	Relevantie	Begrijpbaarheid en actionability	Tijdigheid	Toegankelijkheid
		Hoe goed passen de indicatoren bij de doelen van Zorgcoördinatie? Wat zegt de indicator over de doelen van ZC? En hoe goed sluit de indicator aan bij een of meerdere schakels van de spoedketen?	Is de uitkomst van de indicator te interpreteren door de gebruiker/zorgverlener? Biedt de indicator aanknopingspunten voor vervolgcacties? Helpen ze bij het vaststellen van verbeterpunten/knelpunten	Zijn de uitkomsten op de indicatoren tijdig beschikbaar? En hoe vaak?	Is de uitkomst van de indicator voor iedereen toegankelijk?
P06	Mobiel zorgconsult	De relevantie van de indicator is tweeledig: aan de ene kant zou een afname van mobiele zorgconsulten kunnen volgen uit efficiëntere triage (geen onnodige inzet van ambulances). Aan de andere kant zegt een mobiel zorgconsult iets over efficiënte zorgverlening door de ambulance (geen onnodig vervoer naar SEH, omdat zorg direct geleverd is). Dit sluit aan bij de doelen 1, 2 en 3 van ZC. De indicator zegt iets over ambulancezorg en in mindere mate over triage in meldkamers.	De interpretatie van de indicator is ingewikkeld, doordat veranderingen door zowel triage als zorgverlening kunnen komen. Een duidelijk beeld bij wat er beoogd wordt te bereiken is daarom belangrijk. Ook deze indicator is vooral van meerwaarde in combinatie met anderen (zoals zorginzet of opname-stops).	Onbekend. Afhankelijk van RAVs	Waarschijnlijk of RAV-regio.
P07	Zorginzet 75+	Deze indicator past goed bij zorgcoördinatie, maar de interpretatie is lastig.	Interpretatie van deze indicator vind ik lastig. Wat betekent een toename wat betekent een afname? Hoe moeten we dat interpreteren. Wat is de onderliggende gedachte bij deze indicator. Je zou willen dat het aantal 75+ op de hap en de SEH zo klein mogelijk wordt. Maar dat heeft meer met goede zorg te maken elders in het systeem dan met zorgcoördinatie in de acute zorgketen.	Gegevens worden real time vastgelegd, maar dat betekent niet dat ze ook zo snel bruikbaar zijn. Dus onderliggende gegevens zijn beschikbaar near real time. Het beschikbaar krijgen ervan voor instanties die er iets mee kunnen is nog een uitdaging, zeker als je over verschillende regio's heen wilt kunnen kijken en vergelijken.	Dat kan maar daar moeten dingen voor worden geregeld. Een vergelijkingsplatform, datastromen, analyses. Dit is er deels, maar versnipperd.
P08	Toegewezen urgentiecode	Deze indicator past heel goed bij zorgcoördinatie. Sluit aan bij het doel om zo goed mogelijk om te gaan met schaarse hulpbronnen. Interpretatie en duiding zijn hierbij echter verre van vanzelfsprekend en risico op misinterpretatie en onverantwoord en onoordeelkundig gebruik van indicatoren ligt op de loer. Hiertegen dienen adequate maatregelen te worden genomen.	Actionable is deze informatie mits deze bij de juiste personen en instanties terecht komt. Dat moet dan dus wel goed gezekerd worden. Ook het aggregatieniveau waarop de informatie beschikbaar komt is hierbij van belang (landelijk, regio, organisatie, zorgverlener). Interpretatie is een aandachtspunt. Waar ga je op letten? Verschillen in de ontwikkeling. Is er een streefwaarde? En wat zijn dan de handelingsopties? Hoe beïnvloed je het proces?	De gegevens die hier nodig zijn worden routinematig vastgelegd bij iedere triagecontact. Dus onderliggende gegevens zijn beschikbaar near real time. Het beschikbaar krijgen ervan voor instanties die er iets mee kunnen is nog een uitdaging, zeker als je over verschillende regio's heen wilt kunnen kijken en vergelijken.	Dat kan maar daar moeten dingen voor worden geregeld. Een vergelijkingsplatform, datastromen, analyses. Dit is er deels, maar versnipperd.

Indicator nummer	Indicator naam	Relevantie	Begrijpbaarheid en actionability	Tijdigheid	Toegankelijkheid
		Hoe goed passen de indicatoren bij de doelen van Zorgcoördinatie? Wat zegt de indicator over de doelen van ZC? En hoe goed sluit de indicator aan bij een of meerdere schakels van de spoedketen?	Is de uitkomst van de indicator te interpreteren door de gebruiker/zorgverlener? Biedt de indicator aanknopingspunten voor vervolgacties? Helpen ze bij het vaststellen van verbeterpunten/knelpunten	Zijn de uitkomsten op de indicatoren tijdig beschikbaar? En hoe vaak?	Is de uitkomst van de indicator voor iedereen toegankelijk?
O01	Medewerkers-tevredenheid	Doel van zorgcoördinatie is dat patiënten sneller op de juiste plek belanden. Of dat ook gebeurt en hoe medewerkers dat ervaren is belangrijke informatie.	Actionable is deze informatie mits deze bij de juiste personen en instanties terecht komt. Dat moet dan dus wel goed gezekerd worden. Ook het aggregatieniveau waarop de informatie beschikbaar komt is hierbij van belang (landelijk, regio, organisatie, zorgverlener).	Dit wordt niet heel frequent uitgevraagd. Tenzij je er een constante monitoring van maakt. Dit is nog niet concreet afgesproken (?).	Nog onduidelijk voor wie deze informatie ter beschikking komt en op wel aggregatieniveau; landelijk, regio, organisatie, zorgverlener?
O02	Patiëntervaringen	Doel van zorgcoördinatie is dat patiënten sneller op de juiste plek belanden. Of dat ook gebeurt en hoe patiënten dat ervaren is belangrijke informatie.	Actionable is deze informatie mits deze bij de juiste personen en instanties terecht komt. Dat moet dan dus wel goed gezekerd worden. Ook het aggregatieniveau waarop de informatie beschikbaar komt is hierbij van belang (landelijk, regio, organisatie, zorgverlener).	Dit wordt niet heel frequent uitgevraagd. Tenzij je er een constante monitoring van maakt. Tenzij je het constant laat vastleggen in PREMS. Dit is nog niet concreet afgesproken (?).	Nog onduidelijk voor wie deze informatie ter beschikking komt en op wel aggregatieniveau; landelijk, regio, organisatie, zorgverlener?

Reliable/betrouwbaar

Indicator nummer	Indicator naam	Specificiteit	Betrouwbaarheid	Validiteit	Sensitiviteit
		Zijn de definities van de indicatoren eenduidig?	Is de bron van de gegevens waar de indicator mee berekend wordt gelijk tussen alle regio's?	Meet de indicator zo nauwkeurig mogelijk wat ze beogen te meten?	Is er een verandering te verwachten op de indicator als gevolg van de invoering van Zorgcoördinatie?
S01	Minimale eisen triage	Ja. De indicator bestaat uit de set minimale eisen uit het implementatieplan van VWS, die samen met de belanghebbende partijen is ontwikkeld.	Nee. Of aan een minimale eis is voldaan wordt volledig door de ROAZ-regio's zelf bepaald. Hier kunnen interpretatieverschillen door ontstaan.	Voldoende. Er wordt wel of niet aan een minimale eis voldaan. Wat niet kan worden weergegeven is of er deels aan de minimale eis wordt voldaan.	Ja. Naarmate ZC verder wordt ingevoerd zal er aan meer minimale eisen triage worden voldaan.
S02	Zelftriage	Ja. De indicator vraagt of zelftriage wel of niet is ingevoerd en of deze al dan niet gekoppeld is met het dossier van de HAP.	Nee. Of aan een minimale eis is voldaan wordt volledig door de ROAZ-regio's zelf bepaald. Hier kunnen interpretatieverschillen door ontstaan.	Voldoende. Zelftriage is wel of niet ingevoerd.	De indicator beschrijft de invoer van een triagemogelijkheid die bijdraagt aan de invoer van ZC.
S03	Triagist-patiënt verhouding	Ja. De indicator is gestandaardiseerd naar het aantal fte en naar 1000 inwoners in het verzorgingsgebied.	Het aantal inwoners per verzorgingsgebied wordt bepaald aan de hand van gegevens van CBS. Welke PC bij een verzorgingsgebied horen en het aantal fte is afhankelijk van de (sub-)regio's.	Ja, door de standaardisatie van aantal triagisten/centralisten naar fte en naar verzorgingsgebieden.	Ja en nee. Afhankelijk van de fase van implementatie van ZC en de wijzigingen die op dat moment plaats vinden, zal de uitkomst op de indicator veranderen. Bv. Door de invoer van zelftriage zou je verwachten dat er minder triagisten per 1000 patiënten nodig zijn. Echter, is een van de doelstellingen ook om de functie aantrekkelijker te maken, waardoor er misschien meer triagisten komen.
P01	Passende zorg na triage	De indicator wordt apart bepaald voor HAP en MKA. Beide wordt een vorm van geprotocolleerde triage toegepast, waaruit vervolgacties komen, waaronder advies, huisarts, ambulance, SEH. Op basis van deze gegevens en de daadwerkelijke consulten kan de indicator worden bepaald.	Voor de HAP zijn alle gegevens afkomstig uit het elektronische patiëntendossier, zoals ze worden vastgelegd tijdens het zorgproces. Voor de MKA geldt hetzelfde (maar weet ik nog niet hoe we aan de data komen).	Ja, doordat de gegevens worden geëxtraheerd uit het elektronisch patiëntendossier.	De verwachting is dat door ZC het percentage triagecontacten waarna de zorg is opgeschaald, ten opzichte van het advies, verminderd.

Indicator nummer	Indicator naam	Specificiteit	Betrouwbaarheid	Validiteit	Sensitiviteit
		Zijn de definities van de indicatoren eenduidig?	Is de bron van de gegevens waar de indicator mee berekend wordt gelijk tussen alle regio's?	Meet de indicator zo nauwkeurig mogelijk wat ze beogen te meten?	Is er een verandering te verwachten op de indicator als gevolg van de invoering van Zorgcoördinatie?
P02	Aantal triagecontacten	De indicator wordt apart bepaald voor HAP en MKA. Elk triage/meldkamer contact wordt gezien als elke triage die gestart wordt, nadat een patiënt contact zoekt. De indicator heeft nog wel een tijdsaanduiding nodig: aantal triagecontacten binnen? 24/48 uur?	Voor de HAP zijn alle gegevens afkomstig uit het elektronische patiëntendossier, zoals ze worden vastgelegd tijdens het zorgproces. Voor de MKA geldt hetzelfde (maar weet ik nog niet hoe we aan de data komen).	Ja, doordat de gegevens worden geëxtraheerd uit het elektronisch patiëntendossier.	Ja, maar de indicator moet altijd in samenhang gezien worden met andere indicatoren rond triage. De aanname is dat door ZC mensen sneller bij de juiste zorgverlener terecht komen en ze dus minder vaak hoeven te bellen.
P03	Uitstroom na triage	Nog onvoldoende. Met name om dat de start van het zorgconsult verschillend geïnterpreteerd kan worden: begin registratie huisarts, binnenkomst wachtkamer? Ook is het onduidelijk wat er vastgelegd wordt op de HAP locaties/visites. Is de start visite de vertrektijd of de aankomsttijd? Dan speelt reistijd ook een rol.	Dit zou tussen zorgverlener kunnen verschillen: wanneer opent iemand een consult in het HAP-HIS? Ook bestaan er mogelijk verschillen tussen de tijdsregistraties van visites. Dit zou eerst in kaart gebracht moeten worden.	Ja, doordat de gegevens worden geëxtraheerd uit het elektronisch patiëntendossier.	Onduidelijk nog, omdat er nog veel meer factoren van invloed zijn op de tijd tussen triage en contact.
P04	Zorginzet per sector	Ruimte voor verbetering. Per sector/sub indicator moet een duidelijk definitie komen van een contact. Ook moet er bij GGZ en VVT duidelijk worden welke contacten al acuut worden beschouwd.	Ondanks dat als aan de basisregistratie of declaratie gegevens gebruikt worden, kunnen er alsnog verschillen bestaan tussen regio's, vanwege regionaal/organisatie specifiek beleid rond registreren en declareren. Aanvullend kunnen die verschillen ook bestaan tussen zorgverleners. Echter geven deze bronnen wel de meest accurate weergave van de zorg die heeft plaatsgevonden.	Ja, doordat de gegevens (zoveel mogelijk) worden geëxtraheerd uit het elektronisch patiëntendossier.	De uitkomsten uit deze indicator zijn redelijk hoog-over en geven een overzicht over de acute zorg. Daarmee zijn ze opzichzelfstaand lastiger te verbinden aan vervolgacties. Wel zijn ze noodzakelijk om het grotere plaatje te monitoren en in samenhang met andere indicatoren.

Indicator nummer	Indicator naam	Specificiteit	Betrouwbaarheid	Validiteit	Sensitiviteit
		Zijn de definities van de indicatoren eenduidig?	Is de bron van de gegevens waar de indicator mee berekend wordt gelijk tussen alle regio's?	Meet de indicator zo nauwkeurig mogelijk wat ze beogen te meten?	Is er een verandering te verwachten op de indicator als gevolg van de invoering van Zorgcoördinatie?
P05	Opnamestops SEH	Nog niet. Definities aanpassen op die van het LNAZ/LPZ. SEH-stops korter dan 10 minuten worden geëxcludeerd en SEH-stops die elkaar binnen 15 minuten opvolgen worden gezien als één stop waar de duur wordt gezien als de starttijd van de eerste stop en de stoptijd van de laatste stop.	Ja. Gegevens komen uit het LPZ dat ambulance en SEH's gebruiken om real-time aan te geven of ze beschikbaar zijn.	Volgens de definities van LNAZ wel.	Beperkt. Er zijn een groot aantal factoren die meespelen bij opnamestops van SEH. Onjuiste patiënten zijn slechts 1 onderdeel daarvan. Echter, kan de indicator in combinatie met andere indicatoren, mogelijk toch iets zeggen over bijvoorbeeld de adequate inzet van zorgbemiddeling bij GGZ-patiënten.
P06	Mobiel zorgconsult	Ja. Mobielzorgconsult is een consultvorm in de ambulance zorg, die alleen na zorgvuldig onderzoek wordt vastgesteld. Door de zorgverlener op de ambulance en wordt geregistreerd.	Registratie en extractieverschillen kunnen tot verschillen tussen regio's leiden.	Ja. Mobielzorgconsult is een consultvorm in de ambulance zorg, die alleen na zorgvuldig onderzoek wordt vastgesteld. Door de zorgverlener op de ambulance en wordt geregistreerd.	Beperkt. Omdat interventies zowel op een afname en een toename kunnen richten.
P07	Zorginzet 75+	Op zich is het een simpele indicator die ook simpel te berekenen is. Maar de betekenis is verre van eenduidig.	Ja in principe wel.	Het is onduidelijk wat er beoogd wordt met deze indicator.	Dat is onduidelijk. Het mechanisme hierachter is onhelder.
P08	Toegewezen urgentiecode	Onderliggende data zijn helder gedefinieerd. Maar dat geldt nog niet voor de vraag welke gegevens op elkaar gedeeld moeten worden en wat er met elkaar zal worden vergeleken.	De gegevensbronnen zijn vergelijkbaar als de triageprocessen vergelijkbaar worden gemaakt. Als alle huisartsenspoedposten dezelfde indelingen hanteren, dezelfde systemen, dezelfde classificatiesystemen. Dat is bij de huisartsenspoedposten grotendeels het geval, maar bij de meldkamers niet.	De interpretatie van deze indicator is verre van eenduidig en afhankelijk van de lokale context. Zinnige vergelijking is alleen mogelijk als daarin de context wordt betrokken. Hiervoor kunnen maatregelen worden genomen bij de berekening van de indicator (bijvoorbeeld casemix variabelen er in betrekken), maar belangrijker is nog om er over met elkaar in gesprek te gaan.	Twijfelachtig. Zorgcoördinatie moet leiden tot betere toe geleiding van patiënten naar de juiste zorgverlener. Of dit lukt zou je moeten kunnen afleiden uit een bijvoorbeeld een afname van het aantal laag urgente triagecontacten op de huisartsenspoedpost.

Indicator nummer	Indicator naam	Specificiteit	Betrouwbaarheid	Validiteit	Sensitiviteit
		Zijn de definities van de indicatoren eenduidig?	Is de bron van de gegevens waar de indicator mee berekend wordt gelijk tussen alle regio's?	Meet de indicator zo nauwkeurig mogelijk wat ze beogen te meten?	Is er een verandering te verwachten op de indicator als gevolg van de invoering van Zorgcoördinatie?
O01	Medewerkerstevredenheid	Nee, met medewerkerstevredenheid kun je nog alle kanten op. Wat is het waarnaar we op zoek zijn? Dit kan ook in de loop van de tijd wijzigen.	Dat kan maar het hoeft niet. Er kunnen regionaal aandachtspunten zijn waarover specifieke informatie nodig is. Omstandigheden kunnen zich wijzigen in de tijd, waardoor andere informatie nodig is, of waardoor de betekenis van bepaalde uitkomsten verandert.	In principe hoeft dit geen probleem te zijn, mits er goed gefundeerde keuzes gemaakt worden, en ter zake kundige personen meedenken.	Idem
O02	Patiëntervaringen	Nee, met patiëntervaringen kun je nog alle kanten op. Wat is het waarnaar we op zoek zijn? Dit kan ook in de loop van de tijd wijzigen.	Dat kan maar het hoeft niet. Er kunnen regionaal aandachtspunten zijn waarover specifieke informatie nodig is. Omstandigheden kunnen zich wijzigen in de tijd, waardoor andere informatie nodig is, of waardoor de betekenis van bepaalde uitkomsten verandert.	In principe hoeft dit geen probleem te zijn, mits er goed gefundeerde keuzes gemaakt worden, en ter zake kundige personen meedenken.	Idem

Feasible/haalbaar

Indicator nummer	Indicator naam	Meetbaarheid/data beschikbaarheid	Meetbaarheid/frequentie	Meetbaarheid/niveau	Governance
		Is de data al beschikbaar en waar is de data beschikbaar?	Hoe vaak en op welke termijn is de data beschikbaar?	Op welk regio niveau is de data beschikbaar: sub-regio, ROAZ, landelijk. Kleinste niveau mogelijk.	Zijn er beperkingen/regelpunten vanuit de governance die van invloed zijn op de indicator en gebruik van onderliggende data
S01	Minimale eisen zorgcoördinatie	De data beschikbaarheid is volledig afhankelijk van de gegevens die de ROAZ en sub-regio's aanleveren.	De meetbaarheid/frequentie is afhankelijk van de ROAZ en sub-regio's en welke afspraken hierover gemaakt worden.	In principe zou de indicator op sub-regio niveau beschikbaar kunnen zijn.	Nee. Afstemming met regio's over weergave niveau is wel noodzakelijk.
S02	Zelftriage	De data beschikbaarheid is volledig afhankelijk van de gegevens die de ROAZ en sub-regio's aanleveren.	De meetbaarheid/frequentie is afhankelijk van de ROAZ en sub-regio's en welke afspraken hierover gemaakt worden.	In principe zou de indicator op sub-regio niveau beschikbaar kunnen zijn.	Nee. Afstemming met regio's over weergave niveau is wel noodzakelijk.
S03	Triagist-patiënt verhouding	De data waarop deze indicator berust kan verzameld worden uit verschillende bronnen: - fte triagisten per HDS: benchmark InEen - fte centralisten per RAV: opvragen in ROAZ/RAV regio's - inwoneraantallen per PC4: CBS - PC gebieden per HDS/RAV: Nivel, HDSen, RAVs	Dit zou in principe jaarlijks meetbaar gemaakt kunnen worden.	Beschikbaar op HDS/RAV niveau	Ja. Gegevens uit de InEen benchmark en Nivel Zorgregistraties worden alleen na opt-out vraag aan HDSen gedeeld. CBS-gegevens (zonder leeftijd/geslacht uitsplitsing) zijn vrij verkrijgbaar. Gegevens vanuit meldkamer moet worden afgestemd met RAVs.
P01	Passende zorg na triage	De data waarop deze indicator berust kan verzameld worden uit verschillende bronnen: - Deel HDSen: NZR - overige HDSen: ICT-leveranciers? Of aansluiten NZR. - MKA: via RAV opvragen? ICT-leveranciers?	Afhankelijk van de bron zou dit maandelijks/jaarlijks mogelijk zijn.	Beschikbaar op HDS/RAV niveau	Ja, gegevens op HDS-niveau worden alleen gedeeld na expliciete toestemming van de HDSen. Ook landelijke gemiddelden moeten de governance van Nivel Zorgregistraties volgen.
P02	Aantal triagecontacten	De data waarop deze indicator berust kan verzameld worden uit verschillende bronnen: - Deel HDSen: NZR - overige HDSen: ICT-leveranciers? Of aansluiten NZR. - MKA: via RAV opvragen? ICT-leveranciers?	Afhankelijk van de bron zou dit maandelijks/jaarlijks mogelijk zijn.	Beschikbaar op HDS/RAV niveau	Ja, gegevens op HDS-niveau worden alleen gedeeld na expliciete toestemming van de HDSen. Ook landelijke gemiddelden moeten de governance van Nivel Zorgregistraties volgen.

Indicator nummer	Indicator naam	Meetbaarheid/data beschikbaarheid	Meetbaarheid/frequentie	Meetbaarheid/niveau	Governance
		Is de data al beschikbaar en waar is de data beschikbaar?	Hoe vaak en op welke termijn is de data beschikbaar?	Op welk regio niveau is de data beschikbaar: sub-regio, ROAZ, landelijk. Kleinste niveau mogelijk.	Zijn er beperkingen/regelpunten vanuit de governance die van invloed zijn op de indicator en gebruik van onderliggende data
P03	Uitstroom na triage	Vanaf 2025 zou de indicator in theorie bepaald kunnen worden voor HDSen binnen Nivel Zorgregistraties. Voor de overige HDSen zou dit via de ICT-leverancier bepaald kunnen worden. Voor VVT en GGZ worden dit soort gegevens nog niet vastgelegd.	Afhankelijk van de bron zou dit maandelijks/jaarlijks mogelijk zijn.	Beschikbaar op HDS-niveau	Ja, gegevens op HDS-niveau worden alleen gedeeld na expliciete toestemming van de HDSen. Ook landelijke gemiddelden moeten de governance van Nivel Zorgregistraties volgen.
P04	Zorginzet per sector	De databeschikbaarheid verschilt per zorgverlener: - HAP: Merendeel HDSen via NZR of regiobeelden - Ambulance: via monitor acute zorg NZa? - SEH: via monitor acute zorg NZa? Vektis data? Of regiobeelden - GGZ: verdieping regiobeelden? Verschilt per regio - VVT: verdieping regiobeelden? Gebruik regiobeelden moeten we nader onderzoeken. Niet elke regio lijkt actuele data te gebruiken.	Jaarlijks	Beschikbaar op HDS, SEH, RAV-niveau GGZ en VVT onbekend.	Voor het weergeven op organisatieniveau is toestemming vragen noodzakelijk. Voor het gebruik van gegevens uit bestaande registratie of declaratiegegevens van Vektis zijn aanvraagprocedures en governance dingen van toepassing.
P05	Opnamestops SEH	Via LNAZ: https://www.lnaz.nl/nieuws/seh-stops-in-kwartaal-3-van-2023	Elk kwartaal? Afstemming met LNAZ.	Beschikbaar op ROAZ-regio. Mogelijk ook per SEH.	In overleg met LNAZ.
P06	Mobiel zorgconsult	Nee. Deze moet opgevraagd worden bij RAVs of de ICT-leveranciers die zij gebruiken	Afhankelijk van de wens kan een toekomstige extractiefrequentie daarop aangepast worden.	RAV	?
P07	Zorginzet 75+	Ja, die is beschikbaar bij elke huisartsenspoedpost en bij iedere SEH.	Van de spoedposten is maandelijks wel statistiek te maken. Van de SEH's weet ik het niet. Wel bij individuele SEH's maar er is volgens mij nu geen infrastructuur om die gegevens centraal bij elkaar te brengen.	Deze gegevens worden op individueel patiënt/contactniveau vastgelegd en kunnen in principe naar ieder bovenliggend niveau worden geaggregeerd. Maar daarvoor moeten wel allerlei maatregelen worden genomen. Organisatorisch, juridisch en technisch.	Ja er zijn beperkingen. Er is geen systeem waarmee data op een gelijke manier worden geanalyseerd in verschillende regio's. En er is ook geen adequate data governance.

Indicator nummer	Indicator naam	Meetbaarheid/data beschikbaarheid	Meetbaarheid/frequentie	Meetbaarheid/niveau	Governance
		Is de data al beschikbaar en waar is de data beschikbaar?	Hoe vaak en op welke termijn is de data beschikbaar?	Op welk regio niveau is de data beschikbaar: sub-regio, ROAZ, landelijk. Kleinste niveau mogelijk.	Zijn er beperkingen/regelpunten vanuit de governance die van invloed zijn op de indicator en gebruik van onderliggende data
P08	Toegewezen urgentiecode	De benodigde gegevens worden routinematig vastgelegd bij ieder triagecontact. Daar is geen extra registratielast mee gemoeid.	Indicator is goed meetbaar, ook al zijn er verschillen tussen meldkamers en huisartsenspoedposten in de manier waarop urgentiecategorieën worden gebruikt.	Deze gegevens worden op individueel patiënt/contactniveau vastgelegd en kunnen in principe naar ieder bovenliggend niveau worden geaggregeerd. Maar daarvoor moeten wel allerlei maatregelen worden genomen. Organisatorisch, juridisch en technisch.	Gegevens van meldkamers zijn nog niet voldoende ontsloten voor secundair gebruik. Gegevens over triage op de huisartsenspoedpost zijn beschikbaar bij het Nivel, landelijk dekkend.
O01	Medewerkerstevredenheid	Nee, geen data voor beschikbaar. En ook geen infrastructuur om data te gaan verzamelen. Dit zal allemaal nog moeten worden bedacht.	Één keer per 2 jaar zou je vragenlijsten kunnen uitzetten. Je kunt ook proberen om te verwerken in PREMS.	Dit moet verder nog worden uitgedacht.	Dit moet verder nog worden uitgedacht.
O02	Patiëntervaringen	Nee, geen data voor beschikbaar. En ook geen infrastructuur om data te gaan verzamelen. Dit zal allemaal nog moeten worden bedacht.	Één keer per 2 jaar zou je vragenlijsten kunnen uitzetten. Je kunt ook proberen om te verwerken in PREMS.	Dit moet verder nog worden uitgedacht.	Dit moet verder nog worden uitgedacht.