



Overzicht aangeleverde documentatie

Ter beoordeling expertteam

-

15-03-2022

4. Concentratie van COVID-zorg op een bestaande locatie

1.

LTAZ - COVID

ROAZ Zwolle

LTAZ – COVID

LANGE TERMIJN ACUTE ZORG voor COVID-19 overlevenden



Team

5.1.2e

Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn

5.1.2e

5.1.2e

Klimmendaal

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Zorggroep Apeldoorn



Aanleiding

COVID-19 zal een integraal onderdeel worden van (seizoensgebonden) zorgvraag. Tijdens golven met extra patiënten is er onvoldoende capaciteit om alle zorgvraag op te vangen. Met name patiënten met langdurige zorgbehoefte consumeren capaciteit, zowel op IC, in het ziekenhuis als in de VVT. Bij toekomstige uitbraken met ernstig ziekmakende virusvarianten en noodzakelijke IC-opnames dreigt afschaling van U3 (en soms U2) zorg en daardoor gezondheidsschade en oversterfte.

Daarom is er een **expertteam** opgericht, dat onderzoekt wat nodig is om vanaf september 2022 de COVID-ziekenhuiszorg zodanig op te schalen en te vergroten dat de reguliere zorg in het najaar/winter van 2022-2023 zoveel mogelijk doorgang kan vinden bij een nieuwe opleving van COVID. In het licht van haar opdracht organiseert het expertteam pilots in samenspraak met betrokken partijen.

Doel Document:

Dit document informeert het expertteam over de inrichting, potentie, de impact op de doorgang van de kritiek planbare zorg (U3) en/of niet-kritiek planbare zorg (U4 en U5) en randvoorwaarden voor realisatie van een **LTAZ-faciliteit** (Lange Termijn Acute Zorg).

beloop van COVID-19 en IC-opname

- Typisch beloop is een ongevaccineerde patient die binnen een week na 1e symptomen op de SEH komt
- Vervolgens opname longafdeling met O2/optiflow
- Ca 20% van die patienten komt naar de IC
- Meeste IC patienten met COVID-19 zijn binnen 2 weken weer retour longafdeling
- Ongeveer 25% van de patienten ligt langer dan 2 weken op de IC, o.a. door noodzaak dialyse, aspergillose, reactivatie HSV/CMV.
- Ca 50% van die patienten ligt langer dan 4 weken op de IC door ernstige spierzwakte en noodzaak tot IC revalidatie.

LTAZ-COVID Afdeling

- Multidisciplinaire afdeling, speciaal ingericht voor langdurige acute IC-zorg gericht op reconditionering en revalidatie na de COVID-19;
- Is bedoeld voor periode ná de acute fase van de IC behandeling;
- Patienten hebben een IC-indicatie met stabiele vitale functies;
 - Zijn nog wel degelijk beademingsafhankelijk (vaak tracheostoma)
 - Zijn gemotiveerd voor revalidatiezorg;
 - Hebben een levensverwachting van >1 jaar;
- Biedt overname capaciteit voor andere ziekenhuizen bij bv pandemie-pieken;
- Biedt individuele optimalisatie van revalidatiezorg voor IC patiënten;
- Op dit moment uniek concept in Nederland

Waarom LTAZ COVID?

Voordelen Kwaliteit van zorg

- Verhoging kwaliteit van zorg en van leven
- Verlagen complicaties
- Versnelling van het herstelproces
- Vergroten zelfredzaamheid
- Minder heropnames en nadien minder polibezoeken



Voordelen Aanbod zorg

- Betere doorstroming & reduceren ligduur op IC
- Lagere druk op IC
- Afname van uitgestelde zorg
- Minder/geen afschaling verpleeg capaciteit
- Leveren van netwerkzorg



Voordelen Maatschappij

- Patiënten krijgen betere zorg voor lagere kosten.
- Minder oversterfte
- Sneller herstel naar maatschappelijk functioneren van patiënten.



Waarom LTAZ COVID?

-  Voorkomen van uitstel van kritiek planbare zorg in de regio
-  Verplaatsen van zorg buiten het ziekenhuis
-  Het leveren van zorg in een netwerk, met de patiënt centraal
-  Patiënt krijgt multidisciplinaire zorg, revalidatie start direct. de juiste zorg voor die patiënt.



Kortom:



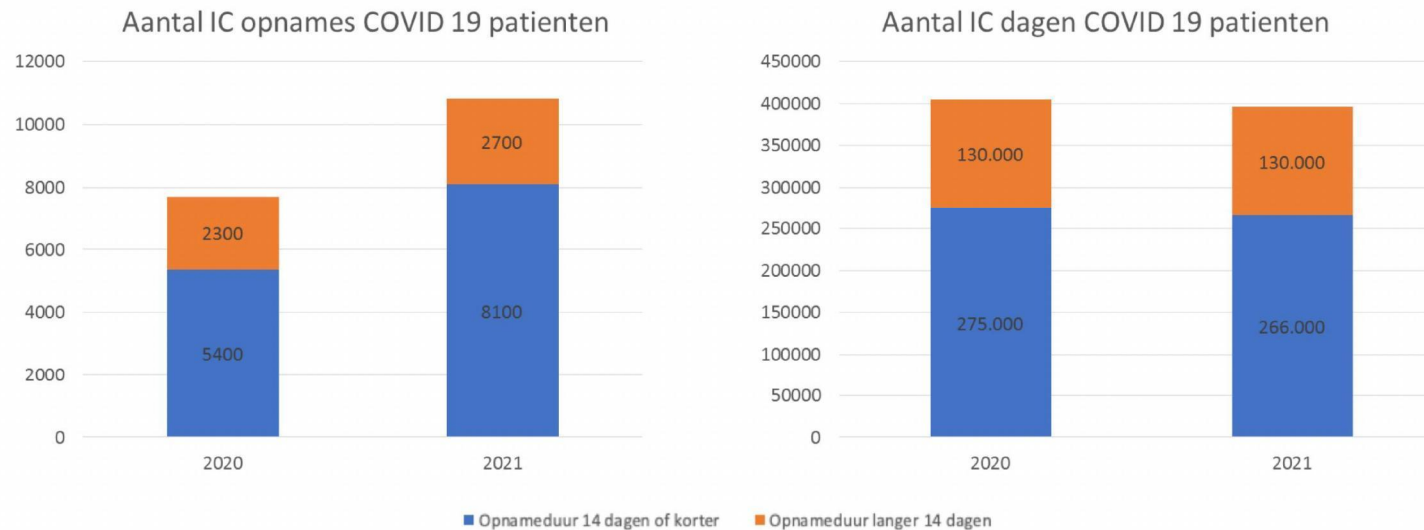
Inrichting LTAZ COVID afdeling

- Inzet van standaard modules die als IC, ZH-bed, VVT-bed, kantoor, overlegkamer, gebedsruimte of hospice kunnen worden aangepast maakt dynamische opschaling en afschaling mogelijk
- Per regio zal de gedifferentieerde behoefte verschillen, o.a. afhankelijk van historie, demografie en personele beschikbaarheid
- Per ROAZ 1 à 2 van dergelijke modulaire uitbreidingen zodat een dynamisch harmonica model ontstaat die als amoebe alle extra zorgvraag kan bedienen
- Met name patiënten met langdurige zorgbehoefte consumeren capaciteit, zowel op IC, in ziekenhuis, in revalidatie-instellingen en in de VVT

Potentie LTAZ COVID

De langdurige COVID-19 patiënten (>14 dagen) zouden na 14 dagen overgeplaatst kunnen worden naar een LTAZ afdeling.

Het gaat dan om **27 %** van de patiënten. *



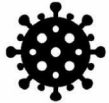
* Aantallen op basis van nationale NICE registratie

Potentie in IC-regio MONICO



IC-regio MONICO omvat **11% landelijk capaciteit**

- ROAZ Zwolle: Zwolle, Apeldoorn, Zutphen, Harderwijk, Hardenberg, Deventer
- ROAZ Euregio: Enschede, Almelo, Winterswijk



- 250 COVID IC opnames per jaar met een ligduur > 14 dagen
- Dit gaat om **2750 IC dagen** die verplaatst kunnen worden naar een LTAZ afdeling



- Vanwege bufferfunctie moeten **20 bedden** ingericht worden om deze patiënten op te vangen.

Continuïteit U3/U2 zorg in IC-regio MONICO



benodigd per dag voor electieve U3 zorg (cardiochirurgie, neuro, etc.)
(gecorrigeerd voor wekdagen)

- ROAZ Zwolle: Isala: 6 IC bedden
- ROAZ Euregio: MST: 3 IC bedden



benodigd per dag voor acute zorg, post-OK zorg en centrumfuncties

- ROAZ Zwolle: 7 IC bedden
- ROAZ Euregio: 4 IC bedden



- Om continuïteit van de de U3/U2 gerelateerde IC zorg te kunnen borgen
zijn dus dagelijks **20 IC bedden** nodig

Randvoorwaarde voor realisatie

- ✓ Commitment van betrokkenen; inhoudelijk en bestuurlijk
 - Convenant ondertekend tussen 3 betrokken partijen
 - Gelre Ziekenhuizen (MSZ), Klimmendaal (MSR) en ZG-Apeldoorn (GRZ)
- ✓ Commitment ROAZ en MONICO
- ✓ Expertise om LTAZ-COVID afdeling op te zetten
 - Erkende expertisecentra IC-Gelre en revalidatiecentrum Klimmendaal
- ✗ Financiering opstartfase en exploitatie

Wat is er al ontwikkeld?

- Gedragen plan van aanpak, opgesteld met alle ketenpartners
- Bestuurlijk wederzijds commitment met ketenpartners
- Business case
- Doelmatigheidsplan
- Evaluatieplan

Vervolgstappen



Ondersteuning van expert groep



Aanstellen projectmanager en projectgroep



Project financiering organiseren

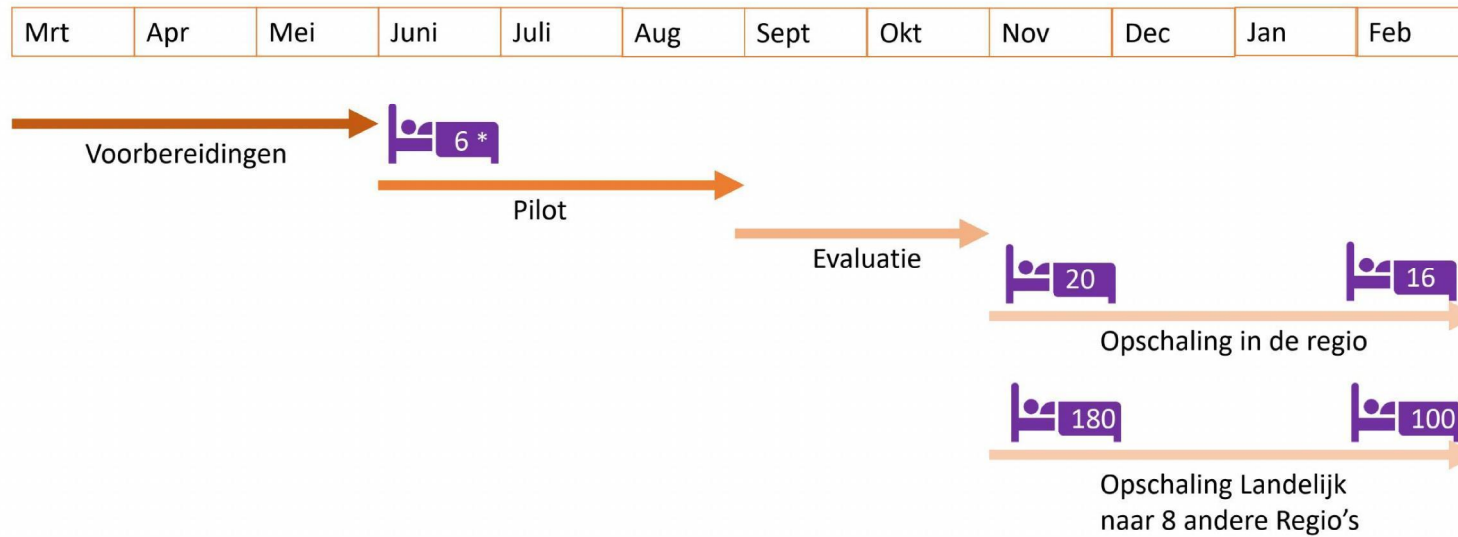


Aanstelling logistiek manager



Start voorbereiding volgens projectplan

Tijdspad



* Inschatting van het gerealiseerde LTAZ Covid bedden

4. Concentratie van COVID-zorg op een bestaande locatie

2. Initiatief Gupta

Gupta Strategists



VERTROUWELIJK

COVID-IC van de toekomst

Amsterdam, 16 december 2021

Dit rapport is uitsluitend bestemd voor gebruik door de cliënt. Niets uit dit rapport mag worden verspreid, geciteerd of gereproduceerd voor distributie buiten de eigen organisatie zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Gupta Strategists. Dit materiaal werd gebruikt door Gupta Strategists tijdens een mondelinge presentatie, en is niet het volledige verslag van de gevoerde discussie.

Agenda

VERTROUWELIJK

Achtergrond: Er is een strategie voor de COVID-zorgcapaciteit op middellange termijn nodig

Toelichting: IC van de toekomst

Vervolg

COVID wordt waarschijnlijk endemisch en er wordt landelijk gedacht over een strategie met aandacht voor zorgcapaciteit

VERTROUWELIJK

COVID wordt waarschijnlijk endemisch...

“Nederland moet zich voorbereiden op de mogelijkheid dat we nog jaren zullen leven met het coronavirus, met grote gevolgen voor de zorg, maar ook voor andere beleidsterreinen”

(Navigeren en anticiperen in onzekere tijden, WRR en KNAW¹)

... en er wordt landelijk gedacht over een strategie



Nog deze winter wil het kabinet gaan experimenteren met aparte coronaziekenhuizen. Door de zorg voor coronapatiënten samen te brengen, hoopt het andere ziekenhuizen te ontzien.

Pepijn de Lange 3 december 2021, 16:39

Om de gevolgen van corona te beperken zijn diverse maatregelen nodig, focus dit document ligt op vergroten IC-capaciteit

VERTROUWELIJK

Maatregelen om effect pandemie te bestrijden

Huidige crisis indammen

- Maatregelen om besmettingen te beperken
- Vaccineren incl. snelle inzet van boosters

Minder patiënten in ziekenhuis en op de IC

Binnen en buiten het ziekenhuis zijn initiatieven om instroom te voorkomen en uitstroom te versnellen, o.a.

- Door zuurstof thuis hoeven minder patiënten naar het ziekenhuis
- Inzet van ELV-bedden als tijdelijk verblijf zorgt ervoor dat patiënten korter in het ziekenhuis liggen
- Medicatie-ontwikkeling kan ligduur verkorten

Capaciteit vergroten

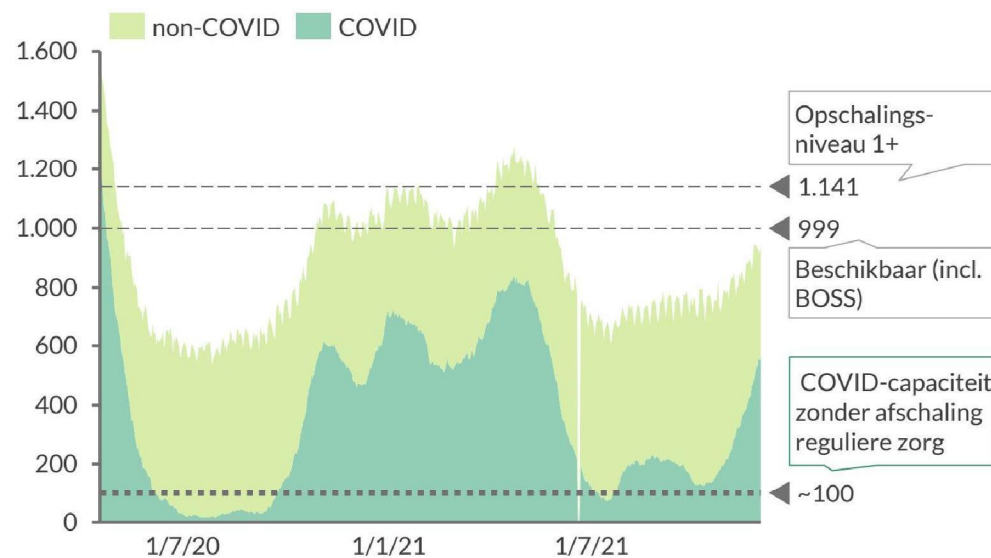
Focus dit document

- Capaciteit van IC en kliniek blijft bottleneck in de keten, vergroten capaciteit is daarom noodzakelijk
- Focus dit document ligt op vergroten IC-capaciteit, kliniek vergt nader onderzoek

Op dit moment is de IC-capaciteit alleen voldoende om de vraag in de zomer aan te kunnen zonder effect op reguliere zorg

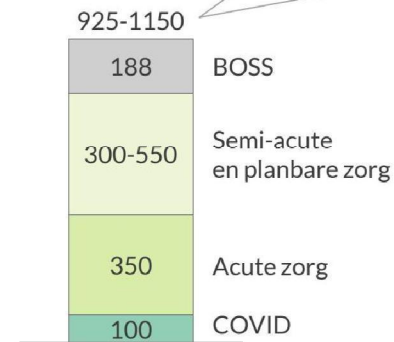
VERTROUWELIJK

Bezetting IC op basis van historische data
[# bedden, 17/4/21 tot 29/11/21]



Capaciteit IC naar type zorg
[# bedden, regulier – niveau 1+]

Bij reguliere bezetting is er capaciteit voor 100 COVID-patiënten. Bij opschaling wordt het aantal bedden uitgebreid en semi-acute en planbare zorg afgeschaald om ruimte te creëren voor COVID-patiënten.



De capaciteit is lager dan in de 1e golf en door extra druk op klein deel medewerkers is kans op doorzetten negatieve spiraal groot

VERTROUWELIJK

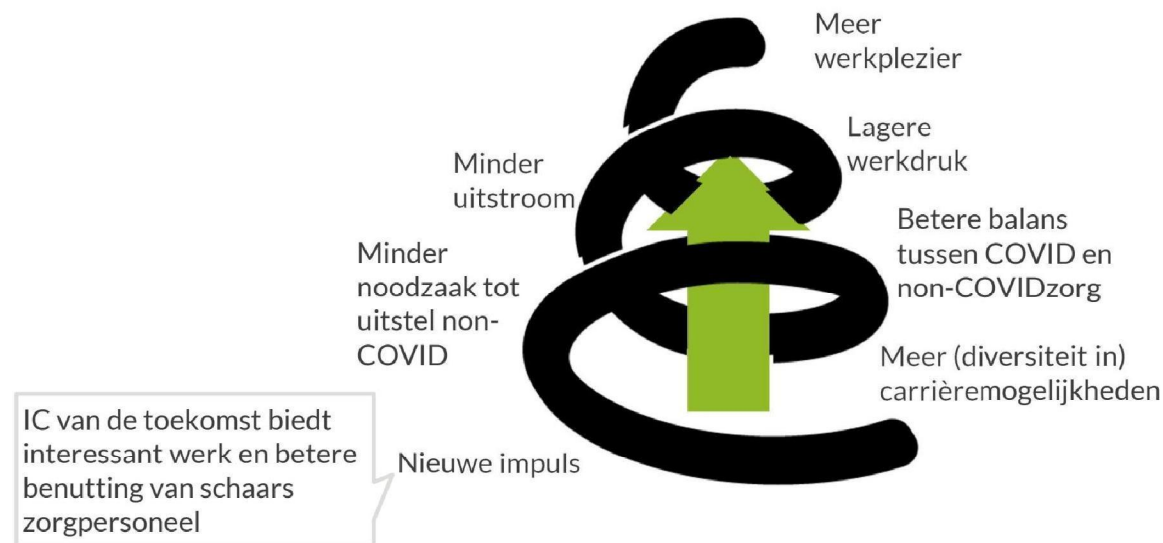
COVID zorgt voor extra druk op kleine groep en leidt er toe dat capaciteit verder afneemt



Doel is neerwaartse spiraal te doorbreken door innovatieve manier van werken met concentratie van zorg in COVID-IC van de toekomst

VERTROUWELIJK

Door concentratie van COVID-zorg in IC¹ van de toekomst is negatieve spiraal te keren



COVID-IC van de toekomst in Amsterdam biedt nieuwe werkwijze om meer patiënten te helpen met behoud kwaliteit en werkplezier

VERTROUWELIJK

Toelichting COVID-IC van de toekomst

Op de IC van de toekomst worden COVID-patiënten waar mogelijk behandeld in een gestandaardiseerde setting, met



- **Clustering van zorg** – Een deel van de COVID-patiënten heeft mono-organafalen en grotendeels geprotocolleerde IC-zorg nodig. Deze patiënten worden bij elkaar behandeld om met minder mensen meer patiënten te kunnen helpen



- **Superviserende rol voor IC-verpleegkundigen** – IC-verpleegkundigen zijn niet meer continu aan het bed aanwezig, maar coördineren de zorg en sturen nieuw opgeleide taakspecifieke ondersteuners aan



- **Taakdifferentiatie** – Door anders samen te werken en taken anders te verdelen kunnen nieuwe groepen ingezet worden in de zorg en ontstaan doorgroeimogelijkheden op de IC en in de kliniek



- **Inzet van technologie** – Remote monitoring, slimme algoritmes en optimale communicatie zorgen ervoor dat minder mensen nodig zijn voor COVID-zorg



- **Concentratie van zorg in deel ziekenhuizen** – Door COVID-zorg te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen, wordt zorg daar efficiënter en verstoort het processen in andere ziekenhuizen niet

Voorstel is om deze opzet te testen en te optimaliseren in een proeftuin in Amsterdam, waarbij het perspectief landelijke opschaling is

Agenda

VERTROUWELIJK

Achtergrond: Er is een strategie voor de COVID-zorgcapaciteit op middellange termijn nodig

Toelichting: IC van de toekomst

- Werkwijze biedt carrièreperspectief en mogelijkheden voor nieuwe groepen
- Meer patiënten helpen met schaars personeel
- Schaalgrootte mogelijk door concentratie van zorg
- Randvoorwaarden

Vervolg

Een ziekenhuis met IC van de toekomst optimaliseert werkwijze

VERTROUWELIJK

COVID-IC van de toekomst
[Illustratief]



Meer patiënten helpen met schaars personeel

IC: minimaal 20 COVID-patiënten



Bij 63% van de ligdagen is clustering mogelijk¹, met 1 IC-verpleegkundige op 6 patiënten

Bij COVID-zorg bij meerdere orgaanfalen is clustering niet mogelijk en blijft verhouding 1:2

Kliniek: minimaal 80 COVID-patiënten

Concentratie van IC-zorg heeft ook gevolgen voor zorg in kliniek: voor elk IC-bed zijn 3 á 4 bedden in de kliniek nodig (opties uit te werken in proeftuinopzet)

Werkwijze op COVID-IC wordt geoptimaliseerd met superviserende rol voor IC-verpleegkundige, taakdelegatie en inzet technologie. Dit biedt carrièreperspectief en maakt inzet andere groepen mogelijk



Schaalgrootte van de COVID-IC vereist samenwerking met andere ziekenhuizen in regio

Agenda

VERTROUWELIJK

Achtergrond: Er is een strategie voor de COVID-zorgcapaciteit op middellange termijn nodig

Toelichting: IC van de toekomst

- **Werkwijze biedt carrièreperspectief en mogelijkheden voor nieuwe groepen**
- Meer patiënten helpen met schaars personeel
- Schaalgrootte mogelijk door concentratie van zorg
- Randvoorwaarden

Vervolg

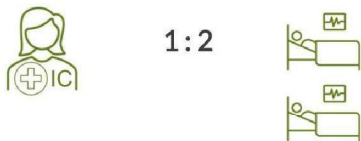
Veranderende rol van IC-verpleegkundige met taakdelegatie en inzet technologie maken het mogelijk meer patiënten te helpen

VERTROUWELIJK

Standaardsituatie

Integrale benadering vanuit de verpleegkundige

IC-verpleegkundige heeft hands-on rol

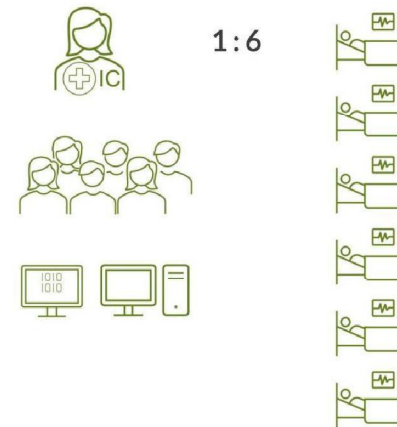


- Taakdelegatie
- Technologische ondersteuning
- ...

COVID-IC van de toekomst

Zoveel mogelijk patiënten helpen met voldoende kwaliteit en behoud werkplezier en nieuwe uitdaging

IC-verpleegkundige heeft superviserende rol



Nieuwe rollen bieden interessanter werk en carrièreperspectief en maken het mogelijk nieuwe groep aan te spreken

VERTROUWELIJK

Nieuwe rollen en verantwoordelijkheden
[eerste indicatie, nader in te vullen in vervolg]



Nieuwe verantwoordelijkheden creëren **meer** carrièreperspectief

Nieuwe manier van werken maakt ruimte voor nieuwe rollen en functies. Hiermee wordt werken in het ziekenhuis aantrekkelijk voor **nieuwe groepen medewerkers die nu niet in de ziekenhuiszorg werken:**

- samenwerking met MBO/ROC voor leerlingen lijkt kansrijk, dit vraagt om uitwerking van o.a. de duur en vorm van de opleiding in de proeftuinopzet

Belangrijk punt in uitwerking proeftuinopzet is invulling van taakdifferentiatie (welke taken per functie). Op basis hiervan kunnen aantallen medewerkers per functie worden vastgesteld

Agenda

VERTROUWELIJK

Achtergrond: Er is een strategie voor de COVID-zorgcapaciteit op middellange termijn nodig

Toelichting: IC van de toekomst

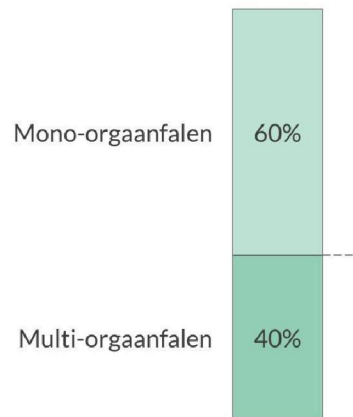
- Werkwijze biedt carrièreperspectief en mogelijkheden voor nieuwe groepen
- Meer patiënten helpen met schaars personeel
- Schaalgrootte mogelijk door concentratie van zorg
- Randvoorwaarden

Vervolg

In bijna twee derde van de IC-ligdagen van COVID-patiënten lijkt clustering mogelijk

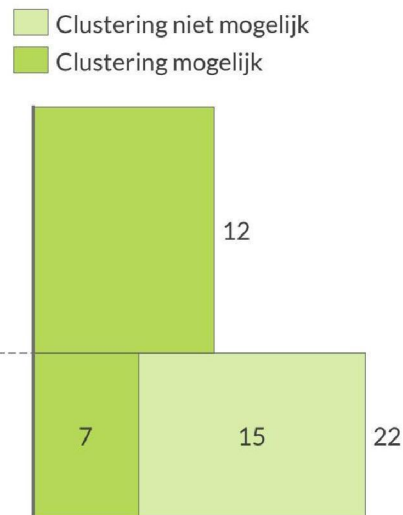
VERTROUWELIJK

Type COVID-patiënten
[%]



60% van de patiënten heeft mono-orgaanfalen, 40% ontwikkelt multi-orgaanfalen

Gemiddelde IC-ligduur per type
[dagen per type patiënt]



Zorg voor multiorgaanfalen-patiënten kan 1 week geclusterd (met reguliere IC nabij), daarna niet

Gemiddelde IC-ligduur
[dagen gemiddelde patiënt]

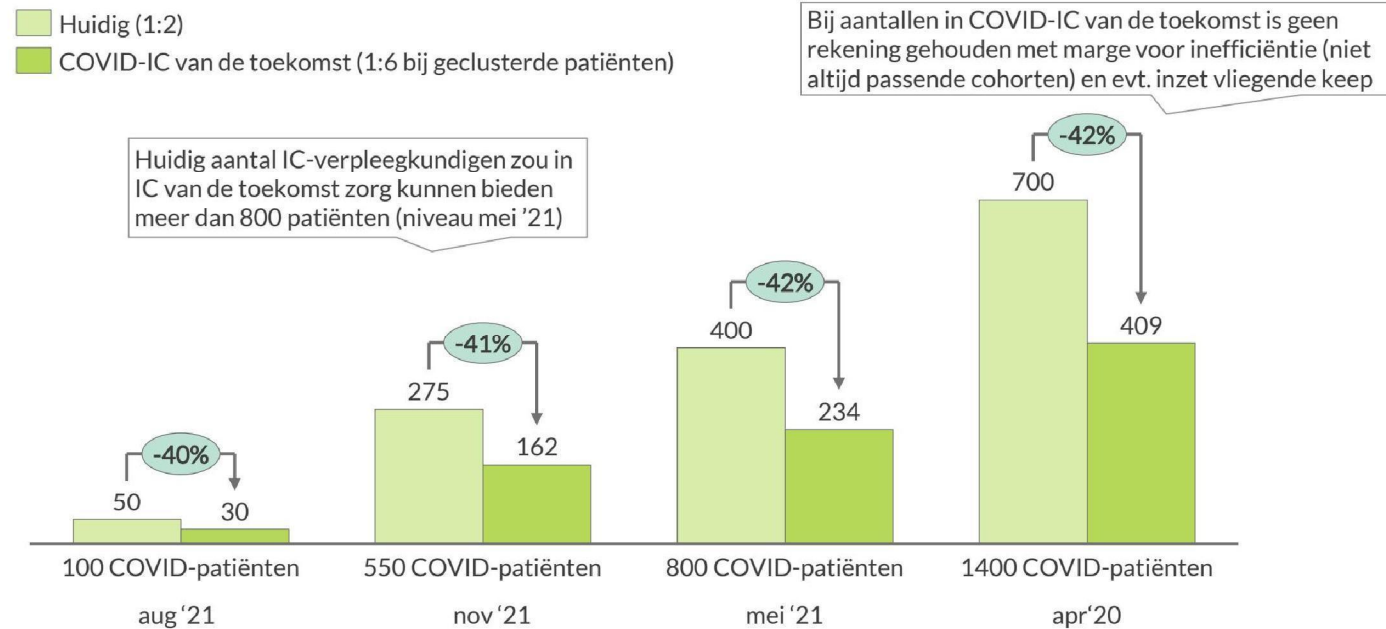


Dit betekent dat 63% van de IC-ligdagen geclusterd kan

Door clustering van patiënten in COVID-IC van de toekomst kunnen IC-verpleegkundigen meer patiënten helpen

VERTROUWELIJK

Aantal IC-verpleegkundigen per dienst dat nodig is voor de zorg voor COVID-patiënten¹
[verschillende scenario's]



1) Aantallen patiënten en IC-verpleegkundigen zijn op hele getallen naar boven afgerond voor zowel het geclusterde als voor het niet geclusterde deel
Bron: Opschalingsplan COVID-19, p12 (LNAZ), LCPS (Presentatie Ernst Kuipers, 11/9/21), Staatscourant (8/10/21)

Agenda

VERTROUWELIJK

Achtergrond: Er is een strategie voor de COVID-zorgcapaciteit op middellange termijn nodig

Toelichting: IC van de toekomst

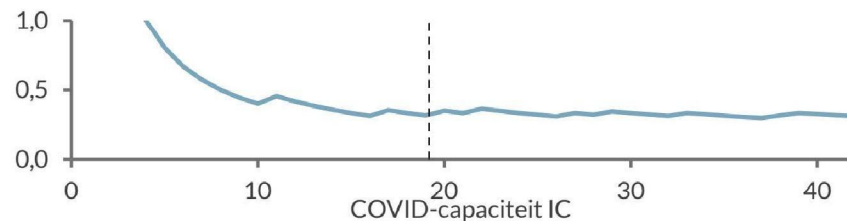
- Werkwijze biedt carrièreperspectief en mogelijkheden voor nieuwe groepen
- Meer patiënten helpen met schaars personeel
- **Schaalgrootte mogelijk door concentratie van zorg**
- Randvoorwaarden

Vervolg

20 COVID-patiënten op de IC lijkt minimale schaalgrootte om te profiteren van efficiëntieslag bij clusteren

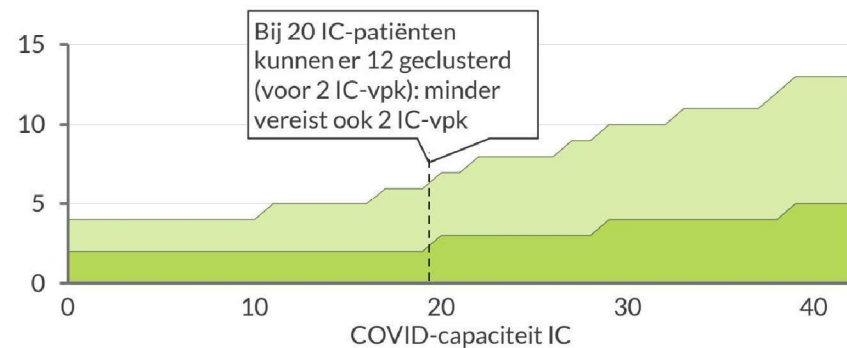
VERTROUWELIJK

IC-verpleegkundigen per dienst per COVID-patiënt



IC-verpleegkundigen per dienst bij ambitie¹ naar COVID-patiënten

[■ Clustering ■ Niet-clustering]



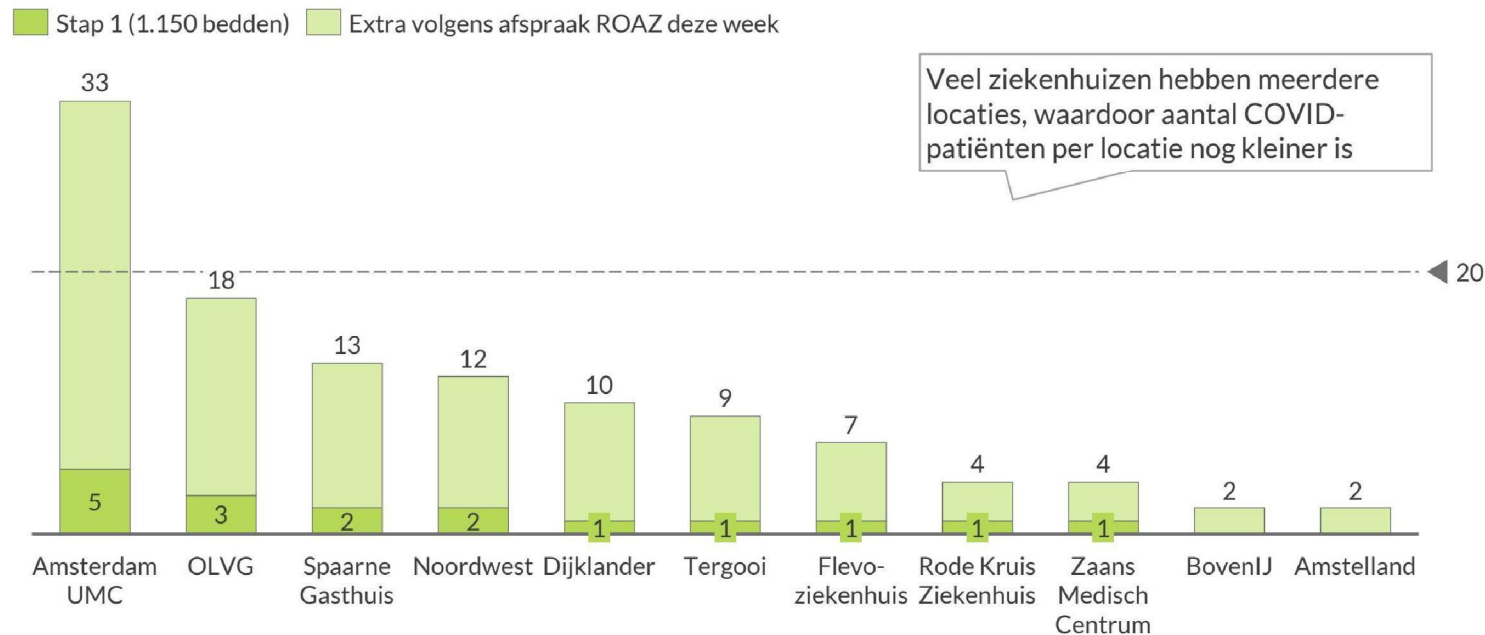
Toelichting

- Optimale schaalgrootte voor clustering van patiënten is nog een vraag
- Er moeten altijd minimaal 2 IC-verpleegkundigen aanwezig zijn i.v.m. reanimatie: dit betekent 12 patiënten geclusterd en (omdat dit bij ~63% van de ligdagen kan) in totaal 20 patiënten
- Bij een bezetting van 12 patiënten is 1:6 mogelijk niet haalbaar en een vliegende keep vereist: in dat geval is grotere schaal nodig (vliegende keep kan mogelijk meer dan 2 IC-vpk ondersteunen)

Samenwerking is nodig om van schaalgrootte te profiteren: Bijna geen enkel ziekenhuis in ROAZ-regio haalt 20 COVID-IC-patiënten

VERTROUWELIJK

Capaciteit voor COVID-patiënten op de IC per locatie in ROAZ-regio SpiedZorgNet AMC en NAZ Noordwest
[status 10/12/2021]

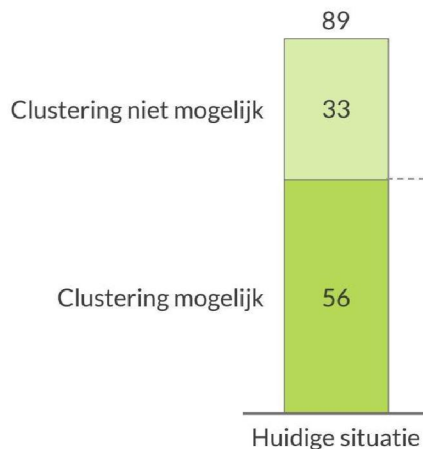


Huidig IC-bezetting vraagt om concentratie in ROAZ-regio in maximaal 3 ziekenhuizen om schaalvoordelen te benutten

VERTROUWELIJK

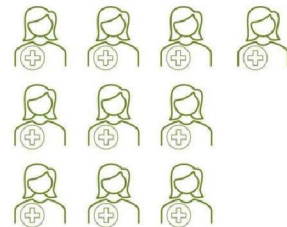
Rekenvoorbeeld aan de hand van huidige IC-bezetting voor COVID-patiënten

Nu ~90 IC-bedden voor COVID-patiënten, waarbij voor ~56 patiënten clustering mogelijk is ...



... voor deze geclusterde patiënten zijn 9 á 10 IC-verpleegkundigen nodig ...

- Bij clustering is 1 IC-verpleegkundige verantwoordelijk voor 6 patiënten



... en dit betekent concentratie van COVID-patiënten in maximaal 3 ziekenhuizen in de regio

- Dit betekent maximaal 4 ziekenhuizen, maar bij meer dan 3 ziekenhuizen leiden kleine fluctuaties in patiënten tot verlies aan efficiëntie en/of kwaliteit



Naast IC-capaciteit zijn regionaal klinische bedden nodig: 3 tot 4 bedden voor elk IC-bed

VERTROUWELIJK

COVID-patiënten in de kliniek per COVID-IC-patiënt
[mrt 2020 t/m nov 2022]



Toelichting

- De verhouding IC-kliniek is veranderd in de loop van de pandemie door toegenomen kennis over de behandeling en vaccinaties
- 20 IC-bedden (vanwege schaalvoordeel) vereisen 70-80 klinische bedden. Nader onderzoek is nodig om te toetsen of het wenselijk en/of noodzakelijk is om ook de verdeling van kliniekbetten aan te passen
- In vervolgfase moet uitgewerkt wat opties zijn voor concentratie of transport van patiënten

Agenda

VERTROUWELIJK

Achtergrond: Er is een strategie voor de COVID-zorgcapaciteit op middellange termijn nodig

Toelichting: IC van de toekomst

- Werkwijze biedt carrièreperspectief en mogelijkheden voor nieuwe groepen
- Meer patiënten helpen met schaars personeel
- Schaalgrootte mogelijk door concentratie van zorg
- Randvoorwaarden

Vervolg

Om IC-verpleegkundigen voor meer patiënten verantwoordelijk te laten zijn, moet worden voldaan aan een aantal randvoorwaarden

VERTROUWELIJK

Randvoorwaarden zijn o.a.



Mensen

- **Extra** (nieuw op te leiden) **personeel** beschikbaar om te voorkomen dat zorg ten koste gaat van reguliere zorg in OLVG
- **Cultuuromslag** op de IC en **opleiding** voor IC-verpleegkundigen, een deel zal blij zijn met een superviserende rol, een ander deel niet. Dit vraagt mogelijk om differentiatie



Technologie

- Optimale **digitale ondersteuning** (o.a. grote schermen voor telemonitoring, oortjes voor communicatie, voorspellende algoritmes met ondersteunende software)



Financiering

- Voldoende financiering voor proeftuin

...

Overig

- **Bouwtechnische aspecten** (geschikte ruimte voor IC voor geclusterde patiënten)
- **Privacy speelt ondergeschikte rol**: overzicht over alle patiënten nodig
- Apotheek bereidt **24/7 medicatie**

Agenda

VERTROUWELIJK

Achtergrond: Er is een strategie voor de COVID-zorgcapaciteit op middellange termijn nodig

Toelichting: IC van de toekomst

Vervolg

Vervolg vereist betrokkenheid verschillende stakeholders

VERTROUWELIJK

Belangrijkste stakeholders en rol bij vervolg
[niet uitputtend]



IGJ – Akkoord op nieuwe manier van werken vanuit perspectief van kwaliteit en veiligheid



VWS – Financiering proeftuin voor nieuwe manier van werken en inrichten infrastructuur en besluitvorming structurele financiering bij opschaling



NZa – Ondersteuning van proeftuin en ondersteunen met delen van noodzakelijke data



Zorgverzekeraars – Ondersteuning van proeftuin en bijdrage aan structurele financiering bij opschaling



ROAZ – Afspraken voor samenwerking en verdeling IC-patiënten in de regio



NVIC – Beoordeling van nieuwe manier van werken en evt. vertaling naar richtlijnen



V&VN – Beoordeling van nieuwe manier van werken en evt. vertaling naar kwaliteitsstandaarden



LNAZ/LCPS – Afspraken patiëntenspreiding en opschalingsmogelijkheden

5.1.2i Concept

Agenda

Leeswijzer

Introductie en samenvatting deelconclusies

Toelichting deelconclusies

Vervolg

Bijlagen

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2I Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2I Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

Agenda

Leeswijzer

Introductie en samenvatting deelconclusies

Toelichting deelconclusies

Vervolg

Bijlagen

5.1.2i Concept

Agenda

Leeswijzer

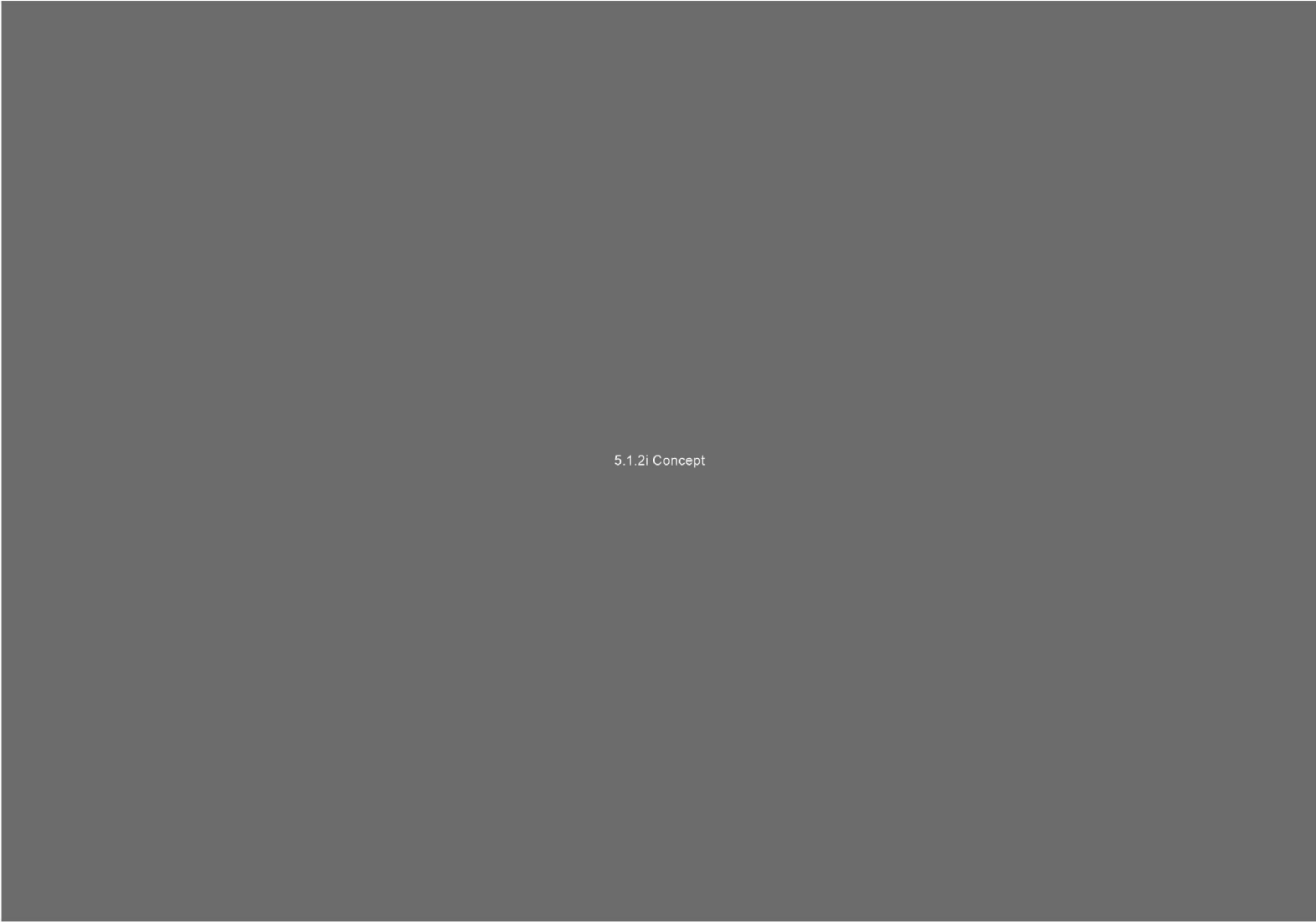
Introductie en samenvatting deelconclusies

Toelichting deelconclusies

Vervolg

Bijlagen

5.1.2i Concept



5.1.2i Concept

5.1.2i Concept

From: 5.1.2e Gupta Strategists
Sent: donderdag 10 maart 2022 15:21
To: 5.1.2e
Subject: RE: [EXTERN] FW: documentatie pilotvoorstel Covid-IC van de toekomst - ROAZ Amsterdam

Beste 5.1.2e

In aanvulling op de mail van en mede namens 5.1.2e toch nog een paar aanvullingen opdat jullie een beeld krijgen van de scope en tijdslijnen van de praktijktest en de ondersteuning die gevraagd wordt.

Elementen praktijktest

Wij zien mogelijkheden om de komende periode toe te werken naar een praktijktest die ons voor de zomer inzicht geeft in de impact en haalbaarheid van de werkwijze op de *COVID-IC van de toekomst*, zoals beschreven in ons pilotvoorstel. Tijdens deze pilot zullen we de werkwijze testen door een geclusterde setting te creëren in één of twee centra in de regio waar we de gewijzigde personeelssamenstelling op de IC in de praktijk toepassen. We starten met een setting waarbij 1 IC verpleegkundige een superviserende rol over 4 patiënten, ondersteund door 2 verpleegkundigen en 2 ondersteuners. Tijdens de praktijktest zal vervolgens onderzocht worden of de inzet van de verpleegkundigen (gedeeltelijk) vervangen kan worden door andere functionarissen (nieuwe groepen personeel). Belangrijkste reden hiervoor is dat ook verpleegkundigen uiteraard schaars zijn en inzet van minder schaars personeel de impact op capaciteit van de nieuwe werkwijze verder zal vergroten. Gezien het gebrek aan "relatief minder complexe" Covid patiënten in de huidige situatie, zullen we hiervoor een andere groep patiënten met vergelijkbare kenmerken moeten selecteren voor de praktijktest. Er zijn een aantal patiëntgroepen in beeld. Er moet nog vastgesteld worden of deze groepen passend zijn voor de praktijktest in geclusterde setting. Aanvullend zullen we tijdens de praktijktest de impact en haalbaarheid van de inzet van centrale ondersteunende teams vaststellen. Dit kan deels op de geclusterde setting, maar kan ook op een reguliere IC plaatsvinden. De combinatie van beide geeft ons inzicht in de mate waarin de nieuwe werkwijze bijdraagt aan het vergroten van de capaciteit voor Covid patiënten tijdens een volgende golf met een beperktere inzet van (schaars) personeel.

Timing praktijktest

Zoals ook reeds gecommuniceerd aan 5.1.2e is de gewenste timing van april tot begin mei een serieuze uitdaging. Op dit moment wordt er maximaal ingezet op het realiseren van inhaalzorg teneinde de noodzakelijke uitgestelde zorg te verlenen. Dit komt in een periode dat er sprake is van een bovenmatig ziekteverzuim door Omikron (quarantaineperiode). De ziekenhuizen schatten daarom in dat de feitelijke praktijktest eerder in mei dan al in april kan plaatsvinden. De voorbereiding van de praktijktest, welke bestaat uit het in detail uitwerken en voorbereiden van de praktijktest, kan in de aanlooperperiode (maart/april) plaatsvinden. Wij realiseren ons dat dit niet helemaal aansluit om de gewenste tijdslijnen van het Expertteam, maar zijn van mening dat dit wel ruim op tijd is om de inzichten beschikbaar te hebben voor een degelijke voorbereiding richting het najaar.

Noodzakelijke ondersteuning

De tijd en inzet in de periode eind vorig jaar is volledig voor eigen rekening van OLVG en Gupta Strategists gekomen. De afgelopen periode heeft naast OLVG ook het Amsterdam UMC en andere ziekenhuizen in de regio zorgprofessionals vrijgespeeld om bij te dragen aan de uitwerking van het pilotvoorstel. De inzet van Gupta Strategists in deze periode is gefinancierd vanuit Zilveren Kruis. Om in de periode tot de zomer de praktijktest uit te voeren achten wij het noodzakelijk dat er ondersteuning komt vanuit VWS/Expertteam. Voor de voorbereiding van de praktijktest zijn de ziekenhuizen nog steeds bereid om zorgprofessionals en andere medewerkers (facilitair bedrijf, ICT

etc.) vrij te spelen. Wel hebben de ziekenhuizen aangegeven tijdens de voorbereiding ondersteuning van Gupta Strategists nodig te hebben voor de projectleiding en uitwerking van de praktijktest. Hiermee kan tevens de belasting van de schaarse ziekenhuismedewerkers zo veel als mogelijk beperkt worden. Eerste inschatting is dat hiervoor tussen de 70.000 en 90.000 euro, excl. BTW nodig is. Tijdens de uitvoering van de praktijktest verwachten de ziekenhuizen wel aanvullende compensatie vanuit VWS/Expertteam. Er zullen kosten gemaakt moeten worden om de locatie(s) gereed te maken, er zullen (tijdelijke) investeringen in technologie gedaan moeten worden en er zal personeel ingezet moeten worden voor de praktijktest. Daarnaast hebben de ziekenhuizen ook gevraagd om ondersteuning van Gupta Strategists tijdens deze fase voor de begeleiding van de praktijktest en het vertalen van de praktijktest naar bruikbare resultaten en inzichten voor het Expertteam. Tijdens de voorbereidingsfase zullen wij inzichtelijk maken welke middelen hiervoor aanvullend nodig zijn.

Ik hoop dat deze aanvulling jullie extra input geeft voor de bespreking komende maandag.

Hartelijke groet,

5.1.2e

Van: 5.1.2e

Verzonden: donderdag 10 maart 2022 13:25

Aan: 5.1.2e

Onderwerp: RE: [EXTERN] FW: documentatie pilotvoorstel Covid-IC van de toekomst - ROAZ Amsterdam

Beste 5.1.2e

Dank voor de snelle reactie. Helder, we gaan het voorstel aan de hand van de aangeleverde documentatie voorleggen aan het expertteam.
Medio volgende week kom ik bij jullie terug met de beoordeling vanuit het expertteam.

Met vriendelijke groet, 5.1.2e

-----Original Message-----

From: 5.1.2e

Sent: donderdag 10 maart 2022 12:12

To: 5.1.2e

Subject: Re: [EXTERN] FW: documentatie pilotvoorstel Covid-IC van de toekomst - ROAZ Amsterdam

Beste 5.1.2e

Ik ben niet bij het overleg geweest, maar even een reactie van mijn kant. Bij mijn weten hebben we recent een volledig document aangeleverd en zijn we juist heel benieuwd naar het besluit vanuit het expertteam. Aan het document is door betrokken professionals twee ziekenhuizen meerdere weken gewerkt en heeft steun van het ROAZ Amsterdam-Amstelland. We wachten nu eerst jullie besluit af voordat er opnieuw extra werk in wordt gestopt. Voor ons komt het allemaal pro deo op de bestaande werk weken en je weet hoe druk het in de zorg is. Dus wij zijn nu vooral benieuwd naar jullie besluit.

Hartelijke groet, 5.1.2e

Op 10 mrt. 2022 om 09:37 heeft Van [5.1.2e] het volgende geschreven:

Goedemorgen [5.1.2e]

Zojuist een poging gedaan om je te bellen, helaas zonder succes. Bij deze even mijn vraag per mail:

Dinsdag aanstaande staat de beoordeling van jullie pilot initiatief op de agenda van het Expertteam Covid-Zorg. Hiervoor hebben wij eerder bijgevoegde informatie ontvangen.

Via mijn collega [5.1.2e] had ik begrepen dat jullie nog aanvullende informatie zouden aanleveren deze week? Klopt dit?

Zo ja, dan ontvang ik deze graag uiterlijk vandaag einde dag. Morgenochtend worden namelijk de stukken voor de vergadering van het expertteam verstuurd.

Alvast bedankt. Bel gerust voor nadere afstemming.

Met vriendelijke groet,

[5.1.2e]

Van: [5.1.2e]

Datum: 24 februari 2022 om 22:26:29 CET

Aan: [5.1.2e]

Onderwerp: documentatie pilotvoorstel Covid-IC van de toekomst - ROAZ Amsterdam

Beste [5.1.2e]

Bijgaand, mede namens [5.1.2e] het pilotvoorstel Covid-IC van de toekomst. Wij hebben het uitgewerkte pilotvoorstel voorzien van een leeswijzer, waarin we ingaan op de beoordelingscriteria die het Expertteam heeft opgesteld en gecommuniceerd in haar beoordelingskader.

Wij zijn benieuwd naar jullie reactie op de documentatie en zijn uiteraard bereid om waar nodig een toelichting te geven.

Hartelijke groet,

[5.1.2e]

7. Herverdeling U3, U4 en U5 zorg

3. CARE4U3

Philips

CARE4U₃

Veilige optimalisatie van personele inzet op de bewaakte bedden

Scope CARE4U₃: BRING THE BEST TO THE CARE

Aanleiding

Een expertcommissie onderzoekt de mogelijkheden om de zorgketen te optimaliseren zodat bij een nieuwe opleving van COVID:

- de ziekenhuizen de kritiek planbare zorg (U3) in het najaar/winter van 2022-2023 binnen 6 weken kunnen leveren.
- de niet-kritiek planbare zorg (U4 en U5) zoveel mogelijk doorgang vindt.

Het expertteam brengt de benodigheden en randvoorwaarden ten aanzien van capaciteit, financiën en governance in beeld.

Scope van dit voorstel

- Dit voorstel focust zich op de kern van het ziekenhuis: **de bewaakte bedden**.
- Op andere plekken in de CARE wordt er veel gesproken over “slimme” monitoring en optimaliseren van de zorg.
- Op de intensieve zorg afdelingen gebeurt dit minder, terwijl er veel bewijs is vanuit andere landen voor een dergelijke optimalisatieslag middels TeleIC (best practice internationaal)
- Wij brengen deze twee werelden samen!



Twee werelden die samenkomen creëren impact!



Bring the best to the care: slimme samenwerking op de bewaakte bedden



Gebruik tele-IC technologie voor ontlasten van personeel *in* het ziekenhuis

Meer met minder in het ziekenhuis door optimale verdeling en slimme ondersteuning van technologie

1. Intuïtief patiënten overzicht op basis van zorgzwaarte en trendlijnen
2. Een klein team van *outreach* verpleegkundigen kan met hulp van het dashboard efficiënter een gedetailleerd klinisch beeld vormen van *alle bewaakte patiënten*
3. Doordat data uit verschillende bronnen slim samengebracht wordt, ontstaat er overzicht van patiënten op de verschillende afdelingen en locaties. Hierdoor kan er efficiënter samengewerkt worden.



Gebruik tele-IC concept voor ontlasten van personeel *tussen* ziekenhuizen

Intensiveren van de regionale samenwerking door het toepassen van tele-concepten in het Nederlandse landschap

1. Met behulp van een audio/video verbinding is het mogelijk om op afstand samen te werken – bijvoorbeeld met andere partners in de regio
 1. Kennis en ervaring breder beschikbaar maken
 2. Voorkomen voor (patiënt)verplaatsingen
 3. Efficiëntieslag door gezamenlijke achterwacht in bijvoorbeeld nacht- of weekenddiensten.

Door beide initiatieven samen te voegen, realiseer je impact op de uitvoering van U3, U4, en U5 zorg

Verschillende vormen van slimmere samenwerking op de bewaakte bedden, zowel klinisch als operationeel



Optimaliseren inzet capaciteit

Technologie kan bijdragen aan het slimmer en efficiënter inzetten van personeel:

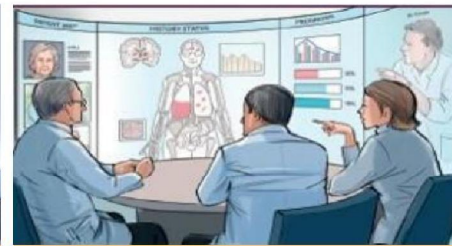
- Duiden wat de zorgwaarde en acuïteit van de patiënt is t.b.v. een **evenredige taakverdeling**.
- **Clusteren van soortgelijke (COVID) patiënten** biedt de mogelijkheid tot een verbeterd verpleegkundige:patiënt ratio
- Indien er een taalbarrière is tussen patiënt en verpleegkundige, kan audio/videoverbinding ondersteunen.



Preventief handelen

Slimme inzet van bestaande klinische algoritmen in technologie kan ondersteuning bieden in het preventief handelen bij patiënten die mogelijk achteruit gaan:

- Klinische scores (bijv. EDI, SAPS-II, SOFA, EWS) vertalen meerdere metingen in één score.
- **Voorspellen van verloop van het ziektebeeld**, zoals bij ligduur met de Discharge Readiness Score.
- Patiënt **clustering en prioritering**.



Kennisdeling en samenwerking

De juiste informatie overbrengen is van levensbelang.

- De tele-IC software helpt de belangrijke informatie **intuïtief en overzichtelijk** weer te geven.
- **Supervisie op afstand** waarbij er kan worden nagedacht over het niet langer inzetten van constante fysieke bedbewaking
- **Netwerk vorming tussen ziekenhuizen** en bijkomend schaalvoordeel rondom supervisie

Level 1:

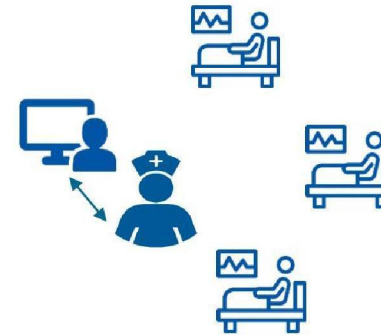
Ontlasten zorgprofessionals (verpleegkundigen) *in* het ziekenhuis door optimale verdeling en slimme ondersteuning van technologie



Efficiënte inzet van zorgpersoneel door “clustering” van patiënten op acuïteitsniveau



- In geval van een pandemie zijn er **veel patiënten** met **eenzelfde klachtenpatroon**, zoals bij COVID.
- Studies tonen aan dat het ziekteverloop in een vroeg stadium aangetoond kan worden.¹ Een heterogeen ziekteverloop en de mogelijkheid van vroege aantoning, zou clustering van COVID patiënten mogelijk maken.²
- Onderzoek uit MUMC+ laat zien dat diezelfde clustering blijkt toepasbaar op **meerdere patiëntengroepen**.³
- Voor goede toepassing van deze clustering in het zorgproces, is het van belang om de huidige werkprocessen en werkverdeling te heroverwegen, met uiteindelijk doel om het zorgpersoneel slimmer in te kunnen zetten. Onderzoek toont aan dat deze factoren een belangrijke rol spelen in de ervaren werkdruk van verpleegkundigen.⁴
- De hypothese van meerdere ziekenhuizen en onderzoeksinstellingen is dat het clusteren van deze patiënten zorgt voor een **verbeterd verpleegkundige:patiënt ratio naar 1:>2 voor meerdere specifieke clusters** inclusief COVID-19



Door klinische kennis m.b.t. patiëntcategorisering te combineren met technologie om de algoritmes te draaien, denken wij belangrijke stappen te kunnen zetten voor COVID zorg, maar ook om de reguliere U3, U4, U5 zorg efficiënter in te richten.

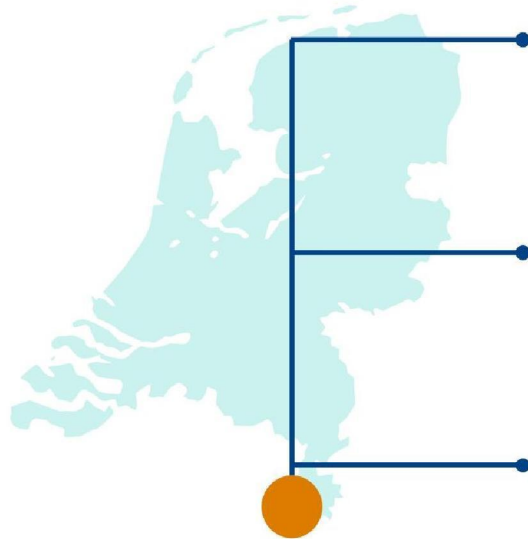
© Koninklijke Philips N.V.

Level 2:

Intensiveren van de regionale samenwerking in regionale netwerken door het toepassen van tele-concepten



Het Nederlandse zorglandschap biedt mogelijkheden voor intensievere samenwerking ondersteund door technologie



Barrières voor samenwerking reduceren m.b.v. technologie

- De inrichting van de regionale netwerken (ROAZ-regio's) en **samenwerking binnen deze regio's** biedt mogelijkheden voor uitwisseling van (klinische) capaciteit. Technologische ondersteuning die verder reikt dan de organisatiegrenzen helpt om een schaalvoordeel te creëren, bijvoorbeeld door een gezamenlijke achterwacht voor weekend- of nachtdiensten.
- Daarnaast is het ook mogelijk om **kennis en kunde breder in de regio toegankelijk** te maken, door middel van supervisie op afstand.
- Standaardisatie kan bijdragen aan de schaalbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. Met eenzelfde dashboard en A/V verbinding is het mogelijk om op afstand **standaarden toe te passen**. Algoritmes en beslisondersteuning helpen hierbij.
- Bij uitval personeel wordt behoudt van expertise geborgd. Mede door de mogelijkheid van intercollegiaal overleg.

Inbedden in het zorgproces

- Afhankelijk van het zorgzwaarteniveau van patiënten, maar ook het wenselijke zorgproces in het ziekenhuis en de bredere regio, kan het model worden aangepast.
- In geval van intensievere samenwerking in de regio, zullen er ook regionale afspraken moeten worden gemaakt. Dit geldt voor financiële consequenties, maar ook voor verschuivingen in verantwoordelijkheden van een dergelijke samenwerking.

N.V.

Toelichting technologie



Reeds gerealiseerd in MUMC+: Remote monitoring en overzichtsdashboard (ICCC)



Bouwstenen voor het ontlasten van zorgprofessionals in het ziekenhuis door optimale verdeling en slimme ondersteuning van technologie

1. Intuïtief, EPD **onafhankelijk**, patiënten overzicht op basis van zorgzwaarte en trendlijnen
2. Een klein team van *outreach* verpleegkundigen kan met hulp van het dashboard efficiënter een gedetailleerd klinisch beeld vormen van **alle bewaakte patiënten**
3. Doordat data uit verschillende bronnen slim samengebracht wordt, ontstaat er overzicht van patiënten op de verschillende afdelingen en locaties. Hierdoor kan er efficiënter samengewerkt worden

De functionaliteiten van het systeem zijn verder uit te breiden met:
Slimme samenwerking m.b.v. tele-concepten en algoritmes

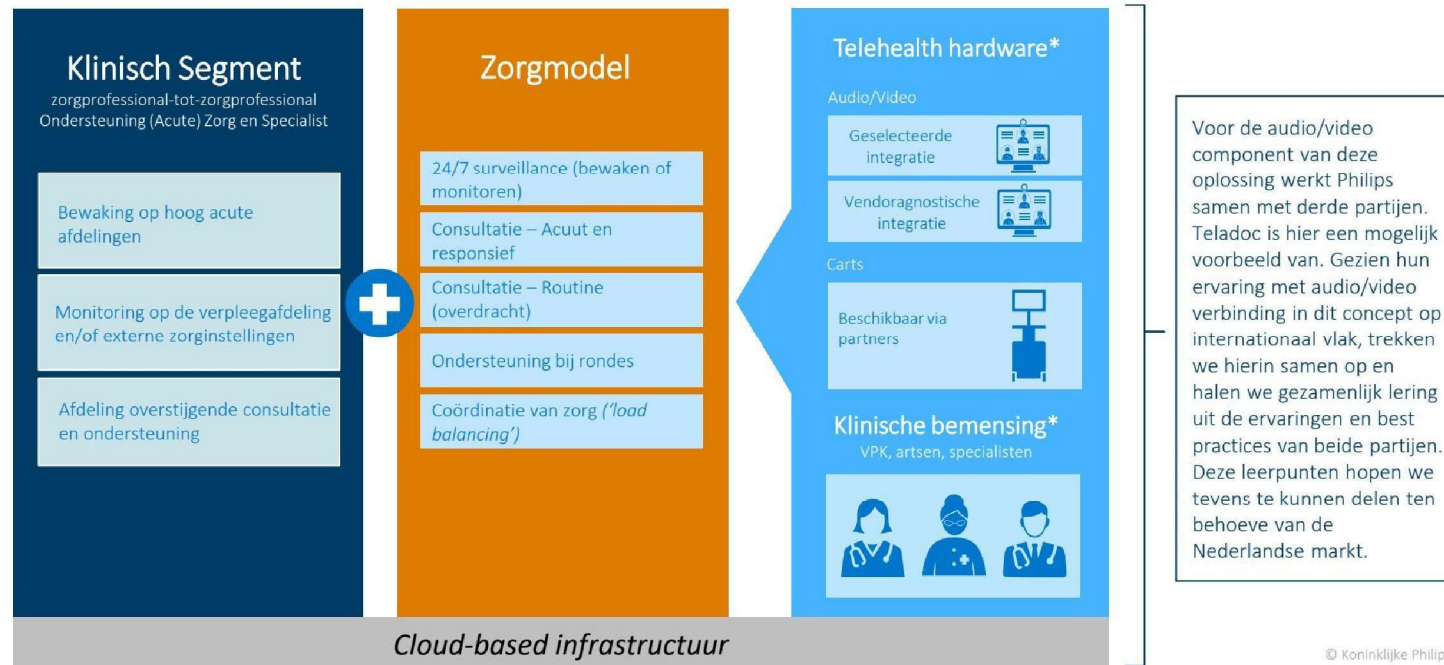


Bouwstenen voor verdere uitbreiding:

1. Audio/video connectie met zorgverleners & patiënten op de bewaakte bedden
2. Toepassing van data-analyse / klinische voorspellingen voor beslissingsondersteuning en risicostratificatie.
3. Doordat de software als een schil over de bewaakte bedden ligt, kan er eindeloos en EPD overstijgend samengewerkt worden

© Koninklijke Philips N.V.

Verschillende componenten en een cloud-based infrastructuur maken dit concept makkelijk schaalbaar



Referenties en onderzoeksresultaten

Actuele gebruiker scenario's met slimme samenwerking op de bewaakte bedden met verlaging personele inzet



Overdracht		Tele IC	
			
Maastricht UMC	Emory University Hospital	Northwell Health	Northwell Health
Tele-IC biedt ondersteuning bij de overdracht en capaciteitsmanagement door middel van het bieden van een integraal patiënt overzicht en sortering op zorgzwaarte en acuïteit.	Tele-IC biedt ondersteuning door het continue op afstand monitoren van patiënten op de IC. Dit heeft bijgedragen voor een betere continuïteit van zorg en gezondere patiënten bij ontslag. ^{[1],[2]}	Tele-IC biedt ondersteuning in het ontwikkelen van een standaard voor zorg. Denk aan standaard voor bemensing aan de bedzijde, hoge data kwaliteit, supervisie en gezondheidsuitkomsten. Daarnaast biedt het ondersteuning bij uitdagingen tijdens diensten door tekort aan intensivisten. ^[4]	Tele-IC heeft bijgedragen bij het standaardiseren van klinische processen en daarmee het reduceren van variatie in zorg. Dit heeft tevens bijgedragen aan het verkorten van de ligduur op IC. ^{[4],[5]}

[1] <https://www.usa.philips.com/healthcare/resources/landing/teleicu>

[2] Customer Story Emory

[3] Customer Story Northwell Health

[4] Customer Story Presence health

[5] Lilly CM, et al. Hospital Mortality, Length of Stay and Preventable Complications Among Critically Ill Patients Before and After Tele-ICU Reengineering of Critical Care Processes. JAMA. June 2011; 305(21):2175-83.

Studies tonen positieve impact van de tele-IC



Verbeterde zorguitkomsten

- Implementatie van tele-IC wordt geassocieerd met een algehele vermindering van sterfgevallen op de IC.^{3,6,7,8}
- Van tele-IC is aangetoond dat het de effectiviteit, efficiëntie en veiligheid van medicatie op de intensive care verbetert.^{1,6,7,9,10}
- Artsen kunnen verpleegteams ondersteunen door consistentie te leveren volgens de beste klinische praktijken en doelgerichte therapieën, zodat de zorg gestandaardiseerd kan worden in de kritieke zorg en de organisatie als geheel.¹¹⁻¹⁴



Verbeterde patiëntervaring

- Tele-IC-afdelingen hebben laten zien dat de patiëntenzorg is verbeterd.¹
- De vermindering van overplaatsingen tussen ziekenhuizen helpt de belasting van grotere, regionale voorzieningen te verminderen en maakt het mogelijk zorg te bieden aan patiënten dicht bij hun familie, in hun plaatselijke ziekenhuis.^{5,15}



Meer tevredenheid onder personeel

- Het is aangetoond dat ondersteuning door ervaren artsen bij tele-IC het aantal burn-outs bij het klinische IC-verpleegpersoneel vermindert.⁵
- E-health op de IC heeft bijgedragen aan het verbeteren van het veiligheidsklimaat onder verpleegkundigen die werken binnen het tele-IC-programma, voor patiënten die zijn opgenomen op de IC.¹⁷
- Het is aangetoond dat tele-IC op de IC het teamwerk en de samenwerking tussen zorgverleners op afstand en op de afdeling verbetert, vooral onder verpleegkundigen. Zorgverleners hadden ook meer vertrouwen in de patiëntdekking en de bereikbaarheid van de arts en rapporteerden geen onnodige onderbrekingen van de zorgverlening.¹⁷



Lagere zorgkosten

- Tele-IC's hebben de verblijfsduur op de IC verkort, volgens meerdere onderzoeken.^{6,7,16,18}
- Tele-IC's hebben verbeterde financiële prestaties van ziekenhuizen en IC's laten zien.¹
- Tele-IC wordt in verband gebracht met een afname van het aantal overplaatsingen naar IC-afdelingen van andere ziekenhuizen.^{15,19}

Referenties (1/2)



Referenties van medewerkers MUMC+

i.		5.1.2e
ii.		
iii.	5.1.2e	
iv.		

Referenties slide 6

1.		
2.	5.1.2e	
3.		
4.		

Referenties (2/2)



Referenties slide 15

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	5.1.2e
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	

17

N.V.

Tijdslijnen en implementatie

MUMC+ en Philips willen gezamenlijk deze toepassing verder ontwikkelen



Focus van de doorontwikkeling:

1

Doorontwikkelen huidige opzet met beslisondersteuning en intensiveren dagelijks gebruik

2

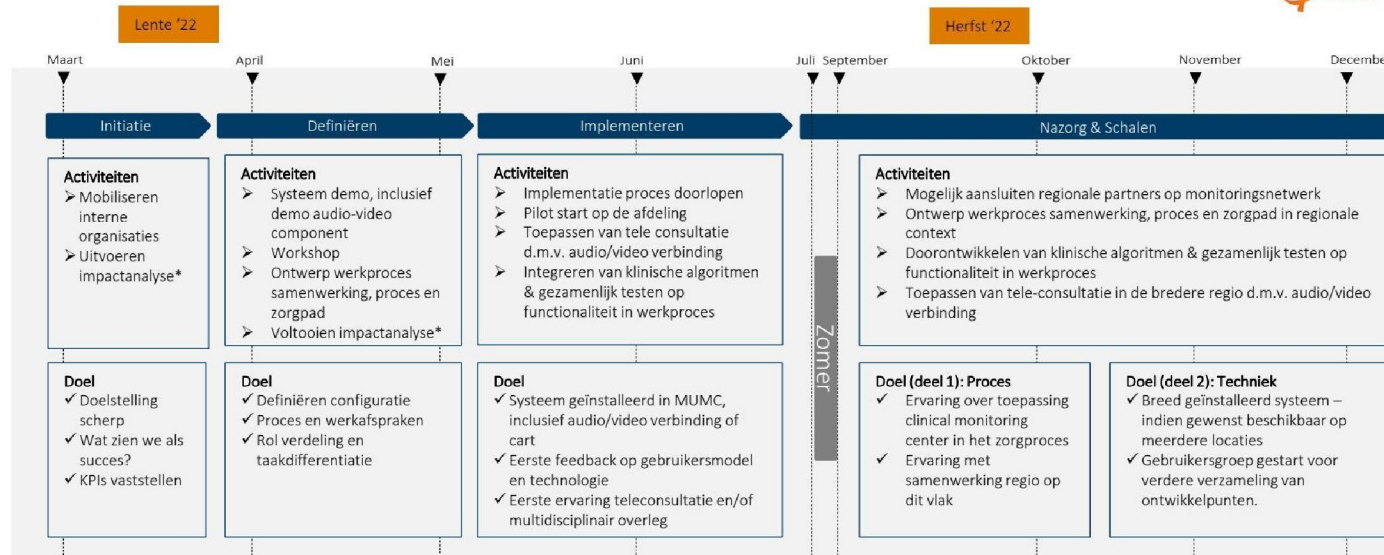
Verder ontwikkelen van tele-consultatie en multidisciplinair overleg (met audio/video)

3

Mogelijk aansluiten van partners uit de regio en versterken samenwerking

Met dit project leveren we een **concreet opschaalplan** voor andere ziekenhuizen om **level 1** te bereiken. Verschillende level 1 ziekenhuizen kunnen daarna transmuraal gaan samenwerken naar **level 2**.

Indicatieve tijdslijn voor implementatie en schaalbaarheid



* Suggestie voor uitvoeren impactanalyse is toegelicht op de volgende pagina

Suggestie voor uitvoeren impactanalyse



Toelichting (financiële) benodigdheden voor de pilot

De investering is sterk afhankelijk van de opzet (één of meerdere ziekenhuizen, welke audio video verbinding etc.).

De uit te voeren impactanalyse geeft ons antwoord op de volgende componenten. Daarna kunnen we de kostenindicatie verder specificeren.



Voorzichtige kosteninschatting		
Klinisch team t.b.v. workflow design en verandering	MUMC: Intensivist/fellow/verpleegkundige (6p) Philips: clinical science en applicatie specialist (2p)	5.1.1c
Opstartkosten (eenmalig)	Afhankelijk van de set-up: cloud-based of on-premise en reeds aanwezig infrastructuur.	
Integratie derde partijen – bijvoorbeeld audio/video cart	Nader te bepalen met derde partij. Afhankelijk van welke opstelling en integratiemogelijkheden	
(advies-)capaciteit voor procesontwerp	Investering Philips	
Implementatie plan voor volgend ziekenhuis	Uitwerking tot werkboek	
Eerste schatting voor de pilot in MUMC+ =		5.1.1c
Opschaling naar extra ziekenhuis	Afhankelijk van hoeveelheid bedden, aantal ziekenhuizen en actieve gebruikers	5.1.1c
Totaal = €260.000 tot €350.000		

© Koninklijke Philips N.V.





Toetsing criteria

Criterium	Beoordeling	Check
Bijdrage Doelstelling	1. Eigenaar van het initiatief levert de volgende stukken aan: - Een duidelijke beschrijving van de impact van het initiatief op de doorgang van de kritiek planbare zorg (U3) en/of niet-kritiek planbare zorg (U4 en U5). - Een eerste inschatting van de mogelijke tijdslijnen en benodigde capaciteit (mensen en middelen) voor het analyseren van de impact en effort van het initiatief (retrospectieve analyse van een geïmplementeerd initiatief of testcase voor een nieuw initiatief). - Eerste inschatting van de mogelijke tijdslijnen voor het implementeren van het initiatief. 2. KPMG maakt op basis van de aangeleverde stukken een inschatting of er redelijkerwijs te verwachten is dat: - Het initiatief een impact heeft op de doorgang van de U3, U4 en/of U5 zorg. - De impact en effort van het initiatief meetbaar zijn voor juni 2022. - Het initiatief per september 2022 (op grote schaal) implementeerbaar is. 3. Het expertteam beslist op basis van het advies van KPMG of het initiatief voldoet aan dit criterium.	
Eigenaarschap	Eigenaar van het initiatief geeft aan wie de uitvoerende partijen zijn en zij gegeven allen aan bereid te zijn mee te werken aan het testen / analyseren van het initiatief.	
Schaalbaarheid	1. Eigenaar van het initiatief geeft een gemotiveerd antwoord op de volgende vragen: ▪ Past het initiatief binnen het huidige zorgsysteem en/of zijn de benodigde aanpassingen op korte termijn realiseerbaar? ▪ Is de manier waarop de impact en effort van (de setting van) het initiatief getoetst is / wordt representatief voor het eventueel landelijke niveau van opschaling? ▪ Zijn de consequenties van het initiatief voor de gehele zorgketen in kaart gebracht en staan alle relevante stakeholders achter het initiatief? ▪ Is er binnen het huidige zorgstelsel voldoende capaciteit (mensen en middelen) om het initiatief op te schalen? Zo niet, is er dan een haalbaar plan om deze additionele capaciteit te realiseren? 2. KPMG maakt op basis van de antwoorden een inschatting of er redelijkerwijs te verwachten is dat alle vragen met ja beantwoord kunnen worden. 3. Het expertteam beslist op basis van het advies van KPMG of het initiatief voldoet aan dit criterium.	
Medisch Verantwoord	1. Eigenaar van het initiatief levert de volgende stukken aan: ▪ Bewijs van betrokkenheid van zorginstellingen en/of medisch professionals bij het initiatief. ▪ Een korte onderbouwing waaruit blijkt dat het voorgestelde initiatief geen medische risico's voor patiënten met zich meebrengt, bij voorkeur door aanlevering of verwijzing naar referenties van vergelijkbare (buitenlandse) initiatieven. 2. Het expertteam beslist op basis van de aangeleverde stukken of het initiatief voldoet aan dit criterium. 3. Indien er bij het expertteam twijfel bestaat over dit criterium, vindt een toets door de IGJ plaats. De resultaten van deze toets worden per definitie overgenomen door het expertteam.	