

Projectbeschrijving



> Noodzakelijke reguliere zorg in het Corona tijdperk

Plan van aanpak om noodzakelijke reguliere zorg in vijf dagen te hervatten

Utrecht, 8 april 2020
Jan-Peter Heida
Thijs Stoop
Reinout Miedema
Maarten Cozijnsen

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

1	Niet-Corona gerelateerde zorg moet weer worden opgestart	3
2	Zet resterende capaciteit in voor planbare urgente zorg	5
2.1	Focus op planbare (semi) urgente zorg	5
2.2	Richt op concrete ingrepen of diagnostiek	6
2.3	Werk met afgestemd raamwerk voor prioritering	6
3	In vijf dagen opschalen	8
3.1	Dag 1 – Breng situatie in kaart	8
3.2	Dag 2 - Toets indeling met medisch specialisten	9
3.3	Dag 3 - Breid analysebestand uit met capaciteitsbeslag en urgentieklasse	10
3.4	Dag 4 - Selecteer uit te voeren verrichtingen	11
3.5	Dag 5 - Stel plan vast en operationaliseer de resultaten	12
3.6	Na dag 5 – Monitoren en bijsturen	13
4	Stuurgroep van RvB en Medische staf stelt plan vast	14

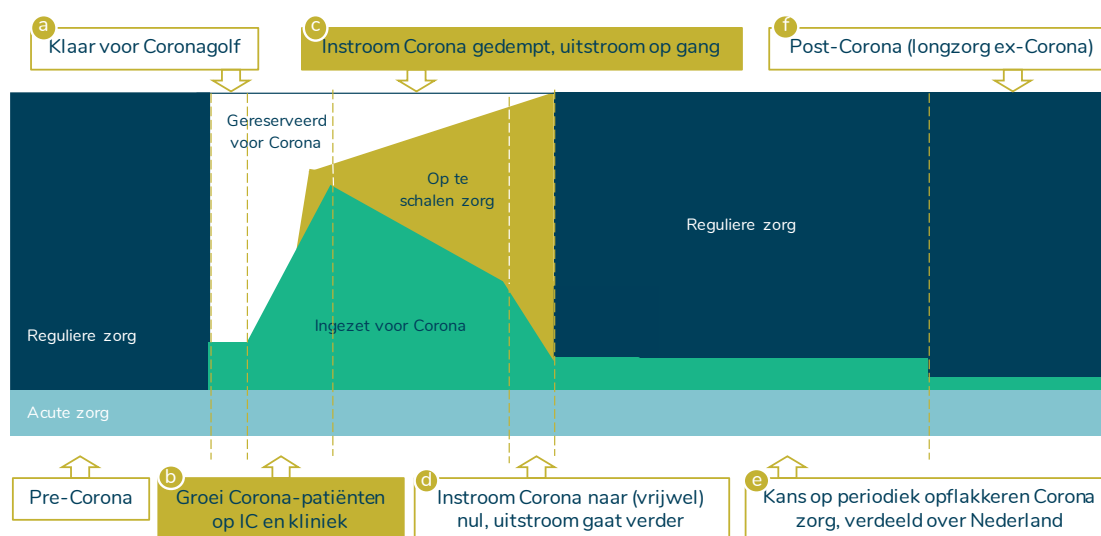
Noot

Dit plan van aanpak heeft SiRM opgesteld op basis van eigen inzichten en projectervaring. We stellen het graag ter beschikking aan eenieder die het wil gebruiken. Op www.sirm.nl vindt u Word en PowerPoint bestanden (zonder logo's) die u kunt gebruiken voor uw eigen plan.

I Niet-Corona gerelateerde zorg moet weer worden opgestart

De meeste ziekenhuizen, zeker in Brabant, zijn nu de facto in tweeën gesplitst. Een “Corona ziekenhuis” met volle aandacht voor Corona patiënten en een “Reguliere zorg ziekenhuis”. De reguliere zorg bestond de afgelopen weken voornamelijk uit spoed en semi-spoed. De planbare zorg ligt grotendeels stil. Daaronder valt ook planbare urgente zorg. Het is nu zaak om de nog beschikbare capaciteit van ziekenhuizen effectief in te zetten. Ten eerste om patiënten waarvoor langer uitstel van behandeling schadelijk is, zo snel mogelijk te helpen: De **noodzakelijke reguliere zorg**. Ten tweede, voor zover dan nog capaciteit over is, om te zorgen dat de reguliere zorg na de Corona periode niet overbelast raakt door een stuwmeer aan zorg, onder andere door te voorkomen dat (semi)acute zorgstromen worden ‘misbruikt’. Ten derde willen veel medisch specialisten en andere zorgprofessionals die niet direct bij de Corona zorg zijn betrokken, uiteraard graag weer aan de slag.

We zien de aanpassing van de manier van werken aan Corona sterk vereenvoudigd schematisch als volgt (Figuur 1): Na snel afschalen van reguliere zorg kwam er voldoende capaciteit beschikbaar. Na enorm hard werken was men klaar voor de Coronagolf (a). Een deel daarvan wordt nu en de komende weken gebruikt voor Corona patiënten, het aantal op IC en kliniek groeit (b). Gelukkig lijken de maatregelen die we als samenleving hebben genomen, te werken, dempt de instroom en komt de uitstroom op gang (c). Hopelijk keren we Corona en gaat de instroom naar nagenoeg nul (d), met daarna een periode met mogelijk periodieke opflakking (e) en chronische zorg aan ex-Coronapatiënten (f). We lijken ons te bevinden in de golf b of c van aanpassing aan de Corona-tijd. Dat houdt in dat er nagedacht kan worden over opschalen van de noodzakelijke reguliere zorg.



Figuur 1 Vereenvoudigde schematische weergave van aanpassing van capaciteit aan Corona (zie tekst voor letters)

Wij hebben een plan van aanpak opgesteld om deze zorg in vijf dagen gefaseerd en geprioriteerd weer op te starten. Het is gebaseerd op eigen inzichten en projectervaring.

We stellen het plan van aanpak graag aan eenieder ter beschikking. Op www.sirm.nl kunt u de Word en PowerPoint-versie downloaden (zonder logo's en sjabloon), als startpunt om zelf een projectplan op te baseren. Afhankelijk van de lokale situatie kan het project wellicht sneller worden uitgevoerd.

Het betreft een kort, intensief project. We geven daarom een concreet plan van aanpak van dag tot dag (Hoofdstuk 3). Het plan kan uiteraard dagelijks worden bijgesteld. Eerst schetsen we het inhoudelijke raamwerk op hoofdlijnen (Hoofdstuk 2). We eindigen met het projectteam en aansturing (Hoofdstuk 4).

2 Zet resterende capaciteit in voor planbare urgente zorg

Doel is om de beschikbare capaciteit die niet nodig is voor de Corona gerelateerde zorg, zo effectief mogelijk in te zetten voor patiënten die dat nodig hebben. We focussen dus op planbare (semi) urgente zorg gericht op specifieke behandelingen en diagnostiek en een afgestemd raamwerk voor prioritering.

2.1 Focus op planbare (semi) urgente zorg

We hanteren in totaal vijf urgentieclasses, waarvan de laatste drie voor planbare zorg:

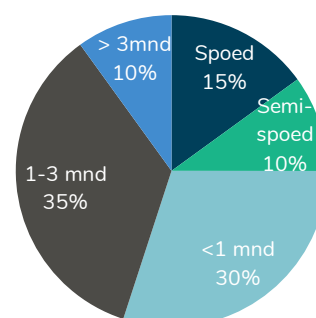
- 1 Spoed (binnen 24 uur).
- 2 Semi-spoed (binnen 7 dagen).
- 3 **Planbare urgente zorg** binnen één maand. Denk bijvoorbeeld aan:
 - Patiënten die de afgelopen weken hun afspraak eigenlijk niet hadden mogen missen.
 - Verdenkingen op oncologie waarvoor onderzoek nodig is.
- 4 **Planbare semi-urgente zorg** tussen één en drie maanden.
- 5 Electieve zorg na drie maanden.

We richten ons op de patiënten in urgentieclasses 3-Planbare urgente zorg en 4-Planbare semi-urgente zorg. We gaan er vanuit dat de verrichtingen in urgentieclasses 1-Spoed en 2-Semi-spoed nu reeds worden geleverd.

Het onderscheid tussen spoed (1) en niet-spoed (2, 3, 4, 5) leggen ziekenhuizen doorgaans vast in het EPD. Echter, het onderscheid tussen semi-spoed, planbare urgente en electieve zorg legt men meestal niet vast.

Op basis van gegevens van eerdere jaren is te achterhalen hoe snel patiënten zijn geholpen (Figuur 2). Dat is een combinatie van urgentie en logistieke organisatie. Het is een goed startpunt voor urgentie-indeling.

Verdeling operatieve verrichtingen naar tijd tussen planning en ingreep [aantal]



Figuur 2 Er moet worden uitgezocht voor welk deel van de urgente patiënten verrichtingen kunnen worden ingepland (aandelen o.b.v. projectervaring)

2.2 Richt op concrete ingrepen of diagnostiek

We splitsen de analyse naar verrichtingen voor snijdende vakken en beschouwende vakken.

- Voor de snijdende vakken zijn de operatieve ingrepen het vertrekpunt. De capaciteit op OK, IC en op de kliniek is hoogstwaarschijnlijk de beperkende factor. Daarnaast doen deze patiënten ook een beslag op andere capaciteiten (poliklinische OK, scopieën, functieonderzoeken, beeldvorming en diagnostiek).
- Voor de beschouwende vakken zijn de (beeldvormende) diagnostische activiteiten het vertrekpunt. Dat is waarschijnlijk waar de bottleneck het eerst optreedt, en minder bij poliruimte, laboratoriumbepalingen en functieonderzoeken.

De voorgestelde analyse richt zich per vakgroep op ingrepen of diagnostisch onderzoek. Medisch specialisten worden gevraagd om de mate van urgentie per verrichting aan te geven.

2.3 Werk met afgestemd raamwerk voor prioritering

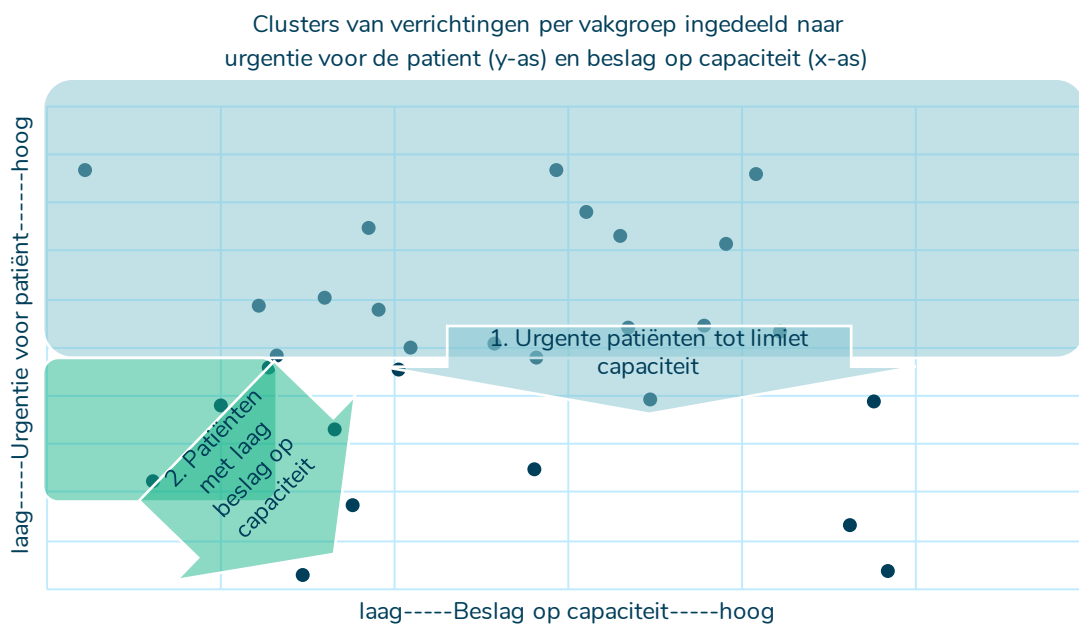
De filosofie is het ordenen van de patiënten naar twee aspecten:

- 1 Urgentie, die verschilt immers ook binnen urgente en semi-urgente planbare zorg (3 en 4).
- 2 Capaciteitsbeslag van mensen en infrastructuur.

Per samenhangend cluster patiënten wordt een stip geplaatst in een grafiek met op de y-as de urgentie en x-as het beslag op capaciteit (Figuur 3). Vervolgens kan de beschikbare capaciteit 'gevuld' worden in drie stappen:

- 1 Eerst de meest urgente patiënten (van boven naar beneden in de figuur) totdat de eerste bottleneck is bereikt (dat is waarschijnlijk OK-capaciteit, mogelijk vanwege personeelstekort). De daarbij behorende capaciteit voor kliniek, IC en dagbehandeling en polikliniek wordt ook berekend.
- 2 Vervolgens de capaciteit die nog resteert, wederom op basis van urgentie van patiëntengroepen, tot aan de volgende bottleneck, of tot urgentieclasses 3 en 4 volledig zijn bediend.
- 3 Als laatste de resterende capaciteit – waarschijnlijk polikliniek – kan worden gevuld.

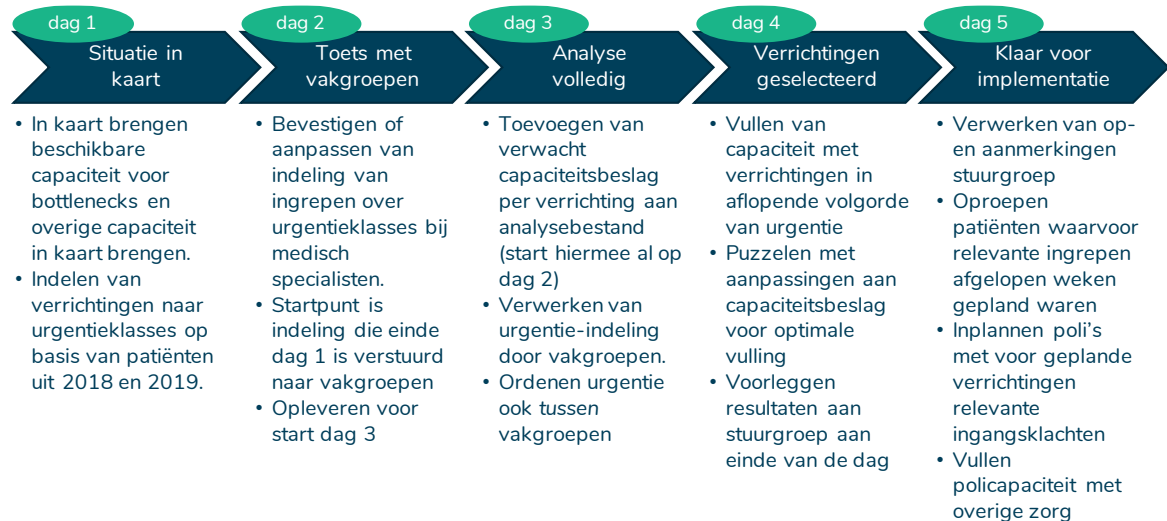
Uitgangspunt is hier de urgentie van patiënten. De capaciteit wordt dus niet gevuld met een verdeling over de specialismen zoals in 'normale tijden'. Zodra eventuele achterstand is ingelopen en het ontstane stuwmeer aan (semi)urgente patiënten is weggewerkt, kan een evenwichtigere verdeling over de specialismen worden nagestreefd. Wanneer dit kan, hangt af van de opgebouwde achterstand in de afgelopen weken, de beschikbare capaciteit en hoe lang nog met beperkte capaciteit gewekt wordt.



Figuur 3 Concept van aanpak om capaciteit eerst in te zetten voor meest urgente patiënten.

3 In vijf dagen opschalen

In vijf dagen kan het inhoudelijk raamwerk worden toegepast (Figuur 4). De werkzaamheden zijn een combinatie van analyse, informatie verzamelen bij de medisch specialisten en besluitvorming.



Figuur 4 Vijf dagen om het inhoudelijk raamwerk toe te passen en te operationaliseren (mogelijk korter door lokale aanpassingen op het projectplan).

3.1 Dag 1 – Breng situatie in kaart

3.1.1 In kaart brengen beschikbare capaciteit

Start met het in kaart brengen van de beschikbare capaciteit:

- **Snijdende vakken:**
 - Hoeveel OK-blokken zijn beschikbaar? Houd ook rekening met beschikbaarheid van medisch specialisten, anesthesiemedewerkers en OK-assistentie.
 - Hoeveel capaciteit die eventueel na een OK nodig is, is beschikbaar? In ieder geval verkoeverkamer, IC, PACU, MC, NC, CCU, kliniek.
- **Beschouwende vakken:**
 - Hoeveel (beeldvormende) diagnostische capaciteit is beschikbaar? Houd rekening met inzet en beschikbaarheid van CT-scans voor Corona-patiënten.
 - Hoeveel overige capaciteit, bijvoorbeeld scopieën is beschikbaar?
- **Overige:** Bijvoorbeeld hoeveel katheterisatiekamers zijn beschikbaar voor overige interventies?
- Houd rekening met de verwachte bezetting van IC en kliniek voor Corona-patiënten die de komende weken nog kan oplopen vanwege de lange ligduur, evenals de bezetting voor de overige (semi-)spoedzorg.

3.1.2 Analysebestand patiënten

Maak een analysebestand met de patiënten van 2018 en 2019 uit de urgentieclassen 2- Semi spoedzorg, 3-Planbare urgente zorg, 4-Planbare semi-urgente zorg en 5-Electieve zorg¹. Dit kan met de volgende stappen:

- 1 Stel een analysebestand op met de volgende variabelen
 - a Verrichtingen binnen de verrichtingsgroepen 'Operatieve verrichtingen', 'Beeldvormende diagnostiek', 'Diagnostische activiteiten' en 'Overige therapeutische activiteiten'.
 - b Datum van de aanvraag van de verrichting.
 - c Datum van de uitvoering van de verrichting.
 - d Urgentiecode (voor zover beschikbaar).
- 2 Schoon het bestand voor de spoed verrichtingen (urgentieklasse 1)
- 3 Reken per verrichting het verschil uit tussen de aanmaak- en uitvoeringsdatum.
- 4 Schoon het bestand voor verrichtingen die binnen 7 dagen zijn uitgevoerd. Dit zijn semi-spoed patiënten (urgentieklasse 2). We gaan er van uit dat die zorg nu wel wordt geleverd. Let er op dat je hier alleen schoont voor verrichtingen waarvoor ook in 'normale tijden' met wachtlijsten wordt gewerkt zoals CT-scans, scapieën, planbare OK's.
- 5 Aggregeer naar verrichtingen en geef per verrichting het aandeel patiënten naar tijdsverschil aan:
 - a Minder dan 1 maand.
 - b 1 tot 3 maanden.
 - c Meer dan 3 maanden.
- 6 Bespreek de bevindingen met medisch specialisten op het team om eventuele niet relevante zorg te verwijderen. Denk daarbij aan verrichtingen met een hoog aandeel in urgentieklasse 3 – Planbare urgente zorg (tot 1 maanden). Mogelijk is het toch electieve niet-urgente zorg die wel binnen een maand geleverd wordt omdat het logistiek goed is georganiseerd. Verwijder deze uit het bestand als daar geen discussie over mogelijk is. Bewaar twijfelgevallen voor de volgende stap met toets bij de vakgroepen.

3.2 Dag 2 - Toets indeling met medisch specialisten

Op dag 1 is een bestand gemaakt met per relevante verrichting het aandeel patiënten per verwachte urgentieklasse. Dit is het startpunt voor de daadwerkelijke urgentie-indeling. Het is nog een mix van daadwerkelijke urgentie en logistieke organisatie. De urgentie-indeling moet getoetst worden bij medisch specialisten.

Stuur daarom per vakgroep het analyse bestand en vraag de vakgroep om de verdeling over urgentieclassen te bevestigen of aan te passen (Figuur 5). Orden de verrichtingen naar aantallen en vraag vakgroepen in ieder geval de grote groepen in te delen, bijvoorbeeld tot 80% van het aantal patiënten. Daarna kan er gescand worden op urgente verrichtingen voor kleine groepen patiënten. Vraag vakgroepen om bijvoorbeeld na te gaan welke patiënten de afgelopen weken zijn

¹ De NZa heeft aangegeven ook een dergelijke lijst te maken. Zodra die beschikbaar is kan dat een startpunt of vergelijkingsmateriaal zijn. Uiteraard is de lokale situatie voor het specifieke ziekenhuis leidend.

afgezegd of niet zijn komen opdagen, terwijl dat eigenlijk wel had moeten. De bijbehorende verrichtingen zijn waarschijnlijk in hogere mate urgent. Door aan concrete patiënten te denken, kunnen de urgente verrichtingen worden geïdentificeerd.

Specialisme: Oogheelkunde						Spoedzorg		Planbare zorg			Controleel
Categorie	Hoofdgroep	Hoofdverrichting	Aantal per jaar	Aandeel spoed	Aandeel semi-spoed	Aandeel <1 maand	Aandeel 1-3 maand	Aandeel >3 maand			
80% meest voorkomende planbare verrichtingen	Oog lens	OOGLENS - CATARACTOP. EXTRACAPS. INBR. KUNSTLEN	70	0%	5%	10%	30%	55%	100%		
	Oog spieren	REGULIERE OPERATIE VAN SCHEELZIE	20	0%	0%	5%	20%	75%	100%		
	Traanapp.	TRAANAPP. - DACRYOCYSTORINOSTOMIE - ENDONASA.	10	0%	0%	0%	50%	50%	100%		
	Oogkamer	TRAANAPP. - SONDATE EEN OF MEER TRAANWEGSTEN OOGKAMER - FILTERENDE OPER. VOK - PLAATS. FILTE	10	0%	0%	0%	70%	30%	100%		
20% minst voorkomende planbare verrichtingen	Oog lens	OOGLENS - REPOSITIE GELUXEERDE KUNSTLENS ZELF	5	0%	0%	100%	0%	0%	100%		
	Oogbol	OGBOL - GLAUCOOMOPERATIES - RECHTS	5	0%	0%	100%	0%	0%	100%		
	Conjunctiva	CONJUNCTIVA - VERWIJDEEN OF MEER TUMOREN ZOND	5	0%	0%	100%	0%	0%	100%		
	Oogbol	OGBOL - EVISCERATIO BULBI	5	0%	0%	0%	100%	0%	100%		
Verrichtingen >90% Spoed	Cornea	CORNEA - VERWIJDEEN OF MEER TUMOREN MET PLA	5	0%	0%	0%	100%	0%	100%		
	Oogbol	OGBOL - COAG. INTRAOCULAIRE AANDOENING - NIET	3	0%	100%	0%	0%	0%	100%		
	Oogbol	OGBOL - PRIM. BEHERNST. PERFORATIE INCL. HERST. IRIS	3	100%	0%	0%	0%	0%	100%		

Figuur 5 Aandeel van patiënten per urgentieklasse uit afgelopen jaar is goed startpunt. Vakgroepen bevestigen of passen verdeling over urgentieklasse aan – gestileerd voorbeeld.

Geef medisch specialisten hiervoor twee avonden en een werkdag zodat zij met elkaar kunnen overleggen. Kondig deze vraag zo vroeg mogelijk aan zodat men tijd heeft gereserveerd.

Op dag 2 maakt het analyseteam vast de opzet voor het bestand voor dag 3.

3.3 Dag 3 - Breid analysebestand uit met capaciteitsbeslag en urgentieklasse

Terwijl medisch specialisten de urgentieclasses beoordelen, bereidt het analyseteam de analyse voor het capaciteitsbeslag voor op dag 2. Uiteindelijk wordt dat op dag 3 uitgewerkt met de input van de medisch specialisten die 's ochtends wordt aangeleverd.

3.3.1 Bereken verwacht capaciteitsbeslag

Voer de analyse van het capaciteitsbeslag uit in drie stappen (hiermee beginnen op dag 2):

- 1 Ga verder met het analysebestand van dag 1 vanaf stap 5.
- 2 Aggregeer per verrichting x urgentieklasse en bereken het gemiddelde capaciteitsbeslag:
 - Gemiddelde bruto OK-duur per operatieve verrichting.
 - Gemiddelde ligduur IC.
 - Gemiddelde ligduur kliniek.
 - Gemiddelde ligduur dagbehandeling.
 - Aantal polikliniekbezoeken.
 - Gebruik beeldvormende diagnostiek.
 - Eventuele overige capaciteitsbeslagen (poliklinische OK kamer, katheterisatie kamer, ...).
- 4 Bereken het verwachte capaciteitsbeslag per patiëntengroep. Combineer daarvoor het analysebestand met de verdeling van het aantal patiënten over de urgentieclasses zoals die door de vakgroepen vanochtend is aangeleverd.

3.3.2 Maak urgentie-indeling, ook tussen vakgroepen

Op deze dag moet ook de urgentie-indeling worden vastgesteld. Werk daarvoor met een lijst met alle verrichtingen voor alle vakgroepen ingedeeld naar aandeel per urgentieklasse. Review deze lijst met een panel van medisch specialisten om de volgorde vast te stellen binnen de urgentieklassen 3, en eventueel 4. Uit de input van de vakgroepen is de urgentie-indeling per vakgroep verkregen. Nu wordt ook een afweging tussen vakgroepen gemaakt. Breng een rangorde aan, dus ook binnen de urgentieklassen, en voeg die toe aan het analyse bestand. Maak vooraf afspraken over de indeling. Bijvoorbeeld prioriteit voor verdenking op maligniteit, en blijvend letsel bij te lang uitstellen van de ingreep.

3.4 Dag 4 - Selecteer uit te voeren verrichtingen

Op dag drie heeft het analyseteam per relevante patiëntengroep het verwachte capaciteitsbeslag en de urgentie-indeling berekend. Op basis hiervan wordt nu de capaciteit gevuld in vier stappen:

- 1 Vul de capaciteit met verrichtingen in aflopende urgentievolgorde. Begin met de capaciteit die waarschijnlijk het meest beperkend is; de OK-capaciteit en beeldvorming. Houd rekening met voorwaarden, bijvoorbeeld één vakgroep per dagdeel OK, of (bij gelijke urgentieklasse) voorrang voor patiënten met laag capaciteitsbeslag per verrichting, zodat uiteindelijk meer patiënten geholpen kunnen worden.
- 2 Toets of de bij de verrichting horende overige capaciteit zoals IC en kliniek beschikbaar is, zo niet, herhaal dan stap 1 met de beperkende capaciteit. Schuif eventueel met verrichtingen als daardoor een groot blok aan capaciteit beschikbaar komt. Denk bijvoorbeeld aan inzet van OK-capaciteit voor patiënten met lage ASA-score en lage kans op IC-opname zodat beschikbaarheid van IC-bedden de inzet van OK minder beperkt.
- 3 Vul de rest van de capaciteit met overige patiënten.
- 4 Toets de resultaten met medisch specialisten op het projectteam, en herzie eventueel voorgaande stappen.

Aan het einde van de dag worden de resultaten voorgelegd aan de stuurgroep. Hoogstwaarschijnlijk heeft die op- en aanmerkingen om op dag 5 te verwerken.

3.5 Dag 5 - Stel plan vast en operationaliseer de resultaten

Op deze laatste dag worden de op- en aanmerkingen van de stuurgroep verwerkt. De impact van eventuele herprioritering wordt doorgerekend. Als de stuurgroep dat heeft gevraagd, worden de resultaten nogmaals aan hen voorgelegd om vast te stellen.

Vervolgens worden de resultaten geoperationaliseerd. De OK's, diagnostiek en bijbehorende poliklinieken worden gepland. Per verrichting moeten de patiënten worden opgeroepen. Voor het plannen van de poliklinieken zijn de geplande verrichtingen leidend. Dit is de omgekeerde wereld van de Corona-tijd (Figuur 6).



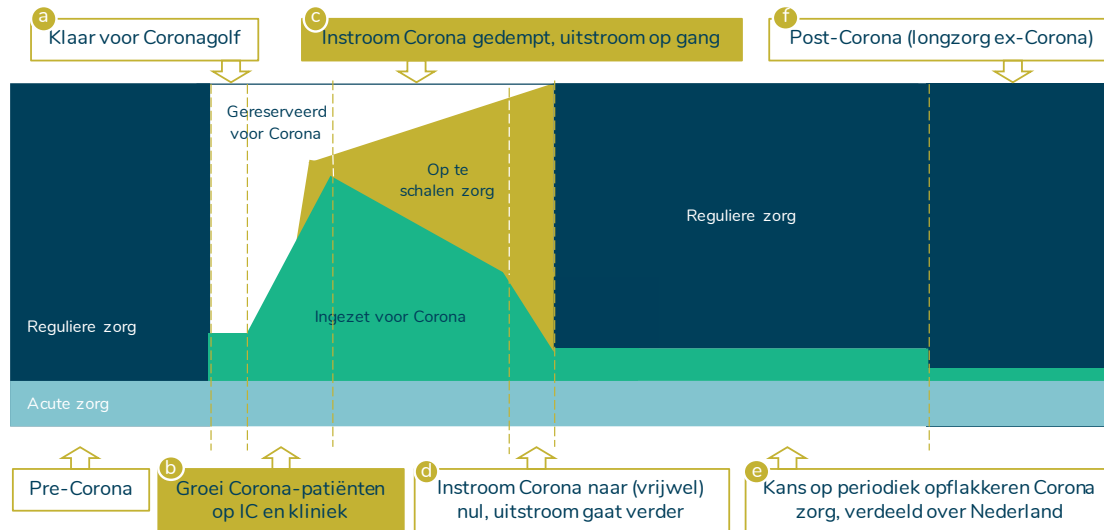
Figuur 6 In 'Coronatijd' is de beschikbare capaciteit leidend in de fase van opschalen van reguliere zorg

Er zijn drie werkstromen om de poliklinieken te vullen:

- 1 Oproepen van bekende patiënten die al voor de Corona-crisis voor de urgente ingreep waren ingepland. Hiermee kan het diagnose/OK-programma de eerstvolgende dagen worden gevuld. Overweeg om deze stap al op een eerdere dag te starten voor zorg waarvan evident is dat het urgentieklasse 3-Planbare urgente zorg betreft.
- 2 Poliklinieken voor relevante ingangsklachten inplannen zodat de instroom voor de urgentieclasses 3-Planbare urgente zorg weer op gang komt. Vraag de vakgroepen op basis van de lijst met in te plannen verrichtingen om de ingangsklachten duidelijk in kaart te brengen. Breng huisartsen op de hoogte van welke ingangsklachten prioritair kunnen worden ingestuurd. Afhankelijk van de beschikbare capaciteit kunnen er ook al poli's voor urgentieklasse 4-Planbare semi-urgente zorg worden ingepland.
- 3 Als capaciteit over is, kunnen poliklinieken voor ingangsklachten voor urgentieklasse 5- Electieve zorg weer worden opgestart. Deze patiënten zullen wel op langere termijn worden ingeroosterd voor verrichtingen. Bij deze zorg kan het ziekenhuis overwegen om juist vakgroepen met minder werklast in urgentieclasses 1, 2, 3 en 4, hier in te roosteren. Zodat ook daar de productie op gang komt. Houd rekening met de impact op de poliklinische capaciteit van 1,5m afstand op de poliklinieken en het voorkomen dat er te veel mensen gelijktijdig in het ziekenhuis zijn.

3.6 Na dag 5 – Monitoren en bijsturen

Op de vijfde dag moeten ook plannen gemaakt worden om de voortgang te monitoren, om periodiek bij te sturen en om te bepalen wanneer verder opgeschaald kan worden. Immers, we weten niet hoe de situatie zich ontwikkelt. Mogelijk komt sneller meer capaciteit beschikbaar (knik voor periode d in Figuur 7). Dan kan de volgende groep patiënten opgeroepen worden.

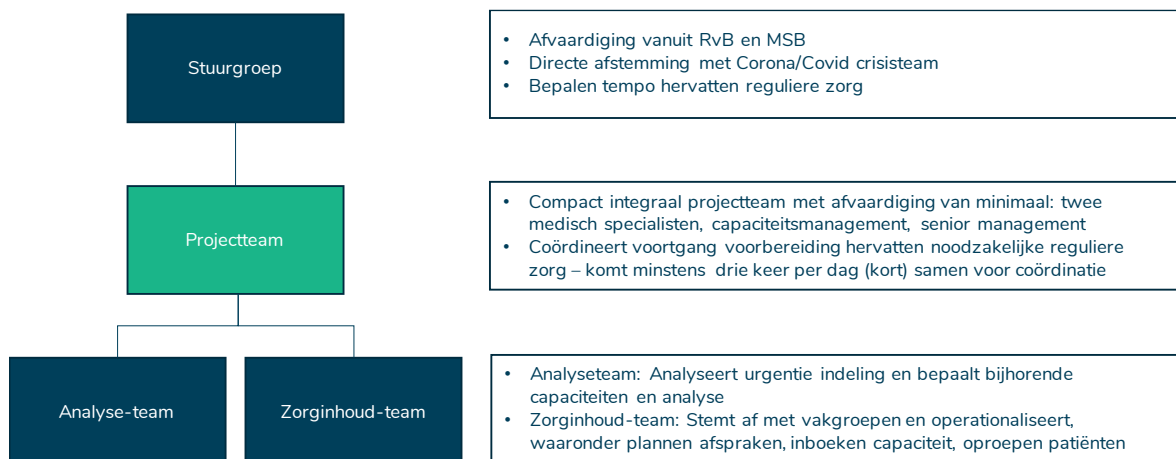


Figuur 7 Vereenvoudigde schematische weergave van aanpassing van ziekenhuizen aan Corona (zie tekst voor letters)

4 Stuurgroep van RvB en Medische staf stelt plan vast

Het is belangrijk om goede afspraken over de governance van het project te maken. Uiteindelijk nemen Raad van Bestuur en Medische Staf samen het besluit voor toedeling van de beschikbare capaciteit. Die capaciteit is anders verdeeld over de vakgroepen dan in 'normale' tijden.

Een mogelijke projectstructuur bestaat uit een compact projectteam dat nauw samenwerkt en hiervoor minimaal drie keer per dag bij elkaar komt, bijvoorbeeld bij start, lunch en einde van de dag (Figuur 8). Het analyseteam voert analyses uit en het Zorginhoud-team borgt realiteit op medisch inhoudelijk gebied en uiteindelijke doorvertaling naar concrete plannen.



Figuur 8 Mogelijke projectorganisatie om in vijf dagen tot een concreet plan te komen voor (semi) urgente reguliere zorg.