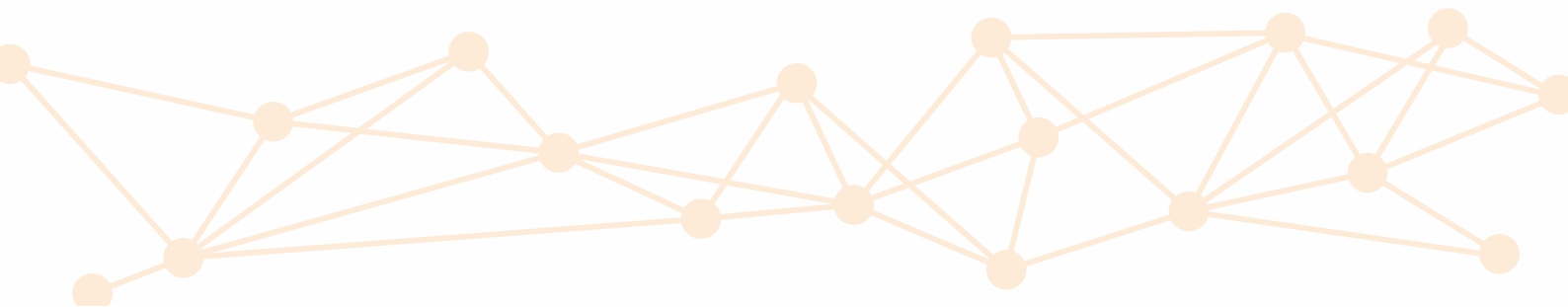


Toekomstbestendige inrichting acuut zorglandschap vanuit de complexe acute ketens

Samen doen!



Inhoud

Leeswijzer	3
1. Aanleiding.....	4
2. Aanpak en proces.....	5
2.1 Wie zijn we?.....	5
2.2 Aandeel SEH instroom.....	5
2.3 Proces	6
2.4 Patiëntenstromen inzichtelijk maken met data	7
3. De uitdagingen van nu.....	8
3.1 Gezamenlijk ervaren knelpunten.....	8
4. Oplossingsrichtingen	9
4.1 Zorgvraag verminderen.....	9
4.1.1. Proactieve zorg bij kwetsbare (oudere) patiënten	9
4.1.2. Verbeteren prehospital triage.....	10
4.1.3 Verbeteren poliklinische toegang	10
4.1.4 Inwoners informeren	10
4.2 Doorstroom naar vervolgzorg verbeteren	10
4.3 Personeel.....	10
4.4 Beschikbaarheid patiëntgegevens en nieuwe technologieën.....	10
5. Wat pakken de focusgroepen op	12
5.1 Acute cardiologie.....	12
5.2 Acute vaatchirurgie	14
5.3 Acute Geboortezorg	15
Capaciteitsinformatie	16
5.4 Acute neurologie	17
5.5 Acute (multi) traumazorg	19
6. Wat nodig?	20
6.1 Zorgvraag verminderen.....	20
6.2 Doorstroom naar vervolgzorg.....	20
6.3 Personeel.....	20
6.4 Beschikbaarheid patiëntgegevens en nieuwe technologieën.....	21
7. Conclusie	22
Bijlage 1: Proactieve zorg – ontwikkelingen in de 1 ^e en 2 ^e lijn.....	23

Leeswijzer

Dit rapport gaat over het toekomstbestendig maken van de acute zorgketen in Noord-Nederland vanuit het perspectief van de complexe acute ketens cardiologie, neurologie, vaatchirurgie, verloskunde en (multi)traumazorg. Het beschrijft de ervaren knelpunten en mogelijke oplossingen die deze acute ketens hebben besproken tijdens verschillende bijeenkomsten.

Na de beschrijving van de aanleiding van dit rapport in hoofdstuk 1 volgt de aanpak en het proces in hoofdstuk 2. Hoofdstuk 3 zoomt in op de gezamenlijk ervaren knelpunten. Hoofdstuk 4 op de oplossingsrichtingen waar de ketens allen in geloven. In hoofdstuk 5 worden acute keten specifieke knelpunten en oplossingen benoemd. En wat nodig is om deze te realiseren. Hoofdstuk 6 zoomt in op wat nodig is om de gezamenlijk benoemde oplossingen te realiseren. Afgesloten wordt met de conclusie.

Op basis van dit rapport wordt een advies met aanbevelingen geschreven voor tactisch en bestuurlijk ROAZ.

1. Aanleiding

De Noord-Nederlandse bevolking groeit, vergrijsd en wordt zieker. Met een grotere vraag om acute zorg tot gevolg. Die geleverd zal moeten worden met minder personeel. Het vullen van vacatures is nu al uitdagend en de beroepsbevolking gaat afnemen ([ROAZ beeld en plan](#)).

Daarom staat in de strategische agenda van het ROAZ de veranderopgave hoe de acute zorg in Noord-Nederland toekomstbestendig kan worden ingericht, zodanig dat deze ook in 2030 voor elke inwoner toegankelijk is en van goede kwaliteit. Daar geven we concreet invulling aan door vanuit de verschillende programma's te werken richting een transformatie, zoals de ROAZ transformatiestrategie hieronder visualiseert.



Dit doen we door in te zetten op de 3 middelste doelen:

- Samen voorkomen van acute zorg
- Samen triëren en coördineren van acute zorg
- Samen leveren van passende acute zorg

Er zijn diverse "puzzelstukjes" die bijdragen aan deze doelen. Een "puzzelstukje" kan per programma een andere betekenis hebben. Vanuit de programma's werkt ieder aan de doelen die passend zijn. Zo werken we samen richting een toekomstbestendig acuut zorglandschap.

Vanuit het programma Kwaliteit en Toegankelijkheid acute zorg dragen we hieraan bij. De vraag om vanuit medisch specialistisch perspectief oplossingsrichtingen te formuleren voor de uitdaging van een toekomstbestendig acuut zorglandschap, is neergelegd bij de ROAZ groep verbinding complexe acute ketens, waar de voorzitters van de focusgroepen complexe acute ketens samenkomen¹.

¹ Complexe acute ketens zijn gebaseerd op spoedindicaties vastgesteld door Zorginstituut Nederland in [2015](#).

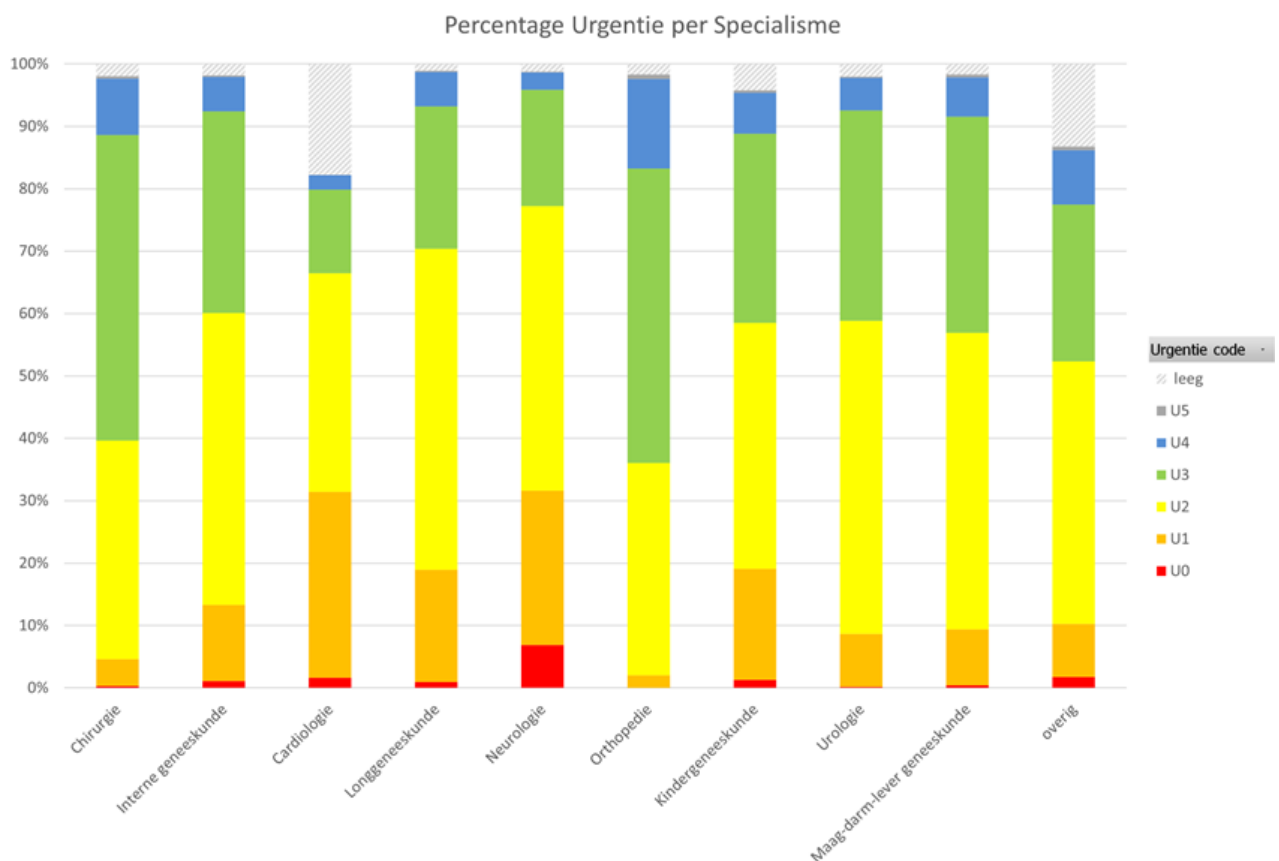
2. Aanpak en proces

2.1 Wie zijn we?

De ROAZ groep verbinding complexe acute ketens bestaat uit voorzitters van de focusgroepen complexe acute zorgketens (cardiologie, neurologie, vaatchirurgie, verloskunde, (multi)traumazorg) en twee medisch managers van de ambulancediensten. De voorzitters hebben de vraag om input meegenomen naar hun focusgroepen. Deze focusgroepen complexe acute ketens bestaan uit vertegenwoordigers van de betreffende specialismen van de betrokken ziekenhuisorganisaties in Noord-Nederland. Bij de neurologie en cardiologie aangevuld met een medisch manager ambulance en huisartsvertegenwoordiging. De acute geboortezorg omvat de volledige multidisciplinaire keten, maar zonder vertegenwoordiging van de ambulance.

2.2 Aandeel SEH instroom

De chirurgie (waaronder trauma en vaatchirurgie), cardiologie en neurologie zijn goed voor ongeveer 65% van de instroom op de SEH. Het percentage patiënten dat op een SEH wordt gezien met de verdenking op één van de spoedindicaties (U0, U1) is veel kleiner.



Figuur 1: instroom op de SEH in 2022 per specialisme naar aandeel van instroom, chirurgie grootste aandeel, verder naar rechts steeds kleiner. Met per specialisme de urgentieverdeling van de instroom. (bron: ROAZ beeld Plus)

Deze figuur laat ook zien dat een behoorlijk deel van de instroom op de SEH voor rekening van de interne-, long- en kindergeneeskunde komt. Uit verkennende gesprekken met deze disciplines is besloten deze disciplines niet mee te nemen in het proces van dit rapport. Wel worden ze indien relevant betrokken bij vervolgstappen.

Acute geboortezorg komt niet op de SEH maar gaat direct naar de afdeling verloskunde.

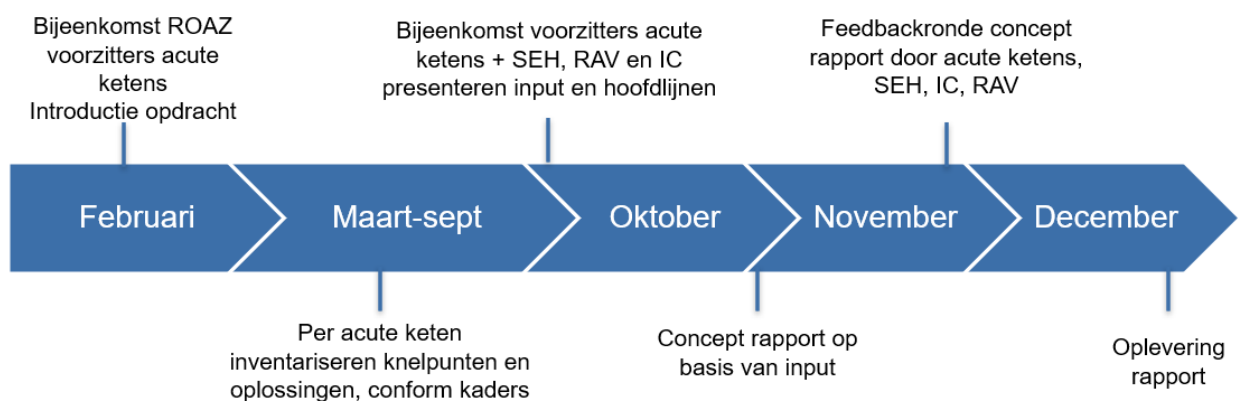
2.3 Proces

De vraag die het afgelopen jaar centraal heeft gestaan is:

“Hoe organiseren we in 2030 de acuut medisch specialistische zorg zodanig dat met minder personeel de stijgende zorgvraag kan worden beantwoord?”

Om richting te geven aan het vraagstuk is gekeken naar de “puzzelstukjes” aan de rechterzijde van de transformatiestrategie (zie pagina 4) en data over patiëntstromen binnen de acute ketens (ROAZ-beeld Plus²).

Onderstaand de tijdslijn van het proces van begin tot oplevering rapport.



In meerdere bijeenkomsten hebben de focusgroepen ieder knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen benoemd. Ook wat hierin vanuit de acute keten kan worden opgepakt of wat een vraagstuk is waar vanuit een breder perspectief aan oplossingen moet worden gewerkt.

Tijdens de bijeenkomst verbinding complexe acute ketens is gekeken naar:

- Acute ketens specifieke knelpunten
- Gezamenlijk ervaren knelpunten
- Oplossingsrichtingen die vragen om samenwerking tussen acute zorgketens

Vanwege de sterke link tussen de complexe acute ketens en de spoedeisende hulpen, intensive care afdelingen en de ambulancediensten is samenwerking met deze specialismen van cruciaal belang. Vertegenwoordigers van deze drie groepen hebben meegedacht over de integraliteit en haalbaarheid van de oplossingsrichtingen.

De gezamenlijke aanpak zorgt voor verbinding en kennisdeling tussen specialisten, wat als zeer waardevol wordt ervaren. Dit rapport is niet het eindpunt, maar juist de start van een langdurige samenwerking om de acute zorg in Noord-Nederland toekomstbestendig te maken.

² Data-geïnformeerd werken is een onderdeel dat kan bijdragen om de juiste keuzes te maken bij de toekomstbestendige inrichting van het acute zorglandschap. De acute ketenpartners hebben in ROAZ verband afgesproken de regionale data over patiëntstromen op organisatieniveau te delen. Dit noemen we het ROAZ-beeld Plus. De bouw van de regionale data-tool is erop gericht de komende jaren meer data-geïnformeerd vraagstukken te kunnen onderbouwen. En verbeterpunten te signaleren of effecten van scenario's te analyseren. Het geeft inzicht om beter geïnformeerd strategische keuzes te kunnen maken.

2.4 Patiëntenstromen inzichtelijk maken met data

Om bovenstaande vragen te beantwoorden is inzicht in patiëntenstromen binnen de acute zorgketens ondersteunend. Inzicht in bewegingen van patiënten binnen de acute zorgketens en kennis van hoe patiënten zich verplaatsen op populatieniveau kan helpen om knelpunten beter te begrijpen, gerichte oplossingen te ontwikkelen en toekomstige maatregelen te monitoren.

Voor een goed beeld van de patiëntenstromen binnen de acute zorgketen is data verzameld per acute keten uit ziekenhuizen. Daarnaast is gebruik gemaakt van de Landelijke Trauma Registratie en de bestaande SEH-data uit het ROAZ-beeld Plus.

Het resultaat van de extra verzamelde gegevens roept echter vragen op over de betrouwbaarheid. Data wordt niet op dezelfde manier geregistreerd door de ziekenhuizen. Daarnaast zijn nog niet alle data ontvangen. Daardoor is de extra opgehaalde data slechts beperkt bruikbaar. Dat heeft ons doen besluiten helemaal geen data op te nemen in dit rapport en dus ook niet in het advies aan het tactisch en bestuurlijk ROAZ.

Geleerde les en vervolgstappen

De manier waarop is geprobeerd inzicht te krijgen in de patiëntenstromen en reisbewegingen geeft geen antwoord op de behoefte om knelpunten in deze acute ketens beter te begrijpen, gerichte oplossingen te ontwikkelen en toekomstige maatregelen te monitoren. Zonder een 'chip' aan de patiënt is geen inzicht te krijgen in de patiëntenstromen.

Vervolgstappen in samenspraak met het programma data-geïnformeerd werken:

- Verkennen op welke manier data kan bijdragen aan het gesprek over de toekomstbestendige inrichting van het acuut zorglandschap.
- Verkennen samen met externe partners zoals de RuG faculteit economie en Devise (partner ROAZ beeld Plus) welke manier van dataverzameling deze behoefte zou kunnen beantwoorden.
- Realiseren van randvoorwaarden voor data geïnformeerd werken: eenduidige registratie in de zorgorganisaties en betere/volledigere registratie van gegevens.

3. De uitdagingen van nu

De bereikbaarheid in Noord-Nederland voldoet aan de gestelde normen, maar er zijn zorgen over toenemende en complexere zorgvragen en een tekort aan zorgprofessionals.

De complexe acute ketens zien grote uitdagingen om de acute zorg te kunnen blijven (waar)borgen. En het is voor de medisch specialistisch professionals een probleem van nu. Niet pas in 2030. Het belang van directe actie wordt benadrukt.

3.1 Gezamenlijk ervaren knelpunten

1. **Toename van de (acute) zorgvraag** wordt door alle acute ketens ervaren. Dit betekent echter niet voor alle ketens een toename van het aantal acute diagnoses, zoals bij de cardiologie en de verloskunde. Kortom, de acute ketens zien steeds meer patiënten terwijl het aantal patiënten met een acuut medisch probleem niet perse toeneemt. Dit suggereert een toename van oneigenlijke gebruik van de acute zorg. Mogelijke verklaringen die hiervoor zijn benoemd zijn suboptimale prehospital triage en een toename van mondige en veeleisende patiënten en diens naasten.
2. **Toename van de kwetsbare (oudere) patiënten** met meer comorbiditeit wordt ervaren door alle acute ketens, behalve de geboortezorg. Door de complexiteit van hun gezondheidsproblemen is behandeling volgens standaardrichtlijnen niet altijd geschikt. Onnodige complicaties, functieverlies en een vermindering van de levenskwaliteit - wat op zijn beurt leidt tot een hogere zorgconsumptie - liggen op de loer. De vraag "Moet alles wat kan?" wordt steeds belangrijker. De wens om dit gesprek te starten met collega medisch specialisten is er bij de complexe acute ketens. Maar in de praktijk blijkt het lastig dit gesprek echt te starten. Evenals tijdig in gesprek gaan met patiënten over hun doelen en voorkeuren, los van hun ziekte. Maar wie is de juiste persoon om deze gesprekken te voeren? En hoe organiseer je die samenwerking effectief binnen de hele acute keten?
3. **Stagnatie doorstroom naar vervolgzorg** wordt ervaren door alle ketens. Vervolgzorg naar verpleeghuizen, (geriatrie) revalidatiezorg of naar huis (met eventueel thuis- of kraamzorg) is niet altijd beschikbaar door tekorten. Onder andere door tekorten personeel en gebrek aan "juiste indicatie" bedden in vervolgzorg. Dit zorgt ervoor dat patiënten langer in het ziekenhuis verblijven dan medisch noodzakelijk is ("verkeerde bed problematiek"), wat gevolgen heeft voor de gehele (acute) keten.
4. **Tekort aan personeel** wordt door alle acute ketens ervaren. Zowel bij de medisch specialisten als de verpleegkundige zorg gelieerd aan de acute keten. Maar ook bij de ondersteunende specialismen zoals angiologen en interventieradiologen.
5. **Gebrek aan beschikbare gegevens** over de patiënt met een acute zorgvraag, zoals contextuele en medische informatie en beeldvorming. Dit belemmert 'drempelloze' samenwerking tussen de verschillende ketenpartners. Ook leidt het tot dubbel onderzoek bij triage en diagnose van bijvoorbeeld rAAA en CVA, wat zorgt voor vertraging in het zorgproces. Inzet en implementatie van beschikbare **nieuwe technologieën** zoals thuismonitoring of gebruik van AI verloopt traag en veelal op kleine schaal (specifieke patiënt populaties, organisatie of subregionaal).

4. Oplossingsrichtingen

De oplossingen voor de gezamenlijk ervaren knelpunten worden gevonden in het verminderen van de zorgvraag en het verbeteren van de doorstroom naar vervolgzorg.

Voor een duurzame oplossing zijn volgens de focusgroepen voldoende personeel, beschikbaarheid gegevens en vernieuwende technologieën nodig om ook in 2030 de acute zorg te kunnen waarborgen.

Elke focusgroep ziet ook oplossingsrichtingen waarmee ze zelf aan de slag kunnen. Deze staan beschreven in hoofdstuk 5.

4.1 Zorgvraag verminderen

4.1.1. Proactieve zorg bij kwetsbare (oudere) patiënten

Alle acute ketens, behalve de geboortezorg, zien proactieve zorg als meest impactvolle oplossing voor het verminderen van de zorgvraag van kwetsbare (oudere) patiënten. Zorg die aansluit bij de contextuele situatie en wensen en doelen van de patiënt, los van de ziekte. Tijdige inzet van proactieve zorg kan resulteren in:

Vermindering van zorgconsumptie

- Minder bezoeken aan de spoedeisende hulp
- Minder polibezoeken
- Minder diagnostische onderzoeken
- Minder behandelingen waardoor minder langdurige ziekenhuisopnames
- Vermindering van consumeren van kostbare zorg, zoals intensive care-zorg

Betere kwaliteit van zorg

- Vaker overlijden op de gewenste plaats, vaker thuis
- Betere aansluiting bij patiëntwensen
- Meer regie voor patiënt

Voor het in de praktijk brengen hiervan bestaan verschillende methoden zoals [passend behandelplan](#), [geriatrische screening](#), [advanced care planning en proactieve zorgplanning](#). Met allen hetzelfde doel: zorg die aansluit bij de kwetsbaarheid en wensen van de patiënt. Omwille van een eenduidig woordgebruik en aansluiting bij landelijke ontwikkelingen op dit terrein spreken we in dit rapport over proactieve zorg.

Uitrol van proactieve zorg ook in de tweede lijn is essentieel. Hier worden patiënten geconfronteerd met urgente gezondheidskwesties en worden behandelingen geïndiceerd. Nauwe samenwerking met de eerste lijn waar al veel ervaring is, de ambulancediensten, en de langdurige zorg, is cruciaal voor effectieve en proactieve zorg in de acute keten.

Kernpunten voor implementatie volgens de acute ketens:

- Tijd voor gespreksvoering
- Uniforme vastlegging van deze patiëntinformatie op een centrale plek in het EPD
- Beschikbaarheid van deze informatie voor alle bij de patiënt betrokken zorgverleners in de keten; bij de huisarts(enposten), VVT organisaties en ambulancediensten.

4.1.2. Verbeteren prehospital triage

Hoe beter de prehospital triage, hoe sneller patiënten de juiste zorg op de juiste plek ontvangen. Dit leidt tot betere zorguitkomsten en efficiënter gebruik van middelen en vermindering van druk op de Spoedeisende Hulp. De prehospital triage kan verbeteren door inzet nieuwe technologieën, regionale verwijsprotocollen en afspraken gericht op het voorkomen van opname en kennisdeling d.m.v. scholing. In hoofdstuk 5 worden per keten concrete voorbeelden beschreven.

4.1.3 Verbeteren poliklinische toegang

De acute ketens cardiologie, neurologie en (multi)traumazorg verwachten dat door het vergemakkelijken van het maken van een afspraak bij een specialist op de polikliniek, kan helpen om drukte op de spoedeisende hulp (SEH) te verminderen. Wanneer patiënten met niet-spoedeisende klachten direct bij de juiste specialist terechtkunnen, hoeven ze minder snel naar de SEH. Hierdoor komt de SEH meer beschikbaar voor mensen met écht acute zorgbehoeften, wat de zorg efficiënter en beter maakt. Ook de SEH's juichen dit enorm toe. Wie wat gaat oppakken, zie hoofdstuk 5.

4.1.4 Inwoners informeren

Inwoners informeren over de schaarste van zorg en wat inwoners zelf kunnen doen om de acute zorg toegankelijk te houden. Waarvoor ga je naar een SEH en waarvoor niet. Mogelijk in aansluiting op bestaande publiekscampagnes die informeren over alternatieve zorgopties, zoals huisartsen, zorgloketten en digitale zorg om onterecht gebruik van de acute ketenzorg te verminderen. Ook in de spreekkamer kan dit gesprek plaats vinden.

4.2 Doorstroom naar vervolgzorg verbeteren

De doorstroom naar vervolgzorg kan verbeteren door verkennen wat nodig is voor sneller verplaatsen naar V&V, (geriatrie) revalidatie en thuis (met thuis of kraamzorg). Dit is een behoefte bij alle acute ketens. Wat kan de uitplaatsende organisatie doen om de ontvangende organisatie te helpen voor vlotte en soepele overdracht van de patiënt? Wederzijds inzicht en begrip voor elkaars werkwijzen kan hieraan bijdragen.

4.3 Personeel

Noodzaak is vanuit regioperspectief op basis van inzicht in data (strategisch personeelsbeleid) knelpunten concreet te maken en gerichte interventies te ontwikkelen om het personeelsvraagstuk op te pakken. In welke functies is een tekort of wordt deze verwacht. Hoe 'ernstig' is het tekort en waar liggen oplossingen. En hoe de oplossingsrichtingen impact hebben op de gehele keten (een andere keten mag er niet door geschaad worden). Vanaf pagina 12 staan per keten de oplossingsrichtingen voor het personeelsvraagstuk beschreven.

4.4 Beschikbaarheid patiëntgegevens en nieuwe technologieën

Volgens de acute ketens is beschikbaarheid van patiëntgegevens **de catalysator** voor betere samenwerking, ontdubbelen, verschuiven, concentreren of juist spreiden van acute zorg in de regio. Dit beperkt zich niet tot de beschikbaarheid van gegevens tussen huisartsen(posten) en ziekenhuizen, maar ook de ambulance, de 1^e lijns verloskundige en kraamzorg. Het gaat hierbij om 'informatie' en 'ondersteunende methoden':

Informatie:

- patiëntinformatie
- beelden

- capaciteitsinformatie
- data

Ondersteunende methoden:

- hulpmiddelen voor thuismonitoring
- AI toepassingen (zoals de Strokeviewer)
- platforms voor intercollegiaal overleg tussen ambulances en ziekenhuis en huisartsen en ziekenhuis (zoals VIP live)

Er wordt hard gewerkt aan de beschikbaarheid van patiëntinformatie, maar lang niet alle zorgprofessionals zijn hiervan op de hoogte. Denk aan de Zorgviewer. En implementatie van technologieën stopt niet nadat een toepassing technisch mogelijk is gemaakt.

Gebruikersimplementatie is essentieel om de potentie maximaal te benutten. Verbeteren van de gebruiksvriendelijkheid van oplossingen hoort daar ook bij, bijvoorbeeld als het gaat om de koppeling ambulance ECG's met ziekenhuizen. Technisch is het mogelijk, maar door gebrek aan uniformiteit tussen de ambulancediensten is de gebruiksvriendelijkheid voor de ontvanger, in dit geval de cardiologen, suboptimaal.

Wat nodig is om deze oplossingsrichtingen in de praktijk te realiseren staat in hoofdstuk 6.

5. Wat pakken de focusgroepen op

Per keten zijn er diverse kansen die kunnen worden opgepakt om een eerste stap te zetten richting een toekomstbestendig acuut zorglandschap. Waarin zorg wordt geleverd die is afgestemd op de contextuele situatie en behoeften van een persoon, effectief is en geen onnodige handelingen omvat. De hiervoor genoemde oplossingen die voor meerdere ketens gelden worden niet herhaald. Elke paragraaf start met een karakterisering van de acute keten. Oplossingen eindigen met wat nodig is voor realisatie.

5.1 Acute cardiologie

Binnen de acute cardiologie is een toenemende zorgvraag, vooral door een toename van het aantal ouderen. Maar dit leidt niet perse tot een toename van het aantal acuut cardiologische diagnoses zoals hartinfarcten. Bij de ambulancediensten en op de eerste hart hulp (EHH) en SEH's wordt dit ook ervaren. Patiënten lijken ongeruster waardoor ze eerder aan de bel trekken. Het gebrek aan personeel verschilt per ziekenhuis en met name bij de verpleegkundigen. Soms ook bij medisch specialisten.

Korte termijn starten

Zorgvraag verminderen

- **Opnemen van troponinmetingen** in het prehospital HEART-score systeem bij ambulancediensten helpt om zorggerichter te triageren en de instroom van patiënten naar het ziekenhuis te verminderen, zonder in te leveren op patiëntveiligheid. Troponinetests worden reeds ingezet door Kijlstra en UMCG ambulancedienst. Nodig zijn:
 - uniforme werkafspraken op basis van nieuwe NVVC richtlijn,
 - beschikbaarheid van troponinetests bij Ambulancezorg Groningen en
 - monitoring van gebruik door de ambulancediensten.

Wat nodig: een sectoroverstijgend project met projectleiding en inzet van cardiologen, huisartsen, medisch manager ambulance en ambulanceverpleegkundigen.

- **Aanscherpen en implementeren verwijsprotocolen** draagt bij aan betere prehospital triage en het spreiden van patiënten over de dag. Hiervoor is het nodig goede voorbeelden onderling te delen en vervolgstappen te bepalen. Bekend, goed, acuut zorgpad is bijvoorbeeld boezemfibrillatie. Dit ook ontwikkelen voor de hartfalen patiënt. Waar relevant de SEH-artsen betrekken.

Wat nodig: overlegtijd en implementatie.

Langere termijn

- **Inzet van thuismonitoring** voor verlagen instroom naar ziekenhuis en verbeteren doorstroom naar vervolgzorg. Bijvoorbeeld de Luscii app bij hartfalen. Echter de projecten stoppen vanwege gebrek aan financiering, impact marginaal/onduidelijk. Potentieel is er wel, maar pas bij toepassing op grote schaal/ lange termijn. Schaalgrootte is nodig om arbeidseffectief en kosteneffectief te zijn.

Wat nodig: zodra mogelijk bewezen effectieve vormen van thuismonitoring agenderen bij het RIVO-Noord voor regionale implementatie in plaats van lokaal. Betrokkenheid zorgverzekeraars hierbij is essentieel.

Randvoorwaardelijk voor samenwerking met andere sectoren

- **Koppeling ambulance ECG's met ziekenhuizen uniformeren.** De huidige koppeling is onpraktisch door uiteenlopende werkwijzen tussen ambulances en ziekenhuizen. Verbetering hiervan vermindert de zorgvraag niet, maar is essentieel voor een soepele samenwerking.

Wat nodig: verkenning wat nodig is om tot uniformiteit te komen met ambulancediensten en cardiologen in de ziekenhuizen. Vervolgstappen bepalen.

- **Verbeteren gebruiksvriendelijkheid VIP live of Zorgdomein in ziekenhuizen** voor een efficiëntere overleg en eventuele doorstroom naar de 2e lijn. Er zit nu een vertraging in het proces, door tussenkomst van de secretariaten. Deze zijn allen tijdens kantoren uren aanwezig, terwijl deze systemen 24/7 gebruikt worden. Gebruiksvriendelijkheid kan verbeterd worden door schrappen vertragende tussenstappen.

Wat nodig: agenderen probleem bij het RIVO-Noord voor verkenning of dit mogelijk is en bepalen vervolgstappen.

5.2 Acute vaatchirurgie

In het IZA staat dat de volumenormen voor vaatchirurgie verhoogt worden. Dit is onderwerp van gesprek in het Vaatchirurgisch Netwerk Noord-Nederland. Door SiRM wordt een impactanalyse uitgevoerd voor de gevolgen van verhoging van de norm in Noord-Nederland. De gesprekken hierover zijn nog gaande. Zodra dit proces is afgerond volgt de uitwerking.

Het tekort aan personeel verschilt per ziekenhuis en betreft o.a. verpleegkundigen, vaatchirurgen, interventieradiologen en operatieassistenten.

Oplossingen voor een toekomstbestendige acute vaatchirurgie:

Korte termijn – 2025

- Prehospital triage: Snellere toegang tot eerder gemaakte echo en/of CT gegevens door verbetering gebruiksvriendelijkheid XDS. Door snellere toegang tot CT-scans kunnen vaatchirurgen dus efficiënter werken, betere behandelbeslissingen nemen en de uitkomsten voor patiënten met acute vaataandoeningen potentieel verbeteren. Wat nodig: agenderen bij het RIVO-Noord

Personeel

- **Selectiever inzetten professionals.** Bijvoorbeeld interventieradiologen naar voorbeeld van Martini Ziekenhuis waar interventieradiologen wel ingezet worden bij acute vaatchirurgie, maar niet meer bij vormen van electieve vaatchirurgische zorg.

Wat nodig: agenderen bij VNNN overleg en delen ervaringen MZH. Bepalen voor welke centra interessant. Leren van elkaar.

Lange(re) termijn

Zorgvraag verminderen

- Verbeteren prehospital triage door **gebruik draagbare echo in de ambulances** (Point-of-Care Ultrasound (POCUS)). Dit draagt bij aan snellere herkenning van levensbedreigende situaties en efficiëntere zorgverlening. Door al in de ambulance een eerste diagnose te kunnen stellen, kan de behandeling sneller worden gestart en de patiënt gerichter naar het juiste ziekenhuis worden vervoerd. De waarde van POCUS is er voor de vaatchirurgie maar ook voor andere acute ziektebeelden zoals acuut hartfalen, acute buikpijn en pneumonie. Bij ambulancediensten in Rotterdam en Brabant wordt hiermee geëxperimenteerd.

Wat nodig: in samenwerking met de ambulancediensten een project met projectleiding. Volgen resultaten en kennis ophalen uit regio's waar POCUS al wordt ingezet. Doel: kosten baten analyse inzet POCUS door ambulancediensten in Noord-Nederland en vervolgstappen bepalen. Bijvoorbeeld als afstudeeropdracht.

5.3 Acute Geboortezorg

De geboortezorg is georganiseerd via Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's). Dit zijn regionale netwerken waarin verschillende zorgverleners samenwerken om integrale geboortezorg te bieden. VSV's bestaan uit gynaecologen, verloskundigen, kraamverzorgenden, kinderartsen en soms ook verloskundig actieve huisartsen en jeugdgezondheidszorg. De 9 VSV's in Noord-Nederland werken met elkaar samen binnen het [Consortium Zwangerschap en Geboorte Noord-Nederland](#) (ZeGNN). Onder andere in de werkgroep capaciteit ZeGNN.

De acute verloskunde in Noord-Nederland staat voor uitdagingen. Hoewel het meestal om laagcomplexere zorg gaat, is snelle actie cruciaal bij acute situaties. De afgelopen jaren zijn veel verloskundige afdelingen al gesloten; Stadskanaal, Dokkum, Delfzijl, Hoogeveen, Meppel en Lelystad. Hierdoor zijn de reistijden langer. Tegelijkertijd blijkt het lastig om op de overgebleven afdelingen 24/7 een team paraat te hebben, door gebrek aan personeel. Maar ook vanwege de verouderde financiering op productie en er wordt onvoldoende rekening gehouden met de 24/7 beschikbaarheid. Het kan niet uit.

Er is behoefte aan inzicht in capaciteitsknelpunten bij verloskunde-, neonatologie- en kinderafdelingen, mede door toenemende piekmomenten en verschuivingen van eerste- naar tweedelijnszorg.

Personeelstekorten doen zich vooral voor in de kraamzorg, bij eerste- en tweedelijns verloskundigen en op kinderafdelingen/ NICU's. Zorgwekkende trends zijn de snelle uitstroom van personeel (vaak al binnen 5 jaar), hoge werkdruk en ziekteverzuim.

Oplossingen voor een toekomstbestendige acute geboortezorg:

Korte termijn – 2025

Zorgvraag verminderen

- **Uitrol triagewijzer verloskunde** binnen gehele keten. De triagewijzer zorgt voor een uniforme beoordeling van de ernst en urgentie van hulpvragen, wat bijdraagt aan de efficiëntie en veiligheid van de zorg voor zwangere vrouwen. Een betere organisatie en samenwerking van (ongeplande) spoedzorg, met juiste zorg op de juiste plaats tot gevolg. En uniformiteit in verwachtingsmanagement naar zwangeren. Samenwerking in de gehele keten is hierbij essentieel. Materialen voor [implementatie](#) zijn beschikbaar. Agenderen bij met Consortium ZeGNN werkgroep capaciteit.

Wat nodig: ketenbrede implementatie. Projectleiding voor regionaal agenderen, stimuleren en vervolgen van de implementaties. Leren van elkaars goede voorbeelden.

Personeel

- **Buddysysteem al vanaf de opleiding** t.b.v. duurzame inzetbaarheid van nieuwe verloskundigen zodat ze minder snel uitstromen ([L. Kool, 2023](#)). Agenderen bij de Consortium ZeGNN werkgroep capaciteit en goede voorbeelden vanuit de 1^e en de 2^e lijn (WZA) delen zodat de zorg voor (nieuwe) medewerkers verbetert.
- **Geen stagiaires afwijzen**, zodat ze vlotter kunnen afstuderen en het arbeidspotentieel vergroot wordt. Dit geldt voor de kraamverzorgsters, verpleegkundigen en verloskundigen.

- Regionaal organiseren door afspraken maken tussen organisaties in geboortezorg
 - Afstemming tussen organisaties en de opleidingen voor betere aansluiting aanbod en vraag. Tevens eerlijker spreiden over de regio
 - Verwachtingsmanagement naar toekomstige ouders.
 - Agenderen bij werkgroep capaciteit ZeGNN en vervolgstappen bepalen.
- **Bovenformatief opleiden** van verpleegkundigen verloskunde voor het Noorden. In opdracht van Zorg voor het Noorden, leidt MCL bovenformatief verpleegkundigen op voor de regio Friesland. Dit doen zij sinds 2024. In hoeverre dit bijdraagt aan de vermindering van de krapte aan verpleegkundigen moet worden vervolgd.

Wat nodig: in afstemming met Zorg voor het Noorden behoeftebepaling bovenformatief opleiden in Drenthe en Groningen.

Capaciteitsinformatie

- Doorontwikkeling en implementatie LPZ. Dit geeft deels inzicht in (knelpunten) in de capaciteit van de ziekenhuizen. En kan als input dienen voor het vraagstuk clusteren van zorg in 1^e, 2^e en 3^e lijn.
Dit wordt opgepakt door AZNN i.s.m. met Consortium ZeGNN werkgroep capaciteit.

Lange termijn

Personeel

- **Kraamzorg op maat conform [Gezamenlijke visie toekomstbestendige kraamzorg ZN & BO](#)** kan de inzet van kraamverzorgenden beperken, met behoud van kwaliteit. Informatie- en verwachtingsmanagement naar ouders is hierbij essentieel. Onderlinge afstemming tussen kraamverzorgster en verloskundige evenzo. Wordt opgepakt door kraamzorgorganisaties en binnen de VSV's.
- **Clusteren van zorg in 1^e, 2^e en 3^e lijn** (bv ANW uren, kraamhotel) om de beschikbare capaciteit (personeel en bedden) efficiënt in te zetten, waardoor de toegankelijkheid van de (acute) geboortezorg geborgd blijft. Nu en in de toekomst. En te kunnen anticiperen op veranderende wensen van het toekomstige personeel. Behoeft hiertoe verschillen per sector en per regio.
 - Op basis van inzicht in knelpunten capaciteit 2^e en 3^e lijn het gesprek hierover opstarten.
 - Met in achtneming van de 45 minuten norm
 - In samenspraak met de kindergeneeskunde en patiëntparticipatie

Wat nodig: erkenning en opdracht van bestuurlijk ROAZ voor verkenning huidige knelpunten en prognoses. Inclusief beschikbaar stellen van (financiële) middelen.

5.4 Acute neurologie

Binnen de acute neurologie is sprake van toenemende zorgvraag, ook bij jonge patiënten. En ook een toenemend aantal acuut neurologische diagnoses. Personeelsgebrek speelt bij de verpleging, maar ook bij de neurologen. Vacatures voor neurologen worden langdurig niet opgevuld. Dit is een landelijk probleem.

Prehospital triage van acuut neurologisch problematiek wordt voor 99% van de patiënten uitgevoerd door ambulancepersoneel. Neurologen zien mogelijkheden om door kennisdeling de triage in de acute keten voor deze patiëntgroep te verbeteren. Er worden problemen ervaren in de uitstroom van patiënten tussen ziekenhuis en ziekenhuis en revalidatie.

De wens om het gesprek te starten met collega medisch specialisten over tot hoever doorbehandelen is er. In de praktijk blijkt dit erg lastig. Er is eigenlijk niemand die op de rem gaat staan wanneer je moet stoppen met zorg.

Oplossingen voor een toekomstbestendige acute neurologie:

Korte termijn

Zorgvraag verminderen

- Prehospital triage verbeteren **door scholen huisartsen en ambulancepersoneel** over wanneer wel/geen verdenking acute neurologie kan de instroom naar het ziekenhuis verlagen. Beter triëren en mensen meer in eigen regio houden, is ook helpend voor druk op de Ambulancediensten.

Wat nodig: opnemen scholing 'herkennen acute neurologie' in reguliere curricula van ambulancepersoneel en huisartsen. Tijd

- Implementatie Strokeviewer voor snellere diagnose en effectievere behandeling van patiënten met een mogelijke beroerte, wat de kans op herstel kan vergroten. RIVO-Noord verzorgt de implementatie.

Personeel

- Duurzame neurologische zorg op SEH borgen **door opvang neurologie patiënten door SEH artsen**. Per ziekenhuis verkennen of dit een reële oplossing is, vanwege tekorten SEH artsen. Werkafspraken maken tussen vakgroepen neurologie en spoedeisende geneeskunde over wie er zelfstandig kan besluiten tot trombolysie.

Wat nodig: in ziekenhuizen met een nijpend tekort aan neurologen, nemen de neurologen het initiatief hiertoe.

- **Starten in OZG met IVT en/of inzetten artsen OZG in UMCG en MZH** voor borgen toegankelijkheid neurologische zorg in de regio. Het initiatief hiertoe is genomen door de neurologen in het OZG, omdat de wil er is. Om dit in de praktijk te brengen zijn er een boel hordes te nemen op bestuurlijk, tactisch en operationeel niveau. Neurologen in OZG hebben de lead, indien nodig volgt initiatief uit de regio.

Lange termijn

- **Inzet van thuismonitoring** (Luscii app) voor verlagen instroom naar ziekenhuis en verbeteren doorstroom naar vervolgzorg. Deze ontwikkeling staat nog in de kinderschoenen. Wordt alleen nog in projectvorm toegepast o.a. in Treant Emmen, Martini ziekenhuis en Radboud UMC. De resultaten zijn wisselend.

Wat nodig: resultaten vervolgen door focusgroep acute neurologie en indien effectief agenderen bij RIVO-Noord voor regionale implementatie ten behoeve van schaalgrootte. Bijvoorbeeld als afstudeeropdracht.

5.5 Acute (multi) traumazorg

Om te voldoen aan de multitraumanorm zijn al de nodige activiteiten ingezet. De 90% norm voor multitraumazorg verwijst naar de doelstelling dat minimaal 90% van alle zwaargewonde patiënten (multitraumapatiënten) direct naar een traumacentrum moet worden vervoerd. Juiste prehospital triage is hierbij erg belangrijk. Om dit te verbeteren wordt er reeds gewerkt aan 2 interventies; validatie effectiviteit algoritme triage tool multitraumazorg en leerinterventies prehospital keten. Omdat deze interventies al zijn gestart lopen zijn deze grijsgedrukt in onderstaande overzicht.

Namens de focusgroep (multi)traumazorg is in maart 2024, in opdracht van bestuurlijk ROAZ, het advies 'wenselijkheid en spreiding level 2 en 3 ziekenhuizen in Noord-Nederland' opgeleverd. Hierin staat ook een advies over de centralisatie van (acute) multitraumazorg in de ANW uren. De focusgroep is nog in afwachting van een reactie van de bestuurders van de ziekenhuizen op dit advies. Waar relevant wordt dit advies meegenomen in dit rapport.

Oplossingen voor een toekomstbestendige (multi)traumazorg

Korte termijn – 2025

Zorgvraag verminderen

- Verbeteren **logistiek van triage op HAP/SEH verbeteren** door eenmalige triage bij een van de 2 i.p.v. op de HAP en op de SEH.
Agenderen bij traumaoverleg en bepalen wat in welk ziekenhuis nodig is.
Vervolgstappen bepalen.
- **Verbeteren toegang tot de spoedpoli** zodat een gediagnosticeerde breuk direct naar de poli kan en de SEH ontlast wordt. Dit is praktijk in enkele ziekenhuizen.
Agenderen bij regionaal traumaoverleg. Uitwisselen ervaringen. In ziekenhuizen waar verbetering mogelijk is dit realiseren. Betrek de SEH artsen hierbij.

Doorstroom verbeteren

- **Uitbreiden Virtual Fracture Care App**. Door de inzet van VFC verbetert de doorstroom op de SEH. Het vermindert de druk op poliklinieken doordat patiënten met eenvoudige letsels niet meer standaard terug hoeven te komen voor controle, wat leidt tot kortere wachttijden en minder CT-scans. Dit verbetert ook de doorstroom bij de radiologie. Gebruik van de VFC app leidt niet tot extra druk op de eerste lijn, aangezien er geen toename is van huisartsbezoeken. De VFC app wordt toegepast in 6 van de 9 ziekenhuizen.

Wat nodig: Implementatie VFC app in de overige 3 ziekenhuizen. Een [implementatiehandleiding](#) is beschikbaar. Succesvolle implementatie kost een half jaar. Aanstellen van een projectleider is essentieel.

Personeel

- **Differentiatie van zorg over ziekenhuis locaties** voor een efficiëntere inzet van schaarse personele middelen en optimaliseren van de kwaliteit. Bijvoorbeeld
 - Alle heupoperaties centraliseren op 1-3 locaties (voorbeeld Utrecht)
 - Centraliseren in ANW uren (advies levelindeling)

Wat nodig: Reactie van Bestuurlijk ROAZ op advies 'wenselijkheid en spreiding level 2 en 3 ziekenhuizen in Noord-Nederland' afwachten. Afhankelijk van reactie vervolgstappen zetten. Dit in samenhang met de andere acute ketens.

6. Wat nodig?

Samen doen! De acute ketens zien diverse stappen die zij zelf kunnen zetten om toe te werken naar een toekomstbestendige acuut zorglandschap. In hoofdstuk 5 zijn deze per keten beschreven voor de korte en lange termijn. Op basis van prioritering worden een werkagenda uitgewerkt in de ROAZ-focusgroep van de betreffende keten en de punten stap voor stap opgepakt.

Voor de oplossingsrichtingen waar alle acute ketens in geloven (zie hoofdstuk 4) is samenwerking met meer ketenpartners nodig. Hieronder staat beschreven wat nodig is om deze te realiseren.

6.1 Zorgvraag verminderen

Proactieve zorg bij kwetsbare (oudere) patiënten

De transformatie naar proactieve zorg voor kwetsbare (oudere) patiënten, zorg die aansluit op de contextuele situatie van de patiënt, diens doelen en voorkeuren en behandelwensen en -grenzen, realiseren. Middelen en materialen voor implementatie liggen op de plank, zie bijlage 1. Scholing, gegevensvastlegging, vergoeding voor de gesprekstijd. Nu is het een kwestie van doen. Wat nodig:

- Commitment van bestuurlijk ROAZ
- Middelen en tijd vrijmaken voor implementatie, ziekenhuis breed
- Gestructureerde en eenduidige gegevensvastlegging
- Verbinden van de sectoren en leren van elkaar door delen goede voorbeelden

Er wordt gewerkt aan een regionale transformatie aanvraag, om een boost te geven aan de implementatie van proactieve zorg in Noord-Nederland. Aansluiting van alle ROAZ ketenpartners bij dit initiatief gaat de kans op succes vergroten.

Inwoners informeren

Vanuit het ROAZ programma Samenwerken in de Regio wordt gewerkt aan inwonersparticipatie. Het onderwerp schaarste in de acute zorg en de rol van de inwoner van Noord-Nederland hierin kan daar geagendeerd worden.

6.2 Doorstroom naar vervolgzorg

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is bepaald dat er in iedere ROAZ-regio in 2025 sprake moet zijn van regiodekkende zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie heeft als primair doel om patiënten met acute zorgvragen snel en effectief de juiste zorg te bieden en de doorstroom in de keten te verbeteren. Ook van ziekenhuis naar de V&V, (geriatrische) revalidatie en thuis (met thuis- of kraamzorg).

In Noord-Nederland wordt hieraan gewerkt. Structuren om dit te organiseren zijn er. Dit is niet morgen gerealiseerd. Om geen dubbele dingen te gaan doen wordt het signaal van de complexe acute ketens daar belegd.

6.3 Personeel

Regionale strategie voor personeelsschaarste

Schaarste in personeel wordt ervaren in alle acute ketens. Specifieke acties per keten zal een nadelig effect hebben op elkaar, maar ook op het schaarste vraagstuk in het zorglandschap. Uiteraard pakken de acute ketens oplossingsrichtingen aan binnen de eigen keten. Het opstellen van een regionaal strategische personeelsbeleid kan worden toegewerkt

naar een structurele oplossing. Het lijkt logisch om deze vraag te agenderen bij [Zorg voor het Noorden](#) met focus op:

- Positieve visie op werken in de zorg
- Stimuleer samenwerking tussen organisaties voor het vergroten van expertise
- Versoepel mogelijkheden voor het uitlenen van personeel tussen organisaties
- Aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarden voor werken in Noord-Nederland

Efficiëntere inzet van personeel door concentratie en spreiding

Vanuit de geboortezorg, neurologie en traumazorg zijn voorstellen gedaan voor efficiëntere inzet van het beschikbare personeel door concentratie of juist spreiding. De ene concreter dan de andere. De ene treft de hele regio de ander een afspraak tussen 2 organisaties. Concentratie en spreiding raakt organisaties en afdelingen en is daarmee per definitie complex. Bestuurlijke, tactische en operationele betrokkenheid en keuzes zijn essentieel om in deze processen verder te komen. Zie paragraaf 5.3, 5.4 en 5.5 wat dit voor de bovengenoemde ketens, concreet betekent. Daar waar het de intensive care zorg raakt, is het van belang deze mee te nemen in het proces.

6.4 Beschikbaarheid patiëntgegevens en nieuwe technologieën

Er wordt hard gewerkt in Noord-Nederland aan de beschikbaarheid van patiëntgegevens en nieuwe technologieën. Middels RIVO-Noord is de infrastructuur aanwezig. Op de site van [RIVO-Noord](#) een overzicht van alle lopende projecten rond beschikbaarheid van gegevens en nieuwe technologie. Wat er al is, wat op de planning staat. Desondanks ervaren zorgprofessionals op de vloer dit onvoldoende.

De volgende focus is nodig:

- Maak de implementatie en uitbreiding van Zorgviewer tot topprioriteit binnen het ROAZ en de organisaties.
- Maak tijd en capaciteit vrij voor technische en gebruikersimplementatie. Betrek hierbij zorgprofessionals, ICT specialisten, integratiespecialisten, projectleiders, implementatiedeskundigen en de afdeling communicatie.
- Ondersteun actief de uitbreiding van Zorgviewer naar de VVT, GGZ, en eerstelijnsverloskunde.
- Communiceer over de ontwikkelingen rond de Zorgviewer met zorgprofessionals, meer dan nu gebeurt.
- Zet in op ICT ondersteuning voor medewerkers.
- Ondersteun de implementatie van Strokeviewer voor de acute neurologie
- Verbeter de gebruiksvriendelijkheid van bestaande toepassingen, zoals:
 - o Koppeling ECG's tussen ambulances en ziekenhuizen
 - o XDS
 - o VIP live en Zorgdomein voor afstemming tussen 1^e en 2^e lijn
- Werk samen bij de ontwikkeling en/of implementatie van nieuwe technologieën op regionaal niveau om schaalgrootte te generen.

Verbeterde beschikbaarheid van patiëntgegevens en toepassing van bestaande en nieuwe technologieën zorgt ervoor dat zorgprofessionals beter kunnen samenwerken en resulteert in snellere en effectievere zorg voor de inwoners van Noord-Nederland.

7. Conclusie

Dit rapport is het antwoord van de complexe acute ketens op de vraag:

“Hoe organiseren we in 2030 de acuut medisch specialistische zorg zodanig dat met minder personeel de stijgende zorgvraag kan worden beantwoord?”

Het is het resultaat van verschillende bijeenkomsten met vele zorgprofessionals vertegenwoordigd in de complexe acute ketens cardiologie, neurologie, vaatchirurgie, (multi)trauma en geboortezorg. En van professionals van de noordelijke spoedeisende hulpen, ambulancediensten en intensive care afdelingen die reactie hebben gegeven op de aangedragen oplossingen.

Duidelijk is dat de complexe acute ketens maar een deel van de totale instroom op de SEH betreft. Bij oplossingen die de interne- en longgeneeskunde raakt, is het van belang deze te betrekken.

De oplossingen focussen op het verminderen van de zorgvraag door proactieve zorg en het verbeteren van de doorstroom naar vervolgzorg.

De acute ketens zullen de komende jaren een deel van de oplossingen oppakken. Daar waar nodig samen met SEH's en IC's. Commitment van het ROAZ en het beschikbaar stellen van tijd en middelen is nodig voor succes.

Voor de transformatie naar proactieve zorg is meer nodig. Commitment van bestuurlijk en tactisch ROAZ op dit onderwerp, prioritering, implementatie en sectoroverstijgende samenwerking. En uiteraard het in de praktijk brengen in de spreekkamers. De middelen en materialen hiervoor zijn beschikbaar. Laten we aan de slag gaan.

De essentiële randvoorwaarde voor verbeterde samenwerking en efficiëntie is de beschikbaarheid van patiëntinformatie en beeldvorming. Hoewel we in Noord-Nederland hierin goede stappen worden gezet, wordt dit nog onvoldoende gevoeld op de werkvloer. Dit moet topprioriteit krijgen.

Door **samen doen**, kan de acute zorg in Noord-Nederland toekomstbestendiger worden gemaakt, met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid.

Bijlage 1: Proactieve zorg – ontwikkelingen in de 1^e en 2^e lijn

In deze tabel een overzicht van ontwikkelingen rond proactieve zorg in de 1^e en 2^e lijn. Dit kan worden gebruikt als startpunt voor implementatie in de acute ketens en/of ziekenhuis breed. En voor de afstemming in de gehele (acute) zorgketen.

Randvoorwaarden	Wat is er al?	Wat nodig?
Tijd	Vanaf 1-1-2025 betaaltitel voor samen beslissen en proactieve zorgplanning voor medisch specialisten en verpleegkundigen.	- zo gebruiksvriendelijk mogelijk inbedden van deze betaaltitel in de zorgprocessen in het ziekenhuis, inclusief voorwaarde vastleggen en delen afspraken met de huisarts - informerende van medici en verpleegkundigen over deze betaaltitel en werkwijze - inbedden van proactieve zorg gesprekken in de poligesprekken
	Vanaf 1 januari 2024 heeft Zilveren Kruis een aparte prestatie ingevoerd voor behandelwensgesprekken in de 1^e lijn. Het is een nieuwe module die je als praktijk afsluit: Prestatie Behandelwensgesprekken - Zilveren Kruis	Waar mogelijk, pas dit toe.
Vastlegging	In HiX standaard content epd's is een module proactieve zorg beschikbaar. Het WZA, MZH en Antonius Sneek hebben dit epd. Dat faciliteert de vastlegging van contextuele informatie van de patiënten, diens doelen en wensen en behandelwensen en grenzen. En is beschikbaar op een centrale plek in het epd. Meerwaarde is dat voor alle zorgverleners betrokken (ms en vpk) bij de patiënt met één druk op de knop de vastgelegde informatie inzichtelijk is. In epd's van Epic en Nexus bestaat geen soortgelijke inrichting.	toepassen van de module proactieve zorg ziekenhuis breed in WZA, MZH en Antonius Sneek. Verkennen wat de mogelijkheden voor vastlegging van de patiëntinformatie die bijdraagt aan toepassing van proactieve zorg afspraken met de patiënten, in de overige ziekenhuizen. En delen van de informatie met de huisartsen

	In de 1 ^e lijn is gebruik van het ACP formulier steeds meer praktijk.	Aandacht aan blijven besteden Doorgaan met de implementatie.
	Gegevensset Passende Zorg is ontwikkeld om verbinding te maken in uniforme gegevensvastlegging in de 1 ^e en 2 ^e lijn.	Stimuleer EPD leveranciers deze gegevensset te implementeren.
Beschikbaar maken gegevens	Tonen van behandelgrenzen is technisch gereed in de zorgviewer	Beschikbaar maken relevante contextuele informatie die de patiënt wil delen en afspraken tbv proactieve zorg prioriteren bij het RIVO-Noord
Kennis en ervaring in gespreksvoering	• Heupzorg bij traumachirurgen • Palliatieve teams in ziekenhuizen • Palliatieve zorgnetwerken in Gr, Fr, Dr. • Passend behandelplan	Vaardigheden vergroten door kennisdeling tussen specialismen en tussen de lijnen
Kwaliteitskaders	• Proactieve Zorgplanning (palliaweb.nl), regiehouder NHG • FMS Leidraad proactieve zorgplanning in Nederlandse ziekenhuizen.	kennis van de relevante kwaliteitskaders bij medici en verpleegkundigen
Publiekscampagnes	• In de regio - Praat Vandaag Over Morgen	
Scholing	• Masterclass de Dokter en de Dood BSL 23 mei 2025	
Websites voor patiënten	• Vorbereiding Laatste Levensfase Drenthe. Deze site bestaat ook voor de provincie Groningen • Voor patiënten en naasten - Netwerk Friesland	